

**PENGALAMAN PERAWAT DALAM MEMBUKA PRAKTIK
MANDIRI KEPERAWATAN DI KABUPATEN BADUNG
PROVINSI BALI**



TESIS

Untuk memenuhi persyaratan mencapai Magister Keperawatan
Konsentrasi Manajemen Keperawatan

Oleh :

Taukhith

NIM 22020113410014

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2015**

HALAMAN PENGESAHAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa Tesis yang berjudul:

**PENGALAMAN PERAWAT DALAM MEMBUKA PRAKTIK MANDIRI
KEPERAWATAN DI KABUPATEN BADUNG
PROVINSI BALI**

Oleh

Taukhit

NIM 22020113410014

Telah diuji pada tanggal 5 Oktober 2015 dinyatakan telah disahkan dan dapat dipertahankan di hadapan tim penguji.

Penguji Ketua,



Dr. Luky Dwiantoro, S.Kp., M.Kep
NIP.19670120 198803 1 006

Penguji Anggota,



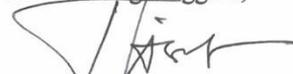
Dr. Sri Rejeki, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat
NIDN.06-2610-6401

Pembimbing Utama,



Dra. Ani Margawati, M.Kes., Ph.D
NIP.19650525 199303 2 001

Pembimbing Anggota,



M. Hasb Ardani, S.Kp., M.Kes
NIP.19741218 201012 1 001

Semarang, 5 Oktober 2015

Dekan,
Fakultas Kedokteran



Prof. Dr. dr. Tri Nur Kristina, DMM., M.Kes
NIP.19590527 198603 2 001

SURAT PERNYATAAN ORISINALITAS

Dengan ini saya menyatakan bahwa penelitian yang saya lakukan adalah hasil karya sendiri. Tidak ada karya ilmiah atau sejenisnya yang diajukan untuk memperoleh gelar magister atau sejenisnya di perguruan tinggi manapun seperti karya ilmiah yang saya susun.

Sepengetahuan saya juga tidak ada karya ilmiah atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah karya ilmiah yang saya susun ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila pernyataan tersebut terbukti tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan ketentuan akademik yang berlaku.

Semarang, 5 Oktober 2015

Taukhith

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Diponegoro, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Taukhit
NIM : 22020113410014
Prodi : Magister Keperawatan
Fakultas : Kedokteran
Jenis karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Diponegoro Hak Bebas Royalti Non eksklusif (Non-exclusive Royalty Free Right) atas karya ilmiah saya yang **berjudul “ Pengalaman Perawat dalam Membuka Praktik Mandiri Keperawatan Di Kabupaten Badung Provinsi Bali”** beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak bebas Royalti noneklusif ini Universitas Diponegoro berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data(database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Semarang, 5 Oktober 2015

Yang menyatakan,

Taukhit, S.Kep.,Ns.

RIWAYAT HIDUP

Nama : Taukhit
Tempat : Kab. Semarang, 23 Oktober 1987
Alamat : RT 20/RW 7 Dsn. Pluwang Pasekan Ambarawa
Email : tauhid_psik@yahoo.co.id
Hp : 089646670663

Riwayat pendidikan :

1. SDN Pasekan II Ambarawa 1995-1999
2. SMP N 2 Ambarawa 1999-2002
3. SMA 1 Salatiga 2002-2005
4. S1 Keperawatan UGM 2005-2009
5. Profesi Ners UGM 2009-2010
6. Magister Keperawatan Undip 2013-2015

KATA PENGANTAR

Syukur *alhamdulillah* kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik, hidayah serta inayah-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan laporan tesis yang berjudul “ Pengalaman perawat dalam membuka praktik mandiri keperawatan di Kabupaten Badung Provinsi Bali”. terselesainya tesis ini tidak lepas dari bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, untuk itu peneliti menyampaikan terimakasih kepada :

1. Prof. Dr. dr.Tri Nur Kristina, DMM,.M.Kes selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.
2. Dr. Untung Sujianto, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Universitas Diponegoro Semarang.
3. Dr. dr. Shofa Chasani, Sp.PD.,KGGH selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro Semarang.
4. Ibu Dra. Ani Margawati, M.Kes.,Ph.D selaku dosen pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan dan arahan dengan penuh perhatian dan kesabaran dalam penyusunan tesis ini.
5. Bapak M. Hasib Ardani, S.Kp., M.Kes selaku dosen pembimbing pendamping yang telah memberikan bimbingan dan arahan dengan penuh perhatian dan kesabaran dalam penyusunan tesis ini.
6. Dr.Luky Dwiantoro, S.Kp.,M.Kep selaku dosen penguji utama yang telah memberikan bimbingan, bantuan dan arahan serta masukan dalam penyusunan tesis ini.

7. Dr. Sri Rejeki, S.Kp.,M.Kep.,Sp.,Mat. selaku dosen penguji pendamping yang telah memberikan bimbingan, bantuan dan arahan serta masukan dalam penyusunan tesis ini.
8. Direktur Praktik Mandiri Keperawatan Latu Usda Badung Bali yang telah memberikan informasi dalam studi pendahuluan dan penyusunan tesis ini.
9. Para perawat pemilik praktik mandiri keperawatan di Kabupaten Badung dan pasien yang sudah bersedia menjadi informan penelitian.
10. Pengurus PPNI Kabupaten Badung yang sudah membantu dalam pelaksanaan penelitian.
11. Pengurus Asosiasi Perawat Asosiasi Praktik Mandiri Perawat Indonesia (APMP) Propinsi Bali yang telah membantu memberikan informasi tentang praktik mandiri keperawatan guna penyusunan tesis ini.
12. Pemerintah Kabupaten Badung yang sudah memberikan ijin dalam pelaksanaan penelitian
13. Segenap Dosen Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro Semarang yang telah memberikan ilmu khususnya ilmu manajemen keperawatan
14. Para teman sejawat perawat pemilik praktik mandiri keperawatan yang ada di Kabupaten Badung dan PPNI Kabupaten Badung yang sudah membantu pelaksanaan penelitian tesis ini.
15. Bapak Ismono, AMK, SST, CWCC selaku pimpinan Rumah Rumah Rawat Luka Kalingga Purbalingga yang sudah bersedia menjadi tempat uji instrumen penelitian.

16. Teman-teman Magister Keperawatan Angkatan 2013 yang telah memberikan masukan, dorongan dan semangat dalam penyelesaian tesis ini.
17. Pengurus Yayasan Notokusumo yang sudah mendukung proses pendidikan di program Magister Keperawatan Undip.
18. Direktur AKPER Notokusumo dan seluruh civitas yang sudah mendukung pendidikan di Program Magister Keperawatan Notokusumo.
19. Keluarga dan kasih terdekat yang sudah memberikan dukungan dalam pelaksanaan penelitian ini.
20. Semua pihak yang telah memberikan bantuan serta dorongan secara langsung maupun tidak langsung yang tidak dapat disebutkan satu persatu
Kesempurnaan hanya milik Allah SWT, manusia tidak ada yang sempurna. Penulis menyadari bahwa penulisan tesis ini masih mempunyai keterbatasan dan kekurangan, untuk itu saran dan masukan sangat penulis harapkan untuk perbaikan tesis ini.

Semarang, Agustus 2015

Penulis

**Pengalaman Perawat dalam Membuka Praktik Mandiri Keperawatan Di
Kabupaten Badung Provinsi Bali**

Taukhit¹, Ani Margawati², M.Hasib Ardani²

Abstrak

xiv + 132 halaman + 4 tabel + 7 lampiran

Latar Belakang: Perawat memiliki wewenang untuk membuka praktik mandiri keperawatan sebagai salah satu pelayanan kesehatan. Namun pada kenyataannya praktik mandiri keperawatan yang ada memiliki perkembangan yang cukup beragam. Tujuan penelitian ini untuk melakukan analisa mendalam pengalaman perawat dalam membuka praktik mandiri keperawatan di Kabupaten Badung Propinsi Bali.

Metode: Penelitian menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Informan utama terdiri lima perawat pemilik praktik mandiri keperawatan. Informan triangulasi adalah dari ketua PPNI dan tiga pasien. Analisa data menggunakan metode perbandingan tetap menurut Glaser & Strauss.

Hasil: Penelitian menunjukkan pada tahapan analisa perubahan dan persiapan pendirian diketahui motivasi perawat yang utama menderikan praktik adalah menambah pendapatan. Adapun visi dan misi praktik menuju pelayanan holistik. Pada tahapan penyusunan formulasi strategi meliputi perencanaan pemilihan tempat yang strategis, pengorganisasian pelayanan yang terstruktur, perencanaan penyediaan fasilitas dan pengaturan ketenagaan. Pada tahapan pelaksanaan formulasi strategi pelayanan meliputi kegiatan promotif, preventif dan pengobatan komplementer. Pengenalan pelayanan paling efektif melalui marketing mulut ke mulut. Pada tahapan pengendalian mutu melalui peningkatan kompetensi dan perbaikan pelayanan. Pengembangan praktik direncanakan menjadi praktik bersama, rawat inap, pusat pelatihan praktik mandiri dan tempat praktik klinik bagi mahasiswa keperawatan.

Saran: Perlu dikembangkan standar mutu pelayanan praktik mandiri keperawatan dan peningkatan keterlibatan organisasi profesi dalam pembinaan perawat yang membuka praktik mandiri.

Kata kunci: perawat, praktik mandiri

Daftar pustaka: 72 (2004-2014)

1. Mahasiswa program studi magister keperawatan Universitas Diponegoro
2. Dosen Program Studi Magister Keperawatan Universitas Diponegoro

Experience Nurses in Independent Practice Nursing Opens In Badung Regency of Bali Province

Taukhit¹, Ani Margawati², M.Hasib Ardani²

Abstract

xiv + 132 pages + 4 tabel+7 appendixes

Background: Nurses have the authority to open an independent practice nursing as one of the health service. But in fact independent nursing practice there has developed quite diverse. The purpose of this study was to perform in-depth analysis of the experience of nurses in independent practice nursing opening in the Badung regency of Bali province.

Methods: The study used a qualitative method with phenomenological approach. Key informants comprising five independent nursing practice nurse owners. Informant triangulation is from PPNI chairman and three patients. Data were analyzed using constant comparison method according to Glaser & Strauss.

Results: The results showed on the stage of the analysis of changes and preparation of the establishment is known that the main motivation nurse practice is to add revenue. The vision and mission towards the practice of holistic ministry. At the stage of formulation of the strategy include the selection of the strategic planning, organizing structured services, the provision of facilities planning and workforce arrangements. At the stage of implementation of the service strategy formulation activities include promotive, preventive and complementary medicine. The introduction of the most effective service through word of mouth marketing. At the stage of quality control through increased competence and service improvement. Planned development practices into practice together, hospitalization, training centers independent practice and clinical practice for nursing students.

Suggestions: Need to develop self-service quality standards of nursing practice and increasing the involvement of professional organizations in the development of a nurse who practices independently.

Keywords: nurse, independent practice

Bibliography: 72 (2004-2014)

1. Students master study program of nursing University of Diponegoro

2. Lecturer master study program of nursing University of Diponegoro

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
SURAT PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
PERNYATAAN PUBLIKASI AKADEMIK.....	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
Latar Belakang.....	1
Rumusan Masalah.....	12
Tujuan Penelitian.....	13
Manfaat Penelitian.....	14
Keaslian penelitian	15
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
Tinjauan Teori	19
Kerangka Teori.....	50
Kerangka Konsep	51
BAB III METODE PENELITIAN	
Jenis dan Rancangan Penelitian.....	52
Populasi dan Sampel Penelitian.....	53
Tempat dan Waktu Penelitian.....	55
Definisi istilah.....	56
Alat dan cara pengumpulan data penelitian.....	56
Teknik analisa data	61
Validitas.....	64

Teknik pemeriksaan keabsahan data	66
Etika Penelitian	68
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
Gambaran umum.....	70
Karakteristik responden.....	72
Hasil dan Pembahasan.....	74
Keterbatasan penelitian	122
BAB V PENUTUP	
Kesimpulan	123
Saran.....	125
DAFTAR PUSTAKA.....	127
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Keaslian penelitian	15
Tabel 2. Definisi istilah	56
Tabel 3. Gambaran karakteristik informan utama.....	72
Tabel 4. Gambaran karakteristik informan triangulasi.....	73

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Sistem manajemen strategi <i>Oracle</i>	25
Gambar 2. Proses penyusunan dan formulasi strategi dalam suatu manajemen pelayanan kesehatan	26
Gambar 3. Skema Konsep Manajemen Strategis Pelayanan Kesehatan.....	27
Gambar 4. Proses pengorganisasian	30
Gambar 5. Pengembangan <i>Enter preunership nursing</i>	34
Gambar 6. Kerangka teori.....	50
Gambar 7. Kerangka konsep	51
Gambar 8. Peta wilayah Kabupaten Badung	71

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. *Ethical clereance* penelitian

Lampiran 2. Surat menyurat perijinan penelitian

Lampiran 3. Lembar persetujuan menjadi informan

Lampiran 4. Pedoman wawancara mendalam informan utama

Lampiran 5. Pedoman wawancara mendalam informan triangulasi

Lampiran 6. Uji coba wawancara mendalam

Lampiran 7. Analisa data penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Perawat adalah salah satu tenaga kesehatan dan bagian integral dari pelayanan kesehatan. Perawat memiliki *body of knowledge* yang khusus dan dalam menjalankan praktik profesinya memiliki tanggung jawab dan tanggung gugat, serta terikat oleh aturan-aturan hukum yang mengatur praktik tenaga kesehatan.¹ Dilihat dari jumlah, perawat merupakan tenaga kesehatan terbesar di Indonesia yaitu sebesar 32,8% dari total tenaga kesehatan yang ada. Berdasarkan data dari Profil Kesehatan Tahun 2013 jumlah tenaga keperawatan yang ada di Indonesia sebanyak 288.045 perawat. Sebagai sebuah profesi kesehatan, perawat memiliki kewenangan untuk melakukan praktik asuhan keperawatan sesuai dengan standar etik dan standar profesi yang berlaku.²

Pelayanan keperawatan sebagai suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif di tujukan kepada individu, keluarga, dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia.³ Salah satu kewenangan perawat yang sudah diatur dalam peraturan adalah dapat melakukan praktik mandiri keperawatan.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2013 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor

HK.02.02/Menkes/148/I/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat disebutkan bahwa perawat dapat menjalankan praktik pada fasilitas pelayanan kesehatan yang meliputi fasilitas pelayanan kesehatan di luar praktik mandiri dan atau praktik mandiri. Berdasarkan Permenkes tersebut maka perawat secara legal dapat menjalankan praktik mandiri, sehingga Permenkes tersebut dapat dijadikan pedoman dalam pelaksanaannya dan merupakan wujud perlindungan hukum dalam pelaksanaan praktik mandiri perawat.⁴ Permenkes tersebut semakin diperkuat dengan telah disahkannya Undang-Undang 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan yang mana di dalamnya disebutkan dengan tegas tentang bolehnya perawat melakukan praktik mandiri keperawatan.⁵

Sejarah perkembangan pendirian praktik mandiri keperawatan tidak lepas dengan sejarah perkembangan peraturan legal yang menjadi landasan dari praktik profesional keperawatan. Beberapa peraturan yang sudah keluar dan mengatur tentang praktik profesional keperawatan adalah Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992, Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 1239 Tahun 2001 tentang registrasi dan praktik perawat dan kemudian dikeluarkannya lagi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/Menkes/148/I/2010 jo Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2013 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/Menkes/148/I/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat.

