

Jurnal

KEPERAWATAN

INDONESIA

- ❑ Apakah Pengetahuan dan Sikap Menjadi Kontributor Utama dalam Pembentukan Perilaku Penggunaan Pembalut pada Remaja Putri di Daerah Pedesaan Kabupaten Pangkep?
- ❑ *Hand Hygiene among Hospital Staff: A Survey of Knowledge, Attitude, and Practice in A General Hospital in Syria*
- ❑ *Integrated Health Post for Child Health (Posyandu) as A Community-Based Program in Indonesia: An Exploratory Study*
- ❑ Kebutuhan Keluarga Saat Anak Dirawat di Paediatric Intensive Care Unit (PICU): Sudut Pandang Keluarga dan Perawat
- ❑ Kepuasan Perawat Terhadap Kualitas Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berbasis Komputer
- ❑ Model Kepemimpinan Servant Paling Dominan Berhubungan dengan Kinerja
- ❑ Pengalaman Perawat Kepala Ruang tentang Pelaksanaan Model Delegasi Keperawatan 'Relactor' (MDK'R')

HAND HYGIENE AMONG HOSPITAL STAFF: A SURVEY OF KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND PRACTICE IN A GENERAL HOSPITAL IN SYRIA

Maha Othman¹, Cornelis Jonker^{2*}

1. Department of Quality Control and Health Education, Gheras International School, Al Dafna Doha, Qatar
2. Faculty of Health Studies, University of Bradford, Bradford, United Kingdom

*E-mail: C.Jonker@bradford.ac.uk

Abstract

Poor hand-hygiene adherence endangers the safety of both healthcare workers and patients. A cross-sectional Knowledge Attitudes Practicing (KAP) survey (n= 268) and an observation of hand-hygiene compliance (n= 36) were conducted among staff in a general hospital in Syria. The aim of this study was to investigate the degree of compliance with hand hygiene protocols by general health care workers including their knowledge, attitude and practice. The mean overall observed hand-hygiene compliance rate was 45.7% (95% CI 37.1 – 54.3). Nurses were observed to have better compliance than physicians. Staff were observed to be more concerned in performing hand-hygiene after than before patient contact (before mean= 32.0%, after mean= 51.2%, p < 0.05). The questionnaire showed that there was a significant correlation between knowledge, attitude, and facilities on the one hand and poor self-reported adherence on the other. Multivariate analysis showed that poor adherence was statistically significantly associated with males (63.5%), untrained staff (58.5%) and unavailability of washing basins (60.4%). Poor adherence was high in ICU, among younger and unaware participants.

Keywords: *compliance, hand hygiene, hospital acquired infection, healthcare workers, Knowledge-Attituded-Practice (KAP), patient safety*

Abstrak

Kepatuhan pada kebersihan tangan yang buruk membahayakan keselamatan tenaga kesehatan dan pasien. Survei potong lintang Pengetahuan Sikap Praktek (n= 268) dan observasi kepatuhan kebersihan tangan (n= 36) dilakukan di antara staf di rumah sakit umum di Suriah. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi tingkat kepatuhan dengan protokol kebersihan tangan oleh tenaga kesehatan termasuk pengetahuan, sikap dan praktik mereka. Rerata tingkat kepatuhan kebersihan tangan yang diamati secara keseluruhan adalah 45,7% (95% CI 37,1-54,3). Perawat diamati memiliki kepatuhan yang lebih baik daripada dokter. Staf yang diamati tampak lebih peduli melakukan kebersihan tangan setelah kontak dengan pasien dibanding sebelum kontak (rerata sebelum= 32,0%, rerata setelah= 51,2%, p < 0,05). Hasil kuesioner menunjukkan bahwa ada korelasi yang signifikan antara pengetahuan, sikap, dan fasilitas, namun disisi lain kepatuhan dilaporkan buruk. Analisis multivariat menunjukkan bahwa kepatuhan yang buruk secara statistik terkait secara signifikan dengan jenis kelamin laki-laki (63,5%), staf tidak terlatih (58,5%) dan tidak tersedianya tempat cuci tangan (60,4%). Tingkat kepatuhan yang rendah angkanya ditemukan cukup tinggi di ICU, di antara responden yang lebih muda dan tidak sadar.

Kata Kunci: *kebersihan tangan, kepatuhan, hospital acquired infection, tenaga kesehatan, keselamatan pasien, Pengetahuan-Sikap-Praktik*

Introduction

Health care-associated infections occur worldwide. These infections have been identified for more than 150 years and are still considered a hazard to both patients and health care workers

(Chandra & Milind, 2001). The estimated rates of health care associated infections also emphasize that at any time, hundreds of millions of people worldwide are suffering from infections acquired in health-care facilities (WHO, 2009a, 2011). In developing countries, the risk

of health care associated infections is higher than that in developed countries and the proportion of patients affected by health care associated infections can exceed 25%. Most of these infections spread from one patient to another by the hands of health care workers (WHO, 2009b).

Hand hygiene is a general term referring to any action of hand-cleansing. It is recognized as the most effective way to control infections (The Joint Commission, 2009). Hand hygiene applies to handwashing, antiseptic handwash, alcohol-based hand rub, or surgical antisepsis. Some studies disclosed significant differences in adherence to hand hygiene in different hospitals (WHO, 2009b). Other studies evaluated adherence to hand hygiene before and after patients' contact (Novoa, Pi-Sunyer, Sala, Molins, & Castells, 2007).

More attention is being paid to evaluations of adherence to hand hygiene practices in specific wards where hand hygiene is considered to be a more critical issue (Pittet, Mourouga & Perneger, 1999). Adherence to hand hygiene varies according to the profession of health care workers (Rosenthal, Guzman, & Safdar, 2005; Trick, et al., 2007; WHO, 2009b). Health care workers adherence toward hand hygiene is also influenced significantly by the behaviour and presence of other health care workers (Lankford, et al., 2003; Mauritio, et al., 2014), by the distance to sinks (Deyneko, Cordeiro, Berlin, Ben-David, Perna & Longtin, 2016), and by socialisation and emotions (Loveday, Lynam, Singleton, & Wilson, 2014).

The aim of this study was to investigate the degree of compliance with hand hygiene protocols by general health care workers, identifying their knowledge and attitude in order to provide a baseline assessment for an intervention plan. This research is important for Syria because of the paucity of evidence on this topic in this country. Hand hygiene is a crucial issue to improve the quality of health care services in Syrian health care facilities.

Methods

Design. This cross-sectional study combined observations with a survey using a structured questionnaire in order to obtain more details about hand hygiene and to improve validity. The observational study was conducted to investigate actual practices among physicians, residents and nurses. The observation involved four wards' morning shifts only.

The survey was conducted among staffs including physicians, residents and nurses of all 8 wards (N=299).

Sample. This study involved 268 health care workers for survey. The observations covered physicians, residents and nurses. A quota sampling method was followed (n=36). Three participants of each profession on each ward were observed. Observed health care workers are forming 40% of overall health care workers available on these four wards in morning shift only.

Setting. The study was conducted in a general hospital that is part of a large medical complex that also comprises two specialist hospitals. This hospital has 150 beds across eight different wards. These wards also provide counselling health services and other secondary health services such as laboratories and radiology. The hospital is free of charge for patients and the high demand for its services causes high workloads and a constant need for additional staff.

Data Collecting. A structured observation checklist was developed and piloted specifically for this study. The observation was conducted in two surgical wards, the emergency department and in the intensive care unit. These wards were considered to be critical wards regarding risks associated with health care associated infections during care provision. Observation duration lasted for one hour for each of the included health care workers. Confidentiality was important and privacy of both pa-

tient and health care workers were taken into consideration.

Two types of time indication of hand hygiene opportunities were recognized; before patient contact and after patient contact. Washing hands with soap (normal or antibacterial) or using alcohol-based hand rub (ABHR) and using gloves appropriately were counted as positive hand hygiene adherence. Non-adherence was considered if missing washing hands or washing hands with water only and failure to remove gloves between two patients or wearing the same gloves between clean and dirty practices on the same patients were considered as. The observer did not give any feedback to the health care workers regarding their hand hygiene performance.

For survey, the questionnaire was structured in order to capture knowledge, attitude, and factors associated with hand hygiene practices. The questionnaire also included a separate section on effective key interventions improving adherence to hand hygiene protocols. By means of seven points scale the researcher assessed these key actions. The last three points of the scale closest to the very effective evaluation were considered positive answers and an effective improvement action as a sequence. One open ended question was added to the questionnaire to capture any other valuable information. The questionnaire included questions about general information (gender, age, profession, qualification and ward), training, years of experience related to health care services, practices by health care workers and factors that may influence adherence to hand hygiene. Questionnaires were distributed in

Arabic after completely finishing all observational data collection.

Data were analyzed by SPSS (v.15) with entry for both observations and questionnaires data. Statistical significance was set for all tests at $p < 0.05$ (2-tailed) using ANOVA and t-test (multiple comparisons). For multivariate logistic regression analysis was used to perform all poor adherence group comparisons. Predictive variables were measured using odds ratios and 95% CI.

The study was approved by the Syrian Ministry of Health for ethics purposes and by the hospital management. Health care workers were informed related to this study. Verbal informed consent was taken from all participants. The leaflet also summarized the research title, aim, content, participant rights and participation procedures. The participant information leaflet was attached to each questionnaire.

Results

Analysis of the observational study showed that the overall hand hygiene compliance rate mean is 45.7% (95% CI 37.1-54.3). Nurses were observed to have better overall hand hygiene compliance than physicians. Variations in hand hygiene compliance rate among observed health care workers with different professions are presented in Table 1.

Comparison of hand hygiene compliance rates of the four wards showed that the rate of hand hygiene compliance varied from 60.1% in Surgical Ward 1 to 26.5% in Surgical Ward 2 (Table2).

Table 1. Observed Hand Hygiene Compliance Rates by Profession

Profession	n	Compliance rate (95% CI)
Physician	12	36.6 (18.9 - 54.3)
Resident	12	59.2 (42.2 - 76.3)
Nurse	12	41.3 (31.6 - 51.1)

Table 2. Observed Hand Hygiene Compliance Rates in Four Wards

Ward	Healthcare workers n	Hand hygiene compliance rate (95% CI)
Surgical W1	9	60.1 (45.5 - 74.7)
Surgical W2	9	26.5 (15.0 - 38.0)
Emergency	9	53.5 (30.5 - 76.5)
ICU	9	42.8 (23.9 - 61.8)

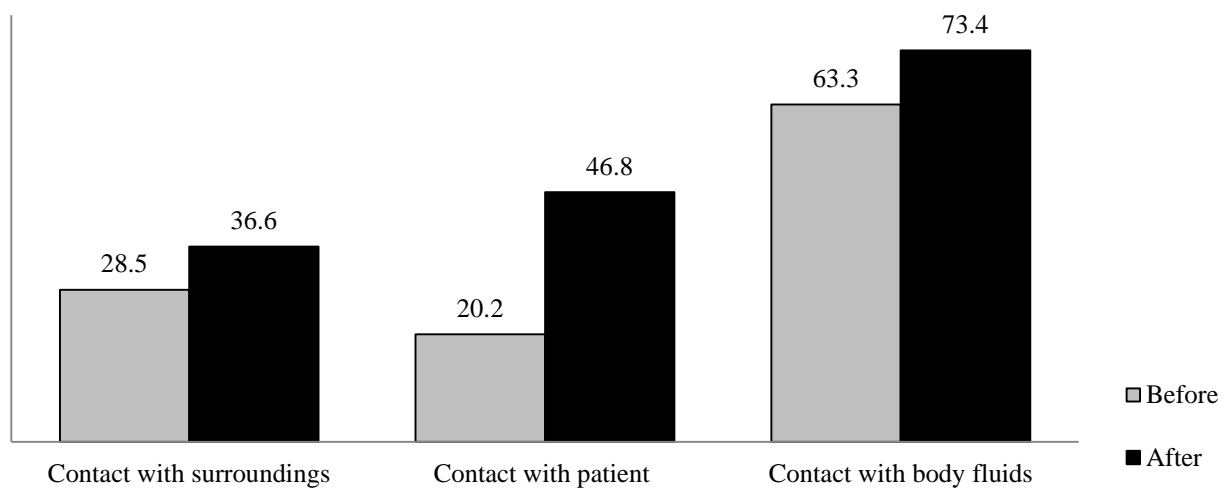


Figure 1. Full Hand Hygiene Adherence before and after contact (%)

It showed a significant effect for the ward group on adherence to hand hygiene ($p= 0.02$). It also showed a statistically significant mean difference between the lowest compliance rate in Surgical Ward 2 and the highest compliance rate in Surgical Ward 1 (mean difference= 33.6). A difference in workload between the two surgical wards may explain this difference. On average staff were observed to be more concerned in performing hand hygiene after patient contact than before patient contact (before mean= 32.0%, after mean= 51.2%, $p< 0.05$).

Analysis of the questionnaire gave a rather different picture of hand hygiene. The return rate of the questionnaire was very high: 89.6%. Number of the participants 113 (42.3%) were nurses, 80 (30.0%) were residents and 74 (27.7%) were physicians. This was similar to the distribution of all staff by the same pro-

fessional groups. Since the questionnaires and observation forms were completely anonymous it was impossible to identify staff that did not participate.

A number 234 of health care workers (87.6%) did not receive any formal training on hand hygiene protocols. The highest frequency of full adherence to hand hygiene was among participants ($n= 196$, equal to 73.4%) after body fluid exposure risk which is the highest risk opportunity among all listed practices. If the dirty is visible, the health care worker will be easily aware of dirty hands and may be more concerned about their own risk of acquiring diseases from patients rather than protecting of the patients (figure 1).

The availability of washing basins was higher. It also that a higher hand hygiene score was reported by same health care workers.

The results show that there was an interrelation between poor adherence on the one hand and attitude, knowledge and facilities on the other hand. Multivariate analysis showed that poor adherence was associated with being male (OR 0.4; $p=0.00$), belonging to an untrained group (OR 4.4; $p=0.00$) and unavailability of washing basins. Poor adherence was

high in ICU, among younger and unaware participants. Nurses reported positive adherence to hand hygiene protocols more often than physicians (Table 3).

The results on Key Actions to improve adherence to hand hygiene practices are presented in figure 2.

Table 3. Factors Associated with Hand Hygiene Adherence (logistic regression)

Factor	Value	n (%)	Self-Reported Poor Adherence n (%)	Univariate Odds Ratio (95% CI)	Multivariate Odds Ratio (95% CI)
Gender	Male*	156 (58.4)	99 (63.5)		
	Female	111 (41.6)	46 (41.4)	0.4 (0.3 - 0.7) [#]	0.4 (0.2 - 0.6) [#]
AGE (Years) n=267	19-29*	109 (40.8)	67 (61.5)		
	29-39	96 (36.0)	52 (54.2)	0.7 (0.4 - 1.3)	1.4 (0.6 - 3.3)
	39<	62 (32.2)	26 (41.9)	0.5 (0.2 - 0.9) [#]	0.6 (0.2 - 2.5)
Profession	Physician*	74 (27.7)	37 (50.0)		
	Resident	80 (30.0)	57 (71.3)	2.5 (1.3 - 4.8) [#]	1.7 (0.6 - 4.6)
	Nurse	113 (42.3)	51 (45.1)	0.8 (0.5 - 1.5)	0.9 (0.4 - 2.6)
Work Experience (Years)	1-9*	141 (52.8)	90 (63.8)		
	9-19	79 (29.6)	34 (43.0)	0.4 (0.2 - 0.8) [#]	0.8 (0.3 - 1.9)
	19<	47 (17.6)	21 (44.7)	0.5 (0.2 - 0.9) [#]	1.3 (0.4 - 4.5)
Ward	Surgical 1*	52 (19.5)	29 (55.8)		
	Surgical 2	43 (16.1)	23 (53.5)	0.9 (0.4 - 2.1)	0.8 (0.3 - 2.1)
	Emergency	43 (16.1)	23 (53.5)	0.9 (0.4 - 2.1)	1.0 (0.4 - 2.5)
	ICU	42 (15.7)	25 (59.5)	1.2 (0.5 - 2.7)	1.1 (0.4 - 3.0)
	Other wards	87 (32.6)	45 (51.7)	0.9 (0.4 - 1.7)	0.9 (0.4 - 2.0)
Training	No training	234 (87.6)	137 (58.5)	4.4 (1.9 - 10.2) [#]	4.4 (1.8 - 10.5) [#]
	Training*	33 (12.4)	8 (24.2)		
Washing basins availability	Never*	47 (17.6)	29 (60.4)		
	Sometimes	111 (41.6)	55 (63.2)	1.1 (0.6 - 2.3)	1.1 (0.5 - 2.4)
	Frequently	55 (20.5)	44 (54.3)	0.8 (0.4 - 1.6)	0.7 (0.3 - 1.6)
	Always	54 (20.3)	17 (33.3)	0.3 (0.1 - 0.7) [#]	0.4 (0.2 - 0.9) [#]
Awareness:	Not aware	25 (9.4)	16 (64.0)	1.6 (0.7 - 3.7)	1.6 (0.6 - 4.3)
	Aware*	42 (90.6)	129 (53.3)		
Priority in hospital	Low priority*	85 (31.8)	54 (63.5)		
	Moderate	67 (25.1)	37 (55.2)	0.7 (0.4 - 1.4)	0.7 (0.3 - 1.4)
	priority	67 (25.1)	35 (52.2)	0.6 (0.3 - 1.2)	0.8 (0.4 - 1.8)
	High priority	48 (18.0)	19(39.6)	0.4 (0.2 - 0.8) [#]	0.6 (0.3 - 1.4)
	Very high priority				

* Reference group

Statistically significant

Note: The median of 12 (out of 18) was the adopted cut-off point between poor and good adherence scores; this cut-off point is consisted with the researcher's clinical point of view for defining poor adherence.

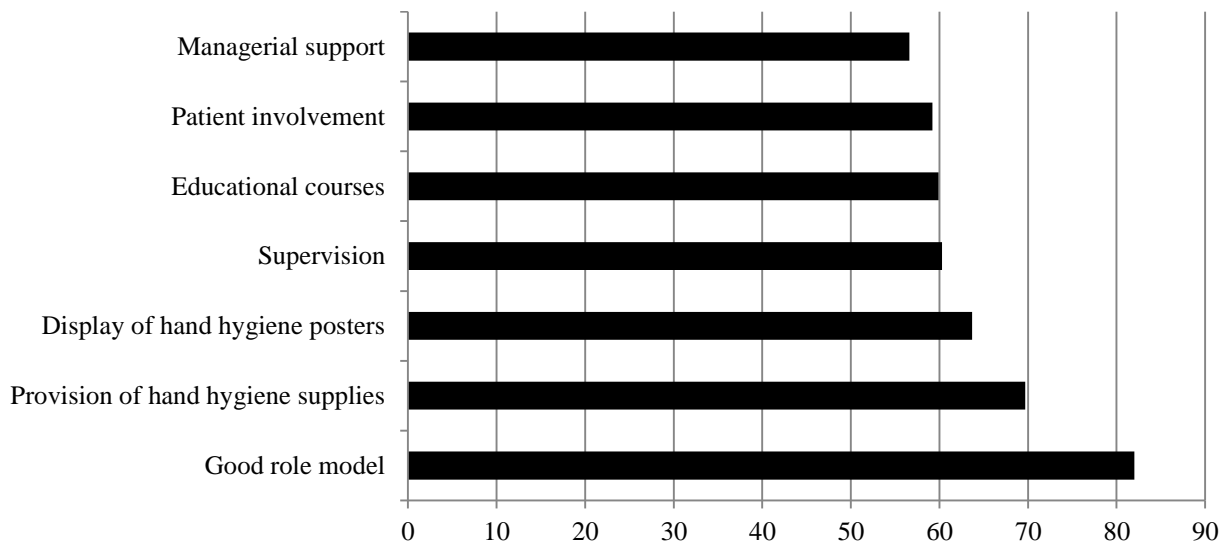


Figure 2. Reported Effectiveness of Key Actions to Improve Hand-Hygiene (%)

Discussions

Adherence to hand hygiene among health care workers ranged between low and moderate at best measurements. The overall observed hand hygiene compliance rate by health care workers was 45.7%. This percentage is consistent with previous studies in other countries, especially developing countries (Sacar, et al., 2006).

Adherences to hand hygiene practices were lower in ICU (42.8%) and one of the surgical wards (Surgical Ward 2) (26.1%) than in the other observed wards. The significant difference between the two surgical wards was probably due to higher workload in Surgical Ward 2 compared with Surgical Ward 1. This finding is supported by previous studies (Pittet, Mourouga, & Perneger, 1999; Wendt, Knautz & Von Baum, 2004). It is worth mentioning that in the researchers' opinion that in Surgical Ward 1 where the highest hand hygiene adherence was observed, teamwork was notably stronger among health care workers and that that ward had a qualified head nurse.

Nurses were observed to have better overall hand hygiene compliance than physicians. Although the health care worker's profession was not a predictive factor in univariate ana-

lysis, which was probably due to insufficient number of observations, the study results were consistent with other studies conducted in neighboring countries such as in Turkey (Makay, İçöz, Yilmaz, & Kolcu, 2008). Several international studies showed that adherence to hand hygiene protocols is lower among physicians than among other types of health care workers (Centers for Disease Control and Prevention, 2002; Rosenthal, et al., 2005; Trick et al., 2007).

Adherence to hand hygiene protocols after patient contact was higher than before patient contact. The hypothesis that there is a positive attitude towards hand hygiene adherence after patient contact was reconfirmed in this observation.

There was a statistically significant difference in overall hand hygiene score after patient contact and overall hand hygiene score before patient contact. This shows that health care workers are more concerned about their own health, about not acquiring any disease from patients, rather than about protecting patients and this is clearly a problem of attitude.

However, such attitude does not lead to protection of individual patients. The health care

workers seem to be more concerned with protecting their own health by limiting their risk of catching infections from patients rather than with preventing transmission of pathogens present on their hands to patients (i.e. health care workers have a problem of attitude). From observation, the health care workers washed their hands only if they see the dirty things on it. Previous study reported that this behaviour was related to knowledge and attitude (Lankford, et al., 2003; Novoa, Pi-Nunyer, Sala, Molins & Castells, 2007; Pittet et al., 2009). The respondent was not announced which issue of infection control was being studied, when observing, so their behavior would not have been widely affected by the Hawthorne effect. This means that we consider the results to be valid (Eckmans, Bessert, Behnke, Gastmeier & Ruden, 2006).

The written survey revealed that higher adherences were predicted for female respondents. Females are more concerned with cleansing their hands (Centers for Disease Control and Prevention, 2002; Pittet, et al., 2004; WHO, 2009b). An obvious lack of training was revealed. Health care workers have a problem of education and knowledge. Higher adherences to hand hygiene protocols were strongly predicted by training status (Trick et al., 2007). Many multifaceted approaches to improve hand hygiene used training intervention to enhance good adherence (WHO, 2009b).

Availability of washing basins was strongly associated with adherence. Availability of appropriate hand hygiene supplies in general and availability of washing basins in appropriate positions in particular allows easier access for health care workers to perform acceptable hand hygiene practices (Deyneko, et al., 2016; WHO, 2009b). It is worth mentioning that the majority of respondents (87.6%) had no training in hand hygiene and less than a third (31.7%) reported low priority for hand hygiene within the hospital. This finding discloses lack of support by higher echelons and lack of preparation courses for health care workers before

employment as well as poor endorsement of continuous learning. In contrast, nearly all respondents (90.6%) were aware of the effectiveness of hand hygiene in preventing hospital associated infections. Even though unaware-health care workers reported poor adherence (64%), this was still higher than among aware-health care workers (53.3%) and awareness itself was not a predictive factor for hand hygiene behaviour (cf. Pittet, et al., 2004; cf. Santosaningsih, 2017).

Positive reported attitude towards hand hygiene protocols was associated with opportunities of higher risk for cross-transmission. Reported adherences were higher within invasive procedures and body fluid risk exposure. This finding is inconsistent with some previous observational studies (WHO, 2009b; Pittet et al., 2004), yet consistent with the study by Loveday, Lynam, Singleton, and Wilson (2014), but does not tally with the results of the observational part of this study. This could be explained by health care workers thinking that they do adhere whereas in reality they do not. If that is the case than that means that health care workers have an attitude problem.

Poor adherence was more prevalent among physicians than among nurses. Although profession was not shown to be a predictive factor for hand hygiene behaviour in the multivariate analysis, several observational studies showed that there is lower adherence to hand hygiene protocols among physicians than among nurses (Centers for Disease Control and Prevention, 2002; Makay, et al., 2008; Rosenthal, et al., 2005; Trick et al., 2007). In contrast, residents in this study reported lower adherence compared with other health care workers (i.e. nurses and physicians). This result is inconsistent with the results of the observational study and also with previous studies (Pittet et al., 2004). In the observational part of this study residents were seen to have higher hand hygiene compliance rates. Sample size is a limitation in this study. However, sample size is not a valid justification of the higher adhe-

rence to hand hygiene practices. Again, social desirability could be a factor.

Comparison of the results of the observational study with the written survey shows a clear discrepancy between self-reported behaviour and actual observed behaviour. This means that either the health care workers deliberately presented themselves to be more adherent to hand hygiene guidelines than they were in reality or that health care workers had the wrong self-image regarding their hand hygiene practice, or both. Either way this can be considered an attitude problem. It is worth highlighting that scientific research in general and health studies in particular are new concepts in Syria and are incongruent with the existing blame culture in Syrian hospitals. This may have affected self-reported answers despite confidentiality assurance.

There was a trend towards better hand hygiene behaviour among older health care workers and those with long work experience. Participants reported higher adherences to hand hygiene protocols after patient contact opportunities than before patient contact opportunities. This finding is supported by the results of the observational study and this could be seen as a sign of internal validity.

The study defined multiple predictive factors for hand hygiene adherence behavior. These factors include gender, training, and availability of washing basins (i.e. attitude, knowledge and facilities). A notable positive adherence was reported after patient contact. A trend towards better adherence was identified among nurses compared to other health care workers. It is worth mentioning that ICU reported the highest poor adherence percentage of all wards. Poor adherence was also high among unaware health care workers and younger health care workers.

Since hand hygiene behaviour in this study was found to be predictable by multiple factors related to attitude, knowledge and facilities, a

multimodal improving policy should be adopted. Considering hand hygiene adherence among physicians was found to be lower than among nurses, improving hand hygiene behaviour among physicians specifically may enhance improving overall hand hygiene adherence among all health care workers (Pittet, et al., 2004). It is clear that any hand hygiene improvement program should involve educational and training courses as these have shown to have, albeit limited, effect (Chen, et al., 2016; Santosaningsih, 2017; Srigley, et al., 2015). Distributing information about health care associated infections rates in the wards may also be effective in giving an overview about hand hygiene practices (IHI, 2006; Trick et al., 2007). Constructive feedback for hand hygiene performance could help to improve adherence to hand hygiene practices (Fuller et al., 2012). Multimodal interventions have been shown to provide a significant improvement in compliance (Allegranzi et al., 2013; Luangasanatip et al., 2014; Stewardson, 2016)

This is a cross-sectional study of hand hygiene and therefore it gives only a limited assessment. This study was conducted in a general hospital, and although important results were revealed, the results are still only limited to this governmental hospital context. Similar studies are needed in other different health settings. Further comparisons with these different health settings will be useful in disclosing further valuable information about adherence to hand hygiene protocols among health care workers.

The observational part of this study was small. Some hand hygiene opportunities were missed due to patient and health care worker privacy protection. The study could have been improved by conducting observation in all wards and during all shifts. The study could have been further improved by linking the observational assessment with the self-assessments per respondent; this would have allowed triangulation at individual level. However, this was not possible due to logistic restraints. No

cross-sectional analysis was done on the free-text suggestions raised by respondents due to the small sample size of this part of the study.

Conclusions

This study reported that there was a significant correlation between knowledge, attitude, and facilities on the one hand and poor self-reported adherence on the other. It showed that poor adherence was statistically significantly associated with males (63.5%), untrained staff (58.5%) and unavailability of washing basins (60.4%). A multimodal improving policy should be adopted. Interventions could involve improving the facilities and positioning hand hygiene supplies and other safety precautions in appropriate places where they can be easily accessed by all health care workers. Furthermore, the protocol of this study can itself be used as an intervention by applying supportive peer observation following the data collection tools employed in this study with immediate feedback assisting the learning process of staff. Reinforcing the importance of the role model in improving hand hygiene could also be highlighted. Staff assume that they are performing hand hygiene but they actually do not adhere; letting them observe each other to learn more about their performance, may reinforce a culture in which “prevention is primary, clean your hands and save lives” (HD, AG, INR).

Acknowledgement

This study was made possible through the Centre for Strategic Health Studies in Damascus, a capacity building project which was funded by the European Union (The European Commission’s Health Sector Modernisation Programme in Syria). Project number: EuropeAid/122215/D/SV/SY.

References

- Allegranzi, B., et al. (2013). Global implementation of WHO’s multimodal strategy for improvement of hand hygiene: A quasi-experimental study. *The Lancet Infectious Diseases*, 13 (10), 843–851.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2002). Guideline for hand hygiene in health-care settings: Recommendations of the health-care infection control practices advisory committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA hand hygiene task force. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 51(RR–16).
- Chandra, P.N., & Milind, K. (2001). Lapses in measures recommended for preventing hospital acquired infection. *Journal of Hospital Infection*, 47, 218–22.
- Chen, P., et al. (2016). Role of quality control circle in sustained improvement of hand hygiene compliance: An observational study in a stomatology hospital in Shandong, China. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 5, 54.
- Deyneko, A., Cordeiro, F., Berlin, L., Ben-David, D., Perna, S., & Longtin, Y. (2016). Impact of sink location on hand hygiene compliance after care of patients with *Clostridium difficile* infection: A cross-sectional study. *BMC Infectious Diseases*, 16, 203.
- Eckmanns, T., Bessert, J., Behnke, M., Gastmeier, P. & Ruden H. (2006). Compliance with antiseptic hand rub use in intensive care units: the Hawthorne effect. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 27 (9), 931–934.
- Fuller, C. et al. (2012). The Feedback Intervention Trial (FIT) – Improving hand-hygiene compliance in UK healthcare workers: a stepped wedge cluster randomised controlled trial. *PLoS ONE*, 7 (10).
- IHI. (2006). *How-to guide: Improving hand hygiene, a guide for improving practices among health care workers*. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement.
- Lankford, M.G., Zembower, T.R., Trick, W.E., Hacek D.M, Noskin, D.A. & Peterson,

- L.R. (2003). Influence of role models and hospital design on hand hygiene of health care workers. *Emerging Infectious Diseases Journal*, 9 (2), 217–223.
- Loveday, H.P., Lynam, S., Singleton, J. & Wilson, J. (2014). Clinical glove use: Healthcare workers' actions and perceptions. *Journal of Hospital Infection*, 86 (2), 110–116.
- Luangasanatip, N., et al. (2015). Comparative efficacy of interventions to promote hand hygiene in hospital: A systematic review. *British Medical Journal*, 351, h3728.
- Mauritio, N., et al. (2014) Do peer effects improve hand hygiene adherence among healthcare workers? *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 35 (10), 1277–1285.
- Makay Ö., İçöz G., Yılmaz A. & Kolcu, F. (2008). Yoğun bakım çalışanlarının el yıkama alışkanlıkları. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.*, 14 (2), 149–153.
- Novoa, A.M. Pi-Sunyer, T. Sala, M., Molins, E., & Castells, X. (2007). Evaluation of hand hygiene adherence in a tertiary hospital. *American Journal of Infection Control*, 35, 676–683.
- Pittet, D. Mourouga, P., & Perneger, T.V. (1999). Compliance with handwashing in a teaching hospital. *Annals of Internal Medicine*, 130,126–130.
- Pittet, D., Simon, A., Hugonnet, S., Pessoa Silva, C.L, Sauvan V. & Perneger T.V. (2004). Hand Hygiene among Physicians: Performance, Beliefs, and Perceptions. *Annals of Internal Medicine*, 141 (1), 1–8.
- Rosenthal, V.D. Guzman, S. & Safdar, N. (2005). Reduction in nosocomial infection with improved hand hygiene in intensive care units of a tertiary care hospital in Argentina. *American Journal of Infection Control*, 33, 392–97.
- Sacar, S., Turgut, H., Kaleli, I., Cevahir, N., Asan, A., Sacar, M. & Tekin, K. (2006). Poor hospital infection control practice in hand hygiene, glove utilization, and usage of tourniquets. *American Journal of Infection Control*, 34 (9), 606–609.
- Santosaningih, D., et al. (2017). Intervening with healthcare workers' hand hygiene compliance, knowledge, and perception in a limited-resource hospital in Indonesia: A randomized controlled trial study. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 6 (1), 23.
- Srigley, J.A., et al. (2015). Applying psychological frameworks of behaviour change to improve healthcare worker hand hygiene: a systematic review. *Journal of Hospital Infection*, 9 (3), 202–210.
- Stewardson, A.J., et al. (2016). Enhanced performance feedback and patient participation to improve hand hygiene compliance of health-care workers in the setting of established multimodal promotion: a single centre, cluster-randomised controlled trial. *The Lancet Infectious Diseases*, 16 (12), 1345–1355.
- The Joint Commission (2009). *Measuring hand hygiene adherence: Overcoming the challenges*. Illinois: The Joint Commission.
- Trick, W.E., Vernon, M.O., Welbel, S.F., Demarais, P, Hayden, M.K., Weinstein, R.A. & Chicago Antimicrobial Resistance Project. (2007). Multicenter intervention program to increase adherence to hand hygiene recommendations and glove use and to reduce the incidence of antimicrobial resistance. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 28 (1), 42–49.
- Wendt, C., Knautz, D., & Von Baum, H. (2004) Differences in hand hygiene behavior related to the contamination risk of health care activities in different groups of health care workers. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 25 (3), 203–206.
- WHO. (2009a). *Save live, clean your hands: guide to implementation: A guide to the implementation of the WHO multimodal hand hygiene improvement strategy*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2009b). *WHO Guidelines on hand hygiene in health care: First global patient safety challenge clean care is safer care*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2011). *Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. Clean Care is Safer Care*. Geneva: World Health Organization.

INTEGRATED HEALTH POST FOR CHILD HEALTH (*POSYANDU*) AS A COMMUNITY-BASED PROGRAM IN INDONESIA: AN EXPLORATORY STUDY

Agus Setiawan^{1*}, Yodi Christiani²

1. Faculty of Nursing Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia
2. CREDOS Institute, Jakarta 12950, Indonesia

*E-mail: agus.setiawan.ui@gmail.com

Abstract

Integrated Health Post for Child Health (Posyandu) has been endorsed since 1984 as a community-based health program in Indonesia. Despite its potential in improving child health outcomes, evidence related to its current implementation is lacking. This study aimed to explore the current implementation of posyandu in the country. Data of 638 posyandu surveyed in the 5th wave of Indonesia Family Life Survey (IFLS-5) located in urban and rural areas were analyzed, applying chi-square and independent t-test method. Posyandu surveyed run a number of activities (mean type of activities=8.1 in rural vs. 7.4 in urban areas, $p<0.001$), focusing on weight monitoring, supplementary food provision, and vitamin A supplementation. Approximately 38% of Community Health Workers (CHWs) has never been trained in posyandu's management nor child health care. Financial barriers, medicine and equipment supplies, and location to conduct posyandu's activities remained as challenges in the implementation. While posyandu has been implemented for decades, the study found that its implementation has not been optimal. Actions should be taken to improve posyandu's implementation. These include strengthening collaboration to address the problems and improving CHWs activities.

Keywords: *posyandu, child health, community-based health program*

Introduction

In the past decades, child and infant health status in Indonesia have been improved significantly. As one of the development indicators, infant mortality rate (IMR) in Indonesia has declined significantly from 68 per 1,000 live births (1987-1991) to 32 per 1,000 live births (2008-2012) (Statistics Indonesia Badan Pusat Statistik), National Population and Family Planning Board (BKKBN), Kementerian Kesehatan Indonesia, Measure DHS, & ICF International, 2013). World Bank estimated that the IMR in 2015 was 23 per 1,000 live births (The World Bank, 2016), meeting the target of MDGs IMR goal for Indonesia. Despite of this achievement, there are inequalities in child health status between subgroup of population.

A number of socioeconomic, environmental and biological factors are associated with infant

and child health status. Socioeconomic factors operate through the proximate determinants in affecting mortality. These proximate determinants that directly affect child and infant mortality in developing countries include maternal characteristics (age, parity, birth interval), environmental contamination, nutrition, injury, personal illness, as well as health service availability and its utilization (Li, et al., 2017; Macinko, de Fátima Marinho de Souza, Guanais, & da Silva Simões, 2007; Mosley & Chen, 1984).

Aiming to bring health service closer to the community, in many developing countries, community-based health service or program has been implemented. While evidence shows various level of success, community-based program is shown as a potential strategy to improve child health status (Boone, et al., 2017; Borrow, Munns, & Henderson, 2011; Cofie, et

al., 2014; Gilmore & McAuliffe, 2013; Macinko, et al., 2007; Nkonki, Tugendhaft, & Hofman, 2017; Odaga et al., 2016; Setiawan, Dignam, Waters, & Dawson, 2016). In Indonesia, the integrated health post for maternal and child health (posyandu) has been nationally endorsed since 1984, as a community-based health program implemented at village level. Posyandu is a form of community empowerment, which its implementation requires collaboration involving Health Office and local government at the sub-district level (Kementerian Kesehatan Indonesia & Pokjanal Posyandu, 2011). Posyandu is mainly operated by the Community Health Worker (CHW), who is a member of the community and received training to provide basic health service and deliver health promotion to the targeted community (Kementerian Kesehatan Indonesia, 2012). Posyandu for maternal and child health service has five main activities, including integrated maternal and child health service, nutrition program, family planning, immunization, and diarrhea control and prevention (Kementerian Kesehatan Indonesia & Pokjanal Posyandu, 2011).

Despite the nationwide implementation of posyandu for child health in the past decades, evidence related to its activities is lacking. Hence, this study aimed to explore the current implementation of posyandu for child health program in Indonesia, including the resources, activities, and challenges in implementing the program. Finding arose from the study could serve as an evidence for better posyandu implementation. Further, it could also provide a lesson learned for stakeholders such as community nurses in endorsing other programs with similar approach in the community, such as non-communicable disease, and ageing health.

Methods

The study analyzed community component survey of the fifth wave of Indonesia Family Life Survey (IFLS-5) (RAND, 2016), conducted in 2014/2015. IFLS is a longitudinal study conducted by RAND in collaboration with va-

rious institutions in Indonesia across the waves. IFLS-5 was conducted in collaboration with Survey METRE. The survey had two components, a household-based survey, and community facility survey, assessing public facilities available in the area where the household survey's participants resided. In this study, a data of off all posyandu surveyed in IFLS-5 were analyzed.

Variables related to activities conducted in the past years, posyandu's human resources, financial resources, and perceived challenges in implementing the activity were selected and analyzed. Applying a chi-square and independent t-test method, the results were compared for urban and rural to assess the disparities between both areas.

Results

A total of 638 posyandu surveyed in IFLS-5 were included in the analysis (67% are located in urban, and 33% are located in rural areas), with 50% of posyandu in both areas were firstly operated between the year 1981 to 1995.

Table 1 presents type of activities conducted by posyandu in urban and rural areas. During the past 12 months prior to the survey, posyandu in both urban and rural areas have conducted various activities for child health program.

In average, there were more type of activities conducted in rural than in urban areas (Mean= 8.1 in rural vs 7.4 in urban, $p < 0.001$).

The proportion of posyandu delivering community services for maternal care, such as Ante Natal Care and Fe supplementation were slightly over 60% (61% for ANC and 64% for Fe supplementation), with more posyandu in rural provided the service than in urban areas ($p < 0.001$). Meanwhile, the proportion of posyandu that provide services for child health care – except for those related with therapy and medication was ranging from 82% (immunization) to 99.5% (weight monitoring).

Table 1. Activities Conducted by Posyandu during the Past Year

Types of activity in the past year	Proportion (%)			X ² or t	p
	Urban	Rural	Total		
Child growth and development	83.2	84.8	83.7	0.259	0.611
Weighting	99.8	99.1	99.5	1.555	0.212
Supplementary meals provision	96.7	90.0	94.5	12.303	<0.001
Immunization	77.3	91.0	81.8	17.557	<0.001
Maternal and child health care	73.1	81.4	75.9	5.297	0.021
Ante Natal Care	53.0	77.1	61.0	34.401	<0.001
Fe supplementation	57.7	76.7	64.0	21.959	<0.001
Vitamin A supplementation	98.1	97.6	98.0	0.185	0.667
ORS therapy	64.0	66.2	64.7	0.2911	0.590
Medication	33.2	51.0	39.0	18.704	<0.001
Total activities in the past years - Mean(SD)	7.4 (1.9)	8.1 (1.9)	7.6 (2.0)	-4.814	<0.001

Table 2. CHW's Characteristics Running the Activities in Posyandu

Human Resources	Proportion (%)			X ² or t	p
	Urban	Rural	Total		
Number of CHW - Mean(SD)	4.23 (2.90)	3.19 (2.07)	3.95 (2.74)	10.305	<0.001
Ever received any related training	62.8	60.5	62.2	1.588	0.208
Last training received (in years - Mean(SD))	3.29 (3.09)	3.14 (2.82)	3.25 (3.08)	0.836	0.403
Last training on child health received (in year - Mean(SD))	3.28 (3.51)	2.91 (2.52)	3.16 (3.22)	1.835	0.067
CHW's education attainment				93.956	<0.001
Primary school or lower	13.1	23.5	15.9		
Junior high school	25.2	27.7	25.9		
Senior high school	51.5	40.6	48.6		
Academy/ university	9.3	5.9	8.4		
Gender				15.579	<0.001
Man	1.5	3.6	2.0		
Woman	98.5	96.5	98.0		

Weight monitoring (weighting) and supplementary meals provision were two activities that have been conducted by nearly all posyandu in both areas. In total, there were more posyandu implemented services related to child-care than maternal care. On the contrary, services related to medication and therapy were the least activities conducted by posyandu in

both areas. The proportion of posyandu that provided medication and ORS therapy were 39% (51% in rural vs. 33.2% in urban, $p < 0.001$) and 64.7% (66.2% in rural vs 64% in urban, $p > 0.05$), respectively.

The study assessed posyandu's resources in implementing its activities. This include human

resources – conditions of the community health worker (CHW) running the activities, financial resources, and logistic issues. Table 2 shows the current conditions of CHWs running the activities in urban and rural areas.

As shown, the average number of CHWs in each posyandu located in urban areas was significantly higher than rural areas (4.2 vs. 3.2, $p < 0.001$).

Compared to the posyandu's located in rural areas, there were more CHWs who were senior high school graduate in urban areas (51.5% vs. 40.6%, $p < 0.001$).

The proportion of CHWs who have ever received posyandu's related training was 62.2%, and among those who have received training, the average of last training on posyandu and child health received by the CHWs were 3.25 and 3.16 years ago, respectively. No significant difference was found between urban and rural areas in regards to CHW's training.

As shown in Figure 1, during the past year, most of posyandu's activities were funded by the health center budget, in both urban and ru-

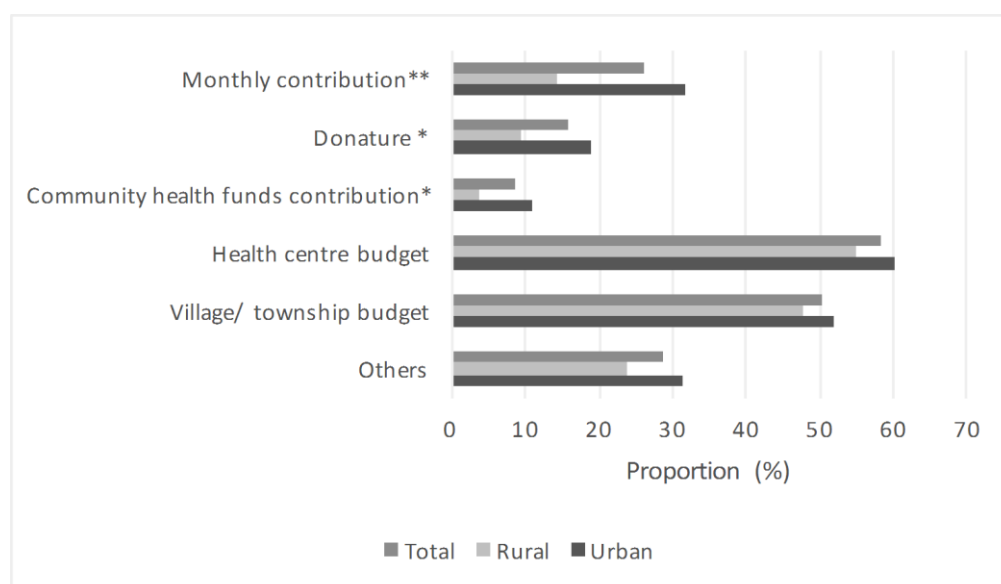
ral areas. Compared to rural areas, there were more posyandu located in urban areas which received donation and contribution, both from the community members and community health funds ($p < 0.05$). Meanwhile, there were less than 50% posyandu located in the rural areas which received the fund to conduct their activities.

Table 3 shows the problems in posyandu's operation during the past 12 months as perceived by the CHW's coordinator participated in this survey. In general, the problems faced by posyandu in both areas were lack of operational funding (57.7%), equipment (37.0%), and location to conduct the activities (27.1%) – there were significantly more posyandu in rural than urban areas that experienced challenges related to financial resources and equipment ($p < 0.05$).