Sebelum keluarnya Undang-Undang Kesehatan No. 23 tahun 1992, perawat bekerja dibawah kebijakan pemerintahan berdasarkan Undang-Undang

No 6 Tahun 1963 pasal 7, tugas pekerjaan tenaga kesehatan perawat pada pokoknya adalah merawat penderita sakit dan membantu dokter dalam hal mengobatinya. Keluarnya UU No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan dan Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 1239 Tahun 2001 tentang registrasi dan praktik perawat, walaupun mengukuhkannya sebagai profesi di Indonesia ternyata masih juga belum memberikan kejelasan batasan kewenangan, perlindungan hukum yang pasti bagi tenaga perawat.⁶ Oleh karena itu masih banyak ditemukan perawat dalam memberikan pelayanan praktik di masyarakat tidak sesuai dengan peraturan dan wewenangnya.⁷

Berdasarkan *evidence* hasil evaluasi peran dan fungsi perawat di [Puskesmas](#) di daerah terpencil tahun 2005 yang dirilis oleh Kemenkes RI dan Universitas [Indonesia](#) (UI) , ditemukan perawat yang melaksanakan tugas di luar area keperawatan, antara lain : menetapkan diagnosis penyakit (92,6%); membuat resep obat (93,1%), melakukan tindakan pengobatan di dalam maupun di luar gedung Puskesmas (97,1%). Adanya tumpang tindih dalam pelaksanaan di lapangan antara praktik keperawatan dengan praktik kedokteran dan profesi lainnya akan menimbulkan dampak hukum bagi perawat karena masih adanya “*gray area*” dalam pelayanan kesehatan. Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Pusat mencatat 33 perawat sejak tahun 2005 terkena tuntutan hukum karena melaksanakan tindakan medis untuk menolong masyarakat di daerah terpencil.⁸

Praktik Mandiri keperawatan mulai ada batasan tegas setelah dikeluarkannya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor

HK.02.02/Menkes/148/I/2010 jo Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2013 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat. Pada peraturan menteri kesehatan tersebut disebutkan bahwa perawat dapat menjalankan praktik pada fasilitas pelayanan kesehatan yang meliputi fasilitas pelayanan kesehatan di luar praktik mandiri dan/atau praktik mandiri. Berdasarkan Permenkes tersebut maka perawat secara legal dapat menjalankan praktik mandiri, sehingga Permenkes tersebut dapat dijadikan pedoman dalam pelaksanaannya dan merupakan wujud perlindungan hukum dalam pelaksanaan praktik mandiri perawat.⁴ Beberapa praktik mandiri keperawatan sudah mulai muncul di beberapa tempat di Indonesia dalam bentuk praktek keperawatan luka, praktek keperawatan stoma dan ada juga dalam bentuk *home care* oleh perawat.

Akan tetapi dalam pelaksanaannya terdapat kesenjangan antara kondisi ideal dengan kenyataan dari implementasi peraturan tersebut. Pada Permenkes RI Nomor 148 Tahun 2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat disebutkan dengan jelas bahwa perawat dapat membuka praktik mandiri dan pasal 3 dijelaskan bahwa perawat yang menjalankan praktik mandiri wajib memiliki SIPP.⁹ Namun ternyata di berbagai daerah di Indonesia melaporkan adanya perawat yang membuka praktik mandiri tanpa memiliki SIK dan SIPP.¹⁰ Menurut Bangka Pos, berdasarkan catatan Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Bangka Belitung, dari 300 perawat di kota Pangkal Pinang belum satupun yang memiliki SIK dan SIPP¹¹. Padahal banyak yang memberikan pengobatan medis kepada masyarakat. Demikian juga yang

diberitakan dalam Batam Pos, seorang perawat diperiksa oleh Polsek setempat karena membuka praktik perawat tanpa izin dari Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota¹². Hal yang sama terjadi di Gunung Kidul Yogyakarta, banyak perawat yang membuka praktik mandiri tertangkap oleh *sweeping* yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan¹⁰. Selain itu pernah terjadi kasus yang menimpa perawat M di Kutai Kertanegara Kalimantan Timur yang melakukan praktik diluar kewenangannya. Pada kasus ini Perawat M dipidana penjara selama 3 bulan karena memberikan resep obat pada pasien. Masih terdapat perawat yang membuka praktik di luar kewenangannya¹⁰. Tidak sedikit perawat yang membuka praktik keperawatan mandiri bukan asuhan keperawatan yang dilakukan melainkan pelayanan medis.¹³

Praktik mandiri keperawatan sebenarnya merupakan kesempatan dan peluang bagi perawat untuk menjalankan profesionalisme sesuai dengan kewenangannya. Akan tetapi dalam perkembangannya, pada saat ini praktik mandiri keperawatan masih sulit berkembang meskipun sudah ada payung hukum yang jelas.

Menurut hasil penelitian Ndruru¹⁴ disebutkan bahwa faktor-faktor yang sangat kuat mempengaruhi praktik mandiri keperawatan yaitu motivasi, kepercayaan diri, aspek legal dan kemampuan. Hal tersebut diperkuat oleh Penelitian Ruswandi¹⁵ yang menyatakan bahwa belum dilaksanakan secara optimal praktik mandiri keperawatan dikarenakan kurangnya pengawasan yang dilakukan oleh dinas kesehatan dan organisasi profesi (PPNI). Hal yang sama ditunjukkan dari hasil penelitian Mustain¹⁶ yang menyebutkan bahwa

masih lemahnya peran PPNI dalam pengaturan praktik mandiri perawat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain faktor organisasi profesi sendiri yaitu lemahnya perjuangan profesi dalam birokrasi, faktor anggota profesi yaitu kurangnya kesadaran untuk melakukan praktik mandiri keperawatan, faktor masyarakat yaitu masih menganggap perawat mampu bertindak sebagai dokter dan faktor pemerintah yaitu belum adanya aturan hukum yang mengatur bentuk dan model praktik mandiri keperawatan.

Perubahan situasi dan arah kebijakan kesehatan di Indonesia sebenarnya merupakan peluang dan menjadi salah satu kebutuhan perlu dikembangkannya praktik mandiri keperawatan. Perubahan arah kebijakan pemerintah yang menekankan aspek promotif dan preventif pada level pelayanan primer yang mana pada saat ini belum diupayakan dengan maksimal dalam bentuk *private service*.¹⁷ Berdasarkan Rakernas Komisi II Regional Tengah tentang Paradigma Sehat Upaya Promotif Dan Preventif Dalam Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan disebutkan bahwa salah titik fokus dalam RPJMN 2015-2019 adalah peningkatan upaya promotif dan preventif oleh tenaga kesehatan. Hal tersebut disebabkan karena masih tingginya angka mortalitas dan angka morbiditas di Indonesia, yang menunjukkan belum optimalnya upaya promotif dan preventif, serta masih lebih menekankan pada aspek kuartif.¹⁸

Kurang optimalnya upaya promotif dan preventif di Indonesia ditunjukkan oleh Angka morbiditas seperti angka kematian Ibu (AKI), Angka Kematian bayi (AKB), prevalensi penyakit menular dan penyakit tidak menular

masih cukup signifikan kejadiannya di Indonesia meskipun menunjukkan *trend* penurunan dari tahun ke tahun. Padahal kejadian tersebut dapat ditekan dengan adanya program kesehatan berbasis promotif dan preventif. Berdasarkan data dari profil kesehatan Indonesia tahun 2013 diketahui, Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, angka kematian ibu (yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, dan nifas) sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini masih cukup tinggi apalagi jika dibandingkan dengan negara-negara tetangga. Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, angka Kematian Neonatus (AKN) pada tahun 2012 sebesar 19 per 1000 kelahiran hidup. Menurut Riskesdas, pada tahun 2013, terdapat 19,6% balita kekurangan gizi yang terdiri dari 5,7% balita dengan gizi buruk dan 13,9% berstatus gizi kurang. Untuk mencapai sasaran MDG tahun 2015 yaitu 15,5% maka prevalensi gizi buruk-kurang secara nasional harus diturunkan sebesar 4.1 % dalam periode 2013 sampai 2015.²

Pada kasus Penyakit tidak menular (PTM) seperti penyakit jantung, stroke, kanker, diabetes melitus, cedera dan penyakit paru obstruktif kronik serta penyakit kronik lainnya merupakan 63% penyebab kematian di seluruh dunia dengan membunuh 36 juta jiwa per tahun (WHO, 2010). Di Indonesia sendiri, penyakit menular masih merupakan masalah kesehatan penting dan dalam waktu bersamaan morbiditas dan mortalitas PTM semakin meningkat.² Kurang optimalnya upaya promotif dan preventif juga dapat dilihat ditandai dengan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia saat ini semakin

menurun dalam dua tahun terakhir berada pada peringkat 107 dari 117 negara dan pada tahun 2009 baru menjadi peringkat 111.²

Sistem kesehatan di Indonesia saat ini masih lebih memperhatikan upaya kuratif, dengan terus dikembangkannya fasilitas pengobatan dan tenaga kesehatan yang difokuskan untuk upaya kuratif. Selain itu di sektor upaya promotif dan preventif belum ada tenaga kesehatan yang diprioritaskan untuk menjalankan program tersebut, mengingat dokter dan bidan banyak menjalankan upaya kuratif di masyarakat.¹⁸

Berbagai program kesehatan promotif dan preventif sebenarnya sudah dijalankan oleh Kementerian Kesehatan, seperti penyuluhan kesehatan melalui program Puskesmas, Posyandu, Desa Siaga dan upaya promotif pada kasus khusus penyakit menular dan penyakit tidak menular lainnya. Akan tetapi berdasarkan hasil evaluasi Rakernas Komisi III tentang Paradigma Sehat: Penguatan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan dalam Upaya Promotif dan Preventif Mulai dari Pinggir ke Tengah disebutkan bahwa program promosi dan preventif belum berjalan sepenuhnya sesuai dengan harapan. Hal tersebut disebabkan karena program promosi masih sebagian besar berbasis pada program temuan kasus, tidak mengoptimalkan pendekatan promosi berbasis pembinaan keluarga, desa binaan dan kelompok khusus. Selain itu Puskesmas yang seharusnya menjadi promotor program promotif dan preventif sebagai salah satu enam program pokok (*basic six*), saat ini kenyataannya lebih banyak berperan pada upaya pengobatan dan berubah menjadi fasilitas rawat inap pratama. Oleh karena itu praktik mandiri

keperawatan dengan salah satu wewenangnya melakukan asuhan keperawatan komunitas berbasis pendekatan keluarga dan desa binaan, dimungkinkan cukup efektif untuk mengatasi permasalahan tersebut.

Tingkat kebutuhan praktik mandiri keperawatan juga dapat dilihat pada aspek kuratif, yaitu mulai adanya paradigma pergeseran masyarakat akan kebutuhan pelayanan kesehatan komplementer yang semakin tinggi, dimana salah satu kewenangan praktik mandiri keperawatan adalah memberikan pengobatan alternatif.¹⁹ Hal tersebut didukung dengan sudah diterbitkannya Peraturan Menteri Kesehatan nomor 1109/MENKES/PER/IX/2007 tentang penyelenggaraan pengobatan komplementer-alternatif di fasilitas pelayanan kesehatan menjadi sebuah payung hukum bagi tenaga kesehatan untuk mengadakan pelayanan pengobatan komplementer tidak terkecuali perawat. Berdasarkan permenkes tersebut yang berwenang melakukan pengobatan komplementer adalah tenaga kesehatan yang sudah ditetapkan dan berdasarkan kaidah ilmiah ilmiah.²⁰

Adapun pada aspek kuratif lainnya semakin meningkatnya kebutuhan *home care* yang merupakan salah satu area kewenangan praktik mandiri keperawatan. Hal tersebut seiring dengan perkembangan IPTEK dan teknologi medis di era globalisasi berdampak pada sistem pelayanan kesehatan dan praktik keperawatan di Indonesia kini. Tuntutan masyarakat akan kebutuhan pelayanan kesehatan kesehatan juga semakin meningkat dan berubah dari konsep perawatan dan pengobatan di rumah sakit atau klinik menjadi kebutuhan perawatan di rumah juga menjadi alternatif bagi keluarga dengan

usila (usia lanjut) yang cenderung mengalami penyakit dengan kondisi kronis yang membutuhkan perawatan dan pengobatan jangka panjang.²¹ Hal tersebut tentu sangat memberikan keuntungan bagi klien dan keluarganya, bila mempertimbangkan aspek kenyamanan dan keamanan klien dan keluarga lebih intens dan interaksi lebih bebas bila berada di rumah sendiri, dan pembiayaan terapi perawatan di rumah yang relatif lebih murah bila dibandingkan dengan perawatan di rumah sakit (*cost effective*).²² Berbagai fenomena tersebut menunjukkan bahwa praktik mandiri keperawatan pada saat ini dibutuhkan dalam sistem kesehatan nasional Indonesia.