Further, as shown, perceived lack of community participation has also been a problem faced by nearly 22% of posyandu—with no significant differences between urban and rural areas.

Approximately 20% and 37% of posyandu in both areas faced problems related to medicine

Figure 1. Source of Funding to Run Posyandu in the Past Year, by Area

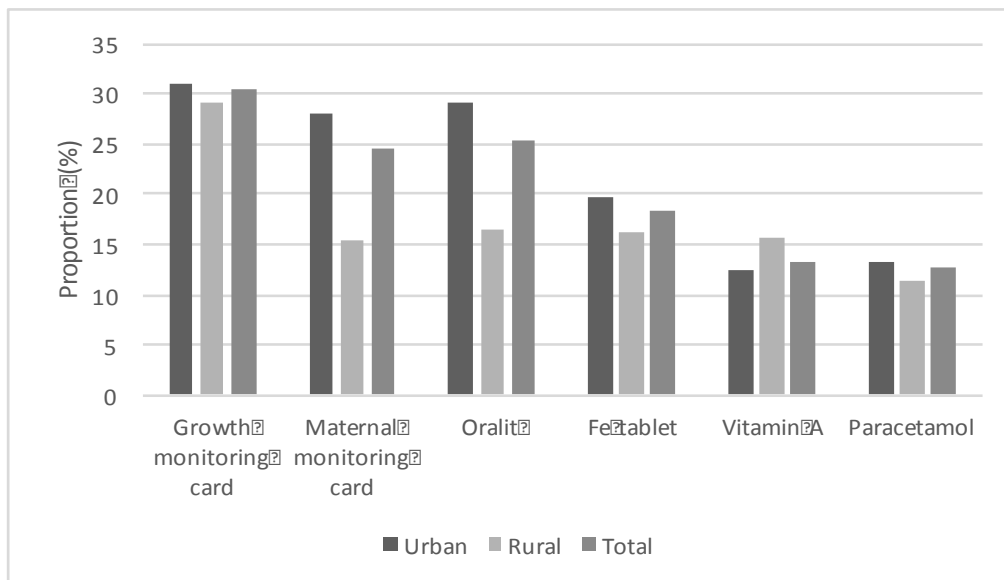


* $p < 0.05$; ** $p < 0.001$

Table 3. Challenges in Posyandu's Operation as Expressed by The CHW's Coordinator, by Area

Problems	Proportion (%)			X ²	p
	Urban	Rural	Total		
Lack of operational funding	53.3	66.7	57.7	10.356	0.001
Medicine supplies	20.1	18.6	19.6	2.072	0.649
Equipment supplies	33.9	43.3	37.0	5.403	0.020
Human resource	10.3	20.0	13.5	11.412	0.001
Lack of CHC's support	4.7	8.1	5.8	3.02	0.082
Lack of support from village/ township	8.6	11.0	9.4	0.88	0.348
Location to conduct activities	25.7	30.0	27.1	1.317	0.251
Lack of community participation	22.4	19.5	21.5	0.706	0.401
Others	6.5	5.7	6.3	0.164	0.685

Figure 2. Proportion of Posyandu that Experienced Supplies Out of Stock, by Type of Supply, by Area



and equipment supplies. As shown in Figure 2, despite the priority in child health program, more than 30% of posyandu had ever experienced running out of growth monitoring card in the past 12 months. Meanwhile, the proportion of posyandu in urban areas that have ever ran out of *oralit* for diarrhea therapy was nearly doubled those in the rural areas (29% in urban vs 16% in rural, $p < 0.05$).

Discussion

This study explored the current implementation of posyandu located in 13 provinces, surveyed

in IFLS-5. We explored the activities implemented by posyandu in the past year prior to the survey related to maternal and child health, available resources, and challenges in the implementation.

Implemented Activities. Community-based health service implementation in limited resource setting has shown a promising result in improving child health outcomes (Andriani, Liao, & Kuo, 2016; Anwar, Khomsan, Sukandar, Riyadi, & Mudjajanto, 2010; Besada, et al., 2016; Boone, et al., 2017; Brault, et al., 2017; Cofie, et al., 2014; Kipp, et al., 2017; Setiawan,

et al., 2016). Among other factors, it is related to an increased access to child health care resulted from the program implementation (Brault, et al., 2017; Cofie et al., 2014).

Posyandu is one of community-based health service implemented in Indonesia. It's main activities include integrated maternal and child health, family planning, immunization, nutrition program, and diarrhea control (Kementerian Kesehatan Indonesia, 2012). This study shows that activities related to child health care were prioritized by posyandu. Nearly all posyandu in both urban and rural had conducted activities such as weighting, supplementary meals provision, and vitamin A supplementation. This finding indicates the potential of posyandu to improve child health status, particularly for early detection of malnourished child, hence reduce the burden of malnutrition. Nevertheless, an integrated maternal and child health care has not been provided by all posyandu being surveyed, which may hinder the effectiveness of the program itself. Previous studies shown the positive association between posyandu activities and child nutrition status (Andriani, et al., 2016; Anwar, et al., 2010). The availability and participation in posyandu's activities have been indicated to positively impact on child nutrition status, in both reducing underweight (Anwar, et al., 2010) and odds for childhood obesity (Andriani, et al., 2016).

In average, posyandu located in rural areas conducted more type of activities than those located in urban areas. The finding might indicate a more important role of posyandu in rural areas to outreach the community, and improving access to health care.

Resources. This study examines human and non-human resources owned by posyandu during the past year prior to the survey. In contrast with a higher number of activities conducted by posyandu in rural areas, many posyandu in the areas were served by less than a required of four CHWs per posyandu. This figure was lower than those in urban areas,

which may indicate a higher working load experienced by CHWs in rural areas.

Further, the capacity of CHWs may also be lacking as not all CHWs have ever received training related to posyandu and/ or childcare. Should posyandu is expected to achieve a significant impact in improving child health outcomes, it is essential to address this issue. Supported by the community health center, CHWs are the front liner in posyandu's implementation. CHWs have significant role in preparing posyandu's activities, during the day of implementation itself, as well as performing follow up the day after. Their responsibilities not solely on assisting health workers in health service provision but also in posyandu management, reporting, and more importantly liaise with the society and community leader (Kementerian Kesehatan Indonesia, 2012). Evidence has shown that health interventions delivered by CHWs in LMICs were effective, not only for health promotion delivery, but also to reduce burden of malaria, promoting breastfeeding, essential newborn care, and psychosocial support (Cofie et al., 2014; Gilmore & McAuliffe, 2013; Agus Setiawan & Dawson, 2017; Uzundu, Doctor, Findley, Afenyadu, & Ager, 2015). In addition, it is also shown that collaboration between community leader and CHWs is essential to overcome cultural barriers in community-based health service (Cofie, et al., 2014).

In addition to a form of community-based health service, posyandu is envisioned as a community empowerment activity, aiming to involve community to be actively participated in public health (Kementerian Kesehatan Indonesia & Pokjanal Posyandu, 2011). As a consequence, posyandu's management including it's operational funding, is a shared responsibility between government and community, including private sector and non-government organization. This study identifies various sources for posyandu's operational cost in the past year, comprising monthly contribution, donator, health center budget, and village/ township budget.

There were more posyandu in urban areas who received the funds from all categories, compared to those in rural areas. It is worth to notice that despite the availability of village fund that can be allocated to support posyandu, there were less than 50% of posyandu in rural areas which received such funding. This may indicate a lack of priority given by the local government/ village leader on posyandu's activity. Should the condition continue, this would become a great barrier in posyandu's implementation in rural areas.

Problems in Posyandu Implementation. While Indonesia has implemented posyandu for decades, there were remaining challenges faced by posyandu participated in the survey. Problems such as insufficient operational funding, lack of equipment supplies, and difficulties in finding location to conduct such activities remained as the challenges faced the most by posyandu. We suggest that the problems were intertwined and cannot be addressed separately. It is possible that the insufficient financial resources for posyandu was the bottleneck leading to other problems faced by posyandu, such as problems in medicine, equipment supplies, lack of CHW's capacity (related to inadequate training), and infrastructure. The problems found to be similar with posyandu's for other health program, and may, in turn, lead to ineffective program's implementation (Christiani, Byles, Tavener, & Dugdale, 2016).

Posyandu is a collaborative program between village office, posyandu working group, community health center, and the societies (Kementerian Kesehatan Indonesia & Pokjanel Posyandu, 2011). Ideally, these actors should collaborate in posyandu implementation, with technical supervision being the responsibility the community health center. Nevertheless, the study find support from village office and community health center were lacking for some posyandu, in both urban and rural areas. Combine with other problems described above; this circumstances will affect the performance of CHW's performance, which in turn leads to

ineffective implementation of posyandu, including poor participation rate in the activities (Jaskiewicz & Tulenko, 2012). Other than this issue, the apparent lack of community participation in posyandu activities may relate to poor health-seeking behavior, lack of health knowledge, and other activities perceived as more important than attending posyandu (Adekanmbi, Adedokun, Taylor-Phillips, Uthman, & Clarke, 2017; Anwar et al., 2010).

Strength and Limitation. This study analyzed the current situation of posyandu surveyed in IFLS-5. The characteristics, resources, and problems faced by posyandu explored in this study were limited to those assessed in the survey, which were fully relying on participants' response and not confirmed by other sources, such as posyandu's report, and others. Despite its limitation, this study provides a current picture of posyandu's implementation for maternal and child health in 13 most populated provinces in Indonesia. The finding can serve as a basis for other studies further exploring the situation and lesson learnt for other communitybased service in Indonesia.

Conclusion

The study provides a general description on current implementation of posyandu for maternal and child health in 13 most populated provinces in Indonesia. Despite its potential contribution in improving child health outcomes in the country, the finding shows that posyandu's implementation has not been optimal. Classical problems such as financial barriers, human resource capacity, medicine and equipment supplies, and inadequate collaboration between the related sectors were remained, in both urban and rural areas. Should posyandu be expected as one of front liner in child health program, urgent actions should be taken by the related sector. First, collaboration between related sectors should be improved. Financial barriers were indicated as a bottleneck in hindering posyandu's effectiveness as it may lead to other problems. As posyandu is

a collaborative program between health and non-health sector, source of potential funding should be identified by the related sectors. Further, the village office and posyandu working group should take a responsibility to govern the posyandu, and not merely rely on community health centre. Second, community's awareness on the importance of posyandu's activities for maternal and child health should be increased. The roles of CHW's and other society groups are becoming important in this matter. As part of the community, CHWs and society groups are in the best position to promote this program. This is not solely related to community's trust but also due to their deeper understanding on the local context, including cultural and behaviors. Third, in relation to that, it is important to invest in CHWs training to build their capacity in running posyandu. Regular refresher training for CHWs were also worth to be considered, with training materials and delivery customized with the local needs, and CHWs education background (DW, INR, PN).

References

- Adekanmbi, V.T., Adedokun, S.T., Taylor-Phillips, S., Uthman, O.A., & Clarke, A. (2017). Predictors of differences in health services utilization for children in Nigerian communities. *Prev Med*, *96*, 67–72. doi: 10.1016/j.ypmed.2016.12.035.
- Andriani, H., Liao, C.Y., & Kuo, H.W. (2016). Association of maternal and child health center (Posyandu) availability with child weight status in Indonesia: A National Study. *Int J Environ Res Public Health*, *13* (293). doi: 10.3390/ijerph13030293.
- Anwar, F., Khomsan, A., Sukandar, D., Riyadi, H., & Mudjajanto, E.S. (2010). High participation in the Posyandu nutrition program improved children nutritional status. *Nutr Res Pract*, *4* (3), 208–214.
- Besada, D., Kerber, K., Leon, N., Sanders, D., Daviaud, E., Rohde, S., . . . Doherty, T. (2016). Niger's child survival success, contributing factors and challenges to sustainability: A Retrospective Analysis. *PLoS One*, *11* (1), e0146945. doi: 10.1371/journal.pone.0146945.
- Boone, P., Eble, A., Elbourne, D., Frost, C., Jayanty, C., Lakshminarayana, R., . . . Reddy, P. (2017). Community health promotion and medical provision for neonatal health-CHAMPION cluster randomised trial in Nagarkurnool district, Telangana (formerly Andhra Pradesh), India. *PLoS Med*, *14*(7), e1002324. doi: 10.1371/journal.pmed.1002324
- Borrow, S., Munns, A., & Henderson, S. (2011). Community-based child health nurses: an exploration of current practice. *Contemp Nurse*, *40* (1), 71–86. doi: 10.5172/conu.2011.40.1.71.
- Brault, M.A., Ngunjiri, K., Haley, C.A., Kabaka, S., Seron, K., Desta, T., . . . Kipp, A.M. (2017). The introduction of new policies and strategies to reduce inequities and improve child health in Kenya: A country case study on progress in child survival, 2000–2013. *PLoS One*, *12* (8), e0181777. doi: 10.1371/journal.pone.0181777.
- Christiani, Y., Byles, J. E., Tavener, M., & Dugdale, P. (2016). Exploring the implementation of poslansia, Indonesia's community-based health programme for older people. *Australasian Journal on Ageing*, *35* (3), E11–E16. doi: 10.1111/ajag.12305.
- Cofie, L.E., Barrington, C., Akaligaung, A., Reid, A., Fried, B., Singh, K., . . . Barker, P.M. (2014). Integrating community outreach into a quality improvement project to promote maternal and child health in Ghana. *Glob Public Health*, *9* (10), 1184–1197. doi: 10.1080/17441692.2014.952656
- Gilmore, B., & McAuliffe, E. (2013). Effectiveness of community health workers delivering preventive interventions for maternal and child health in low- and middle-income countries: A systematic review. *BMC Public Health*, *13* (1), 847. doi:10.1186/1471-2458-13-847.

- Jaskiewicz, W., & Tulenko, K. (2012). Increasing community health worker productivity and effectiveness : a review of the influence of the work environment. *Hum Resour Health*, 10 (38), 1–9.
- Kementerian Kesehatan Indonesia. (2012). *Buku pegangan kader posyandu*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Indonesia, & Pokjanel Posyandu. (2011). *Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Indonesia.
- Kipp, A.M., Maimbolwa, M., Brault, M.A., Kalesha-Masumbu, P., Katepa-Bwalya, M., Habimana, P., . . . Haley, C.A. (2017). Improving access to child health services at the community level in Zambia: a country case study on progress in child survival, 2000-2013. *Health Policy Plan*, 32 (5), 603–612. doi:10.1093/heapol/czw141.
- Li, Y., Zhang, Y., Fang, S., Liu, S., Liu, X., Li, M., . . . Fu, H. (2017). Analysis of inequality in maternal and child health outcomes and mortality from 2000 to 2013 in China. *Int J Equity Health*, 16 (1), 66. doi: 10.1186/s12939-017-0558-2.
- Macinko, J., de Fátima Marinho de Souza, M., Guanais, F.C., & da Silva Simões, C. C. (2007). Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999–2004. *Social Science & Medicine*, 65(10), 2070–2080. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.06.028>.
- Mosley, W., & Chen, L. (1984). An analytical framework for the study of child survival in developing countries. *Population and development review*, 10, 25–45.
- Nkonki, L., Tugendhaft, A., & Hofman, K. (2017). A systematic review of economic evaluations of CHW interventions aimed at improving child health outcomes. *Hum Resour Health*, 15 (1), 19. doi: 10.1186/s12960-017-0192-5.
- Odaga, J., Henriksson, D.K., Nkolo, C., Tibeihaho, H., Musabe, R., Katusiime, M., . . . Valadez, J.J. (2016). Empowering districts to target priorities for improving child health service in Uganda using change management and rapid assessment methods. *Glob Health Action*, 9, 30983. doi:10.3402/gha.v9.30983.
- RAND. (2016). RAND Indonesia family life survey 5 (IFLS5). Retrieved from <https://www.rand.org/labor/FLS/IFLS/ifls5.html>
- Setiawan, A., & Dawson, A. (2017). Strengthening the primary care workforce to deliver community case management for child health in rural Indonesia. *Aust Health Rev*, First published online 2 October 2017. <https://doi.org/10.1071/AH17092>
- Setiawan, A., Dignam, D., Waters, C., & Dawson, A. (2016). Improving Access to Child Health Care in Indonesia Through Community Case Management. *Matern Child Health J*, 20 (11), 2254–2260. doi: 10.1007/s10995-016-2149-z.
- Statistics Indonesia (Badan Pusat Statistik), National Population and Family Planning Board (BKKBN), Kementerian Kesehatan Indonesia, Measure DHS, & ICF International. (2013). *2012 demographic health survey*. Jakarta: BPS, BKKBN, Kemenkes, and ICF International.
- The World Bank. (2016). Mortality rate, infant (per 1000 live births). Retrieved from <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>.
- Uzundu, C.A., Doctor, H.V., Findley, S.E., Afenyadu, G.Y., & Ager, A. (2015). Female health workers at the doorstep: A pilot of community-based maternal, newborn, and child health service delivery in northern Nigeria. *Glob Health Sci Pract*, 3 (1), 97–108. doi:10.9745/ghsp-d-14-00117.

KEPUASAN PERAWAT TERHADAP KUALITAS PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN BERBASIS KOMPUTER

Amalia^{1*}, Hema Malini¹, Sri Yulia²

1. Faculty of Nursing Universitas Andalas, Padang 25163, Indonesia
2. College of Health Sciences Muhammadiyah Palembang, Palembang 30116, Indonesia

*E-mail: liandra_yono06@yahoo.com

Abstrak

Tuntutan pelayanan keperawatan membuat sebagian rumah sakit menerapkan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan menggunakan komputerisasi. Pasien di rumah sakit sering merasa tidak puas dengan pelayanan karena perawat terlalu lama mencari data-data riwayat penyakit pasien. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tentang kepuasan perawat dengan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan berbasis komputer. Desain penelitian menggunakan rancangan deskriptif analitik. Sampel penelitian menggunakan *total sampling* yaitu seluruh perawat rawat inap berjumlah 81 responden. Hasil penelitian didapatkan 58% responden menyatakan tidak puas, dan sebanyak 96,3% responden melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan berbasis komputerisasi dengan kualitas baik. Persepsi perawat tentang kepuasan bahwa perawat merasa tidak puas terutama pada aspek dokumentasi yang dapat melindungi perawat dari hukum tetapi persepsi perawat tentang kualitas pendokumentasian yang mereka lakukan dalam penggunaan komputerisasi cenderung menilai baik kualitas pendokumentasian. Pihak manajemen rumah sakit perlu membuat kebijakan baku tentang perlindungan perawat dari pendokumentasian asuhan keperawatan karena menyangkut tentang kepuasan perawat sebagai pengguna.

Kata Kunci: kepuasan perawat, kualitas dokumentasi, manajemen, sistem informasi

Abstract

Nursing satisfaction to quality of nursing of computer-based nursing. Nursing service demands make some hospitals apply documentation of nursing care using computerization. Patients is often unsatisfactory service so that the patient's time is wasted because the nurse is too long looking for patient history history data. This study aims to find out about nurse satisfaction with the quality of documenting computer-based nursing care. The design uses analytical descriptive research design. The study sample used total sampling, namely all nurses inpatients amounted to 81 respondents. The results showed that more than half of nurses (58%) expressed dissatisfaction, more than half of nurses (96.3%) documented good quality computerized nursing care. Nurses' perceptions of satisfaction that nurses feel dissatisfied, especially in the documentation aspect that can protect nurses from the law, but nurses' perceptions about the quality of documentation they do in computerized use tend to judge both the quality of documentation. The hospital management needs to make a standard policy regarding the protection of nurses from documenting nursing care because it concerns the satisfaction of nurses as users.

Keywords: nurse's satisfaction, quality of documentation, management, information systems

Pendahuluan

Rumah sakit memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan berbagai macam keluhan yang disampaikan oleh pasien. Masyarakat paling mudah mengingat kualitas pelayanan yang tidak memuaskan mulai dari pelayanan

administrasi atau waktu yang terbuang karena perawat mencari data-data medik pasien. Banyak faktor penyebab yang sering dialami oleh pihak rumah sakit karena sistem informasi yang belum terkelola dengan baik yaitu pencatatan yang berulang-ulang sehingga banyak yang menyebabkan duplikasi data, data yang belum terin-

tegrasi atau masih tersebar, pencatatan data yang masih manual sehingga banyak juga terdapat kesalahan dan informasi yang terlambat disebarkan (Olsen, 2013).

Adanya komputer dalam sistem manajemen telah memberikan kemudahan dan kontribusi yang sangat positif bagi pemimpin dalam melakukan kegiatannya untuk dapat dijadikan pengambilan keputusan yang dapat dipertanggungjawabkan, dengan aktivitas Sistem Informasi Manajemen (SIM) yang berbasis komputer ini, para pimpinan/ manajer dapat lebih mudah, murah, efisien dan efektif dalam upaya pengambilan keputusan, termasuk dalam melakukan fungsi-fungsi manajemen, seperti perencanaan, pengorganisasian, penggerakan dan pengawasan (Anggadini, 2013).

Dokumentasi keperawatan merupakan komponen yang integral dari asuhan keperawatan yang berkualitas. Ini merupakan alat komunikasi penting antara perawat dan tenaga profesional layanan kesehatan lainnya. Bukti dokumentasi memungkinkan perawat manajer dapat menilai apakah perawatan yang diberikan oleh perawat secara perorangan bersifat profesional, aman dan kompeten. Hal ini juga meningkatkan visibilitas aktivitas asuhan keperawatan. Selain itu, catatan keperawatan dapat dijadikan sebuah bukti hukum jika terjadi tuntutan hukum. Untuk alasan itu, dokumentasi keperawatan harus dilaksanakan secara sistematis dan terus dipertahankan (Munyisia, Yu, & Hailey, 2010)

Sistem informasi manajemen sebagai dasar dan alat bantu perputaran informasi serta pengambilan keputusan menjadi penting keberadaannya terutama terkait dengan peningkatan kualitas pelayanan dalam rumah sakit. Informasi yang terintegrasi dan termodifikasi sesuai kebutuhan rumah sakit tidak hanya berperan dalam penyederhanaan proses pelayanan serta prosedur operasional seluruh aktivitas rumah sakit melainkan juga dalam proses pengambilan keputusan untuk pengembangan dan kemajuan rumah sakit (Hsiao, Li, Chen, & Ko, 2009).

Dalam membangun sistem manajemen rumah sakit (SIMRS) perlu mempertimbangkan banyak faktor diantaranya adalah kebutuhan dan harapan pasien dari sebuah pelayanan kesehatan. Pasien berharap mendapatkan pelayanan yang cepat, nyaman dan berkualitas. Tingkat mobilitas pasien yang tinggi menuntut adanya komunikasi dan pelayanan yang cepat antara pasien dan institusi kesehatan, termasuk antara pasien dan dokter. Pasien akan sangat tertolong bila sistem rumah sakit mampu menyediakan kemudahan mendaftar ke dokter via sms, atau melalui *website* rumah sakit. Pasien tidak terlalu mementingkan alat komunikasi yang digunakan, namun faktor kecepatan, kenyamanan serta kebenaran data yang didokumentasikan itulah yang terpenting (Handiwidjojo, 2009).

Hasil penelitian yang dilakukan Koeswandari (2011) bahwa penilaian kualitas informasi berbasis komputer jauh lebih akurat dibandingkan dengan penilaian kualitas informasi sebelum berbasis komputer yaitu sebesar 90%. Berdasarkan hasil analisis oleh Sarif, Akbar, dan Inayatullah, (2013), yaitu permasalahan pada rumah sakit paru-paru Palembang tentang informasi manajemen rumah sakit menunjukkan bahwa dengan adanya sistem informasi manajemen rumah sakit pihak rumah sakit lebih mudah menyampaikan informasi mengenai rekam medik dan data-data pasien dengan tepat dan cepat.

Efek dari penerapan dan kualitas SIMRS dalam hal pendokumentasian yang menimbulkan peningkatan beban kerja yang secara tidak langsung memerlukan peningkatan pengetahuan keperawatan yang lebih mendalam dan profesional, dalam memasukkan informasi untuk penilaian dan rencana perawatan (Munyisia, et al., 2010).

Terkait dengan kualitas pelayanan di rumah sakit, berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Anggraini (2017) bahwa pasien dan keluarga merasa puas dengan kualitas pelayanan di Rumah Sakit Bunda Palembang. Kualitas pe-

layanan yang diberikan sudah menggunakan SIMRS, namun terkait dengan implementasi dari aplikasi berbasis komputer diharapkan dapat meningkatkan kecepatan dalam pengambilan keputusan secara efektif sehingga kualitas pelayanan akan meningkat, untuk kepuasan perawat sendiri sebagai pengguna belum dilakukan penelitian lebih jauh.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kepuasan perawat terhadap kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan menggunakan SIMRS di Rumah Sakit Swasta yang berada di Kota Palembang.

Metode

Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan menggunakan rancangan *cross sectional* dengan desain penelitian *analitik observasional* yang digunakan untuk mengukur hubungan kepuasan perawat (*user*) sebagai variabel *independent* dan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan (relevansi, akurasi, ketepatan waktu, dan kelengkapan) dengan SIMRS sebagai variabel dependen.

Populasi pada penelitian ini adalah semua perawat yang bekerja di ruang rawat inap rumah sakit swasta di Palembang, dengan jumlah 81 perawat. Sebagian besar perawat berjenis kelamin perempuan, yaitu sebanyak 74 perawat (91,4%), dengan usia < 35 tahun sebanyak 71 (87,7%), pendidikan DIII Keperawatan sebanyak 60 perawat (74,1%) dan masa kerja > 2 tahun sebanyak 58 perawat (71,6%).

Uji validitas dilakukan dengan instrumen A tentang kepuasan perawat menggunakan kuesioner penelitian sebelumnya oleh Santoso, (2015) dan instrumen B tentang kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan menggunakan kuesioner penelitian sebelumnya oleh Koeswandari (2011). Pertanyaan dinyatakan valid dengan r hitung $\geq r$ tabel (0,623) pada variabel relevansi ada 9 pernyataan dari 1 pernyataan, akurasi ada 8 pernyataan dari 10 pernyataan, ketepatan waktu 5 pernyataan dari

5 pernyataan, kelengkapan 2 pernyataan dari 2 pernyataan dan kepuasan perawat 8 pernyataan dari 16 pernyataan (Hastono, 2008). Berdasarkan hasil uji *Cronbach Alpha* untuk kuesioner A tentang kepuasan adalah 0,896 kuesioner B meliputi relevansi (0,920), akurasi (0,910), ketepatan waktu (0,917), dan kelengkapan (0,916). Hasil uji *Cronbach Alpha* lebih besar dari 0,6, maka kuesioner dinyatakan reliabel.

Penelitian ini telah dilakukan kelayakan etik oleh komisi etik penelitian kesehatan dan telah lolos uji etik yang dilaksanakan di lingkungan Rumah Sakit Mohammad Hoesin dan Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya Palembang dengan nomor 78/kepkrsmhfkunsri/2018.

Hasil

Hasil dari penelitian ini terdiri dari variabel independen yaitu kepuasan perawat dan variabel dependen yaitu kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan yang terdiri dari relevansi, akurasi, ketepatan waktu, dan kelengkapan. Hasil distribusi frekuensi variabel dapat dilihat pada Tabel 1.

Berdasarkan hasil penelitian perawat yang merasa puas masih di bawah 50% sedangkan sisanya perawat tidak puas dengan kualitas pada aspek relevansi baik (98,8%), akurasi baik (98,8%), dan ketepatan waktu baik (97,5%) dalam melakukan pendokumentasian asuhan menggunakan SIMRS. Sedangkan kualitas pada aspek kelengkapan tidak baik (59,3%). Pada item analisis pada variabel kepuasan tentang dokumentasi melindungi perawat dari hukum yang sebagian besar (55,6%) perawat menyatakan tidak setuju dengan pernyataan tersebut. Sedangkan pada pernyataan tentang sistem tagihan yang terstruktur dan sistematis, dokumentasi memotivasi perawat untuk lebih maju, sosialisasi pendokumentasi memudahkan perawat, percaya diri perawat meningkat, perawat bertanggung jawab, adanya penghargaan, dan dokumentasi meningkatkan produktifitas hampir seluruh perawat menyatakan setuju dengan pernyataan tersebut.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Kepuasan, Kualitas Relevansi, Akurasi, Ketepatan Waktu, dan Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berbasis Komputer

Variabel	Kategori	n	%
Kepuasan	Puas	34	42
	Tidak Puas	47	58
Relevansi	Baik	80	98,8
	Tidak Baik	1	1,2
Akurasi	Baik	80	98,8
	Tidak Baik	1	1,2
Ketepatan Waktu	Baik	79	97,5
	Tidak Baik	2	2,5
Kelengkapan	Baik	33	40,7
	Tidak Baik	48	59,3

Tabel 2. Hubungan Kepuasan Perawat dengan Kualitas Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berbasis Komputer

Kepuasan	Kualitas				Total		p
	Baik		Tidak Baik		n	%	
	n	%	n	%			
Puas	34	100	0	0	34	100	0,190
Tidak Puas	44	93,6	3	6,4	47	100	

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil analisis hubungan kepuasan perawat dengan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan berbasis komputer ada sebanyak 34 perawat (100%) yang puas melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan kualitas baik, sedangkan perawat yang tidak puas ada 44 perawat (93,6%) yang melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan kualitas baik juga. Hasil uji *Chi-square* dengan nilai $p=0,190$, maka kesimpulannya bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara kepuasan perawat dengan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan berbasis komputer.

Pembahasan

Berdasarkan pada hasil penelitian yang dilakukan terhadap 81 perawat di rumah sakit swasta yang berada di Kota Palembang dan berdasar hasil pengolahan data yang diarahkan sesuai

dengan tujuan penelitian maka dapat diketahui sebagai berikut:

Distribusi Frekuensi Kepuasan Perawat dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Menggunakan SIMRS. Hasil penelitian didapatkan bahwa persepsi perawat tentang kepuasan perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan menggunakan SIMRS lebih dari separuh (58%) mengatakan tidak puas. Kepuasan dalam penelitian ini terkait dengan sistem tagihan, dokumentasi asuhan keperawatan. Sistem tagihan menjadi terstruktur dan sistematis, dokumentasi memotivasi perawat untuk lebih maju. Perawat bertanggung jawab melaksanakan tindakan keperawatan adalah perawat yang menuliskan dokumentasi, sosialisasi pendokumentasian memudahkan perawat, percaya diri perawat meningkat, dokumentasi meningkatkan produktifitas perawat, dan instansi memberikan penghargaan pada perawat

yang aktif melakukan dokumentasi yang sebagian menyatakan setuju dengan pernyataan tersebut. Namun untuk pernyataan tentang dokumentasi juga melindungi perawat dari hukum lebih dari separuh (55,6%) menyatakan tidak setuju atau tidak puas.

Menurut Huber (2006), kepuasan kerja perawat pada praktik keperawatan akan tercapai jika perawat merasa telah memberikan kontribusi, dianggap penting, mendapat dukungan dari sumber-sumber yang ada, dan *outcome* keperawatan banyak tercapai. Kepuasan ekstrinsik didapatkan dari imbalan yang diperoleh individu, imbalan tidak berbentuk uang, namun bisa dalam bentuk pengembangan dan pengakuan.

Pengukuran kepuasan kerja tenaga perawat tidak hanya penting untuk mengetahui kinerja rumah sakit terutama bidang ketenagaannya, tetapi juga untuk menentukan strategi manajemen pada masa yang akan datang dan akan memberikan dampak juga dengan kualitas kinerja salah satunya dalam sistem pendokumentasian asuhan keperawatan.

Menurut konsep *Value Theory*, kepuasan kerja terjadi pada level dimana pekerjaan diterima oleh seseorang seperti yang diharapkan. Bertambahnya seseorang memperoleh hasil, akan semakin puas, dengan adanya kepuasan kerja yang merupakan suatu hal positif yang dikerjakan seseorang terhadap pekerjaan mereka, maka akan tercapai kinerja seseorang tersebut (Wibowo, 2016). Terdapat perbedaan dari hasil penelitian ini dengan teori Robbins dan Timothy (2008) yang mengatakan bahwa suatu organisasi yang memiliki karyawan yang merasakan kepuasan cenderung lebih efektif dibandingkan dengan karyawan yang kurang puas, sedangkan pada penelitian ini kepuasan perawat tidak bergantung dengan kinerja mereka, dalam melakukan pekerjaannya terutama pendokumentasian asuhan keperawatan perawat melakukannya dengan baik.

Menurut Livari (2005), dalam Koeswandari (2011) bahwa sebuah sistem informasi dapat

memenuhi kebutuhan pengguna akan meningkatkan kepuasan pengguna. Hal ini diwujudkan dengan kecenderungan peningkatan penggunaan sistem informasi. Sebaliknya jika sistem informasi tidak dapat memenuhi kebutuhan pengguna maka kepuasan pengguna tidak akan meningkat dan penggunaan tidak akan berlanjut dan lambat laun akan ditinggalkan. Kepuasan pengguna ini berhubungan dengan kesuksesan kualitas sistem informasi dan kualitas informasi yang dihasilkan oleh sistem informasi. Keduanya dikatakan dapat memengaruhi kepuasan pengguna sistem informasi, semakin baik sistem informasi yang dihasilkan maka kepuasan pengguna semakin baik.

Penelitian yang dilakukan oleh Yanindrawati, Susilaningsih, dan Soemantri, (2012) di RSUD Kabupaten Bekasi, bahwa perawat memiliki tingkat kepuasan kerja rendah, karena yang merasa puas dengan pekerjaannya hanya sebesar 7,04% dan jauh lebih kecil bila dibandingkan dengan perawat yang merasa tidak puas dengan pekerjaannya sebesar 92,96%.

Menurut peneliti perawat dapat menyelesaikan pekerjaannya dan meningkatkan kepuasan kerja jika di dalam institusi dijelaskan lebih baku tentang perlindungan perawat dari hukum jika perawat melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan, perawat merasakan kepuasan jika mendapat dukungan yang baik dari atasan, produktifitas tinggi dan percaya diri perawat pun akan meningkat.

Distribusi Frekuensi Kualitas pada Aspek Relevansi Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Menggunakan SIMRS. Hasil penelitian didapatkan bahwa persepsi perawat tentang kualitas pada aspek relevansi pendokumentasian asuhan keperawatan menggunakan SIMRS adalah baik (98,8%). Perawat mengatakan bahwa dalam pendokumentasian data harus sesuai dengan kebutuhan tenaga kesehatan, informasi asuhan keperawatan ringkas, wajar dan mudah dibaca. Sebagian besar tenaga kesehatan khususnya perawat membutuhkan informasi asuhan keperawatan yang di-

kirim kepada orang yang memang membutuhkan informasi tersebut.

Sistem informasi keperawatan menurut *American Nurses Association* (ANA) (2010), berkaitan dengan legalitas dalam memperoleh data yang diperlukan, informasi dan pengetahuan tentang standar dokumentasi, komunikasi, mendukung proses pengambilan keputusan, meningkatkan kualitas, efektifitas dan efisiensi asuhan keperawatan dan memberdayakan pasien dalam memilih asuhan keperawatan yang diinginkan. Suatu informasi pada organisasi yang handal itu terletak pada keterkaitan antar komponen yang dapat dihasilkan menjadi suatu informasi yang berguna, akurat, terpercaya, cepat, detail, relevan untuk suatu organisasi (Hariyati, 2009).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Kivuti-Bitok (2009) di Kenya mengatakan bahwa pemakaian komputer tidak akan menghilangkan pekerjaan karena dapat menghemat waktu, meningkatkan kualitas komunikasi dan akses pertukaran informasi akan lebih mudah yang merupakan respon positif dari responden. Perawat sebagai seorang pengguna dari sistem informasi yang dikembangkan pada prinsipnya menggunakan suatu sistem informasi yang relevansi, jika informasi berhubungan dengan permasalahan yang sedang dihadapi sehingga pengguna dalam hal ini adalah seorang perawat dapat memilih data yang diperlukan jika data tersebut menjadi informasi yang berguna dalam pengambilan keputusan (Sutarman, 2009).

Berdasarkan hasil penelitian peneliti berasumsi bahwa informasi yang relevan sangat diperlukan untuk orang yang membutuhkan, pendokumentasian asuhan keperawatan dengan menggunakan komputer dapat menghemat waktu perawat dalam pemberian tindakan keperawatan pada pasien dengan format yang mudah dibaca dan sederhana. Tenaga kesehatan lain juga dapat menerima informasi dengan tepat dan cepat.

Distribusi Frekuensi Kualitas pada Aspek Akurasi Pendokumentasian Asuhan Kepe-

rawatan Menggunakan SIMRS. Hasil penelitian didapat bahwa persepsi perawat tentang kualitas pada aspek akurasi pendokumentasian asuhan keperawatan menggunakan SIMRS hampir seluruh responden mengatakan baik (98,8%), akurasi dalam penelitian ini mencakup tentang bagaimana informasi asuhan keperawatan yang disampaikan sesuai dengan keadaan, informasi tidak bias/ tidak menimbulkan persepsi yang berbeda, bebas dari kesalahan, informasinya jelas mencerminkan maksud dari informasi yang dibuat dan tidak ada perubahan informasi, dan hampir seluruh perawat setuju dengan pernyataan tersebut.

Menurut Hutahean (2010), informasi yang dicatat perawat harus lengkap dan akurat sehingga dapat meginterpretasikan secara tepat oleh orang lain. Kesalahan persepsi dapat terjadi bila dokumentasi yang dicatat oleh perawat tidak lengkap dan akan menimbulkan risiko kesalahan intervensi, dapat juga menimbulkan keluhan (*complaint*) pasien yang pada akhirnya akan berpengaruh pada kepuasan masyarakat (pasien).

Hasil penelitian yang dilakukan Ehrenbrg dan Ehnforg (2012) bahwa kemudahan pendokumentasian keperawatan yang berupa informasi (*output*) itu juga dihasilkan oleh pendokumentasian yang digunakan. Perawat yang menggunakan format pendokumentasian asuhan keperawatan akan merasa mudah apabila kemudahan penggunaan yang dihasilkan memenuhi kriteria akurat, tepat waktu, relevan mudah dipahami dan benar.

Menurut peneliti, dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan secara akurasi sangat penting karena dokumentasi merupakan alat komunikasi yang efektif dan juga merupakan bukti hukum jika suatu saat ditemukan suatu masalah yang berhubungan dengan kejadian yang terdapat dalam catatan keperawatan. Informasi yang diberikan berupa dokumentasi kepada tenaga kesehatan lain atau teman sejawat adalah informasi yang akurat dan apabila kualitas dari pendokumentasian asuhan kepe-

rawatan itu baik artinya perawat mampu melaksanakan tugasnya dengan produktivitas yang tinggi.

Distribusi Frekuensi Kualitas pada Aspek Ketepatan Waktu Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Menggunakan SIMRS. Hasil penelitian didapatkan bahwa persepsi perawat tentang kualitas pada aspek ketepatan waktu pendokumentasian asuhan keperawatan menggunakan SIMRS hampir seluruh mengatakan baik (97,5%). Ketepatan waktu dalam penelitian ini mencakup tentang informasi asuhan keperawatan dikirim sesuai dengan waktu yang ditetapkan, informasi asuhan keperawatan sesuai dengan yang dibutuhkan dan merupakan data yang terbaru, juga informasi asuhan keperawatan dikirimkan tepat sasaran. Hampir seluruh perawat menyatakan setuju dengan hal tersebut diatas.

Informasi yang disediakan dapat digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan yang tepat sebelum masalah yang penting berkembang. Keterlambatan informasi yang diterima akan mengakibatkan suatu informasi itu menjadi tidak berguna lagi dan juga menyebabkan kekeliruan dalam pengambilan keputusan. Hal ini yang menjadikan alasan bahwa informasi harus dikirim sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan.

Menurut Sutabri (2005) nilai informasi yang dihasilkan dari penggunaan komputer dalam suatu informasi manajemen salah satunya adalah *timelines* atau ketepatan waktu yaitu informasi yang dihasilkan oleh komputer dapat diperoleh dalam waktu yang cepat dan tepat. Perry dan Potter (2010) mengatakan ciri dokumentasi asuhan keperawatan yang baik berdasarkan atas fakta, akurat, lengkap, ringkas, waktu yang tepat dan bersifat mudah dibaca.

Peneliti berasumsi bahwa dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan tepat waktu akan membuat dokumentasi tersebut menjadi berharga dan suatu dasar infor-

masi yang dapat digunakan untuk pengambilan keputusan yang tepat dan cepat. Informasi yang tepat juga dapat berguna bagi penerima karena dapat mengurangi informasi yang berlebihan.

Distribusi Frekuensi Kualitas pada Aspek Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Menggunakan SIMRS. Hasil penelitian didapatkan bahwa persepsi perawat tentang kualitas pada aspek kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan menggunakan SIMRS lebih dari separuh mengatakan tidak baik (59,3%). Kelengkapan pada penelitian ini mencakup tentang informasi asuhan keperawatan yang dilakukan perawat lengkap dan terisi semua mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi dan juga memuat informasi asuhan keperawatan secara menyeluruh dan lebih dari separuh perawat menyatakan tidak setuju dengan pernyataan tersebut.

Pencatatan data pasien yang lengkap dan akurat akan memberikan kemudahan bagi perawat dalam membantu pasien menyelesaikan masalah keperawatan pasien dan juga dapat mengetahui sejauh mana masalah pasien dapat teratasi. Hal inilah yang akan meningkatkan mutu pendokumentasian asuhan keperawatan. Penelitian ini mengungkapkan persepsi perawat bahwa terkadang perawat tidak sempat untuk melengkapi pendokumentasian asuhan keperawatan yang disebabkan beban kerja secara langsung pada pasien yang tinggi.

Menurut Noorkasiani, Gustina, dan Maryam (2015) bahwa faktor-faktor yang memengaruhi kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan salah satunya adalah beban kerja, hasil penelitian menunjukkan sebagian besar perawat yang mempunyai beban kerja tinggi tidak melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan lengkap yang melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan lengkap hanya 16,7%.

Analisis butir pernyataan pada kuesioner tentang kepuasan perawat sebagai *user* menggam-

barkan persepsi perawat yang tidak puas/ tidak setuju bahwa aspek dokumentasi melindungi perawat dari tuntutan hukum. Langkah-langkah yang harus dilakukan untuk mengatasi kepuasan perawat agar kelengkapan dokumen menjadi baik adalah dengan menggunakan fungsi manajemen yaitu *Planning, Organizing, Actuating* dan *Controlling* (POAC). Pada perencanaan atau *planning* dilakukan dengan membuat JUKNIS/ SOP tentang dokumentasi, pada pengorganisasian atau *organizing* dengan membagi tugas-tugas atau menggunakan metode penugasan yang profesional sehingga perawat dapat bertanggung jawab dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan, pada pengarahan dengan mengadakan sosialisasi format dokumentasi yang dapat dipahami dan sederhana serta mudah diterima oleh orang membutuhkan, kemudian pada pengawasan atau *controlling* yang dilaksanakan setelah melakukan sosialisasi pada perawat yang melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan sehingga dapat menindaklanjuti kinerja perawat yang belum melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan baik.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Nurseto, Sukesi, dan Wulandari (2014) menjelaskan bahwa kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan yang menunjukkan hasil sebagian besar (53,8%) termasuk dalam kategori kurang lengkap dalam pendokumentasian. Hal ini dikarenakan jumlah perawat yang kurang sebanding dengan pekerjaannya (2–3 perawat, 20–30 pasien dalam satu ruangan). Hasil penelitian yang dilakukan Kasim dan Abdurouf (2016) memaparkan bahwa secara garis besar pendokumentasian asuhan keperawatan yang dilakukan perawat di tiga ruang rawat inap dikategorikan lengkap sebesar 78,4%. Namun, hasil ini dibandingkan dengan standar asuhan keperawatan yang sudah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan RI (2010), bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan yang dilakukan perawat tersebut masih dikategorikan kurang baik.

Peneliti berasumsi, informasi asuhan keperawatan itu harus lengkap yang meliputi peng-

kajian sampai dengan evaluasi dan semua diharapkan dapat terisi atau terdokumentasi dengan lengkap dan informasi asuhan keperawatan dimuat secara keseluruhan. Secara komputisasi sebenarnya akan lebih mudah melengkapi dokumentasi asuhan keperawatan yang semuanya dapat terisi secara lengkap mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi tetapi hasil penelitian ini malah sebaliknya, banyak perawat mempunyai persepsi yang tidak baik tentang kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan menggunakan SIMRS.

Hubungan antara Kepuasan Perawat dengan Kualitas Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Menggunakan SIMRS. Hasil penelitian didapat dari hasil uji *Chi-square* dengan nilai $p=0,190$, yang disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara kepuasan perawat dengan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan menggunakan SIMRS.

Kepuasan pekerjaan itu sendiri merupakan kondisi pekerjaan yang ditugaskan untuk individu agar dapat direfleksikan, apakah pekerjaan itu menantang, menarik, respek, dan membutuhkan keterampilan. Hubungan individu dengan pekerjaannya merupakan yang harus diperhatikan karena dapat memengaruhi sukses atau kegagalan individu tersebut dalam menjalankan pekerjaannya. Kesesuaian antara pekerjaan dengan dirinya memengaruhi kepuasan kerja (Juliansyah, 2013). Penelitian yang dilakukan oleh Khamlub, et al. (2013) bahwa pekerjaan itu sendiri memiliki nilai rendah dan berhubungan dengan kepuasan kerja.