Berdasarkan hasil studi literatur pada saat ini belum ada data pasti berapa jumlah perawat yang telah mendirikan praktik mandiri keperawatan di Indonesia. Selain itu belum didapatkan data secara valid tentang jumlah pendirian praktik mandiri keperawatan di masing-masing provinsi. Akan tetapi berdasarkan hasil analisa, Propinsi Bali merupakan salah satu wilayah di Indonesia yang pada saat ini praktik mandiri keperawatan bisa berkembang. Hasil wawancara dengan Asosiasi Praktik Mandiri Perawat Indonesia (APMP) pada saat ini terdapat kurang lebih 50 praktik mandiri keperawatan yang ada di Provinsi Bali.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di Praktik Mandiri Keperawatan Latu Usadha di daerah Abian Semal Bali menunjukkan bahwa praktik mandiri yang ada di sana sudah dikembangkan sesuai dengan ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2013 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor

HK.02.02/Menkes/148/I/2010 Tentang Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Perawat dan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, yaitu perawat yang membuka praktik keperawatan wajib memiliki SIPP dan hanya berlaku untuk satu tempat praktik perawat (pasal 19 dan 20) dan perawat yang melakukan praktik wajib memasang papan nama praktik (pasal 21). Praktik mandiri yang terdapat di Provinsi Bali sudah memasang plang praktik perawat, melakukan asuhan praktik sesuai dengan asuhan keperawatan yang sudah ditentukan, tidak memberikan obat diluar ketentuan yang sudah ditetapkan dan sudah memiliki Surat Ijin Praktik Perawat (SIPP).

Data yang didapat dari hasil wawancara dengan Pengurus Asosiasi Praktik Mandiri Perawat Indonesia (APMPI) Propinsi Bali, didapatkan informasi bahwa jumlah praktik mandiri keperawatan di Kabupaten Badung pada saat ini berjumlah 25 praktik mandiri. Dalam perjalanannya masing-masing praktik mandiri tersebut memiliki keragaman dalam perkembangannya, sebanyak 10 praktik mandiri yang dapat dikategorikan berkembang dengan pesat. Pengkategorian tersebut dilihat dari jumlah angka kunjungan (rata-rata lebih dari 5 pasien per hari), memiliki fasilitas pelayanan berupa klinik mandiri yang memadai, dan bentuk pelayanannya yang tidak hanya pada asuhan keperawatan dengan pemberian obat bebas terbatas saja. Bentuk pelayanan lainnya sudah dikembangkan pada pelayanan rawat luka, *home care*, konseling dan pengobatan komplementer.

Life experience atau pengalaman pengembangan mendirikan praktik mandiri keperawatan merupakan hal yang sangat penting untuk dikaji, karena

seperti diketahui bahwa pada saat ini perawat di Indonesia membutuhkan suatu *role model* dan contoh nyata bagaimana bisa mendirikan dan mengembangkan praktik mandiri keperawatan sesuai dengan ketentuan dan dapat berkembang dengan *business value*, konsep tumbuh kembang organisasi serta mendapatkan sambutan yang baik dari masyarakat. Berdasarkan fenomena diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang pengalaman perawat membuka praktik mandiri keperawatan.

B. Rumusan Masalah

Perawat memiliki kesempatan untuk membuka praktik mandiri keperawatan dengan dikeluarkannya Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2013 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/Menkes/148/I/2010 Tentang Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Perawat. Dengan dikeluarkannya payung hukum tersebut seharusnya memberikan kekuatan bagi perawat untuk berkembang dengan praktik mandiri keperawatan. Namun pada kenyataannya praktik mandiri keperawatan sulit untuk berkembang. Perawat sulit mencari bentuk model manajemen pengembangan praktik mandiri keperawatan yang dapat dijadikan contoh.

Berdasarkan hasil pengkajian dengan Asosiasi Praktik Mandiri Perawat Indonesia (APMPI) di Propinsi Bali terdapat kurang lebih 50 praktik mandiri keperawatan yang sudah mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2013 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri

Kesehatan Nomor HK.02.02/Menkes/148/I/2010 Tentang Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Perawat. Di Kabupaten Badung Bali terdapat 25 praktik mandiri keperawatan yang memiliki tingkat perkembangan yang tidak seragam, dimana 10 diantaranya memiliki kemajuan yang cukup pesat.

Pengalaman pendirian dan mengembangkan praktik mandiri keperawatan menjadi besar dan berhasil merupakan yang penting untuk diungkap supaya bisa menjadi pembelajaran bagi perawat di Indonesia, mengingat pada saat ini masih sedikit perawat yang berhasil mengembangkan praktik mandiri keperawatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Bertitik tolak gambaran diatas maka pertanyaan dalam penelitian ini adalah bagaimana pengalaman perawat dalam membuka mandiri keperawatan di Kabupaten Badung Provinsi Bali.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Melakukan analisa mendalam pengalaman perawat dalam membuka praktik mandiri keperawatan di Kabupaten Badung Provinsi Bali.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisa pengalaman perawat dalam tahapan persiapan pendirian praktik mandiri keperawatan.
- b. Menganalisa pengalaman perawat dalam tahapan diagnosis pendirian (penetapan visi dan misi pendirian visi dan misi praktik, kajian

lingkungan internal dan eksternal dalam pendirian praktik mandiri keperawatan.

- c. Menganalisa kinerja perawat dalam menyusun strategi (perencanaan), pelaksanaan strategi dan pengendalian strategi manajemen praktik mandiri keperawatan.

D. Manfaat Penelitian

1. Perkembangan Ilmu Manajemen Keperawatan

- a. Hasil penelitian ini diharapkan memiliki kontribusi terhadap pengembangan ilmu manajemen keperawatan, khususnya dalam pendekatan manajemen aplikasi dari manajemen praktik mandiri keperawatan.
- b. Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan penjelasan ilmiah bagi akademisi baik tim pengajar ataupun mahasiswa keperawatan untuk pengembangan *evidence based practice* manajemen praktik mandiri keperawatan.

2. Perkembangan Praktik Mandiri Keperawatan

- a. Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan masukan dan *role model* berdasarkan pendekatan ilmiah bagi perawat yang ingin mengembangkan praktik mandiri keperawatan.
- b. Hasil penelitian diharapkan memberikan masukan kepada profesi keperawatan dalam upaya menyusun pendekatan-pendekatan yang

optimal dari implementasi kebijakan praktik mandiri keperawatan yang sudah ada.

3. Perkembangan Riset Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi rujukan peneliti lain yang memiliki minat dan perhatian pada fokus penelitian yang sama, serta dapat dijadikan dasar pengembangan penelitian keperawatan khususnya manajemen keperawatan yang terkait dengan manajemen praktik mandiri keperawatan.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian tentang pengalaman perawat dalam pendirian dan pengembangan manajemen praktik mandiri keperawatan belum pernah dilakukan. Hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian yang lain sehingga perlu dilakukan adalah penelitian ini menggali lebih dalam tentang pengalaman perawat dalam membuka praktik mandiri keperawatan yang pada saat ini masih sedikit yang dapat dijadikan *role model* sesuai dengan peraturan yang berlaku. Penelitian-penelitian satu lingkup topik kajian dengan penelitian yang akan dilakukan diantaranya adalah :

Tabel 1. Keaslian penelitian

Nama dan tahun	Judul	Desain	Variabel	Hasil
Fedwaro Druru (2012)	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengembangan Praktik Keperawatan	Jenis penelitian yang digunakan adalah non-eksperimental yang bersifat deskriptif	Variabel bebas dalam penelitian ini adalah motivasi, kepercayaan	Hasil penelitian ini disimpulkan bahwa semua variabel bebas berpengaruh secara bersama-

	Mandiri	kuantitatif dengan pendekatan <i>cross-sectional</i> , menggunakan uji analitik dengan analisis deskriptif prosentase Pengambilan sampel dilakukan dengan metode <i>purposive</i> sampling. Jumlah sampel sebanyak 73 perawat di RS Paru Dr. Ario Wirawan Salatiga.	diri, aspek legal, kemampuan, pengetahuan, keterampilan, akuntabilitas, pendidikan, sikap dan tenaga perawat. Adapun variabel terikatnya adalah praktik mandiri keperawatan.	sama terhadap variabel terikat, berada pada interval kuat dan sangat kuat dengan prosentase dominan tertinggi adalah motivasi dengan prosentase 83,27%.
Indra Ruswadi, (2010)	Evaluasi praktik mandiri keperawatan berdasarkan kaidah asuhan keperawatan di Kabupaten Indramayu	Penelitian non eksperimen dengan pendekatan metode campuran (<i>mix method</i>) untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi kejadian-kejadian atau kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan perawat dalam melaksanakan kebijakan Praktik Mandiri Keperawatan. Analisis data dilakukan dengan cara deskriptif dan analitik	Variabel dalam penelitian ini adalah variabel tunggal tentang pelaksanaan Praktik Mandiri Keperawatan Berdasarkan Kaidah Asuhan Keperawatan	Hasilnya praktik mandiri keperawatan berdasarkan kaidah asuhan keperawatan di Kabupaten Indramayu belum dilaksanakan secara optimal, hal ini dikarenakan kurangnya pengawasan baik yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Indramayu maupun organisasi profesi (PPNI) Indramayu
Mustain, (2007)	Peran organisasi dalam	Pendekatan hukum dalam penelitian ini	Variabel dalam penelitian ini	Hasil penelitiannya diketahui bahwa

<p>pengawasan praktik mandiri keperawatan di Kabupaten Kudus Jawa Tengah</p>	<p>adalah pendekatan yuridis empiris/sosiologis (socio-legal approach). Responden penelitian ini adalah pengurus dan anggota PPNI kabupaten Kudus</p>	<p>adalah variabel tunggal Peran organisasi dalam pengawasan praktik mandiri keperawatan</p>	<p>masih lemahnya peran PPNI dalam pengaturan praktik mandiri perawat di Kabupaten Kudus dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain faktor organisasi profesi sendiri yaitu lemahnya perjuangan profesi dalam birokrasi, faktor anggota profesi yaitu kurangnya kesadaran untuk melakukan praktik mandiri keperawatan, faktor masyarakat yaitu masih menganggap perawat mampu bertindak sebagai dokter dan faktor pemerintah yaitu belum adanya aturan hukum yang mengatur bentuk dan model praktik mandiri keperawata</p>
--	---	--	--

Perbedaan dengan penelitian yang akan penulis lakukan dengan penelitian di atas adalah terdapat pada tujuan penelitian, desain penelitian dan tempat penelitian. Tujuan penelitian yang akan penulis lakukan adalah untuk menganalisa mendalam pengalaman perawat dalam pendirian dan pengembangan manajemen praktik mandiri keperawatan. Desain penelitiannya dengan menggunakan desain penelitian metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Tempat penelitian akan dilakukan di praktik mandiri keperawatan yang ada di Kabupaten Badung Provinsi Bali.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Pelayanan Kesehatan

a. Pengertian Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan mengobati penyakit serta memelihara kesehatan perseorangan, kelompok dan ataupun masyarakat.²³ Pelayanan kesehatan merupakan segala upaya dan kegiatan pencegahan dan pengobatan penyakit semua upaya dan kegiatan peningkatan dan pemulihan kesehatan yang dilakukan oleh pranata sosial atau pranata politik terhadap keseluruhan masyarakat sebagai tujuannya.²⁴

Fasilitas pelayanan kesehatan bisa dalam bentuk suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.²⁵

Dari beberapa pengertian diatas dapat dipahami bahwa bentuk dan jenis pelayanan kesehatan beraneka ragam yang semuanya itu ditentukan oleh : 1) Pengorganisasian pelayanan, yaitu apakah dilaksanakan secara sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu

organisasi; 2) Ruang lingkup kegiatan, yaitu apakah hanya mencakup kegiatan pemeliharaan kesehatan, peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan penyakit, pemulihan kesehatan atau kombinasi dari padanya; 3) Sasaran pelayanan kesehatan, yaitu apakah untuk perorangan, kelompok ataupun untuk masyarakat secara keseluruhan

b. Bentuk Pelayanan Kesehatan

Bentuk pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat. Dalam memberikan pelayanan kesehatan harus memandang pada tingkat pelayanan kesehatan yg akan diberikan, yaitu²⁶ :

1) *Health promotion*

Tingkat pelayanan kesehatan ini merupakan tingkat pertama dalam memberikan pelayanan melalui peningkatan kesehatan. Pelaksanaan ini bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan agar masyarakat atau sasarnya tidak terjadi gangguan kesehatan.

2) *Specific protection* (perlindungan khusus)

Perlindungan khusus ini dilakukan dalam melindungi masyarakat dari bahaya yang akan menyebabkan penurunan status kesehatan, atau bentuk perlindungan terhadap penyakit-penyakit tertentu, ancaman kesehatan, yang termasuk dalam tingkat pelayanan kesehatan ini adalah pemberian imunisasi yang digunakan untuk perlindungan pada penyakit tertentu seperti imunisasi BCG, DPT, Hepatirtis, campak, dan lain-lain.

3) *Early diagnosis and prompt treatment* (diagnosis dini dan pengobatan segera)

Tingkat pelayanan kesehatan ini sudah masuk kedalam tingkat dimulainya atau timbulnya gejala dari suatu penyakit. Tingkat pelayanan ini dilaksanakan dalam mencegah meluasnya penyakit yang lebih lanjut serta dampak dari timbulnya penyakit sehingga tidak terjadi penyebaran. Bentuk tingkat pelayanan kesehatan ini dapat berupa kegiatan dalam rangka survei pencarian kasus baik secara individu maupun masyarakat, survei penyaringan kasus serta pencegahan terhadap meluasnya kasus.

4) *Disability limitation* (pembatasan cacat)

Pembatasan kecacatan ini dilakukan untuk mencegah agar pasien atau masyarakat tidak mengalami dampak kecacatan akibat penyakit yang ditimbulkan. Tingkat ini dilaksanakan pada kasus atau penyakit yang memiliki potensi kecacatan. Bentuk kegiatan yang dapat dilakukan dapat berupa perawatan untuk menghentikan penyakit, mencegah komplikasi lebih lanjut, pemberian segala fasilitas untuk mengatasi kecacatan dan mencegah kematian.