Analisis peneliti bahwa kualitas pendokumentasian yang dilaksanakan perawat dengan baik, tidak mempunyai hubungan dengan kepuasan perawat. Terdapat banyak aspek kepuasan perawat pada penelitian ini dengan nilai kepuasan perawat yaitu merasakan ketidakpuasan, salah satunya ditunjukkan dengan dokumentasi melindungi perawat dari hukum. Hal ini terlihat juga pada penelitian yang dilakukan oleh Pribadi (2009), bahwa responden yang menyetujui tentang dokumentasi asuhan keperawatan

tidak mempunyai nilai hukum, keuangan, dan pendidikan sebanyak 90,3%.

Kesimpulan

Kepuasan perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan sebagian besar menyatakan tidak puas sebanyak 58%, perawat yang menyatakan ketidakpuasan atau sebagian tidak setuju melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan dalam penelitian ini tentang dokumentasi melindungi perawat dari hukum sebanyak 55,6%. Persepsi perawat yang merasa puas maupun tidak puas tetap melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan menggunakan SIMRS dengan kualitas relevansi (98,8%), akurasi (98,8%) dan ketepatan waktu yang baik (97,5%). Namun persepsi perawat pada kualitas pada aspek kelengkapan perawat masih kecil dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan menggunakan SIMRS yang baik (40,7%).

Peneliti merekomendasikan kepada pihak rumah sakit terutama pada manajemen pelayanan keperawatan untuk membuat kebijakan yang baku terkait dengan pendokumentasian asuhan keperawatan menggunakan SIMRS di ruangan yang dapat melindungi perawat dari hukum. Perawat juga diharapkan dapat berbenah dalam pendokumentasian asuhan keperawatan secara lengkap, bertanggung jawab dengan fokus pada 3-4 pasien saja sehingga dapat dipantau oleh supervisor atau kepala ruangan agar terlihat perawat yang tidak melakukan pendokumentasian secara lengkap dan yang tidak (MS, RR, TN).

Referensi

- American Nurses Association (ANA). (2010). *Nursing social policy statement: The essence of profession* (3rd Ed.). Silver Spring, Md.: American Nurses Association, Inc.
- Anggadini, S.D. (2013). Analisis sistem informasi manajemen berbasis komputer dalam proses pengambilan keputusan. *Majalah Ilmiah UNIKOM*, 11 (2), 176-187.
- Anggraini. (2017). *Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan di Rumah Sakit Bunda Palembang*. Universitas Palembang.
- Departemen Kesehatan RI. (2010). *Instrumen Evaluasi Standar Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Ehrenbrg, A., & Ehnfor, M. (2012). Patient problems, needs, and nursing diagnoses in Swedish Nursing Home records. *Nursing Diagnosis*, 10 (2), 65-76.
- Handiwidjojo, W. (2009). Sistem informasi manajemen rumah sakit. *Jurnal EKSIS*, 2, 32-38.
- Hariyati, R. (2009). *Sistem informasi keperawatan berbasis komputer sebagai salah satu solusi meningkatkan profesionalisme keperawatan*. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Retrieved from <http://pkko.fik.ui.ac.id/file/s/artikel%20we%20care.doc>
- Hastono, S.P. (2008). *Analisa data*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Hsiao, S.J., Li, Y.C., Chen, Y.L., & Ko, H.C. (2009). Critical factors for the adoption of mobile nursing information system in taiwan: The nursing department administrators' perspective. *J Med Syst.*, 33 (5), 369-377. <https://doi.org/10.1007/s10916-008-9199-8>
- Huber, D.I. (2006). *Kepemimpinan dan meningkatkan manajemen kinerja*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Hutahean, S. (2010). *Konsep dan dokumentasi proses keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Juliansyah, N. (2013). *Penelitian ilmu manajemen, tinjauan filosofis dan praktis* (Cetakan Ke-1). Jakarta: Kencana.

- Kasim, M., & Abdurouf, M. (2016). Peningkatan kualitas pelayanan dan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan metode tim. *Nurseline Journal*, 1 (1), 62–72.
- Khamlub, S., Rashid, Sarker, M.A. B., Hirosawa, T., Outavong, P., & Sakamoto, J. (2013). Job satisfaction of health care workers at health centers in Vientiane Capital and Bolikhamsai Province, Lao PDR. *Nagoya Journal Medical Science*, 75 (3–4), 233–241.
- Kivuti-Bitok, L.W. (2009). What do nurse managers want computerized? Needs based assessment study of midle and functional level nurse managers at Kenyatta National Hospital Kenya. *Health Informatic in Developing Countries*, 3 (2), 5–11.
- Koeswandari, R. (2011). *Pengaruh penerapan sistem informasi supervisi keperawatan berbasis komputersasi terhadap kualitas informasi dan kepuasan pengguna informasi supervisi keperawatan di RS Dr Sarjito* (Tesis, tidak dipublikasikan). Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok. Retrieved from <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20282220-TRe tnoKoeswandari .pdf>
- Munyisia, E.N., Yu, P., & Hailey, D. (2010). The changes in caregivers ' perceptions about the quality of information and benefits of nursing documentation associated with the introduction of an electronic documentation system in a nursing home. *International Journal of Medical Informatics*, 80(2), 116–126. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2010.10.011>
- Noorkasiani, N., Gustina, G., & Maryam, R.S. (2015). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 18 (1), 1–8. <https://doi.org/10.7454/jki.v18i1.391>
- Nurseto, I.D., Sukesi, N., & Wulandari. (2014). Pengaruh kepuasan perawat terhadap kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Ambarawa. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*. Retrieved from <http://ejournal.stikestelogorejo.ac.id/index.php/ilmukeperawatan/article/view/219>
- Olsen, S.W. (2013). Quality improvement in documentation of postoperative care nursing using computer-based medical records. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 28 (2), 77–86. <https://doi.org/10.1016/j.japan.2012.08.006>
- Perry, P.A., & Potter, A.G. (2010). *Fundamental keperawatan* (Ardina Ferderika, Ed.). Jakarta: Salmeha Medika.
- Pribadi, A. (2009). *Analisis pengaruh faktor pengetahuan, motivasi dan persepai perawat tentang supervisi kepala ruang terhadap pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di Rung Rawat Inap RSUD Keler Provinsi Jawa Tengah di Jepara* (Tesis, tidak dipublikasikan). Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Administrasi Rumah Sakit, Pascasarjana Universitas Diponegoro, Semarang. Retrieved from [eprints.undip.ac.id/16228/1/Agung_Pribadi .pdf](http://eprints.undip.ac.id/16228/1/Agung_Pribadi.pdf)
- Robbins, S.P., & Timothy, A.J. (2008). *Perilaku organisasi*. Jakarta: Salemba Empat.
- Santoso, Y.S. (2015). *Perbedaan kepuasan perawat dalam pedokumentasian asuhan keperawatan berbasis komputer dan manual (studi di RS Paru dan RS Baladhika Husada Kabupaten Jember)* (Tesis, tidak dipublikasikan). Universitas Jember.
- Sarif, S., Akbar, M.K., & Inayatullah, I. (2013). Sistem informasi manajemen pada Rumah Sakit Khusus Paru-Paru Palembang. *Jurnal Informatika MDP*, 1–8. Retrieved from eprints.mdp.ac.id/813/
- Sutabri. T. (2005). *Sistem informasi manajemen*. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Sutarman. (2009). *Pengantar teknologi informasi*. Jakarta: Bumi Aksara.

Wibowo, W. (2016). *Manajemen kinerja* (Edisi Kelima). Jakarta: Rajawali Pers.

Yanindrawati, K., Susilaningsih, S.F., & Soemantri, I. (2012). Hubungan kepuasan

kerja dengan kinerja perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bekasi. *Student e-Journal*, 1 (1), 32.

MODEL KEPEMIMPINAN SERVANT PALING DOMINAN BERHUBUNGAN DENGAN KINERJA

Lilis Rayatin^{1*}, Enie Novieastari², Efy Afifah²

1. Harapan Kita Children and Women's Hospital, Jakarta 11420, Indonesia
2. Faculty of Nursing Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*E-mail: raya.fikui@gmail.com

Abstrak

Model kepemimpinan kepala ruangan dapat meningkatkan kinerja perawat pelaksana dalam memberikan asuhan keperawatan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hubungan antara model kepemimpinan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana. Metode penelitian menggunakan *cross sectional*, dengan melibatkan 141 responden di sebuah RS. Instrumen yang digunakan adalah instrumen model kepemimpinan yang pernah digunakan sebelumnya. Model kepemimpinan yang berhubungan dengan kinerja adalah *servant*, visioner, dan transaksional. Model kepemimpinan yang paling dominan berhubungan dengan kinerja adalah *servant* ($p= 0,0001$; $\alpha= 0,05$; CI: 2,733–11,853; *Odds Ratio*: 5,691). Kepala ruangan yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana menggunakan model kepemimpinan *servant* berpeluang meningkatkan kinerja perawat pelaksana sebesar 5 kali lebih tinggi dibandingkan dengan yang tidak dipersepsikan menggunakan model kepemimpinan *servant*. Hasil penelitian ini merekomendasikan kepada pimpinan Rumah sakit khususnya untuk kepala ruangan dapat menggunakan model kepemimpinan *servant* dalam peran dan fungsinya untuk meningkatkan kinerja perawat pelaksana.

Kata kunci: Kinerja perawat pelaksana, Model kepemimpinan *servant*.

Abstract

Head Nurse Leadership Model Can Improve The Performance of Nurses in Providing Nursing Care. *The purpose of this study was to identify the correlation between the head nurse leadership model and the nurses' performance. This study applied a cross-sectional method and involved 141 nurses at a Hospital. This study used the instruments developed in the other studies. The results showed that the leadership model related to the performance was a servant, visionary, and transactional. The most dominant leadership model related to the performance was servant ($p= 0.0001$; $\alpha= 0.05$, CI: 2.733 to 11.853; odds ratio: 5.691). Head nurses that were perceived by nurses as using the servant leadership model had an opportunity to improve the nurses' performance five times higher than those who were not perceived as using the servant leadership model. It is recommended that the head of Hospitals, especially the head nurses, to apply the servant leadership model in their roles and functions to improve the nurses' performance.*

Keywords: Nurses' performance, Servant Leadership model

Pendahuluan

Semua bidang bersaing di era globalisasi untuk meningkatkan mutu dan daya saingnya agar dapat memuaskan pelanggan. Pesatnya kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi di segala bidang berdampak pada semakin tingginya kualitas pelayanan (Fitrihana, 2011). Rumah sakit agar selalu tanggap akan perubahan-perubahan

yang terjadi dengan cepat, dan segera mengantisipasi sesuai dengan keinginan dan kebutuhan masyarakat serta selalu memuaskan konsumen/ *Customer satisfaction* (Ahmad, 2012). Sikap karyawan yang positif terhadap pemimpin, dan lingkungan kerja mempunyai hasil yang signifikan untuk meningkatkan kepuasan pelanggan dan keuntungan organisasi (Wilches-Alzate, 2009).

Kinerja perawat perlu diteliti karena hasil kerja perawat merupakan salah satu indikator mutu rumah sakit. Kinerja perawat yang baik dapat meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit sehingga memberikan kepuasan kepada pelanggan. Kompetensi karyawan berupa kinerja yang baik dapat mendorong tercapainya tujuan organisasi (Robert & John, 2006). Karyawan dituntut untuk bekerja dengan baik sesuai dengan tugasnya sehingga memberikan hasil kerja yang terbaik bagi perusahaan (Oei, 2005). Perawat profesional adalah sumber daya yang paling penting di rumah sakit oleh karena itu kompensasi berbasis kinerja yang sesuai untuk pelayanan keperawatan merupakan hal yang prioritas (Mamikhani, Tofighi, Sadeghifar, Heydari, & Jenab, 2014).

Rumah sakit di Indonesia semakin banyak tuntutan masyarakat terhadap pelayanan khususnya keperawatan semakin tinggi, maka manajemen keperawatan segera berubah, guna meningkatkan mutu pelayanannya. Beberapa model yang telah dikembangkan dan diterapkan di luar negeri dan telah diteliti di Indonesia (Robbins, & Judge 2013; Yuswanto, 2013). Penelitian oleh Yasman (2013) dan Yuswanto (2013) tentang model kepemimpinan keperawatan yang dibangun, secara positif didukung oleh model kepemimpinan *servant*, visioner, situasional, transaksional, transformasional, beserta elemen-elemennya.

Beberapa penelitian mengatakan bahwa kepemimpinan memberi pengaruh terhadap kinerja karyawannya. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Didimus, Indar, dan Hamzah (2013) didapatkan salah satu faktor yang berhubungan dengan kinerja perawat adalah kepemimpinan. Penelitian Natalia (2010) memaparkan bahwa model kepemimpinan diwakili oleh kepemimpinan transformasional memengaruhi kinerja waktu proyek. Penelitian yang dilakukan oleh Kieu (2010) menemukan bahwa kepemimpinan adalah salah satu kontributor paling signifikan untuk kinerja organisasi. Analisis regresi logistik menunjukkan bahwa hubungan yang signifikan antara gaya kepemimpinan dan ki-

nerja organisasi di sebuah perusahaan komunikasi di Amerika Serikat (Kieu, 2010).

Penelitian terdahulu tentang model kepemimpinan kepala ruangan belum dikaitkan dengan kinerja. Melalui penelitian ini dengan metoda *cross sectional* diharapkan dapat teridentifikasi model kepemimpinan yang paling dominan berhubungan meningkatkan kinerja perawat pelaksana rumah sakit. Prestasi kerja berkorelasi positif dengan komitmen organisasi, kepuasan kerja, profesional, dan variabel pribadi (Al-Ahmadi, 2009). Rumah sakit tidak dapat sukses dan makmur tanpa evaluasi perawat oleh pemimpin yang efektif (Hewison & Griffiths, 2004).

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan persepsi perawat pelaksana tentang model kepemimpinan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di salah satu Rumah Sakit di Jakarta.

Metode

Penelitian *cross sectional*, jumlah sampel dengan total sampling yang berjumlah 141 orang. Cara pengambilan sampel dengan menggunakan instrumen kuesioner kepada responden. Analisis data dengan univariat, bivariat, dan multivariat. Proses penelitian ini dilakukan selama 9 hari dari 21 – 29 April 2014 di sebuah rumah sakit di Jakarta Barat. Persetujuan etik didapatkan dari komite etik FIK UI. Penelitian ini menerapkan prinsip etik dengan menghormati harkat dan martabat manusia.

Kriteria inklusi sampel mencakup perawat pelaksana yang bertugas di ruang rawat yang melaksanakan asuhan keperawatan berdasarkan pendekatan proses keperawatan, berpendidikan diploma tiga keperawatan atau Kebidanan atau Gigi, diploma empat Kebidanan atau Gigi dan Sarjana keperawatan (Ners) atau Kebidanan, lama kerja di rumah sakit minimal setahun. Kriteria eksklusi adalah perawat ketua tim, *clinical instructor*, kepala ruangan, pengelola urusan, kepala seksi, kepala bidang keperawatan,

dan tenaga keperawatan yang tidak memberikan asuhan keperawatan, serta perawat yang sedang sakit, sedang cuti, atau sedang tugas belajar pada saat dilakukan penelitian.

Kuesioner A berisi tentang data demografi perawat berdasarkan Robbins dan Judge (2013), dan Sitanggang (2010) yang dikembangkan oleh peneliti dan merupakan data langsung yang diperoleh dari responden. Data demografi terdiri dari usia, tingkat pendidikan, status perkawinan, dan lama kerja. Kuesioner B berisi tentang model kepemimpinan kepala ruangan. Model kepemimpinan sesuai penelitian oleh Yasman (2013) dengan modifikasi penambahan pernyataan negatifnya dari tiga item menjadi 20 item. Instrumen meliputi elemen model kepemimpinan *servant*, model kepemimpinan visioner, model kepemimpinan situasional, model kepemimpinan transaksional, dan model kepemimpinan transformasional.

Kuesioner C merupakan kuesioner kinerja perawat pelaksana. Komponen kinerja yang terdiri dari: hubungan dengan pasien dan keluarga, hubungan dengan rekan kerja, keselamatan pasien, penampilan, ketaatan, dan pengembangan diri. Kuesioner ini dikembangkan oleh peneliti dengan menggabungkan dari referensi

Bidang Keperawatan Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita (2014), Ilyas (2012), Kementerian Kesehatan RI (2013a), Kementerian Kesehatan RI (2013b), Kuspriyomurdo (2012), dan Sari (2009).

Uji validitas dan reliabilitas dengan nilai r tabel 0,361. Hasil Uji validitas kuesioner B dan C diperoleh rerata $r = 0,563$. Uji reliabilitas instrumen ini dengan *Cronbach Alpha* reliabilitas 0,971.

Hasil

Hasil analisis karakteristik perawat pelaksana di Rumah Sakit X pada Tabel 1 menunjukkan bahwa dari sejumlah 141 perawat pelaksana sebagian besar berusia 34 tahun atau lebih (51,1%), perempuan (95,7%), pendidikan vokasional (90,1%), status menikah (89,4%), dan lama kerja minimal 11 tahun (51,1%). Usia terendah 24 tahun dan tertinggi 56 tahun. Lama kerja terendah setahun dan tertinggi 38 tahun.

Kinerja perawat pelaksana menunjukkan bahwa 83 (58,9%) berkinerja baik. Hasil analisis model kepemimpinan kepala ruangan di rumah sakit menunjukkan bahwa kepala ruangan dominan menggunakan model kepemimpinan trans

Tabel 1. Karakteristik Perawat Pelaksana Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Status Perkawinan, dan Lama Kerja

Karakteristik	Distribusi Frekuensi	
	N	%
Usia		
< 34	69	48,9
≥ 34	72	51,1
Jenis kelamin		
Laki-laki	6	4,3
Perempuan	135	95,7
Pendidikan		
Vokasional	127	90,1
Profesional	14	9,9
Status perkawinan		
Belum kawin	15	10,6
Kawin	126	89,4
Lama Kerja		
< 11	69	48,9
≥ 11	72	51,1

Tabel 2. Hubungan Model Kepemimpinan Kepala Ruangan dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Model Kepemimpinan	Kinerja				OR	p
	Baik		Kurang			
	n	%	n	%		
<i>Servant</i>					5,691	0,0001*
Digunakan	61	76,3	19	23,8		
Tidak digunakan	22	36,1	39	63,9		
<i>Visioner</i>					5,579	0,0001*
Digunakan	68	72,3	26	27,7		
Tidak digunakan	15	31,9	32	68,1		
<i>Situasional</i>					1,294	0,605
Digunakan	59	60,8	38	39,2		
Tidak digunakan	24	54,5	20	45,5		
<i>Transaksional</i>					3,150	0,003*
Digunakan	63	68,5	29	31,5		
Tidak digunakan	20	40,8	29	59,2		
<i>Transformasional</i>					2,357	0,196*
Digunakan	77	61,1	49	38,9		
Tidak digunakan	6	40,0	9	60,0		

*Bermakna pada $\alpha=0,05$

formasional (89,4%), situasional (68,8%), visioner (66,7%), transaksional (65,2%), dan *servant* (56,7%).

Rerata usia perawat yang berkinerja baik adalah sama atau lebih dari 34 tahun (62,5%). Hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,49$, $p>\alpha 0,05$, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan kinerja perawat pelaksana. Jenis kelamin perawat pelaksana yang memiliki kinerja baik yaitu Laki-laki (83,3%) dengan nilai $p=0,412$, $p>\alpha 0,05$, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kinerja perawat pelaksana.

Pendidikan keperawatan perawat rerata yang memiliki kinerja baik yaitu Vokasional (D3/D4 Keperawatan, Kebidanan, Gigi) (59,5%). Uji statistik menunjukkan nilai $p=0,855$, $p>\alpha 0,05$, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kinerja perawat pelaksana. Status perkawinan perawat rerata yang memiliki kinerja baik yaitu sudah kawin (61,1%). Uji statistik menunjukkan nilai $p=0,196$, $p>\alpha 0,05$, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara status perkawinan de-

ngan kinerja perawat pelaksana. Lama kerja perawat rerata yang memiliki kinerja baik adalah ≥ 11 tahun (63,9%). Hasil uji statistik yaitu nilai $p=0,286$, $p>\alpha 0,05$, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara lama kerja dengan kinerja perawat pelaksana.

Hasil analisis hubungan model kepemimpinan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana menurut persepsi perawat pelaksana di rumah sakit dapat dilihat pada tabel 2.

Hasil analisis multivariat dari tahap awal sampai akhir menunjukkan bahwa variabel yang paling berhubungan secara bermakna dengan kinerja perawat adalah *servant* dengan nilai $p=0,0001$. Hasil analisis menunjukkan bahwa kepala ruangan yang menggunakan model kepemimpinan *servant* cenderung meningkatkan kinerja perawat pelaksana. Hasil akhir analisis multivariat menunjukkan model kepemimpinan yang paling berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana dengan mengacu kepada OR yang paling besar.

Servant memiliki OR 5,691, maka model kepemimpinan yang paling berhubungan adalah

servant. Kepala ruangan yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana menggunakan model kepemimpinan *servant* mempunyai OR 5,691 artinya berpeluang meningkatkan kinerja perawat pelaksana sebesar 5 kali lebih tinggi dibandingkan dengan yang tidak dipersepsikan menggunakan model kepemimpinan *servant*.

Pembahasan

Sebagian besar perawat pelaksana di RS tempat penelitian dilakukan berada pada usia mendekati dewasa tengah yaitu sekitar 40 sampai 60 tahun. Pada rentang usia ini sebagian besar berkinerja baik. Pada usia ini perawat merasa puas mencapai puncak karier. Kepala ruangan dapat mengantisipasi dengan lebih tanggap terhadap sumber stres seperti ketidakberhasilan mencapai apa yang dicita-citakan, kesalahpahaman. Pemberian *reinforcement* positif untuk memberikan *reward* atas upaya yang dilakukan merupakan hal yang penting dilakukan (Bastable, 2002). Beberapa perawat pelaksana sudah berusia 58 tahun dengan pendidikan D3 dan S1 Keperawatan, hal ini seharusnya menjadi perhatian. Pemimpin dan kepala ruangan perlu menata jenjang karir berdasarkan kinerja, kemampuan, dan minat dari perawat pelaksana, sehingga pada usia tengah akhir sudah memiliki posisi jenjang karir yang sesuai dengan harapan.

Robbins dan Judge (2013), perempuan lebih menyenangkan dan mudah beradaptasi dengan otoritas, laki-laki lebih agresif cenderung mengharap keberhasilan. Mengingat partisipasi perempuan meningkat pada 40 tahun terakhir, maka diasumsikan tidak ada perbedaan yang signifikan dalam kinerja antara laki-laki dan perempuan. Hasil penelitian ini sejalan dengan Setiawati (2010) tidak ada hubungan antara usia dengan kinerja.