5) *Rehabilitation* (rehabilitasi)

Tingkat pelayanan ini dilaksanakan setelah pasien didiagnosis sembuh. Sering pada tahap ini dijumpai pada fase pemulihan terhadap kecacatan sebagaimana program latihan-

latihan yang diberikan pada pasien, kemudian memberikan fasilitas agar pasien memiliki keyakinan kembali atau gairah hidup kembali ke masyarakat dan masyarakat mau menerima dengan senang hati karena kesadaran yang dimilikinya.

c. Pusat Pelayanan Kesehatan

Pusat Pelayanan kesehatan merupakan tempat pemberian pelayanan kesehatan pada masyarakat dalam rangka meningkatkan status kesehatan. Tempat pelayanan kesehatan ini sangat bervariasi berdasarkan tujuan pemberian pelayanan kesehatan. Berikut ini beberapa bentuk dari pusat pelayanan kesehatan^{23,24}:

1) Rawat Jalan

Lembaga pelayanan kesehatan ini bertujuan memberikan pelayanan kesehatan pada tingkat pelaksanaan diagnosis dan pengobatan pada penyakit yang akut atau mendadak dan kronis yang dimungkinkan tidak terjadi rawat inap. Lembaga ini dapat dilaksanakan pada klinik-klinik kesehatan, seperti klinik dokter spesialis, klinik perawatan spesialis, praktik mandiri keperawatan dan lain-lain.

2) Institusi

Institusi merupakan lembaga pelayanan kesehatan yang fasilitasnya cukup dalam memberikan berbagai tingkat pelayanan kesehatan, pusat rehabilitasi, dan lain-lain.

3) *Hospice*

Lembaga ini bertujuan memberikan pelayanan kesehatan yang difokuskan kepada klien yang sakit terminal agar lebih tenang dan dapat melewati masa-masa terminalnya dengan tenang. Lembaga ini biasanya digunakan dalam home care.

4) *Community Based Agency*

Merupakan bagian dari lembaga pelayanan kesehatan yang dilakukan pada klien pada keluarganya sebagaimana pelaksanaan perawatan keluarga seperti praktek keperawatan keluarga dan lain-lain.

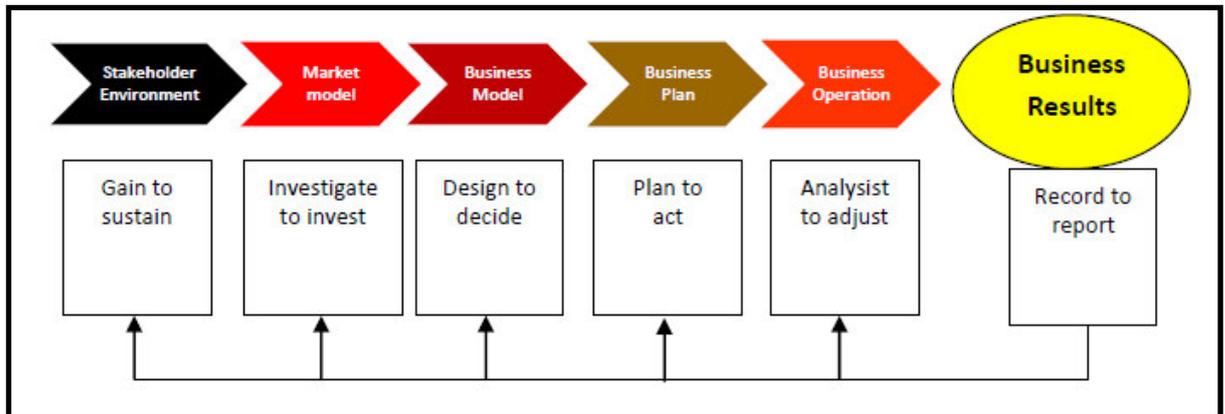
d. Manajemen dalam Pelayanan Kesehatan

1) Prinsip Manajemen Kesehatan

Manajemen kesehatan adalah penerapan manajemen umum dalam sistem pelayanan kesehatan masyarakat, sehingga yang menjadi objek atau sasaran manajemen adalah sistem yang berlangsung.²⁶ Manajemen pelayanan kesehatan berarti penerapan prinsip-prinsip manajemen dalam pelayanan kesehatan untuk sistem dan pelaksanaan pelayanan kesehatan dapat berjalan dengan baik, sesuai dengan prosedur, teratur, menempatkan orang-orang yang terbaik pada bidang-bidang pekerjaannya, efisien dan yang lebih penting lagi adalah dapat menyenangkan konsumsi atau membuat konsumen puas terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan.²⁴

Dalam bidang manajemen, saat ini dikenal dua sistem atau proses manajemen yaitu (1) suatu proses manajemen tradisional yang selalu berorientasi kepada keadaan internal instansi dalam menentukan proses manajemen, dan (2) *Oracle's strategy*, yang dalam penentuan proses manajemen selalu berorientasi kepada lingkungan *stakeholders*, pasar dan keuntungan bisnis.²⁷

Pada sistem *Oracle strategy*, suatu sistem manajemen strategik dimulai dari lingkungan dan kondisi *stakeholders*. Apabila hal ini dikembangkan maka akan diharapkan terciptanya pertumbuhan yang berkelanjutan. Disamping itu model ini juga mengedepankan kebutuhan pasar dan *volume* permintaan, oleh karena itu maka besarnya investasi yang direncanakan harus sebanding dengan kebutuhan pasar. Model bisnis, perencanaan bisnis dan operasi bisnis disusun agar semuanya dapat dan dirancang dan diterapkan sesuai dengan kapasitas produksi yang sesuai sehingga akan dihasilkan hasil usaha yang optimal.²⁷

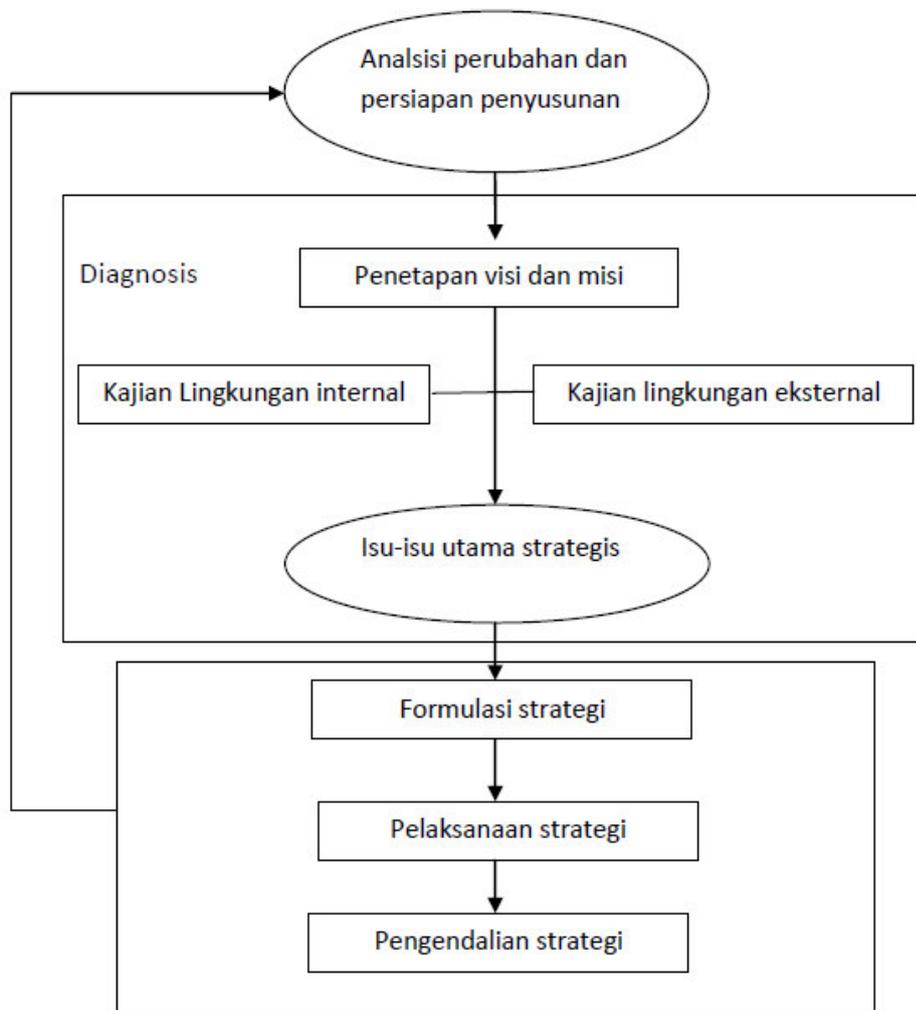


Gambar 1. Sistem Manajemen Strategi *Oracle*²⁷

2) Manajemen Strategik Pengembangan Pelayanan Kesehatan

Manajemen strategis merupakan suatu filosofi, cara berpikir dan cara mengelola organisasi. Manajemen strategis tidak terbatas pada bagaimana mengelola pelaksanaan kegiatan di dalam organisasi, tetapi juga bagaimana mengembangkan sikap baru berkaitan dengan perubahan eksternal. Pemahaman mengenai makna manajemen strategis tidak hanya terbatas pada aspek pelaksanaan rencana, tetapi lebih jauh lagi ke aspek visi, misi, dan tujuan kelembagaan.²⁸

Secara singkat, beberapa sumber menggambarkan manajemen strategis sebagai langkah-langkah para pemimpin organisasi melakukan berbagai kegiatan secara sistematis. Langkah-langkah tersebut antara lain melakukan analisis lingkungan organisasi yang memberi gambaran mengenai peluang dan ancaman. Kemudian langkah berikutnya melakukan analisis kekuatan dan kelemahan organisasi dalam konteks lingkungan internal. Kedua langkah ini dilakukan dalam usaha menetapkan visi, misi dan tujuan organisasi.



Gambar 3. Skema Konsep Manajemen Strategis Pelayanan Kesehatan²⁸

3) Pengorganisasian dalam Pelayanan Kesehatan

Organisasi merupakan suatu bentuk kerjasama antara sekelompok orang yang tergabung dalam suatu wadah tertentu guna mencapai tujuan bersama seperti yang telah ditetapkan bersama.²⁹ Organisasi dalam arti dinamis merupakan proses kerjasama antara orang-orang yang tergabung dalam suatu wadah tentu untuk mencapai tujuan bersama. Proses adalah langkah-langkah yang harus dilalui. Langkah-langkah yang harus dilalui

dalam usaha mencapai tujuan bersama dimulai dari proses perencanaan (*planning*), proses pengorganisasian (*organizing*), pemberian motivasi (*motivating*), proses pengawasan (*controlling*) dan proses pengambilan keputusan (*decision making*). Proses tersebut sering disebut sebagai fungsi manajemen sehingga organisasi dalam arti dinamis disebut pula organisasi sebagai fungsi, yaitu organisasi yang member kemungkinan manajemen untuk bergerak.³⁰

Organisasi itu sebagai struktur-tata pembagian kerja dan struktur tata-hubungan kerja antara sekelompok orang-orang pemegang posisi yang bekerjasama secara tertentu untuk bersama-sama mencapai suatu tujuan yang tertentu.²⁹ Jadi dapat disimpulkan bahwa organisasi itu tidak hanya sekedar sebagai wadah saja, tetapi juga sebagai sistem kerja-sama, sebagai sistem tata hubungan kerja dan sebagai proses pembagian tugas.

Secara sistematis keseluruhan kegiatan organisasi harus berorientasi pada tujuan. Oleh karena itu tujuan organisasi mesti dijadikan pedoman untuk dalam pembagian kerja, penentuan bahan tugas, banyaknya tenaga yang diperlukan untuk menyelesaikan pekerjaan tertentu harus dipertimbangkan dengan berorientasi pada tujuan yang telah ditetapkan. Dengan kata lain, keseluruhan pekerjaan pengelolaan dan operasional harus diatur dan direncanakan berdasarkan strategi untuk mencapai tujuan yang telah digariskan dengan cara efektif dan efisien.³¹

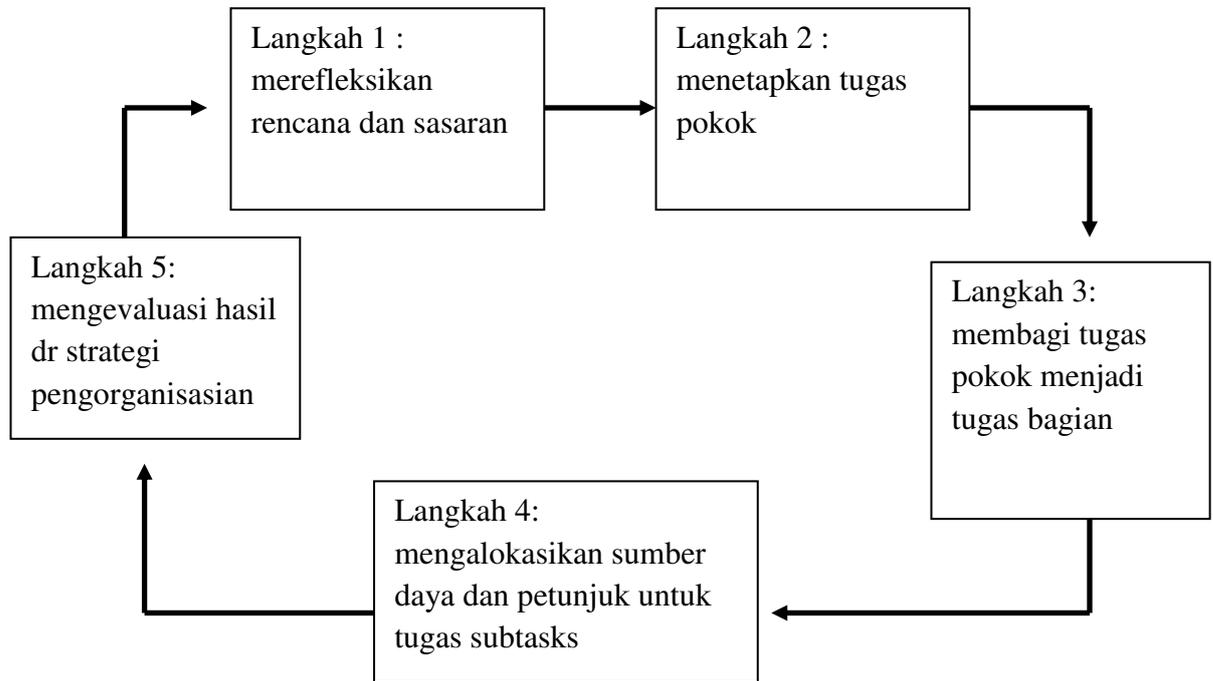
Begitu pentingnya kedudukan tujuan dalam penyusunan organisasi, maka tujuan organisasi perlu terlebih dahulu dirumuskan secara jelas, tertulis,

dan kemudian dikomunikasikan secara baik sehingga tujuan bisa dipahami secara benar-benar oleh para anggota organisasi. Prinsip kerja yang menggunakan tujuan sebagai pedoman lazimnya disebut “*Management By Objective*” (MBO) atau “*Administration By Objective*” (ABO).²⁸

Bila MBO bisa dilaksanakan secara baik, maka masing-masing anggota organisasi walaupun berbeda dalam kedudukan atau fungsinya, walaupun berbeda dalam waktu bekerjanya, namun semuanya sebagai anggota sistem, gerak langkahnya terarah pada pencapaian tujuan organisasi. Kesatuan arah pada tujuan bersama (*unity of purpose*) dari gerak langkah pada anggota yang berbeda dalam fungsi atau waktu yang dipergunakan tersebut “*equifinality*”. Setiap administrator yang ingin sukses tentu berusaha menciptakan iklim organisasi yang memiliki “*unity of purpose*” dan “*equifinality*”.²⁸

Ada beberapa mengemukakan bahwa ada lima macam langkah pokok proses pengorganisasian.²⁹ Adapun langkah-langkah yang dimaksud sebagai berikut :

- 1) Melaksanakan refleksi tentang rencana-rencana dan sasaran-sasaran.
- 2) Menetapkan tugas-tugas pokok.
- 3) Membagi tugas-tugas pokok menjadi tugas-tugas bagian (*subtasks*)
- 4) Mengalokasikan sumber-sumber daya dan petunjuk-petunjuk untuk tugas-tugas bagian tersebut;
- 5) Mengevaluasi hasil-hasil dari strategi pengorganisasian yang diimplementasikan.