Persepsi perawat pelaksana tentang kinerja baik pada pendidikan Profesional dimungkinkan mempunyai standar yang tinggi, sehingga perawat yang memiliki kinerja baik jumlahnya menjadi kurang. Perawat dengan pendidikan

S1 Keperawatan perlu terus ditingkatkan agar dapat memenuhi kualifikasi perawat klinik (PK) IV, memenuhi jabatan *clinical instruct*, dan kepala ruangan. Walaupun perbedaan kinerja baik perawat vokasional dan profesional sedikit tetap pendidikan profesional perlu ditingkatkan agar metoda asuhan keperawatan dengan *primary nursing* dapat berjalan lebih optimal di seluruh ruangan. Hal tersebut sesuai pendapat Ilyas (2012), bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, akan semakin logis, kritis, dan sistematis dalam berfikir dan bertindak, sehingga akan meningkatkan kualitas hasil kerja.

Perawat yang sebagian besar perempuan dan mempunyai anak usia pra sekolah diperlukan sistem pendukung *support system* sistem pendukung yang baik agar tumbuh kembangnya dapat optimal dan orang tua dapat bekerja dengan konsentrasi. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Sitanggang (2010), berbeda dengan penelitian Al-Ahmadi (2009).

Pengalaman kerja perawat di rumah sakit sebagian besar tergolong senior. Masa kerja ini diperlukan pendidikan dan pelatihan yang berkesinambungan agar diperoleh pengalaman kerja yang sebanding dengan peningkatan kinerja. Tappen (2004) menyatakan bahwa lama kerja yang tidak didukung pengembangan staf yang optimal akan menurunkan kualitas pekerjaannya. Perawat yang berpengalaman kerja lebih lama dapat menjadi mentor bagi perawat yang lebih junior, sehingga diharapkan dapat mencapai jenjang karir yang sesuai dengan harapan, dan mempunyai kinerja yang baik. Menurut peneliti tidak adanya hubungan lama kerja dengan kinerja dapat disebabkan masih kurang optimalnya pendidikan dan pelatihan perawat. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Setiawati (2010), berbeda halnya dengan hasil penelitian Al-Ahmadi (2009).

Pada penelitian ini didapatkan bahwa adanya hubungan antara kepemimpinan *servant*, visioner dan transaksional dengan kinerja perawat pelaksana. Penelitian Goleman, Boyatzis, dan

Mckee (2007) menunjukkan bahwa pendekatan visioner merupakan model paling efektif untuk menggugah hati staf bahwa pekerjaan mereka ikut berperan dalam pencapaian visi organisasi. Transparansi sangat penting untuk dapat memiliki kredibilitas, pemimpin harus sungguh-sungguh meyakini akan keberhasilan visi organisasinya. Model ini cocok digunakan di salah satu rumah sakit di Jakarta yang memiliki perawat pelaksana hampir sebagian dengan lama kerja kurang dari 11 tahun. Model ini tidak cocok diterapkan pada situasi dimana stafnya yang sudah ahli atau sangat berpengalaman karena dianggap tidak sejalan dengan tugas yang ada sehingga akan berdampak kinerja kurang.

Model transaksional berpasangan dengan transformasional untuk memperoleh hasil yang optimal. Model ini cocok untuk kepemimpinan penjualan, perusahaan yang berorientasi pada bisnis. Heller (2008/2001), berkaitan dengan interaksi yang efisien dengan realitas yang selalu berubah, berfokus pada intisari dan kejadian. Model ini akan memberikan penghargaan tinggi bagi karyawan yang mempunyai kinerja tinggi dan memberi penghargaan kecil pada karyawan yang mempunyai kinerja kurang.

Model kepemimpinan *servant* menempati urutan pertama sebagai model kepemimpinan yang paling berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana di rumah sakit. Kepala ruangan yang dipersepsikan menggunakan model kepemimpinan *servant* berpeluang untuk meningkatkan kinerja perawat pelaksana lima kali lebih besar dibandingkan dengan kepala ruangan yang tidak dipersepsikan menggunakan model kepemimpinan *servant*. Tokoh pemimpin *servant* seperti Umar Bin Khotob, Mahatma Gandhi, dan Nelson Mandela (Alfian, 2009).

Perawat pelaksana mengharapkan sosok pemimpin *servant* yang mampu mendengarkan keluhan staf, empati dengan staf, mempunyai kesadaran diri yang tinggi, dapat mengajak staf, mampu membuat konsep perencanaan yang baik, berwawasan ke depan, mampu mengem-

bangkan staf, mampu mendorong staf untuk membangun kebersamaan, dan mampu membantu staf dalam menyelesaikan pekerjaan. Penelitian Mahembe dan Engelbrecht (2014), model kepemimpinan *servant* memainkan peranan penting dalam efektifitas organisasi, temuan menekankan peran kepemimpinan *servant* dalam mempromosikan perilaku positif dan hasil untuk tim.

Model kepemimpinan *servant* juga cocok dipergunakan oleh perawat yang mempunyai pekerjaan sebagai *Helper* (penolong) untuk siap, dan tanggap dalam menolong pasien. Pelayanan bermutu yang berorientasi pada kebutuhan pelanggan. Menurut Waterman (2011), bahwa kelebihan menggunakan model kepemimpinan *servant* adalah memperlakukan orang lain sebagai ujung tombak, memungkinkan orang lain untuk berkembang, menunjukkan komitmen terhadap masyarakat, pendekatan interpersonal, penggunaan caring, memfasilitasi bukan otoritas, meningkatkan kinerja staf.

Faktor yang paling dominan memengaruhi kinerja adalah model kepemimpinan sedangkan faktor karakteristik individu tidak berhubungan. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Didimus, et al. (2013), bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja perawat, ada hubungan antara kepemimpinan, pelatihan, rekan kerja, kondisi kerja, pengakuan, dan sistem imbalan. Penelitian Natalia (2010), memaparkan bahwa model kepemimpinan diwakili oleh kepemimpinan transformasional yang memengaruhi komunikasi, kolaborasi dan keutuhan tim (kerja sama tim) dan kinerja waktu proyek. Hasil penelitian ini mendukung pendapat bahwa model kepemimpinan memengaruhi kinerja perawat pelaksana. Kinerja perawat pelaksana yang masih kurang baik menuntut manajer untuk mengupayakan peran dan fungsinya secara optimal. Memahami hubungan antara model kepemimpinan dengan kinerja perawat adalah penting untuk meningkatkan kinerja perawat. Menggunakan model kepemimpinan *servant* atau menggabungkan model *servant*, visioner, dan transaksional berhubungan

dengan kinerja perawat. Keterbatasan penelitian ini hanya dilakukan di satu rumah sakit pemerintah, belum dilakukan penelitian di rumah sakit swasta dan militer. Penelitian hanya menggunakan instrumen persepsi perawat pelaksana dan belum disertai dengan observasi.

Kesimpulan

Tidak ada hubungan karakteristik responden umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, lama kerja dengan kinerja perawat pelaksana di rumah sakit. Sedangkan, ada hubungan model kepemimpinan *servant*, visioner, dan transaksional, kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di rumah sakit. Selain itu, tidak ada hubungan model kepemimpinan situasional dan transformasional kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana. Model kepemimpinan *servant* yang paling dominan berhubungan dengan peningkatan kinerja perawat pelaksana di Rumah sakit.

Saran bagi pelayanan keperawatan membuat kebijakan tentang metode kepemimpinan kepala ruangan menggunakan *servant*. Membuat acuan peran dan fungsi kepala ruangan berdasarkan model kepemimpinan *servant*. Saran bagi pendidikan keperawatan dengan menambah materi model kepemimpinan, dan kinerja perawat. Saran bagi penelitian selanjutnya dengan metode kuasi eksperimen, dan melakukan replikasi penelitian di rumah sakit swasta dan militer.

Penelitian ini menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara kepemimpinan *servant* dengan kinerja perawat pelaksana. Temuan ini dapat dijadikan sebagai masukan bagi pimpinan rumah sakit untuk memfasilitasi kepala ruangan dalam meningkatkan penerapan kepemimpinan *servant*. Selain itu, diharapkan rumah sakit dapat mengimplementasikan model kepemimpinan *servant* yang mempunyai daya ungkit meningkatkan kinerja perawat pelaksana. Kepala ruangan menggunakan model kepemimpinan *servant* melalui elemen-elemen dalam menjalankan peran dan fungsinya. Pe-

nelitian ini dapat dijadikan *evidence based practiced* untuk mengembangkan ilmu keperawatan khususnya manajemen keperawatan (INR, RR, TN).

Ucapan Terima Kasih

Direktur, Bagian Sumber Daya Manusia, Bagian Pendidikan dan Penelitian, dan Bidang Keperawatan RSAB Harapan Kita yang telah memberi bantuan baik berupa *financial* maupun *nonfinancial*. Direktur, Bagian Penelitian dan Pengembangan, Bidang Keperawatan, dan Komite Keperawatan RS Kanker Dharmais atas kesempatan dan bantuan untuk uji coba instrumen penelitian.

Referensi

- Ahmad, M. (2012). *Analisis manajemen mutu terpadu (TQM) dalam pelayanan rumah sakit* (Jurnal Artikel Riset Dosen). Gorontalo: Universitas Negeri Gorontalo. Retrieved from <http://repository.ung.ac.id/hasilriset/show/1/116/analisis-manajemen-mutu-terpadu-tqm-dalam-pelayanan-rumah-sakit.html>
- Al-Ahmadi, H. (2009). Factors affecting performance of hospital nurses in Riyadh Region, Saudi Arabia. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22 (1), 40–54. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/09526860910927943>.
- Alfian, M.A. (2009). *Menjadi pemimpin politik*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Bastable, S.B. (2002). *Nurse educator: Principle of teaching and learning (Perawat sebagai pendidik prinsip-prinsip pengajaran dan pembelajaran)*. (Alih bahasa: G. Wulanari & G. Widiyanto). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Bidang Keperawatan RSAB Harapan Kita. (2014). *Laporan tahunan bidang keperawatan RSAB Harapan Kita* (Laporan, tidak dipublikasikan). Jakarta: RSAB Harapan Kita.

- Didimus, I.S., Indar, I., & Hamzah, A. (2013). Faktor yang berhubungan dengan kinerja perawat di ruang rawat inap rumah sakit Ibnu Sina YBW-UMI Makasar. *Jurnal Universitas Hasanuddin*. Retrieved from [http:// repository. unhas. ac. id/ bitstream/ handle/123456789/5747/JURNAL.pdf?sequence=1](http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/5747/JURNAL.pdf?sequence=1)
- Fitrihana, N. (2011). *Peningkatan daya saing produk melalui fungsi-fungsi manajemen sumber daya manusia*. Yogyakarta: Fakultas Teknik Universitas Negeri Yogyakarta.
- Goleman, D., Boyatzis, R., & McKee, A. (2007). *Emotional intelligence*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Heller, R. (2008/2001). *Steven Covey: Guru paling laris yang mengajarkan efektifitas pribadi dan professional* (Alih bahasa: Irzam Hardiansyah). Jakarta: Erlangga.
- Hewison, A., & Griffiths, M. (2004). Leadership development in health care: A word of caution. *Journal of Health Organization and Management*, 18 (6), 464–473.
- Ilyas, Y. (2012). *Kinerja teori, penilaian & penelitian* (edisi revisi). Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2013a). *Petunjuk pelaksanaan jenjang karir perawat di rumah sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2013b). *Pedoman remunerasi perawat di rumah sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kieu, H.Q. (2010). *Leadership styles and organizational performance: A predictive analysis* (3442746 D.M.). University of Phoenix, Ann Arbor. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/853641823?accountid=17242ABI/INFORM>
- Kuspriyomurdono, S. (2012). *Penilaian prestasi kerja pegawai negeri sipil*. Jakarta: Badan Kepegawaian Negara.
- Mahembe, B., & Engelbrecht, A. S. (2014). The relationship between servant leadership, organisational citizenship behaviour and team effectiveness. *SA Journal of Industrial Psychology*, 40(1), 1-10. doi:10.4102/sajip.v40i1.1107.
- Mamikhani, J., Tofighi, S., Sadeghifar, J., Heydari, M., & Jenab, V. H. (2014). Prioritizing the Compensation Mechanisms for Nurses Working in Emergency Department of Hospital Using Fuzzy DEMATEL Technique: A Survey from Iran. *Global Journal of Health Science*, 6(2), 86-93.
- Natalia, F. (2011). *Analisa kepemimpinan transaksional dan transformasional untuk meningkatkan kerjasama tim dan kinerja waktu proyek*. Tesis, tidak dipublikasikan. Jakarta: UI.
- Oei, I. (2005). *Riset sumber daya manusia: Cara praktis mengukur stress, kepuasan kerja, komitmen, loyalitas, motivasi kerja dan aspek-aspek kerja karyawan lainnya*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Robbins, S.P., & Judge, T.A. (2013). *Organizational behavior* (15th Ed). USA: Prentice Hall.
- Robert L. M. & John H. J. (2006). *Human resources management*, Edisi sepuluh, Penerbit Salemba Empat
- Sari, M. T. (2009). *Hubungan budaya organisasi dan gaya kepemimpinan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit daerah Raden Mattaher Jambi* (Tesis, Program Studi Magister). Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- Setiawati, D. (2010). *Determinan kinerja perawat di ruang rawat inap rumah sakit TNI AL Dr Mintohardjo* (Tesis, Program Studi Magister). Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

- Sitanggang, L. (2010). *Hubungan karakteristik individu kepemimpinan transformasional dan transaksional kepala ruangan dengan kinerja perawat di pk st. carolus Jakarta* (Tesis, Program Studi Magister). Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- Tappen, R.M. (2004). *Essentials of nursing leadership and management*. 3rd Ed. Philadelphia: Davis Company.
- Waterman, H. (2011). Principles of 'servant leadership' and how they can enhance practice. *Nursing Management*, 17(9), 24-26.
- Wilches-Alzate, G. (2009). *The relationship between rewards and recognition, service-oriented organizational citizenship behaviour, and customer satisfaction*. NR56174 Ph.D., University of Waterloo (Canada), Ann Arbor. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/305139170?accountid=17242ABI/INFORMComplete; ProQuest Dissertations & Theses Global database>.
- Yasman, Y. (2013). *Model kepemimpinan kepala ruangan menurut pandangan perawat pelaksana berhubungan dengan retensi*. *Jurnal Keperawatan Indonesia* 18 (1), 31-37. doi: 10.7454/jki.v18i1.395.
- Yuswanto, T.J.A. (2013). *Pengembangan model kepemimpinan keperawatan di ruang rawat inap rumah sakit kelas A di Indonesia* (Tesis, Program Studi Magister). Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

KEBUTUHAN KELUARGA SAAT ANAK DIRAWAT DI PAEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT (PICU): SUDUT PANDANG KELUARGA DAN PERAWAT

Efa Apriyanti*, Robiyatul Adawiyah

Faculty of Nursing Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*E-mail: apriyanti.efa@ui.ac.id

Abstrak

Studi literatur menyebutkan bahwa kebutuhan keluarga saat mendampingi anak dirawat di PICU sangatlah kompleks dan bersifat subjektif sehingga pengkajian kuesioner dirasa belum mampu mewakili gambaran kebutuhan keluarga yang sebenarnya. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk membandingkan persepsi perawat PICU dengan keluarga pasien PICU mengenai prioritas kebutuhan keluarga dari anak yang dirawat di ruang rawat intensif. Penelitian ini menggunakan *mixed method approach* dengan pendekatan kuantitatif menggunakan desain *cross sectional* di tahap pertama pengumpulan data, dilanjutkan dengan pendekatan kualitatif yang dilakukan dengan cara wawancara mendalam di tahap ke dua. Data kuantitatif diperoleh dengan menggunakan *Critical Care Family Need Inventory* yang telah dimodifikasi. Hasil analisis data menunjukkan tidak adanya perbedaan yang signifikan antara persepsi perawat dan keluarga dalam menilai kebutuhan keluarga pasien PICU. Hasil ini menunjukkan bahwa secara umum perawat PICU di dua rumah sakit yang menjadi sampel dalam penelitian ini lebih mampu memahami kebutuhan keluarga pasien dibandingkan dengan perawat dalam penelitian-penelitian sebelumnya.

Kata Kunci: *kebutuhan keluarga pasien PICU, mixed method, persepsi perawat*

Abstract

Mutual understanding between nurses and patients' family on family needs during their child's stay in PICU. The literature review indicated that factors affecting parents' needs in a PICU are interrelated and not easily, or appropriately, assessed by using an inventory. Therefore, the objective of this study was to explore the needs of parents whose child has been an in-patient in a PICU, not only from the parents, but also from the perspective of nurses. A mixed method approach has been employed in this study. Quantitative data has been collected by using modified version of Critical Care Family Need Inventory, while the qualitative data was gained through in-depth interview. The result of data analysis showed that there were no significant differences between the perception of the nurses and parents regarding the needs. The finding suggests that in general, PICU nurses in these two hospitals have better understanding about the parents' needs in comparison with most of nurses in the previous studies.

Keywords: *families' needs in PICU, mixed method, nurses' perception*

Pendahuluan

Salah satu peristiwa yang dapat memberikan dampak sangat kuat kepada keluarga, terutama orang tua, yaitu ketika anak mereka harus menjalani perawatan di ruang rawat intensif. Beberapa penelitian telah mengidentifikasi bahwa masuknya seorang anak ke rumah sakit, khususnya pada *Paediatric Intensive Care Unit*

(PICU), seringkali bersifat traumatik (Kinrade, Jackson, & Tomnay, 2009), serta dapat menyebabkan *distress* fisik, psikososial, dan emosional, tidak hanya pada anak tetapi juga anggota keluarga lainnya (Shudy, et al., 2006; Smith, Hefley, & Anand, 2007). Menurut Bronner, et al., (2010), satu pertiga dari orang tua pasien PICU memenuhi kriteria untuk dapat dikategorikan mengalami subklinikal *Posttraumatic*

Stress Disorder (PTSD) dan 12,6% dinyatakan secara klinis mengalami PTSD tiga bulan setelah anak mereka keluar dari PICU. Kinrade, et al. (2009) menjelaskan bahwa pengalaman psikologis dan emosional dari keluarga tersebut akan sangat bergantung pada seberapa besar kebutuhan mereka dapat dipenuhi oleh staf di ruang rawat intensif.

Perawat merupakan salah satu tenaga kesehatan yang dapat menjadi narasumber utama bagi keluarga pasien di ruang rawat intensif (Maxwell, Stuenkel, & Saylor, 2007). Perawat ICU cenderung memiliki interaksi yang cukup dekat dan intens dengan keluarga pasien sehingga dinilai ideal untuk membantu keluarga pasien agar dapat berespon positif terhadap kondisi yang dihadapinya. Salah satu yang dapat dilakukan oleh perawat adalah membantu keluarga pasien agar dapat terpenuhi kebutuhannya selama anak menjalani perawatan di ruang rawat intensif. Untuk dapat menjalankan peran tersebut, perawat harus mampu memahami kebutuhan keluarga pasien sehingga pendampingan yang diberikan menjadi lebih efektif (Ames, Rennick, & Baillargeon, 2011; Sargent, 2009). Dengan alasan tersebut, peneliti menilai bahwa perawat perlu memiliki kemampuan untuk dapat mengidentifikasi kebutuhan keluarga sehingga perawat dapat memberi asuhan keperawatan yang holistik kepada pasien dan keluarganya.

Penelitian yang bertujuan untuk mengidentifikasi kebutuhan keluarga dari pasien yang dirawat di ruang rawat intensif bukan merupakan hal yang baru, baik di ruang rawat intensif dewasa maupun anak. Setelah dimulai empat dekade yang lalu oleh Molter (1979), penelitian ini masih terus mendapat perhatian khusus dari para peneliti di berbagai negara, terutama negara maju (Al-Mutair, Plummer, Clerehan, & O'Brien, 2014; Hinkle & Fitzpatrick, 2011; Kinrade, et al., 2009; Mundy, 2010; Sargent, 2009). Sayangnya, penelitian terkait kebutuhan keluarga saat anak sedang dirawat di PICU baik dari sudut pandang keluarga atau perawat masih sangat sedikit di Indonesia. Peneliti juga

belum menemukan artikel ilmiah yang dipublikasikan terkait dengan identifikasi kebutuhan keluarga dari pasien ruang rawat intensif anak. Oleh karena itu, dalam penelitian ini peneliti tertarik untuk mengidentifikasi kebutuhan keluarga dari anak yang menjalani perawatan di PICU, yang mungkin dipengaruhi latar belakang budaya yang berbeda-beda. Selain itu, penelitian ini berusaha untuk membandingkan prioritas kebutuhan tersebut berdasarkan persepsi keluarga dan perawat di PICU.

Metode

Penelitian ini menggunakan *mixed method approach* dengan desain *sequential explanatory*. Penelitian dilakukan di dua PICU di Provinsi DKI Jakarta. Sampel dalam penelitian ini adalah orang tua yang memiliki anak yang dirawat di PICU dan perawat di PICU. Kriteria inklusi untuk orang tua adalah ayah atau ibu yang telah menunggui anaknya di PICU lebih dari satu hari, berusia lebih dari 18 tahun, serta dapat membaca dan mengerti Bahasa Indonesia. Sedangkan kriteria inklusi untuk perawat adalah telah bekerja di PICU minimal 6 bulan saat penelitian dilakukan. Pengumpulan data terdiri dari dua tahap: 1) pendekatan kuantitatif dengan *cross sectional*, 2) pendekatan kualitatif dengan wawancara mendalam.

Pada tahap pertama peneliti melakukan survei deskriptif untuk mengidentifikasi dan membandingkan persepsi keluarga dan perawat tentang kebutuhan keluarga dari anak yang dirawat di PICU termasuk dengan prioritas kebutuhannya. Sampel pada tahap ini sebanyak 51 responden, terdiri dari 30 perawat PICU dan 21 keluarga pasien. Sampel diambil secara *purposive sampling*. Pada tahap ini peneliti menggunakan *Critical Care Family Need Inventory* (CCFNI) yang telah diadaptasi ke dalam Bahasa Indonesia dan telah disesuaikan dengan situasi, kondisi, dan budaya PICU yang ada di rumah sakit di Indonesia. Proses penerjemahan dan adaptasi instrumen telah dilakukan melalui konsultasi pakar dan *back-translation*. Untuk menguji validitas isi kuesioner, peneliti

menyerahkan kuesioner tersebut kepada dua pakar yang terdiri dari perawat PICU dan perawat akademisi dengan kekhususan perawatan intensif pada anak. Selain itu, *test-retest* juga dilakukan guna menguji reliabilitas kuesioner yang telah dimodifikasi. CCFNI yang telah dimodifikasi terdiri dari 45 item pernyataan yang terbagi menjadi 5 subkategori, yaitu jaminan tentang hasil perawatan, kenyamanan, informasi, kedekatan, dan dukungan. Kuesioner ditampilkan dengan menggunakan skala Likert 1 untuk pernyataan yang dianggap tidak penting, sampai dengan 4 untuk pernyataan yang dianggap sangat penting. Selanjutnya pada tahap ke dua, peneliti melakukan wawancara mendalam pada 9 partisipan yang terdiri dari 7 orang tua pasien dan 2 perawat PICU untuk mengeksplorasi lebih dalam kebutuhan keluarga yang telah disampaikan sebelumnya melalui kuesioner. Penelitian ini dilakukan dengan

memperhatikan prinsip-prinsip etika penelitian dan telah mendapat izin etik oleh Komite Etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Hasil

Tabel 1 dan 2 menggambarkan karakteristik partisipan. Adapun Tabel 3 menggambarkan tentang perbandingan prioritas kebutuhan keluarga pasien PICU berdasarkan subkategori pernyataan-pernyataan dalam *Critical Care Family Need Inventory* (CCFNI).