Gambar 4. Proses pengorganisasian

Penyusunan organisasi menyangkut kegiatan-kegiatan sebagai berikut :

- 1) Merumuskan tujuan organisasi secara jelas, serta mengidentifikasi dan menetapkan macam-macam pekerjaan yang diperlukan untuk melaksanakan keseluruhan program yang direncanakan.
- 2) Mengelompokkan pekerjaan-pekerjaan yang semula merupakan pekerjaan yang kompleks dan besar menjadi unit-unit pekerjaan serumpun dengan penentuan biro-biro, bagian atau sebagian.
- 3) Menyusun unit-unit pekerjaan tersebut di atas sehingga terbantu struktur organisasi yang teratur, baik dalam berhirarki maupun dalam fungsinya.
- 4) Merumuskan wewenang dan tanggung jawab serta beban tugas masing-masing pejabat pada setiap unit.

- 5) Menentukan jalur komunikasi, wewenang dan tanggung jawab serta aliran kerja yang menjamin terciptanya koordinasi yang efektif
- 6) Menyusun staff (*staffing*). Merumuskan tentang persyaratan khusus yang harus dipenuhi untuk memilih persoalan yang akan memangku jabatan. (*the right man on the right place*).

e. Evaluasi Kinerja Pelayanan Kesehatan

Kinerja adalah penampilan hasil personal baik kualitas maupun kuantitas dalam suatu organisasi yang merupakan penampilan individu atau kelompok.³² Kinerja dapat dipandang sebagai proses maupun hasil pekerjaan. Kinerja merupakan suatu proses tentang bagaimana pekerjaan berlangsung untuk mencapai hasil kerja. Namun, hasil pekerjaan itu sendiri juga menunjukkan kinerja.³³

Untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan baik, maka banyak hal yang perlu diperhatikan diantaranya adalah kesesuaian dengan kebutuhan masyarakat, sehingga perkembangan pelayanan kesehatan secara umum dipengaruhi oleh besar kecilnya kebutuhan dan tuntutan dari masyarakat yang sebenarnya merupakan gambaran dari masalah kesehatan yang dihadapi masyarakat tersebut.

Pelayanan kesehatan yang baik apabila sesuai dengan kebutuhan pemakai jasa pelayanan dapat dijangkau oleh mereka yang membutuhkan (baik dari sudut jarak atau lokasi, maupun pembiayaan), serta sesuai dengan prinsip-

prinsip ilmu dan teknologi kedokteran (pelayanan kesehatan yang terjamin mutunya).²⁴

2. Praktik Mandiri Keperawatan

a. Pengertian Praktik Mandiri Keperawatan

Menurut konsorsium ilmu-ilmu kesehatan, praktek mandiri perawat adalah tindakan mandiri perawat profesional atau *ners* melalui kerjasama yang bersifat kolaboratif baik dengan klien maupun tenaga kesehatan lain dalam upaya memberikan asuhan keperawatan yang *holistic* sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya pada berbagai tatanan, termasuk praktik keperawatan individu dan berkelompok.³⁴

Keperawatan adalah kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat. Pelayanan Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit.

Keperawatan dalam bentuk pelayanan profesional berupa pemenuhan kebutuhan dasar yang diberikan kepada individu yang sehat maupun sakit yang mengalami gangguan fisik, psikis, dan sosial agar dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal. Bentuk pemenuhankebutuhan dasar dapat berupa meningkatkan kemampuan

yang ada pada individu, mencegah, memperbaiki, dan melakukan rehabilitasi dari suatu keadaan yang dipersepsikan sakit oleh individu.³⁵

Jadi dapat disimpulkan praktik mandiri keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional mandiri perawat yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosial spriritual yang komprehensif, ditujukan pada individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia.

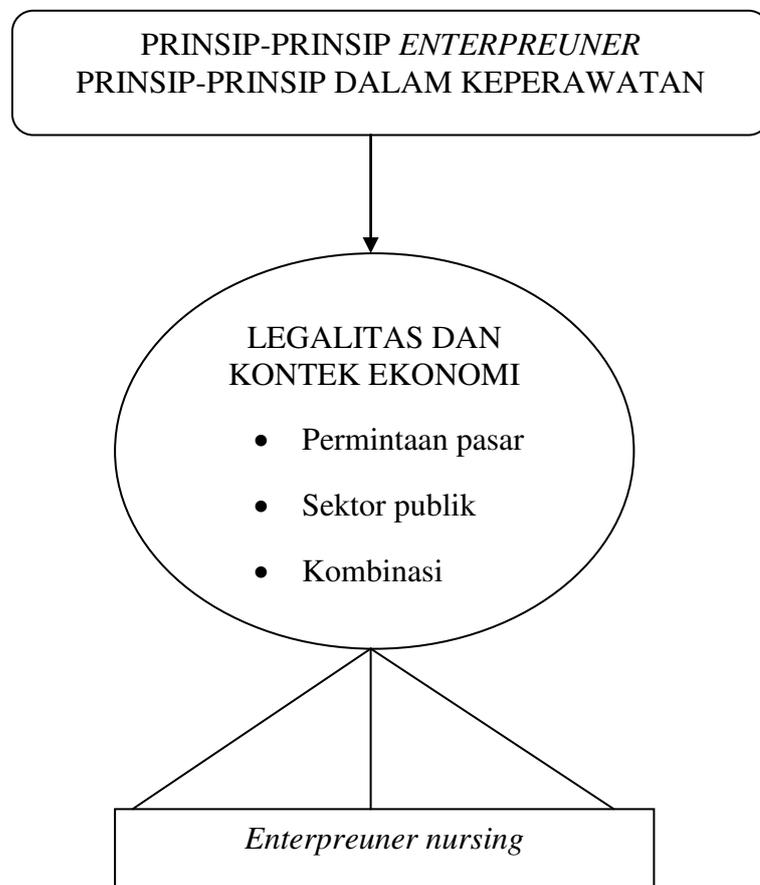
b. Konsep *enterpreuner* dalam Praktik Mandiri Keperawatan

Enterpreuner merupakan seorang individu yang mengasumsikan tanggung jawab total dan risiko menemukan atau membuat unik kesempatan untuk menggunakan talenta pribadi, keterampilan dan energi, dan siapa mempekerjakan perencanaan strategis proses untuk mentransfer pelayanan berharga atau produk.³⁶ *Nurse enterpreuner* adalah sebuah pemilik bisnis yang menawarkan layanan keperawatan langsung perawatan, pendidikan, penelitian, administratif atau konsultasi alam. Perawat wiraswasta bertanggung jawab langsung kepada klien, kepada siapa, atau atas nama siapa, pelayanan keperawatan yang *provided*.³⁷

Adapun *Nurse intraprener* adalah seorang perawat yang berkembang, mempromosikan dan memberikan inovasi program

keperawatan kesehatan atau proyek dalam kesehatan yang diberikan berdasarkan aturan yang ada.³⁷

Dalam pengembangannya praktik mandiri keperawatan tersebut dikembangkan dalam konteks *nurse entrepreneurship* sebagai berikut:



Gambar 5. Pengembangan *Entrepreuner Nursing*

Berdasarkan gambar di atas dapat diketahui bahwa dalam pengembangan konsep *nurse entrepreneur* dikembangkan

berdasarkan dua prinsip utama, yaitu prinsip-prinsip *entrepreneur* dan prinsip-prinsip dalam keperawatan. Berawal dari dua prinsip di atas kemudian dipadukan dengan aspek legalitas dan aspek ekonomi yang meliputi permintaan pasar, kondisi sektor publik atau kombinasi keduanya.

Berdasarkan pengertian di atas, maka praktik perawat dalam perkembangannya dibedakan menjadi dua hal:

- 1) *Entrepreneurship venture*, sebagai contoh praktik mandiri keperawatan, perawat pemilik rumah perawatan dan layanan konsultasi.
- 2) *Intrapreneurship venture*, sebagai contoh perawat di pusat rehabilitasi, unit gawat darurat, klinik atau pelayanan konsultasi.

c. Ruang Lingkup Pengembangan Praktik Mandiri

Perawat adalah seseorang (profesional) yang mempunyai kemampuan, tanggung jawab dan kewenangan melaksanakan pelayanan/asuhan keperawatan pada berbagai jenjang pelayanan keperawatan³. Menurut Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014, yang dimaksud dengan perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.⁵

Perawat adalah suatu profesi yang mempunyai fungsi autonomi yang didefinisikan sebagai fungsi profesional keperawatan. Fungsi profesional yaitu membantu mengenali dan menemukan kebutuhan pasien yang bersifat segera. Itu merupakan tanggung jawab perawat untuk mengetahui kebutuhan pasien dan membantu memenuhinya. Dalam teorinya tentang disiplin proses keperawatan mengandung elemen dasar, yaitu perilaku pasien, reaksi perawat dan tindakan perawatan yang dirancang untuk kebaikan pasien.³⁸

Menurut *International of Council (ICN)* , *Nurse enterpreunership* merupakan aktivitas perawat sebagai pemilik dan pemberi pelayanan dalam praktik mandiri keperawatan sebagai seperti³⁷;

- 1) Pelayanan asuhan keperawatan
- 2) Pengembangan, pengkajian dan pelayanan perawatan kesehatan
- 3) Pelayanan konsultasi
- 4) Pemberian informasi kesehatan

Canadian Nurses Asosiation (CNA) , perawat dalam membuka praktik mandiri memiliki lingkup area sebagai berikut³⁸:

- 1) Asuhan keperawatan Individu, keluarga dan komunitas
- 2) Pemberian informasi dan isu kesehatan
- 3) Peningkatan kualitas dan keselamatan pasien

Adapun menurut *The College of Registered Psychiatric Nurses of British Columbia (CRPNBC)*, perawat dalam membuka praktik mandiri keperawatan memiliki cakupan domain sebagai berikut:

- 1) Praktisi klinik pemberian asuhan keperawatan
- 2) Memberikan edukasi atau penyuluhan kesehatan
- 3) Melakukan penelitian dalam pengembangan praktik
- 4) Melakukan administrasi pelayanan praktik

Menurut UU Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang keperawatan, dalam menjalankan tugas sebagai pemberi Asuhan Keperawatan khususnya dalam praktik mandiri keperawatan, perawat dapat melakukan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat.⁹

Dalam upaya kesehatan perorangan perawat memiliki wewenang berwenang:

- 1) Melakukan pengkajian keperawatan secara holistik;
- 2) Menetapkan diagnosis keperawatan;
- 3) Merencanakan tindakan keperawatan;
- 4) Melaksanakan tindakan keperawatan;
- 5) Mengevaluasi hasil tindakan keperawatan;
- 6) Melakukan rujukan;
- 7) Memberikan tindakan pada keadaan gawat darurat sesuai dengan kompetensi;
- 8) Memberikan konsultasi keperawatan dan berkolaborasi dengan dokter;
- 9) Melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling; dan

10) Melakukan penatalaksanaan pemberian obat kepada klien sesuai dengan resep tenaga medis atau obat bebas dan obat bebas terbatas.

Dalam menjalankan tugas sebagai pemberi asuhan keperawatan di bidang upaya kesehatan masyarakat, perawat berwenang:

- 1) Melakukan pengkajian keperawatan kesehatan masyarakat di tingkat keluarga dan kelompok masyarakat;
- 2) Menetapkan permasalahan keperawatan kesehatan masyarakat;
- 3) Membantu penemuan kasus penyakit;
- 4) Merencanakan tindakan keperawatan kesehatan masyarakat;
- 5) Melaksanakan tindakan keperawatan kesehatan masyarakat;
- 6) Melakukan rujukan kasus;
- 7) Mengevaluasi hasil tindakan keperawatan kesehatan masyarakat;
- 8) Melakukan pemberdayaan masyarakat;
- 9) Melaksanakan advokasi dalam perawatan kesehatan masyarakat;
- 10) Menjalin kemitraan dalam perawatan kesehatan masyarakat;
- 11) Melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling;
- 12) Mengelola kasus; dan
- 13) Melakukan penatalaksanaan Keperawatan komplementer dan alternatif

a) Area Pelayanan Praktik Mandiri Keperawatan

Area pelayanan praktik mandiri keperawatan yang diberikan dalam beberapa bentuk di bawah ini :

1) Upaya Promotif

Pelayanan kesehatan promotif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan. Promotif kesehatan sebagai proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya.¹⁷

Promotif kesehatan adalah upaya meningkatkan kemampuan kesehatan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat agar mereka dapat menolong dirinya sendiri, serta mampu berperan secara aktif dalam masyarakat sesuai sosial budaya setempat yang didukung oleh kebijakan public yang berwawasan.¹⁸

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 279/MENKES/SK/IV/2006 tentang pedoman penyelenggaraan upaya keperawatan kesehatan masyarakat, upaya promotif yang dapat dilakukan oleh perawat adalah:

- 1) Penyuluhan atau pendidikan kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok khusus atau masyarakat berdasarkan identifikasi masalah kesehatan
- 2) Pemberian nasihat (konseling) keperawatan
- 3) Meningkatkan partisipasi masyarakat melalui kegiatan upaya kesehatan berbasis masyarakat

- 4) Memotivasi pembentukan, mengembangkan dan memantau pengembangan kader kesehatan
- 5) Ikut serta melaksanakan dan memonitor kegiatan PHBS

2) Usaha pencegahan (*preventif*)

Upaya preventif adalah sebuah usaha yang dilakukan individu dalam mencegah terjadinya sesuatu yang tidak diinginkan. Prevensi secara etimologi berasal dari bahasa latin, *pravenire* yang artinya datang sebelum atauantisipasi atau mencegah untuk tidak terjadi sesuatu. Dalam pengertian yang sangat luas, preventi diartikan sebagai upaya secara sengaja dilakukan untuk mencegah terjadinya gangguan, kerusakan, atau kerugian bagi seseorang atau masyarakat

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 279/MENKES/SK/IV/2006 tentang pedoman penyelenggaraan upaya keperawatan kesehatan masyarakat, upaya preventif yang dapat dilakukan oleh perawat adalah:

- 1) Deteksi dini pada pasien kunjungan
- 2) Penemuan suspek/kasus kontak serumah
- 3) Identifikasi keluarga rawan kesehatan/keluarga miskin dengan masalah kesehatan di masyarakat
- 4) Identifikasi faktor-faktor resiko terjadinya masalah kesehatan di kelompok khusus

5) Identifikasi faktor-faktor resiko terjadinya masalah kesehatan di suatu daerah

3) Upaya pengobatan (usaha kuratif)

Upaya kuratif bertujuan untuk merawat dan mengobati anggota keluarga, kelompok yang menderita penyakit atau masalah kesehatan.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang keperawatan, upaya kesehatan yang dapat dilakukan di praktik mandiri keperawatan adalah sebagai berikut:

- a) Pengobatan dasar dengan obat terbatas
- b) Bantuan kegawat daruratan
- c) Pengobatan komplementer
- d) Bantuan kegawat daruratan medis sesuai kewenangan

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 279/MENKES/SK/IV/2006 tentang pedoman penyelenggaraan upaya keperawatan kesehatan masyarakat, upaya promotif yang dapat dilakukan oleh perawat adalah:

- 1) Asuhan keperawatan pada pasien kunjungan
- 2) Melakukan rujukan pasien di pelayanan lebih tinggi
- 3) Pemantauan keteraturan berobat sesuai program pengobatan
- 4) Kunjungan rumah (home visit/home health nursing) sesuai rencana perawatan

5) Pelayanan keperawatan dasar langsung (*direct care*) maupun tidak langsung (*indirect care*)

4) Usaha rehabilitasi

Merupakan upaya pemulihan kesehatan bagi penderita-penderita yang dirawat dirumah, maupun terhadap kelompok-kelompok tertentu yang menderita penyakit yang sama.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 279/MENKES/SK/IV/2006 tentang pedoman penyelenggaraan upaya keperawatan kesehatan masyarakat, upaya promotif yang dapat dilakukan oleh perawat adalah:

- 1) Pemantauan keteraturan berobat sesuai program rehabilitasi
- 2) Kunjungan rumah (*home visit/home health nursing*) sesuai rencana rehabilitasi
- 3) Pelayanan keperawatan dasar rehabilitasi secara langsung (*direct care*) maupun tidak langsung (*indirect care*)

b) Ketentuan Praktik Mandiri Keperawatan

Menurut *International Council of nursing* (ICN) dalam mengembangkan *enterpreuner nursing* dalam konteks praktik mandiri keperawatan maka seorang perawat harus memenuhi kriteria-kriteria sebagai berikut³⁷:

- 1) Kualifikasi profesional
 - a) Pengalaman kerja di keperawatan (3-15 tahun)

- b) Memenuhi kualifikasi dasar pendidikan keperawatan
- c) Memiliki kompetensi dalam komunikasi, negosiasi, marketing, manajemen waktu, jejaring dan kemampuan akuntansi.
- d) Mengetahui tentang peraturan perundangan, sistem asuransi dan kebijakan pembayaran.

2) Kualitas Personal

- c) Berkarakter kuat dan percaya diri
- d) Berani mengambil resiko
- e) Kreatif dan inovasi
- f) Disiplin diri
- g) Memiliki orientasi tujuan jelas
- h) Cepat mengambil keputusan
- i) Kemampuan organisasi bagus
- j) Bisa membuat perencanaan
- k) Proaktif

Canadian Nurses Association (CNA) menetapkan, perawat dalam melakukan praktik perawat minimal memiliki tiga kemampuan³⁶:

- 1) Memiliki pengetahuan dan kompetensi sebagai perawat yang didapatkan dari pendidikan keperawatan secara berkelanjutan
- 2) Memiliki fokus area populasi dan isu-isu kesehatan sebagai area pelayanan
- 3) Memiliki sikap, nilai dan etika profesional keperawatan

Adapun menurut undang-undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/Menkes/148/I/2010 jo Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2013 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat, disebutkan beberapa ketentuan dalam membuka praktik mandiri keperawatan di indonesia adalah sebagai berikut adalah⁴:

- 1) Perawat berpendidikan minimal Diploma III (D III) keperawatan
- 2) Setiap Perawat yang menjalankan praktik keperawatan di praktik mandiri wajib memiliki Surat Ijin Praktik Perawat (SIPP) yang dikeluarkan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota
- 3) Satu SIPP yang dikeluarkan tersebut hanya berlaku untuk 1 tempat praktik.
- 4) Perawat hanya berhak mendapatkan paling banyak 2 (dua) SIPP yang dikeluarkan
- 5) Pengurusan SIPP sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3, Perawat harus mengajukan permohonan kepada pemerintah daerah kabupaten/kota dengan melampirkan:
 - a. fotocopy STR yang masih berlaku dan dilegalisasi;
 - b. surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik;
 - c. surat pernyataan memiliki tempat di praktik mandiri atau di fasilitas pelayanan kesehatan di luar praktik mandiri;

- d. pas foto berwarna terbaru ukuran 4X6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar;
 - e. rekomendasi dari kepala dinas kesehatan kabupaten/kota atau pejabat yang ditunjuk; dan
 - f. rekomendasi dari organisasi profesi.
- 6) Perawat hanya dapat menjalankan praktik keperawatan paling banyak di 1 (satu) tempat praktik mandiri dan di 1 (satu) tempat fasilitas pelayanan kesehatan di luar praktik mandiri.
- 7) Dalam menjalankan praktik mandiri, perawat wajib memasang papan nama praktik keperawatan.
- 8) Praktik keperawatan dilaksanakan melalui kegiatan:
- a. Pelaksanaan asuhan keperawatan
 - b. Pelaksanaan upaya promotif, preventif, pemulihan, dan pemberdayaan masyarakat.
 - c. Pelaksanaan tindakan keperawatan komplementer.
- 9) Dalam keadaan darurat untuk memberikan pertolongan pertama, Perawat dapat melakukan tindakan medis dan pemberian obat sesuai dengan kompetensinya

3. Manajemen Keperawatan

- a. Pengertian Manajemen keperawatan

Manajemen merupakan suatu pendekatan yang dinamis dan proaktif dalam menjalankan suatu kegiatan di organisasi. Manajemen

mencakup kegiatan POAC (*planning, organizing, actuating, controlling*) terhadap staf, sarana, dan prasarana dalam mencapai tujuan organisasi. Manajemen keperawatan merupakan suatu bentuk koordinasi dan integrasi sumber-sumber keperawatan dengan menerapkan proses manajemen untuk mencapai tujuan dan obyektifitas asuhan keperawatan dan pelayanan keperawatan.³⁵

Proses manajemen dibagi menjadi lima tahap yaitu perencanaan, pengorganisasian, kepersonaliaan, pengarahan dan pengendalian.⁴⁰ Manajemen keperawatan adalah proses kerja setiap perawat untuk memberikan pengobatan dan kenyamanan terhadap pasien. Tugas manager keperawatan adalah merencanakan, mengatur, mengarahkan dan mengawasi keuangan yang ada, peralatan dan sumber daya manusia untuk memberikan pengobatan yang efektif dan ekonomis kepada pasien⁴¹.

Jadi manajemen keperawatan berhubungan dengan perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), pengaturan staf (*staffing*), kepemimpinan (*leading*), dan pengendalian (*controlling*) aktivitas-aktivitas upaya keperawatan.

b. Fungsi manajemen keperawatan

Swansburg menyatakan bahwa fungsi manajemen terdiri atas lima fungsi yaitu perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), pengaturan staf (*staffing*), kepemimpinan (*leading*), dan pengendalian (*controlling*). Dari kelima fungsi manajemen tersebut kemudian diperluas

lagi menjadi perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), personalia (*staffing*), pengarahan (*directing*), pengkoordinasian (*coordinating*), pelaporan (*reporting*), dan pembiayaan (*budgeting*) yang disingkat menjadi POSDCORB. Akhirnya, fungsi manajemen ini merujuk pada fungsi sebagai proses manajemen yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan, pengarahan, pengawasan.⁴⁰

Berikut ini penjelasan fungsi manajemen menurut Swansburg , yang dapat dijelaskan sebagai berikut:

1). Perencanaan (*Planning*)

Perencanaan merupakan fungsi dasar dari manajemen. Perencanaan dalam manajemen keperawatan adalah proses mental dimana semua manajer perawat menggunakan data yang valid dan dapat dipercaya untuk mengembangkan objektif dan menentukan sumber-sumber yang dibutuhkan dan cetak biru yang digunakan dalam mencapai objektif. Tujuan utama dari perencanaan adalah membuat kemungkinan yang paling baik dalam penggunaan personel, bahan, dan alat.

2). Pengorganisasian (*Organizing*)

Fungsi manajemen keperawatan dalam organisasi adalah mengembangkan seseorang dan merancang organisasi yang paling sederhana untuk menyelesaikan pekerjaan. Pengorganisasian meliputi proses memutuskan tingkat organisasi yang diperlukan

untuk mencapai objektif divisi keperawatan, departemen atau pelayanan, dan unit

3) Pengaturan staf (*Staffing*)

Pengaturan staf dan penjadwalan adalah komponen utama dalam manajemen keperawatan. Pengaturan staf keperawatan merupakan proses yang teratur, sistematis, rasional diterapkan untuk menentukan jumlah dan jenis personel keperawatan yang dibutuhkan untuk memberikan asuhan keperawatan pada standar yang ditetapkan sebelumnya pada kelompok pasien dalam situasi tertentu. Pengaturan staf memerlukan banyak perencanaan dari manajer. Perencanaan pengaturan staf dipengaruhi oleh misi dan tujuan institusi, dan dipengaruhi oleh kebijakan personel

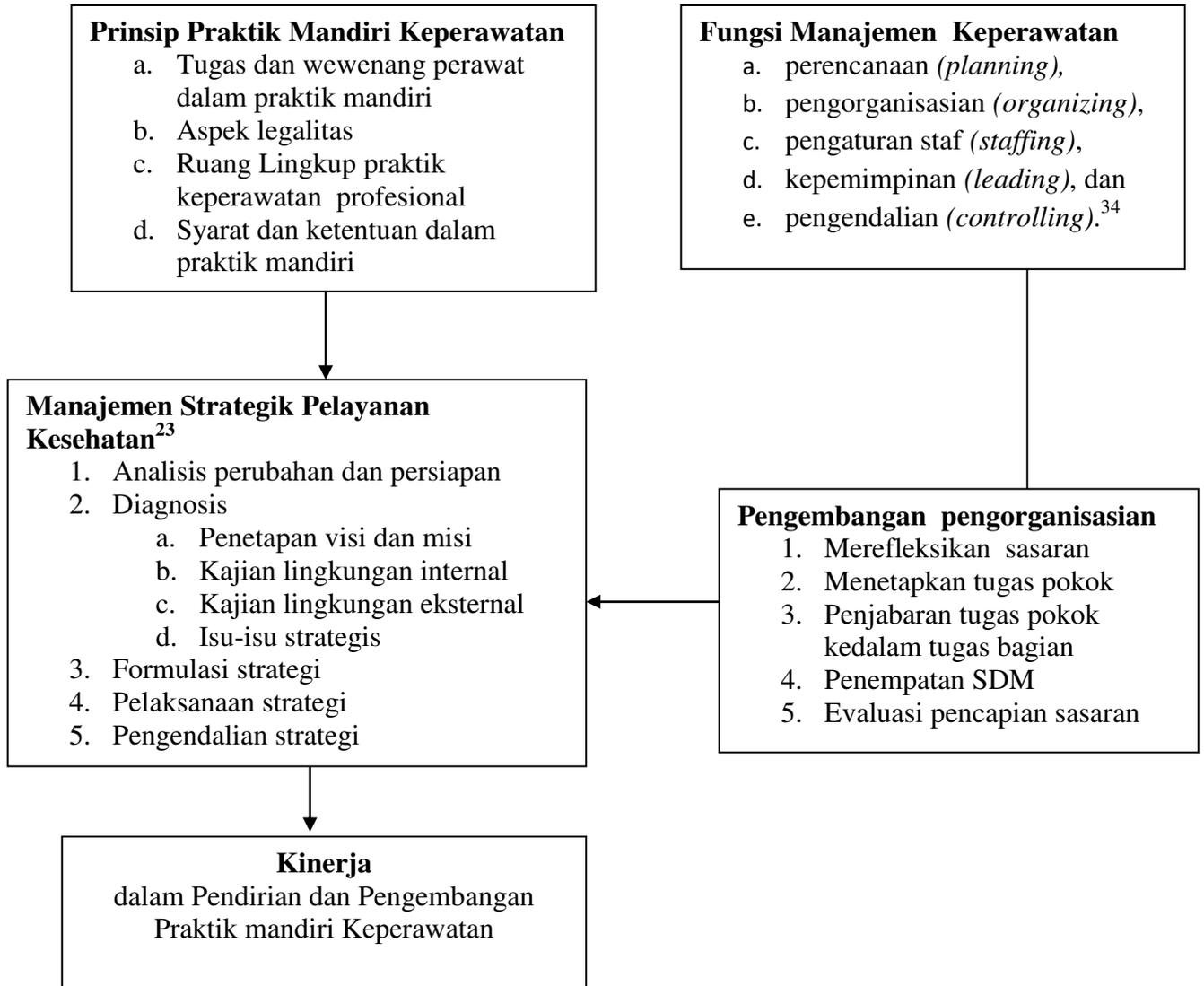
4) Kepemimpinan (*Leading*)

Kepemimpinan merupakan proses mempengaruhi kelompok untuk menentukan dan mencapai tujuan. Kepemimpinan difokuskan kepada gaya kepemimpinan situasi kemungkinan dan faktor-faktor seperti manusia, pekerjaan, situasi, organisasi, dan faktor-faktor lingkungan. Manajer perawat dalam fungsi ini berperan untuk merangsang motivasi dengan mempraktikkan fungsi kepemimpinan karena perilaku motivasi merupakan promosi, autonomi, membuat keputusan, dan manajemen partisipasi.