Berdasarkan lima sub kategori dalam CCFNI, terdapat perbedaan yang signifikan pada sub kategori kebutuhan akan informasi, kedekatan dengan pasien, dan jaminan akan hasil dari perawatan ($p < 0,05$). Terlepas dari perbedaan yang signifikan antara kedua kelompok dalam

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Keluarga Pasien Menurut Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Penghasilan, Suku, Status Kepemilikan Asuransi Kesehatan, dan Hubungan dengan Pasien

Karakteristik Keluarga	n	Persentase (%)
Jenis Kelamin		
a. Perempuan	20	95,2
b. Laki-laki	1	4,8
Tingkat Pendidikan		
a. Dasar (SD-SMP)	3	14,3
b. Menengah	12	57,1
c. Tinggi	6	28,6
Penghasilan		
a. Di bawah UMR	11	52,4
b. Di atas UMR	10	47,6
Suku		
a. Betawi	3	14,3
b. Jawa	6	28,6
c. Sunda	4	19,0
d. Lainnya	8	38,1
Status Kepemilikan Asuransi Kesehatan		
a. Memiliki	14	66,7
b. Tidak memiliki	7	33,3
Hubungan dengan Pasien		
a. Orang tua	19	90,5
b. Saudara Kandung	1	4,75
c. Keluarga Besar	0	0
d. Lain-lain	1	4,75

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Menurut Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Usia, Suku, dan Lama Bekerja pada Kelompok Perawat

Karakteristik Keluarga	n	Persentase (%)
Jenis Kelamin		
a. Perempuan	30	100
b. Laki-laki	0	0
Tingkat Pendidikan		
a. SPK	0	0
b. D3	21	70
c. S1 Ners	9	30
Usia		
a. < 30 tahun	2	6,7
b. 30-39 tahun	15	50
c. 40-50 tahun	11	36,6
d. > 5 tahun	2	6,7
Suku		
a. Betawi	2	6,7
b. Jawa	15	50,0
c. Sunda	4	13,3
d. Batak	5	16,7
e. Minang	4	13,3
Lama Bekerja		
a. < 5 tahun	8	26,7
b. 5-10 tahun	8	26,7
c. 11-20 tahun	7	23,3
d. 21-30 tahun	4	13,3
e. > 30 tahun	3	10

Tabel 3. Perbandingan Prioritas Kebutuhan Keluarga Pasien PICU berdasarkan Subkategori CCFNI Menurut Kelompok Keluarga dan Perawat

Subkategori	Keluarga			Perawat			P
	Rerata*	SD	Min-Max	Rerata*	SD	Min-Max	
Jaminan tentang hasil perawatan	3,75	0,11	3,6-3,9	3,55	0,17	3,2-3,7	0,027
Informasi	3,54	0,25	3,2-3,8	3,275	0,18	2,9-3,5	0,035
Kedekatan	3,37	0,29	2,8-3,6	2,98	0,4	2,3-3,4	0,034
Kenyamanan	3,14	0,45	2,7-3,7	2,83	0,44	2,3-3,3	0,214
Dukungan	2,87	0,56	1,6-3,7	2,87	0,58	1,5-3,8	0,95

* Rerata berdasarkan penilaian partisipan pada tiap pernyataan menggunakan skala Likert: 1= tidak penting, 2= agak penting, 3= penting, 4= sangat penting

menilai subkategori jaminan hasil perawatan, informasi, dan kedekatan dengan pasien, terdapat kesamaan urutan prioritas pada ketiga subkategori tersebut. Kelompok keluarga dan

perawat memberi penilaian yang sama bahwa kebutuhan akan jaminan hasil perawatan, informasi, dan kedekatan dengan pasien merupakan 3 kebutuhan yang paling penting untuk

dipenuhi. Hasil analisis data kuantitatif kemudian diperkaya dan divalidasi menggunakan tema-tema yang didapatkan melalui analisis data kualitatif.

Kebutuhan akan Jaminan Hasil Perawatan.

Selaras dengan hasil analisis data kuantitatif yang menempatkan kebutuhan akan jaminan hasil perawatan di posisi pertama, analisis data kualitatif juga menunjukkan hasil yang tidak jauh berbeda. Keluarga menilai bahwa jaminan anak menerima perawatan yang terbaik merupakan prioritas utama. Keluarga menyampaikan pentingnya dokter memberikan informasi secara berkala mengenai perkembangan anaknya dari waktu ke waktu untuk memberikan *assurance* kepada mereka tentang hasil dari perawatan yang diterima oleh pasien.

“Kalau perlu kita (orang tua) mendapatkan penjelasan tentang kondisi anak kita di tiap waktu besok, jadi kita bisa tahu ada perkembangan atau tidak dari waktu ke waktu ke waktu berikutnya.” (Partisipan B)

Orang tua juga menyampaikan betapa besar keinginan mereka untuk dapat mendapatkan informasi yang valid mengenai perkembangan anak mereka dari dokter penanggung jawab pasien untuk membuat mereka yakin dengan kondisi anak mereka.

“Kita pengennya disaat kita besok itu dokter yang pegang dia itu ada disitu jadi kita pengen tau perkembangan anak kita gimana setiap harinya. Tapi kalau disini kan yang pegang itu ada yang dokter jaga ada yang perawat, kadang ada kadang engga, jadi kita mau nanya gitu ya sama dokter jaganya walaupun ada dokter yang megang itu cuma sebentar itupun engga setiap hari, jadi kondisi anak yang kita pengen tahu cuma sebatas dari perawat sama dokter jaga tadi.” (Partisipan F)

Kebutuhan akan Informasi. Analisis data kuantitatif menunjukkan bahwa kebutuhan ke-

luarga akan informasi berada pada urutan kedua dan hasil ini didukung dengan jawaban kelompok keluarga dan perawat pada saat diwawancara. Kebutuhan keluarga akan informasi sangat jelas terlihat dalam hasil wawancara, dimana sebagian besar keluarga menyebutkan informasi sebagai salah satu kebutuhan prioritas yang sangat penting untuk dipenuhi. Selain informasi tentang perkembangan kondisi anak, keluarga juga membutuhkan informasi yang lebih spesifik seperti: informasi tentang penyakit dan pengobatan yang diterima oleh anak; informasi tentang tindakan yang dilakukan pada anak dan alat-alat yang terpasang pada anak, serta informasi tentang perawatan setelah keluar dari ruang rawat intensif. Meskipun orang tua meyakini bahwa dokter dan perawat lebih memahami segala tindakan yang dilakukan untuk menolong anak mereka, keluarga berharap tetap mendapatkan penjelasan, bahkan tanpa harus bertanya. Hal tersebut tergambar dalam hasil wawancara dengan partisipan berikut:

“Yang penting itu apapun tindakan untuk anak, kita diberi tahu, apapun kondisi anak kita sekarang, kita diberi tahu itu aja. Kalau semua obat-obatan kan dokter perawatnya (lebih paham), cuma kita pengen tau tindakan apa yang dilakukan, kalau sampai saat ini (informasi) itu sudah diberi tahu. Hanya untuk informasi kondisinya setiap hari itu tidak diberi tahu kalau kita tidak bertanya. Kita inginnya kan tanpa kita tanya, dokter dengan sendirinya manggil dan menjelaskan kondisi anak kita.” (Partisipan F)

Kebutuhan akan Kedekatan dengan Pasien.

Kebutuhan akan kedekatan dengan pasien menempati urutan ketiga dari lima subkategori yang ada dalam CCFNI, dengan rerata skor 3,37. Dimensi ini menunjukkan tentang bagaimana keluarga menilai keinginan mereka untuk dapat berada dekat dengan anak yang sedang sakit, baik secara fisik maupun emosi (Leske, 1991; Loghmani, Borhani, & Abbaszadeh, 2014). Dengan tingginya jumlah rerata skor pada sub-

kategori ini, maka dapat dikatakan bahwa sebagian besar keluarga ingin selalu berada dekat dengan anak yang sedang dirawat. Akan tetapi, hasil wawancara tidak sepenuhnya menunjukkan hal yang sama. Dua di antara sembilan partisipan menyatakan keinginannya untuk dapat lebih sering dan lebih lama bersama dengan anaknya, seperti tersirat dalam kutipan berikut:

“Jam besuk mulainya ya tepat lah, tapi kadang kita maklumin lah kalau (ada) tindakan (jadi) agak mundur gitu” (Partisipan D)

“Namanya kita (orang tua) (jenguk) setiap saat pasti maulah, supaya perkembangan anak itu lebih cepet yaa contohnya seperti anak saya kan penurunan kesadaran kalau penurunan kesadaran itu kan sebaiknya lebih sering kita rangsang dan lebih sering kita ajak ngobrol dan ketemu kan. Cuma kan kita mesti ngertiin juga kan peraturannya kan engga mungkin sebebasi nanti mereka mau tindakan atau apa yang lain kan waktunya engga ada nanti, bagi saya sih engga masalah lah. Kalau bisa si dua jam lah, ini satu jam setengah kan. Kita si berharap cepet sembuh (pindah) ke ruang rawat biasa, jadi kita bisa full ya ngerawatnya. Jadi bisa jaga disampingnya, lebih bisa sering ajak ngobrolnya, atau kita stimulasi dengan pijat supaya anak lebih segar.” (Partisipan A)

Sementara beberapa anggota keluarga tidak setuju apabila keluarga diizinkan membesuk kapan saja, seperti tertuang dalam kutipan berikut:

“Nah kalau jam besuk dibuat kapanpun kalau menurut saya juga engga bagus ya, di sini kan Ruang PICU itu namanya ruangan steril kalau sesering mungkin kita masuk itu namanya kita yang dari luar memasukkan kuman kan ke dalam, jadi dibatesin jam besuk kan jam segitu itu juga gapapa.” (Partisipan E)

“Dibatasi (jam besuknya) tidak apa-apa biar anaknya istirahat.” (Partisipan F)

Hal yang menarik adalah kedua partisipan yang menyatakan ketidaksetujuannya dengan jam besuk yang dibebaskan, yakni Partisipan E dan F, menganggap kebutuhan akan kedekatan dengan pasien sebagai salah satu kebutuhan yang penting untuk dipenuhi saat mengisi CCFNI.

Kebutuhan Lain. Berdasarkan hasil wawancara, didapatkan beberapa kebutuhan yang juga dinilai penting oleh keluarga, namun tidak ada dalam CCFNI. Kebutuhan tersebut antara lain adanya tempat ibadah yang nyaman dan dekat dengan ruang tunggu, kamar mandi yang bersih, ruang tunggu yang terpisah antara laki-laki dan perempuan, bantuan biaya hidup atau transportasi untuk keluarga pasien, bantuan alat kesehatan yang diperlukan pasca perawatan PICU, serta pembatasan jumlah keluarga yang menginap di ruang tunggu. Dari keenam kebutuhan tersebut, empat diantaranya dapat dikelompokkan ke dalam kebutuhan akan kenyamanan dan 2 lainnya ke dalam kebutuhan akan dukungan.

Pembahasan

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi kebutuhan keluarga pasien PICU melalui sudut pandang keluarga dan perawat PICU dengan menggunakan pendekatan *mixed method*. Hasil analisis data kuantitatif dalam penelitian ini menunjukkan bahwa dari 5 subkategori, 3 diantaranya menunjukkan perbedaan yang bermakna, yaitu kebutuhan akan informasi, kedekatan dengan pasien, serta jaminan akan hasil dari perawatan. Hal ini menunjukkan bahwa kedua kelompok memiliki rerata penilaian yang berbeda terhadap ketiga sub kategori, dimana kelompok perawat cenderung memiliki rerata penilaian kebutuhan lebih rendah dibandingkan kelompok keluarga. Terlepas dari perbedaan yang signifikan antara kedua kelompok dalam menilai subkategori jaminan hasil perawatan, informasi, dan kedekatan dengan pasien, terdapat kesamaan urutan prioritas pada ketiga subkategori tersebut. Kelompok keluarga dan perawat memiliki kesamaan dalam menilai prioritas kebutuhan untuk sub kategori jaminan hasil perawatan, informasi, dan kedekatan de-

ngan pasien sebagai 3 kebutuhan yang paling penting untuk dipenuhi. Ketiga kebutuhan tersebut dinilai lebih prioritas dibandingkan kebutuhan keluarga itu sendiri, seperti kebutuhan akan kenyamanan dan dukungan. Hasil ini berbeda dengan beberapa penelitian sebelumnya yang menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan antara kelompok perawat dan keluarga pasien, tidak hanya dalam rerata penilaian, tetapi juga dalam menilai prioritas kebutuhan keluarga (Mi-kuen, French, & Kai-kwong, 1999; Ozbayir, Tasdemir, & Ozseker, 2014). Hal ini menggambarkan adanya perubahan positif yang menunjukkan bahwa saat ini perawat sudah lebih mampu memahami kebutuhan yang dianggap prioritas oleh keluarga. Penilaian prioritas kebutuhan ini sesuai dengan penelitian oleh Yang (2008) dan Sargent (2009), baik pada keluarga pasien dewasa maupun pasien anak, yang menunjukkan bahwa jaminan tentang hasil perawatan, informasi, dan kedekatan dengan pasien merupakan tiga kebutuhan yang paling penting bagi keluarga pasien yang dirawat di ruang rawat intensif.

Kesamaan urutan prioritas ini juga dapat disebabkan oleh adanya kesamaan suku dari kelompok perawat dan keluarga pasien, dimana pada kedua kelompok sebagian besar partisipan berasal dari Suku Jawa. Sebagai salah satu negara yang terkenal dengan keanekaragaman budaya, ada lebih dari 300 suku di Indonesia, dan empat puluh dua persen dari total populasi Indonesia adalah Suku Jawa ((BPS), 2010). Salah satu karakteristik dari masyarakat Suku Jawa adalah hubungannya yang sangat dekat dengan kerabat dan tetangga, khususnya dalam memenuhi kebutuhan mereka akan dukungan (Zeitlin, 1995). Dalam penelitian ini, kelompok perawat dan keluarga pasien sepakat bahwa salah satu kebutuhan yang dinilai sebagai hal yang paling tidak penting untuk dipenuhi ialah "sendirian setiap saat". Pernyataan lainnya yang juga mendapat skor rerata cukup rendah adalah "memiliki tempat untuk menyendiri saat berada di rumah sakit". Penilaian terhadap pernyataan-pernyataan tersebut dapat menunjukkan bahwa di Indonesia, dengan mayoritas Su-

ku Jawa, sebagian besar keluarga pasien yang menjalani perawatan intensif lebih membutuhkan dukungan orang lain dalam menghadapi masa-masa sulit daripada menghabiskan waktu sendirian.

Subkategori dukungan, sebagai satu-satunya subkategori dengan total rerata skor yang sama antara kelompok keluarga dan perawat, dinilai sebagai kebutuhan yang paling tidak penting. Rendahnya penilaian pada dimensi dukungan ini dapat disebabkan oleh belum tersedianya layanan dukungan khusus untuk keluarga yang anaknya dirawat di ruang rawat intensif di kedua rumah sakit yang dijadikan setting penelitian. Hal tersebut membuat keluarga belum pernah memiliki pengalaman tentang bagaimana *support* program dapat membantu mereka dalam menghadapi masa sulit selama menunggu anak di ruang rawat intensif. Selain itu, hasil ini mungkin juga dipengaruhi oleh adanya perbedaan bentuk dukungan yang dibutuhkan oleh keluarga, yang tidak tecantum dalam pilihan di CCFNI. Salah satu buktinya adalah keluarga menyebutkan dua kebutuhan yang termasuk dalam kategori dukungan ketika ditanyakan tentang kebutuhan lain yang penting untuk dipenuhi. Keluarga menilai pentingnya ada dukungan biaya hidup dan transportasi bagi keluarga serta bantuan alat kesehatan guna mendukung perawatan pasien setelah keluar PICU.

Kebutuhan lain yang juga dianggap tidak kalah penting adalah kebutuhan untuk bisa berada dekat dengan pasien, terbukti dengan terpilihnya kebutuhan ini ke dalam urutan ke tiga menurut kedua kelompok partisipan. Hasil ini tidak jauh berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Sargent (2009) dan Mundy (2010) yang menunjukkan bahwa kebutuhan akan kedekatan dengan anak yang sedang dirawat di ruang rawat intensif merupakan prioritas kebutuhan yang penting untuk dipenuhi. Pada penelitian ini, kedua rumah sakit yang dijadikan setting penelitian memiliki aturan jam besuk yang cukup ketat. Keluarga memiliki jam khusus untuk menjenguk anak yang sedang di-

rawat di ruang rawat intensif. Kebutuhan akan kedekatan masih mendapat skor yang cukup tinggi, hal ini dapat disebabkan oleh adanya aturan jam besuk yang masih belum banyak berubah jika dibandingkan dengan aturan jam besuk di ruang rawat intensif di negara maju beberapa tahun yang lalu, dimana keluarga hanya dapat menjenguk anaknya di waktu-waktu yang telah ditentukan. Akan tetapi, hasil ini tidak sepenuhnya sesuai dengan yang orang tua sampaikan saat wawancara dilakukan.

Melalui wawancara mendalam kepada beberapa orangtua pasien, didapatkan data bahwa sebagian orangtua menyatakan ketidaksetujuannya jika waktu besuk dibebaskan. Peneliti berasumsi bahwa perbedaan ini terjadi karena keluarga telah mendapatkan edukasi dari dokter ataupun perawat tentang alasan pemberlakuan jam besuk di PICU. Meskipun keluarga sangat ingin berada di dekat anak yang sedang dirawat, keluarga khawatir dengan risiko infeksi yang mungkin terjadi pada pasien jika keluarga sering berkunjung. Selain itu, ada juga keluarga yang merasa takut untuk berlama-lama berada di dekat anak yang sakit karena dapat meningkatkan kecemasannya serta tidak tahu akan hal yang dapat mereka lakukan ketika berada di dekat anak yang sedang sakit.

Wawancara yang telah dilakukan juga memunculkan kebutuhan-kebutuhan lain yang dinilai penting oleh keluarga pasien, namun belum pernah muncul pada penelitian-penelitian sebelumnya. Beberapa keluarga pasien menyebutkan tentang kebutuhan-kebutuhan yang sedikit berbeda yang lebih lekat dengan budaya Indonesia, salah satunya yaitu kebutuhan akan tempat ibadah yang nyaman dan dekat dengan ruang tunggu. Kebutuhan akan ruang ibadah ini sangat bisa dipahami mengingat Indonesia merupakan negara dengan mayoritas penduduk beragama Islam yang memiliki kewajiban shalat lima waktu. Adanya ruang ibadah yang nyaman dan dekat dengan ruang tunggu, keluarga akan merasa lebih leluasa untuk shalat dan berdo'a di sana. Prinsip-prinsip agama merupakan sumber kekuatan yang penting bagi

pasien dan keluarga dalam usaha meningkatkan kondisi kesehatan pasien (Loghmani, et al., 2014). Tindakan religius, seperti shalat 5 waktu bagi seorang muslim, merupakan suatu mekanisme yang lazim digunakan untuk meningkatkan harapan keluarga terhadap kesembuhan anaknya. Selain itu, tersedianya ruang ibadah yang nyaman dan mudah dijangkau dapat membuat keluarga yang tidak menjalankan ibadah shalat tidak akan terganggu ketika ada keluarga pasien menjalankan ibadah shalat di malam hari.

Kesimpulan

Penelitian ini menunjukkan bahwa kelompok perawat dan keluarga pasien memiliki kesamaan dalam menilai prioritas kebutuhan keluarga saat mendampingi anak di ruang rawat intensif untuk anak. Ketiga kebutuhan tersebut yaitu kebutuhan akan jaminan hasil perawatan, kebutuhan akan informasi, dan kebutuhan untuk selalu berada dekat dengan pasien. Kesamaan penilaian prioritas tersebut dapat dimungkinkan karena adanya kesamaan latar belakang budaya dari sebagian besar partisipan pada kedua kelompok. Hasil ini juga menunjukkan adanya perubahan ke arah positif dimana perawat sudah bisa menilai kebutuhan keluarga dengan lebih sesuai dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian sebelumnya. Kebutuhan lain yang teridentifikasi dari penelitian ini adalah kebutuhan akan tempat ibadah yang nyaman dan dekat dengan ruang perawatan anak serta beberapa kebutuhan yang dapat dikategorikan ke dalam kebutuhan akan dukungan dan kenyamanan (HY, NN, DW).

Ucapan Terima Kasih

Terima kasih penulis sampaikan kepada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah memberikan Hibah Muda untuk mendukung pelaksanaan penelitian ini. Peneliti juga menyampaikan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu proses pengumpulan data di kedua rumah sakit yang menjadi sampel penelitian.