5) Pengendalian atau Pengevaluasian (*Controlling*)

Pengendalian atau pengevaluasian adalah suatu fungsi yang terus menerus dari manajemen keperawatan yang terjadi selama perencanaan, pengorganisasian, dan pengerahan aktivitas. Melalui proses ini standar dibuat dan kemudian digunakan, diikuti umpan balik yang menimbulkan perbaikan.

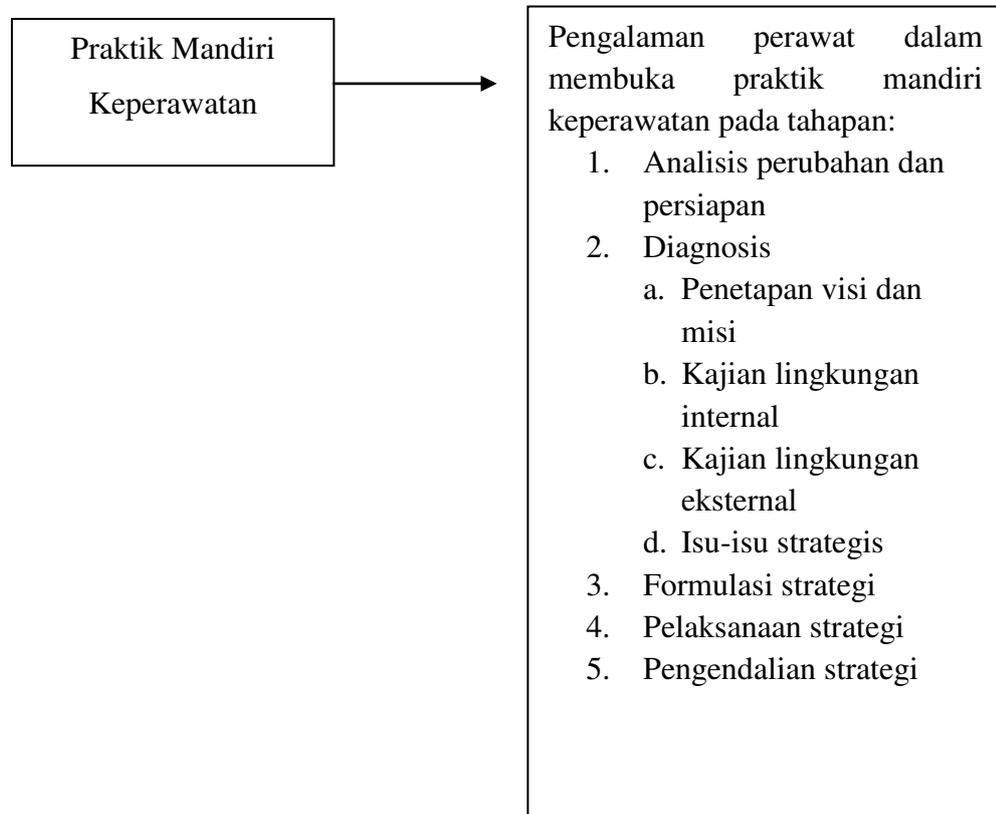
B. Kerangka Teori



Gambar 6. Kerangka Teori Pengembangan Praktik Mandiri Keperawatan

(Depkes, 2013; Trisnantoro, 2005; Marquis, 2009; Robins, 2006)

C. Kerangka Konsep



Gambar 7. Kerangka konsep penelitian

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Pendekatan kualitatif merupakan penelitian yang diharapkan mampu menghasilkan suatu uraian mendalam tentang ucapan, tulisan, dan perilaku yang dapat diamati dari suatu individu, kelompok, masyarakat dan atau suatu organisasi tertentu dalam suatu konteks tertentu yang dikaji dari suatu sudut pandang yang utuh, komprehensif dan holistik.⁴² Dalam penelitian kualitatif berusaha mengungkapkan berbagai keunikan yang terdapat dalam individu, kelompok, masyarakat atau organisasi dalam kehidupan sehari-hari secara menyeluruh, rinci, dalam dan dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah.⁴³

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini dengan menggunakan pendekatan fenomenologi. Fenomenologi adalah pengalaman subyektif atau pengalaman fenomenologikal atau suatu studi tentang kesadaran dari perspektif pokok dari seseorang. Tujuan penelitian fenomenologis adalah menjelaskan pengalaman-pengalaman apa yang dialami oleh seseorang di dalam kehidupan ini, termasuk interaksinya dengan orang lain.⁴⁴

Pendekatan fenomenologi pada penelitian ini berfokus pada pengalaman perawat dalam membuka praktik mandiri keperawatan.

B. Populasi dan Informan Penelitian

1) Populasi

Populasi yang diambil dalam penelitian ini adalah perawat yang membuka praktik mandiri keperawatan di Kabupaten Badung Propinsi Bali.

2) Informan Penelitian

Informan dalam penelitian ini terdiri dari dua macam informan, yaitu informan utama dan informan triangulasi.

a) Informan Utama

Informan utama adalah bagian populasi yang diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Informan dalam penelitian kualitatif dengan metode fenomenologi yang ideal adalah tiga sampai sepuluh orang. Untuk penentuan jumlah sampel dianggap telah memadai apabila telah sampai kepada taraf saturasi data.⁴⁵

Penentuan informan dalam penelitian ini menggunakan pendekatan *purposive sampling*, yaitu suatu metode penentuan partisipan yang sesuai dengan tujuan penelitian dan memenuhi kriteria inklusi. Kriteria inklusi adalah persyaratan umum yang harus dipenuhi oleh subyek agar dapat diikutsertakan ke dalam penelitian.⁴⁶

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah ;

- 1) Memiliki praktik mandiri keperawatan

- 2) Pengalaman membuka praktik mandiri keperawatan minimal sudah berjalan selama 2 tahun
- 3) Praktik mandiri dengan angka kunjungan pasien rata-rata sebanyak 5 pasien/hari
- 4) Sudah memiliki tempat yang khusus untuk pelayanan praktik sendiri.
- 5) Bersedia menjadi informan.

Adapun untuk kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah

- 1) Perawat yang tidak memiliki Surat Ijin Praktik Perawat (SIPP)
- 2) Perawat diketahui melakukan praktik medis di luar kewenangan
- 3) Perawat yang pada saat akan dilakukan penelitian tidak berada di tempat.

Jumlah informan utama dalam sebanyak 5 orang perawat pemilik praktik mandiri keperawatan yang sesuai dengan kriteria inklusi. Perbandingan karakteristik data yang diperoleh dari informan tersebut sudah terdapat banyak kesamaan maka dianggap sudah mewakili populasi atau saturasi data tercapai, dan sudah memberikan gambaran pengalaman praktik mandiri keperawatan.

b) Informan Triangulasi

Dalam penelitian ini, peneliti juga menggunakan informan triangulasi sebanyak 4 orang informan, yang terdiri dari:

- 1) Ketua Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Kabupaten Badung Provinsi Bali

2) Pasien pengguna praktik mandiri keperawatan sebanyak 3 orang dengan kriteria pernah menggunakan pelayanan praktik mandiri keperawatan minimal 3 kali kunjungan.

Tujuan dari adanya informan triangulasi tersebut adalah untuk memvalidasi data yang diperoleh dari informan dan memperluas cakupan data sudah didapat.

C. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di tempat praktik mandiri keperawatan yang ada di Kabupaten Badung Propinsi Bali. Tempat penelitian dilakukan di Propinsi Bali dikarenakan menurut data dari Asosiasi Praktik Mandiri Perawat Indonesia (APMPI), praktik mandiri keperawatan yang ada di Propinsi Bali sudah berkembang dibandingkan dengan propinsi lainnya yaitu dengan terdapat kurang lebih 50 praktik mandiri keperawatan. Adapun yang ada di Kabupaten Badung sendiri sudah terdapat sekitar 25 praktik mandiri keperawatan. Oleh karena itu, dengan dilakukan penelitian di tempat tersebut didapatkan data kajian yang mendalam tentang pengalaman perawat dalam pendirian dan pengembangan manajemen praktik mandiri keperawatan. Adapun waktu penelitian dilaksanakan pada tanggal 22 Juni-4 Juli 2015.

D. Definisi Istilah

Tabel 2. Definisi Istilah

Istilah	Definisi
Pengalaman perawat	Suatu keadaan dimana seorang perawat telah merasakan proses pendirian dan pengembangan praktik mandiri keperawatan
Kinerja	Penampilan hasil perawat baik secara kualitas ataupun kuantitas dalam membuka praktik mandiri keperawatan
Praktik mandiri keperawatan	Pelayanan kesehatan yang didirikan oleh perawat untuk memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat berdasarkan wewenang yang dimilikinya
Manajemen praktik mandiri keperawatan	Proses kegiatan yang dilakukan oleh perawat sejak tahap pendirian, pengembangan dan keberlanjutan dari praktik mandiri keperawatan
Pendirian praktik mandiri keperawatan	Tahapan awal yang dilakukan oleh perawat dalam membuka praktik mandiri keperawatan sesuai dengan peraturan yang sudah ditentukan.
Pengembangan praktik mandiri keperawatan	Tahapan yang dilakukan oleh perawat dalam menjalankan fungsi-fungsi manajemen (perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan, pelaksanaan, dan pengendalian) di tempat praktik mandiri keperawatan.
Manajemen strategik pengembangan praktik mandiri keperawatan	Proses pengembangan praktik mandiri keperawatan berdasarkan tahapan strategik manajemen pelayanan kesehatan yang meliputi analisa perubahan dan persiapan pendiria, diagnosis (penetapan visi dan misi, kajian lingkungan internal dan eksternal, isu-isu utama strategis, formulasi strategi, pelaksanaan strategi dan pengendalian strategi.

E. Alat dan Cara Pengumpulan Data Penelitian

1. Alat Penelitian

Alat yang digunakan untuk membantu pengumpulan data dalam penelitian yang akan dilakukan adalah sebagai berikut;

a. Pedoman wawancara

Pedoman wawancara atau protokol wawancara disusun untuk membantu peneliti dalam menggali informasi pada saat melakukan wawancara mendalam yang terstruktur. Protokol wawancara tersebut berisi sejumlah pertanyaan terbuka yang sebelumnya sudah disusun sebelumnya dan didasarkan atas masalah dalam rancangan penelitian.⁴⁴

Pedoman wawancara yang akan digunakan dalam penelitian ini sebanyak 3 buah pedoman wawancara, yaitu:

- 1) Pedoman wawancara informan utama
- 2) Pedoman wawancara informan triangulasi dengan Ketua PPNI Kab. Badung.
- 3) Pedoman wawancara informan triangulasi dengan pasien pengguna praktik mandiri

b. Perekam suara dan Kamera

Perekam suara merupakan alat bantu yang digunakan oleh peneliti untuk merekam suara pada saat berlangsungnya kegiatan wawancara mendalam antara peneliti dan informan. Tujuan penggunaan perekam suara tersebut adalah agar data yang disampaikan oleh informan bisa akurat didapatkan, membantu proses analisis data dan sebagai bukti keabsahan data.

Adapun kamera akan digunakan oleh peneliti pada saat melakukan pengambilan data gambar pendukung pada saat observasi. Data gambar pendukung tersebut diantaranya bentuk fisik tempat praktik, papan nama

praktik mandiri, surat izin praktik mandiri (SIPP), kondisi pelayanan yang ada dan proses kegiatan pada saat wawancara.

c. Buku catatan dan alat tulis

Buku catatan dan alat tulis digunakan untuk membuat catatan informasi lapangan yang dianggap penting dan mendukung data penelitian yang ingin didapatkan. Tujuannya melengkapi data yang didapat dari hasil wawancara mendalam dan observasi.

2. Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan teknik wawancara (*indepth interview*) dan *simple observation*

a. Wawancara Mendalam

Penelitian ini dilaksanakan dengan menggunakan metode wawancara dalam pengumpulan data. Wawancara yang dilakukan sifatnya mendalam dengan jenis wawancara semi terstruktur. Wawancara merupakan suatu teknik pengumpulan data untuk mendapatkan informasi yang digali dari sumber data langsung melalui percakapan atau tanya jawab, dan dalam penelitian kualitatif sifatnya mendalam karena ingin mengeksplor secara mendalam dan jelas dari informan.

b. Observasi

Pengumpulan data selanjutnya adalah dengan observasi terhadap tempat praktik mandiri keperawatan informan penelitian. Observasi tersebut meliputi kelengkapan administrasi perijinan dan pengaturan manajemen

pelayanan apakah sudah sesuai dengan yang sudah diutarakan dalam wawancara (data triangulasi).

c. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilaksanakan dengan tahapan sebagai berikut:

a. Tahapan Persiapan

Pada tahapan ini peneliti terlebih dahulu mengajukan ijin penelitian. Pengurusan ijin penelitian tersebut dilakukan sebagai berikut:

- 1) Peneliti mengajukan persetujuan *Ethical Clearence* di Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Fakultas kedokteran Universitas Diponegoro dan RSUP Dr.Kariadi Semarang.
- 2) Peneliti terlebih dahulu mengajukan surat pengantar pengurusan ijin penelitian dari Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.
- 3) Peneliti mengurus surat rekomendasi perijinan penelitian di Badan Penanaman Modal Daerah u/p UPT PTSP Jawa Tengah
- 4) Peneliti mengurus surat perijinan penelitian di Badan Penanaman Modal dan Perizinan Propinsi Bali
- 5) Peneliti mengurus surat perijinan penelitian di Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat (Kesbang,Pol dan Linmas) Kabupaten Badung Propinsi Bali
- 6) Peneliti melakukan koordinasi terlebih dahulu dengan Asosiasi Praktik Mandiri Perawat Indonesia (APMPI) Propinsi Bali

untuk mengetahui gambaran praktek mandiri keperawatan dan penentuan tempat praktek yang akan dijadikan tempat pengambilan data, sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi informan yang sudah ditentukan.

- 7) Setelah peneliti mendapatkan ijin, maka peneliti menghubungi perawat yang direncanakan dan memenuhi kriteria menjadi informan.
- 8) Peneliti mengajukan permohonan kesediaan menjadi informan dalam penelitian ini, menjelaskan maksud dari penelitian tersebut dan menunjukkan lembar *informed consent*.
- 9) Bagi calon informan yang bersedia terlibat dalam penelitian ini, maka diminta untuk mengisi lembar *informed consent* sebagai bukti persetujuan menjadi informan dalam penelitian.

b. Tahapan Pelaksanaan

Pada tahap pelaksanaan pengambilan data dilakukan dengan wawancara mendalam yang pelaksanaannya dilakukan sesuai dengan kesepakatan informan. Wawancara dilakukan secara mendalam dan terbuka, dengan menggunakan panduan wawancara yang sudah disusun. Selama wawancara peneliti melakukan catatan lapangan (*field note*) untuk mencatat komunikasi atau respon non verbal yang ditampilkan oleh partisipan dan beberapa kondisi yang mungkin mempengaruhi proses wawancara. Data wawancara akan dilengkapi

dengan data observasi, sesuai dengan lembar observasi yang sudah disiapkan.

c. Tahapan Terminasi

Pada tahapan ini peneliti mengakhiri proses wawancara dengan:

- 1) Memberikan *reward* kepada informan atas sikap kooperatifnya.
- 2) Memberikan kesempatan pada informan untuk menyampaikan beberapa hal yang berkaitan dengan proses wawancara.
- 3) Apabila dari hasil wawancara terdapat beberapa hal yang belum dipahami maka peneliti akan menghubungi kembali informan.
- 4) Peneliti akan mengecek keabsahan data dan kualitas data yang sudah diperoleh.

F. Teknik Analisis Data

Analisa data dilakukan setelah proses pengumpulan data dari masing-masing informan selesai. Model analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode perbandingan tetap (*Constant Comparative Method*) menurut Glaser & Strauss.⁴⁴ Berikut ini tahapan dalam analisa data yang telah dilakukan:

1. Persiapan data untuk dianalisa

Tahapan ini dilakukan untuk mengumpulkan data penelitian atau memilah-milah dan menyusun data ke dalam jenis-jenis yang berbeda tergantung pada jenis informasi.⁴⁷ Jenis data yang didapatkan dari hasil penelitian terdiri dari hasil wawancara mendalam informan penelitian dan hasil observasi di tempat praktik mandiri.

2. *Coding*

Coding merupakan proses pengolahan materi/informasi menjadi tulisan (pengetikan hasil wawancara) sebelum memaknainya. Tahap ini mencari gagasan-gagasan inti dari transkrip wawancara hingga ditemukan kata kunci dari pernyataan informan dengan memberi tanda cetak tebal dan garis. Setelah ditemukan kata-kata kunci baik data informan utama ataupun informan triangulasi selanjutnya dibuat kategori-kategori dan mencari keterkaitan antar kategori.⁴⁷

a. Kategorisasi

Kategorisasi adalah upaya memilah-milah setiap satuan ke dalam bagian yang memiliki kesamaan. Setiap kategori yang telah dibuat kemudian diberi nama. Dari hasil analisa didapatkan kategori-kategori data yang meliputi motivasi mendirikan praktik mandiri keperawatan, tahapan pengurusan perijinan praktik mandiri, penetapan visi dan misi praktik mandiri, analisis faktor pendukung praktik mandiri, analisis faktor penghambat praktik mandiri, strategi pemilihan lokasi dan tempat praktik, strategi persiapan fasilitas praktik mandiri, pengorganisasian pelayanan, pelaksanaan pelayanan praktik, marketing pelayanan praktik, tantangan dan kendala pelaksanaan praktik, upaya peningkatan angka kunjungan, pengendalian mutu praktik mandiri keperawatan dan upaya peningkatan mutu pelayanan.

b. Sintesisasi

Sintesis data dengan cara mencari hubungan antara satu kategori dengan kategori lainnya. Setiap kategori yang mempunyai hubungan diberi nama lagi. Metode sintesa yang digunakan dengan cara membuat tabel kisi-kisi analisa data.

3. Penyusunan Tema dan Sub tema

Tema adalah bagian terkecil yang mengandung makna yang bulat dan dapat berdiri sendiri terlepas dari bagian yang lain. Penyusunan tema dilakukan dengan cara menganalisa data yang terkumpul. Menganalisa data dilakukan dengan cara membaca dan mempelajari seluruh data dengan teliti.

4. Penyajian Data

Penyajian data merupakan sekumpulan informasi tersusun yang memberi kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Bentuk penyajian data dilakukan dalam bentuk teks naratif yang dirangkai dengan pembahasan hasil penelitian.

5. Penarikan Kesimpulan dan Verifikasi

Setelah menganalisa data yang ada, langkah terakhir adalah dengan menarik kesimpulan atau verifikasi. Peneliti membuat rumusan proposisi yang terkait dengan prinsip logika dan mengangkatnya sebagai penemuan penelitian.

Berdasarkan teknik analisa di atas, maka langkah-langkah analisis data pada penelitian kualitatif menurut Collaizi adalah sebagai berikut :

1. Membuat deskripsi informan tentang fenomena dari informan dalam bentuk narasi yang bersumber dari wawancara (transkrip).

2. Membaca kembali secara keseluruhan deskripsi informasi dari informan secara berulang. Peneliti akan melakukan 3-4 kali membaca transkrip untuk merasa hal yang sama seperti informan.
3. Mengidentifikasi kata kunci melalui penyaringan pernyataan informan yang signifikan dengan fenomena yang diteliti. Pernyataan-pernyataan yang merupakan pengulangan dan mengandung makna yang sama atau mirip maka pernyataan ini akan diabaikan.
4. Memformulasi arti dari kata kunci dengan cara mengelompokkan kata kunci yang sesuai pernyataan penelitian, selanjutnya mengelompokkan lagi kata kunci yang sejenis.
5. Mengorganisasi arti-arti yang telah teridentifikasi dalam beberapa kelompok tema. Setelah tema-tema terorganisir, peneliti akan memvalidasi kembali kelompok tema tersebut.
6. Mengintegrasikan semua hasil penelitian ke dalam suatu narasi yang menarik dan mendalam sesuai dengan topik penelitian.

G. Validitas

1. Validitas Alat

Instrumen atau alat penelitian pada penelitian kualitatif adalah peneliti itu sendiri. Peneliti melakukan uji coba pertanyaan penelitian terhadap satu orang partisipan yang memiliki karakteristik sama dengan partisipan yang dijadikan subyek penelitian. Uji coba tersebut bertujuan untuk menguji kemampuan peneliti dalam melakukan proses

wawancara, memberikan pertanyaan yang mengarah pada tujuan, mengetahui pemahaman partisipan terhadap pertanyaan dan kemampuan untuk membuat catatan lapangan dan menguji fungsi dan kualitas alat perekam yang digunakan dalam penelitian. Uji coba tersebut dilakukan di praktik mandiri keperawatan rawat luka “Kalingga” di Purbalingga Jawa Tengah pada tanggal 15 Mei 2015

2. Validitas Data

Validitas dilakukan dengan tujuan untuk mengecek tingkat kepercayaan dan keabsahan dari data yang telah diperoleh dalam penelitian kualitatif. Hal tersebut mengingat data yang didapat merupakan hasil wawancara hasil pengalaman dari masing-masing informan. Pada penelitian ini validitas data akan dilakukan dengan teknik triangulasi. Teknik triangulasi merupakan salah satu metode validitas data dalam penelitian kualitatif dengan cara membandingkan data yang didapatkan dengan sumber pendukung data yang relevan sehingga didapatkan derajat kepercayaan ilmiah.

Teknik triangulasi dalam penelitian ini dilakukan dengan cara mengecek data yang didapat dengan hasil wawancara dari informan triangulasi yang sudah direncanakan dan juga dengan data yang didapatkan dari hasil observasi. Dalam penelitian ini yang menjadi informan triangulasi adalah Ketua PPNI Kabupaten Badung dan Pasien yang menggunakan jasa praktik mandiri. Hal tersebut mengingat dalam pengembangan praktik mandiri keperawatan PPNI memegang peran

yang cukup besar baik dalam pengembangan, pengawasan, pembinaan dan pengendalian. Adapun validasi data pada informan triangulasi pasien adalah untuk membandingkan beberapa aspek data yang langsung dirasakan oleh pasien, seperti segi pelaksanaan pelayanan, mutu pelayanan, informasi tentang keberadaan praktik mandiri, serta harapan dari pasien terhadap praktik mandiri yang sudah ada tersebut.

Data-data yang didapatkan dari informan utama tersebut dibandingkan dengan data yang didapat dari informan triangulasi dalam satu kajian tema yang sama untuk melihat sebaran keabsahan dan kelengkapan data yang didapat. Selain membandingkan dengan informan triangulasi, validitas data juga akan didukung dengan hasil observasi di praktik mandiri informan utama.

H. Kriteria dan Teknik Pemeriksaan Keabsahan Data

Terdapat empat kriteria keabsahan data dalam penelitian kualitatif yang digunakan dilakukan dalam penelitian ini, yaitu:

1. *Credibility* (Derajat Kepercayaan)

Derajat kepercayaan mengandung makna apakah proses dan hasil penelitian kualitatif dapat diterima dan dipercaya. Kriteria ini untuk memenuhi nilai kebenaran dari data dan informasi yang dikumpulkan. Artinya, hasil penelitian harus dapat dipercaya oleh semua pembaca dan partisipan sebagai informan.⁴⁴

Derajat kepercayaan dalam penelitian ini dilakukan dengan peneliti mengkonfirmasi hasil data yang didapatkan apakah ada yang tidak sesuai dan diperkuat dengan adanya lembar persetujuan informan

2. *Transferability* (Keteralihan)

Keteralihan mengandung makna apakah hasil penelitian ini dapat digeneralisasikan atau diterapkan pada situasi yang lain. Kriteria ini digunakan untuk memenuhi kriteria bahwa hasil penelitian yang dilakukan dalam konteks (*setting*) tertentu dapat ditransfer ke subjek lain yang memiliki tipologi yang sama.⁴⁸

Keteralihan dilakukan peneliti dengan akan menyampaikan hasil penelitian secara lengkap, terperinci jelas dan sistematis kepada Asosiasi Praktik Mandiri Perawat Indonesia (APMPI) di Propinsi Bali.

3. *Dependability* (Kebergantungan)

Kebergantungan mengandung makna apakah hasil penelitian mengacu pada kekonsistenan peneliti dalam mengumpulkan data, membentuk dan menggunakan konsep-konsep ketika membuat interpretasi untuk menarik kesimpulan. Kriteria ini dapat digunakan untuk menilai apakah proses penelitian kualitatif bermutu atau tidak, dengan mengecek apakah peneliti sudah cukup hati-hati, apakah membuat kesalahan dalam mengkonseptualkan rencana penelitiannya, pengumpulan data dan penginterpretasiannya.⁴⁸

Pemeriksaan *dependability* (kebergantungan) dilakukan peneliti dengan melibatkan pembimbing tesis sebagai eksternal auditor.

Transkrip informan yang telah disusun, diserahkan ke eksternal auditor untuk dikonsultasikan bersama dengan peneliti.

4. *Confirmability* (Kepastian)

Kepastian mengandung makna apakah hasil penelitian dapat dibuktikan kebenarannya dimana hasil penelitian sesuai dengan data yang dikumpulkan dilapangan. Kriteria ini digunakan untuk menilai mutu tidaknya hasil penelitian.³⁸

Peneliti akan melakukan pemeriksaan terhadap kriteria *confirmability (kepastian)* atau kepastian, yaitu dengan melibatkan pembimbing tesis sebagai eksternal auditor. Hasil rekaman penelitian akan diserahkan kepada auditor untuk mengetahui kebenaran bahwa hasil penelitian itu berasal dari data yang diperoleh peneliti.

I. Etika Penelitian

Beberapa hal yang dilakukan peneliti agar penelitian bisa berjalan dengan baik, lancar dan peneliti tidak mendapatkan persoalan masalah etika, yaitu:

1. Peneliti mengurus perijinan penelitian sesuai prosedur peraturan yang ditetapkan di Propinsi Bali.
2. Peneliti menghargai, menghormati dan patuh terhadap peraturan dan norma yang ada di tempat penelitian dengan melakukan penelitian disaat informan bebas dari jam kerja pelayanan dan dilakukan di ruang yang tidak mengganggu pekerjaan di praktik mandiri keperawatan.

3. Peneliti menempatkan informan bukan sebagai objek, melainkan orang yang derajadnya sama dengan peneliti.
4. Peneliti memilih informan terlebih dahulu dengan memberikan *informed consent*, yaitu memberitahu secara jujur maksud dan tujuan terkait dengan penelitian yang dilakukan pada partisipan dengan sejelas-jelasnya.
5. Peneliti menjaga kerahasiaan informasi yang diberikan, informasi hanya digunakan untuk kegiatan penelitian dan tidak akan dipublikasikan tanpa izin informan diberlakukan sama, nama informan diganti dengan kode (*anonimity*).
6. Peneliti memberikan kenyamanan pada informan dengan mengambil tempat wawancara sesuai dengan keinginan informan selama proses pengambilan data, sehingga informan dapat leluasa untuk mengungkapkan masalah sesuai dengan topik penelitian.