Referensi

- Badan Pusat Statistik (BPS). (2010). *Kependudukan [Population]*. Jakarta, Indonesia: Badan Pusat Statistik. Retrieved from http://www.bps.go.id/menutab.php?kat=1&tabel=1&id_subyek=12
- Al-Mutair, A.S., Plummer, V., Clerehan, R., & O'Brien, A.T. (2014). Families' needs of critical care Muslim patients in Saudi Arabia: A quantitative study. *Nursing in Critical Care, 19* (4), 185–195. doi: 10.1111/nicc.12039
- Ames, K.E., Rennick, J.E., & Baillargeon, S. (2011). A qualitative interpretive study exploring parents' perception of the parental role in the paediatric intensive care unit. *Intensive & Critical Care Nursing, 27* (3), 143–150. doi: 10.1016/j.iccn.2011.03.004
- Bronner, M.B., Peek, N., Knoester, H., Bos, A.P., Last, B.F., & Grootenhuis, M.A. (2010). Course and predictors of posttraumatic stress disorder in parents after pediatric intensive care treatment of their child. *Journal of Pediatric Psychology, 35* (9), 966–974. doi:10.1093/jpepsy/jsq004
- Hinkle, J.L., & Fitzpatrick, E. (2011). Needs of American relatives of intensive care patients: Perceptions of relatives, physicians and nurses. *Intensive & Critical Care Nursing, 27* (4), 218–225. doi: 10.1016/j.iccn.2011.04.003
- Kinrade, T., Jackson, A.C., & Tomnay, J.E. (2009). The psychosocial needs of families during critical illness: Comparison of nurses' and family members' perspectives. *Australian Journal of Advanced Nursing, 27* (1), 82–88.
- Leske, J.S. (1991). Internal psychometric properties of the critical care family needs inventory. *Heart Lung, 20* (3), 236–244.
- Loghmani, L., Borhani, F., & Abbaszadeh, A. (2014). Factors affecting the nurse-patients' family communication in intensive care unit of Kerman: a Qualitative study. *Journal of Caring Sciences, 3* (1), 67–82. doi:10.5681/jcs.2014.008
- Maxwell, K.E., Stuenkel, D., & Saylor, C. (2007). Needs of family members of critically ill patients: a comparison of nurse and family perceptions. *Heart & Lung, 36* (5), 367–376.
- Mi-kuen, T., French, P., & Kai-kwong, L. (1999). The needs of the family of critically ill neurosurgical patients: A comparison of nurses' and family members' perceptions. *Journal of Neuroscience Nursing, 31* (6), 348–356.
- Molter, N. C. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Heart & Lung: The Journal Of Critical Care, 8* (2), 332–339.
- Mundy, C.A. (2010). Assessment of family needs in neonatal intensive care units. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association Of Critical-Care Nurses, 19* (2), 156–163. doi: 10.4037/ajcc2010130
- Ozbayir, T., Tasdemir, N., & Ozseker, E. (2014). Intensive care unit family needs: Nurses' and families' perceptions. *Eastern Journal of Medicine, 19* (3), 137–140.
- Sargent, A.N. (2009). Predictors of needs in mothers with infants in the neonatal intensive care unit. *Journal of Reproductive & Infant Psychology, 27* (2), 195–205.
- Shudy, M., de Almeida, M.L., Ly, S., Landon, C., Groft, S., Jenkins, T.L., & Nicholson, C. E. (2006). Impact of pediatric critical illness and injury on families: a systematic literature review. *Pediatrics, 118* Suppl 3, S203.

- Smith, A.B., Hefley, G.C., & Anand, K.J.S. (2007). Parent bed spaces in the PICU: effect on parental stress. *Pediatric nursing*, 33 (3), 215.
- Yang, S.P. (2008). A mixed methods study on the needs of Korean families in the intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing (Online)*, 25(4), 79–86.
- Zeitlin, M.J., Megawangi, R., Kramer, E.M., Colletta, N.D., Babatunde, E.D., & Garman, D. (1995). *Strengthening the family: Implications for international development*. Tokyo: UNU press. Retrieved from http://archive.unu.edu/unu_press/unupbooks/uu13se/uu13se0a.htm.

PENGALAMAN PERAWAT KEPALA RUANG TENTANG PELAKSANAAN MODEL DELEGASI KEPERAWATAN 'RELACTOR' (MDK'R')

Vivi Yosafianti Pohan^{1*}, Dewi Gayatri², Eni Hidayati¹

1. Faculty of Health and Nursing Universitas Muhammadiyah Semarang, Semarang 50273, Indonesia
2. Faculty of Nursing Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*E-mail: vivi_yosaf@yahoo.com

Abstrak

Perawat kepala ruang melakukan pendelegasian keperawatan sebagai salah satu kegiatan dalam melaksanakan fungsi manajemen keperawatan. Tujuan penelitian adalah menggali pengalaman perawat kepala ruang tentang pelaksanaan Model Delegasi Keperawatan 'Relactor' (MDK'R'), serta kendala-kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan MDK'R' di Rumah Sakit (RS) Roemani Semarang. Desain penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara dan menggunakan pedoman wawancara sebagai instrumen penelitian dan peneliti sendiri. Partisipan dalam penelitian adalah 3 orang perawat kepala ruang. Penelitian dilakukan di RS Roemani Semarang, di ruang rawat anak, ruang rawat penyakit dalam, dan *Intensive Care Unit* (ICU). Penelitian ini mendapatkan hasil bahwa dalam pelaksanaan MDK'R' terdapat pengisian formulir yang belum optimal, penundaan pengisian formulir, dan ketidakpahaman cara pengisian formulir akibat belum adanya standarisasi dan kurangnya kontrol dari atasan. Kendala dalam pelaksanaan MDK'R' pada penelitian ini akibat banyaknya pekerjaan perawat kepala ruang, kurangnya kedisiplinan, kesadaran diri rendah, dan kurangnya manajemen waktu dan prioritas pekerjaan.

Kata Kunci: *Model Delegasi Keperawatan Relactor, pelaksanaan MDK'R', pengalaman, perawat kepala ruang*

Abstract

The experience of head nurses in the implementation of the relactor nursing delegation model at roemani hospital.
The head of the nursing room delegates nursing as one of the activities in carrying out the nursing management function. The purpose of this study was to explore the experiences of the head nurses about the implementation of Relactor Nursing Delegation Model (RNDM) and the constraints faced in implementing RNDM at Roemani Hospital Semarang. In this study, the qualitative research design was conducted with a descriptive phenomenological approach. Data collection was done by interviewing and using interview guidelines as an instrument of research and the researcher itself. Participants in this study were three head nurses. The study was conducted in Roemani Hospital Semarang in the children ward, internal medicine ward, and ICU. The results of this study showed that in the implementation of RNDM there is not optimal and delay in filling out forms, lack of understanding about filling out forms because there is no standardization and lack of control from superiors. The constraints in the implementation of RNDM in this study were affected by many worloads of the head nurses, lack of discipline, low self-awareness, and lack of time management and work priorities.

Keyword: *Relactor Nursing Delegation Model, MDK'R' Implementation, experience, head of the nursing room.*

Pendahuluan

Model Delegasi Keperawatan 'Relactor' (MDK'R') (Pohan, 2017) yang telah diterapkan di Rumah Sakit Roemani Semarang, merupakan suatu model delegasi keperawatan yang telah terbukti efektif dan berkualitas dalam pembe-

rian pelayanan keperawatan. MDK'R' adalah suatu model delegasi keperawatan yang dapat membantu perawat kepala ruang dalam melaksanakan salah satu kegiatan fungsi manajemen. Perubahan dalam suatu sistem memerlukan komitmen dan konsistensi dari para pelaksana sistem tersebut. Selain itu, faktor kedisiplinan

dari perawat kepala ruang juga merupakan hal yang penting dalam melaksanakan MDK'R'. Kenyataannya MDK'R' ini belum sepenuhnya dilaksanakan dengan optimal di Rumah Sakit Roemani Semarang. Kegiatan pendelegasian menjadikan perawat memiliki otonomi untuk bertindak, terdapat variasi, memberi sumbang-an penting dalam keberhasilan organisasi dan memperoleh umpan balik yang berakibat pada tingkat kepuasan kerja yang tinggi (Siagian, 2004).

Kedisiplinan dalam menerapkan Model Dele-gasi Keperawatan 'Relactor' (MDK'R'), me-merlukan kesadaran diri dan manajemen diri perawat. Disiplin merupakan proses pendidik-an dan pelatihan yang memadai, untuk itu pe-rawat perlu pemahaman tentang landasan ilmu kedisiplinan sebab saat ini banyak terjadi erosi disiplin. Disiplin muncul dari kebiasaan hidup dan kehidupan belajar dan mengajar yang ter-atur serta mencintai dan menghargai pekerja-annya.

Hasil penelitian melalui wawancara *indepht interview* tentang pelaksanaan MDK'R' di RS Roemani Semarang diperoleh data bahwa pe-rawat kepala ruang dalam melaksanakan MDK'R' belum sepenuhnya dilaksanakan yang me-nunjukkan belum optimalnya pelaksanaan MDK'R' di RS Roemani Semarang.

Tujuan penelitian ini untuk menggali penga-laman perawat kepala ruang tentang pelak-sanaan MDK'R' di RS Roemani Semarang. Selain itu, juga untuk mengetahui pelaksanaan MDK'R' yang dilakukan oleh kepala ruang di RS Roemani Semarang dan dapat mengiden-tifikasi kendala-kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan MDK'R' di Rumah Sakit Roemani Semarang.

Metode

Rancangan penelitian ini menggunakan meto-de kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif (Nurachmah, 2005). Fenomenologi deskriptif yang dimaksud adalah eksplorasi

langsung, analisis, dan gambaran dari gejala tertentu sebebass mungkin dari dugaan yang belum diuji ke arah penyajian intuisi secara maksimal (Moleong, 2000). Fenomenologi yaitu suatu metode untuk mempelajari peng-alaman hidup seseorang terhadap suatu feno-mena tertentu (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Metode ini dipilih karena ingin mendapatkan kealamiah data yang diperoleh dan semua kenyataan yang ada terkait erat dengan peng-alaman perawat kepala ruang dalam akti-vitasnya menerapkan model delegasi keperaw-atan Relactor (MDK'R'). Penelitian meng-gunakan instrumen penelitian yaitu pedoman wawancara dengan pertanyaan terbuka.

Hasil

Karakteristik Partisipan

Partisipan pada penelitian ini berjumlah tiga orang perawat kepala ruang yang menerapkan model delegasi keperawatan Relactor (MDK'R'). Usia partisipan berada dalam rentang 35–45 tahun, dengan latar belakang dua orang ber-pendidikan ners dan satu orang sarjana kepe-rawatan. Wawancara berlangsung selama 30–40 menit, dan partisipan bersedia untuk diwa-wancarai dengan menandatangani lembar per-setujuan yang telah di-sediakan.

Partisipan pertama berusia 36 tahun, berjenis kelamin laki-laki, pendidikan sarjana kepera-watan, dan telah bekerja diruang ICU selama 6 tahun. Partisipan kedua berusia 45 tahun, ber-jenis kelamin wanita, pendidikan terakhir ners, telah bekerja di ruang keperawatan anak se-lama 15 tahun. Partisipan ketiga berusia 44 tahun, berjenis kelamin wanita, pendidikan ter-akhir ners, telah bekerja di ruang keperawatan penyakit dalam selama 11 tahun.

Analisis Tema

Peneliti menggunakan metode Collaizi untuk mengolah data hasil wawancara, hasil analisis data menghasilkan dua tema hasil penelitian. Proses analisa data diawali dengan membaca transkrip secara berulang kali, melakukan iden-tifikasi pernyataan partisipan yang bermakna,

menentukan kata kunci, kategori sub-sub tema, kemudian mengidentifikasi sub-sub tema menjadi tema utama. Adapun tema yang diperoleh diuraikan sebagai berikut:

Tema1: Pelaksanaan Model Delegasi Keperawatan 'Relactor' (MDK'R')

Berdasarkan hasil wawancara diperoleh bahwa perawat kepala ruang dalam melaksanakan pelaksanaan model delegasi keperawatan Relactor (MDK 'R') tidak optimal dikarenakan beberapa hal, yaitu belum memahami cara pengisian formulir delegasi keperawatan, pengisian formulir MDK'R' tidak setiap hari dilakukan, jumlah pasien yang banyak, pengisian formulir sering ditunda waktunya, pengisian formulir yang belum standar, kurangnya kontrol dari atasan, dan menganggap pengisian formulir MDK'R' tidak penting. Hasil analisis tema 1 lihat pada Gambar 1.

Menunda pengisian formulir MDK'R'. Partisipan yang bekerja diruang perawatan mengungkapkan bahwa pelaksanaan model delegasi keperawatan Relactor (MDK'R') yang telah dilaksanakan selama ini masih belum terlaksana dengan baik oleh karena sering menunda pengisian formulir MDK'R', seperti pernyataan-pernyataan berikut:

“...dan saya ini kadang-kadang menganggap pekerjaan itu pengisian itu bisa ditunda nanti deh nanti...” (P1)

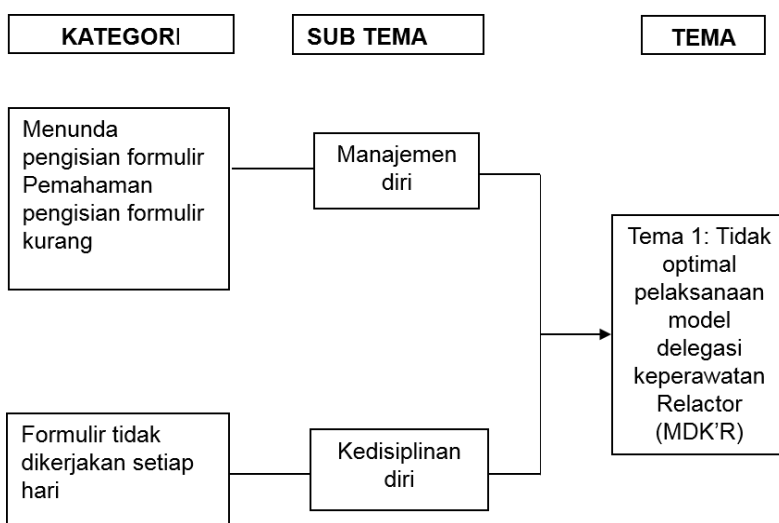
“... yah gitu jadinya tertunda dan tidak terisi...” (P2)

“...saya merasa tidak pernah dicek bu oleh atasan... tentang pengisian formulir itu...ya sudah saya tulis nanti-nanti saja kalau sudah ada waktu...” (P3)

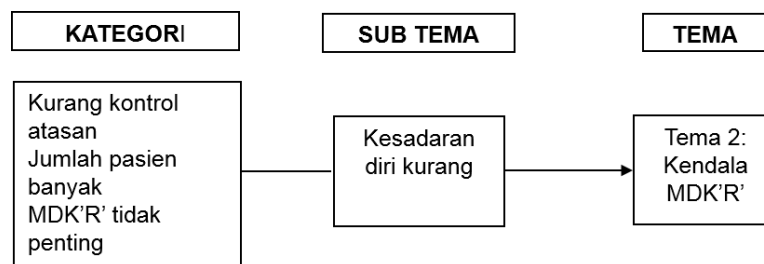
Pemahaman pengisian formulir. Pengisian formulir MDK'R' membutuhkan pengetahuan dan pemahaman dari seorang perawat kepala ruang atau ketua tim. Pemahaman yang dimaksud disini adalah persepsi yang sama dalam mengisi/ menulis formulir MDK'R' yang sebenarnya diawal penggunaan formulir telah dilakukan sosialisasi teknis dan cara pengisian. Hal ini seperti diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“...tapi ya itu bu, keluhannya saya belum faham bener bagaimana cara pengisiannya ...” (P1)

“...saya pernah lihat pengisian formulir ini diruang lainnya, tapi kok berbeda dengan yang saya kerjakan ya bu?” (P3)



Gambar 1. Analisa Tema 1: Tidak Optimal Pelaksanaan MDK'R'



Gambar2. Analisa Tema 2: Kendala MDK'R'

Formulir tidak dikerjakan dengan kontinu

Formulir MDK'R' jika dikerjakan secara rutin dan kontinu mampu menumbuhkan rasa ke-disiplinan perawat kepala ruang dalam melaksanakan aktivitas pengelolaan manajemen asuhan keperawatan. Beberapa alasan yang disampaikan oleh partisipan tentang alasan mengapa formulir ini tidak dilaksanakan dengan kontinu sebagai berikut:

“...formulir ini bisa dikerjakan nanti-nanti bu...karena tidak urgent...” (P3)

“...formulir ini memang saya tidak setiap hari mengisinya, karena saya merasa ini tidak begitu penting dibandingkan dengan pekerjaan lainnya...” (P2)

Tema 2: Kendala-kendala pelaksanaan MDK'R'

Hasil wawancara dengan partisipan didapatkan hasil bahwa masih ada beberapa kendala-kendala perawat kepala ruang dalam melaksanakan model delegasi keperawatan Relactor (MDK'R), yaitu kurangnya kontrol dari atasan, jumlah pasien yang banyak, dan asumsi bahwa model delegasi keperawatan Relactor kurang penting (lihat Gambar 2).

Hasil pertama dari analisis tema 2 adalah kurangnya kontrol dari atasan. Pelaksanaan MDK'R dilakukan oleh perawat kepala ruang membutuhkan sistem kontrol yang baik dan kontinu dari atasan. Sistem kontrol yang dimaksud disini adalah adanya pengawasan dan supervisi yang kontinu dan memberikan masukan dan saran untuk perbaikan pengisian

formulir MDK'R', seperti diungkapkan oleh partisipan berikut:

“...atasan saya tidak rutin menanyakan dan mengoreksi laporan pengisian formulir MDK'R'...” (P1)

“...saya merasa selama mengerjakan laporan formulir MDK'R' tidak diberikan feedback dari atasan...” (P3)

Kendala kedua yang dihadapi dalam melaksanakan MDK'R' adalah jumlah pasien banyak. Jumlah pasien yang dirawat di rumah sakit sangat memengaruhi kinerja perawat, termasuk kinerja perawat kepala ruang dalam melaksanakan MDK'R'. Jumlah pasien rawat inap di Rumah Sakit Roemani memiliki BOR yang cukup tinggi (80%), sehingga sedikit banyak berdampak terhadap aktivitas perawat kepala ruang termasuk aktivitas dalam melaksanakan MDK'R', seperti yang diungkapkan partisipan berikut ini:

“...jumlah pasien rawat inap diruang saya banyak sekali ibu, sehingga saya merasa belum sempat untuk melaksanakan MDK'R' dengan optimal...” (P2)

“...waktu saya lebih banyak untuk mengurus pasien ibu... sehingga belum bisa mengelola waktu yang cukup untuk mengerjakan MDK'R' ibu...” (P3)

Hasil yang ketiga yang menjadi kendala pelaksanaan MDK'R' adalah anggapan bahwa metode ini tidak penting. Sosialisasi tentang

MDK'R' sudah pernah dilakukan dan sudah diterapkan kurang lebih 1 tahun yang lalu, namun karena MDK'R' masih tergolong program kerja baru dan belum maksimal proses evaluasi/ kontrol yang kurang sehingga masih dianggap program yang tidak penting, seperti diungkapkan oleh partisipan berikut:

"...mohon maaf ibu, sebetulnya saya pribadi masih merasa MDK'R' ini bukan sesuatu yang penting, karena masih banyak pekerjaan lain yang lebih utama harus saya kerjakan, dan kurangnya motivasi dari atasan untuk mengerjakan MDK'R' ini... mohon maaf ibu saya menyampaikan apa adanya..." (P1)

"...menurut saya MDK'R' ini kurang begitu penting ibu, karena proses kegiatan asuhan keperawatan tetap berjalan lancar seperti biasanya tanpa harus mengisi formulir MDK'R', atau mungkin saya yang belum paham inggih ibu? Ngapunten..." (P2)

Pembahasan

Fenomena yang terjadi di ruang rawat inap tentang pengalaman perawat kepala ruang dalam pelaksanaan Model Delegasi Keperawatan 'Relactor' (MDK'R) menunjukkan ketidaksiapan perawat kepala ruang dalam melaksanakan MDK'R', hal ini seperti dalam penelitian Nugroho (2004), menyatakan bahwa tingginya angka ketidaksiapan SDM khususnya perawat merupakan salah satu indikator masih rendahnya kualitas pelayanan yang diberikan oleh seluruh komponen sumber daya manusia yang terlibat dalam proses pelayanan. Berdasarkan penelitian ini menunjukkan perawat kepala ruang yang belum siap dalam menerapkan MDK'R' dapat merupakan salah satu indikator penyebab masih rendahnya kualitas pemberian pelayanan keperawatan di rumah sakit. Penelitian Alex (2008), menyatakan bahwa perawat yang memiliki minat terhadap tantangan yang lebih besar dapat memiliki komitmen dan memiliki kepuasan jika diberi kesempatan untuk melaksanakan tugas atau tantangan yang pen-

ting. Pendelegasian yang kurang jelas dapat menghambat inisiatif perawat dan berpengaruh pada tingkat kepuasan kerja perawat. Proses pendelegasian yang minim dapat menimbulkan dampak negatif pada perawat yang diberikan delegasi yaitu: kurang pengalaman, kurang kompetensi, menghindar dari tanggung jawab, sangat tergantung pada atasan, kelebihan beban kerja, dan terlalu memperhatikan hal-hal yang kurang bermanfaat. Hal ini berpotensi terhadap kualitas pelayanan keperawatan, dimana perawat dituntut untuk bertanggung jawab memberikan praktik keperawatan yang aman dan efektif serta bekerja dalam lingkungan yang memiliki standar klinik yang tinggi (Mahlmeister, 1999).

Retno (2012), dalam penelitiannya yang berjudul "Hubungan antara Persepsi terhadap Gaya Kepemimpinan Demokratik Kepala Perawat dengan Kedisiplinan Kerja Perawat", menunjukkan adanya hubungan positif yang sangat signifikan antara persepsi terhadap gaya kepemimpinan demokratik kepala perawat dengan kedisiplinan kerja. Semakin tinggi persepsi terhadap gaya kepemimpinan maka semakin tinggi kedisiplinan kerja, begitu sebaliknya semakin rendah persepsi terhadap gaya kepemimpinan demokratik kepala perawat maka semakin rendah kedisiplinan kerja. Hal ini menunjukkan jika perawat kepala ruang disiplin dalam melaksanakan MDK'R' menunjukkan seorang pemimpin yang memiliki gaya kepemimpinan yang sesuai dengan perawat pelaksanaannya. Selain memiliki gaya kepemimpinan seorang kepala ruang mampu melaksanakan fungsi pengarahan dari manajemen keperawatan melalui kegiatan pendelegasian. Pendelegasian merupakan kompetensi dari manajemen yang efektif, dimana manajer keperawatan dapat melakukan tugasnya melalui kerja bawahannya (Swanburg, 2000).

Wahyuningsih dan Yusiana (2016), dalam penelitiannya yang berjudul "Persepsi Perawat tentang Pendelegasian Tugas Kepala Ruang memengaruhi Tingkat Kepuasan Kerja Perawat" dengan hasil penelitian menunjukkan ada

hubungan persepsi perawat tentang pendelegasian tugas kepala ruang dengan tingkat kepuasan kerja perawat di ruang rawat inap. Kesimpulan penelitian ini adalah persepsi perawat tentang pendelegasian tugas kepala ruang yang optimal menjadikan tingkat kepuasan kerja perawat di ruang rawat semakin baik. Pelaksanaan fungsi manajerial kepala ruang yang optimal merupakan salah satu faktor yang memengaruhi kinerja ketua tim dan perawat pelaksana yang berdampak pada kualitas pelayanan keperawatan. Fenomena yang terjadi di rumah sakit kepala ruang memiliki kegiatan yang padat seperti kegiatan rapat manajemen rumah sakit sehingga pelaksanaan peran dan fungsi kepala ruangan sebagai supervisor klinis dan konsultan bagi ketua tim dalam asuhan keperawatan sering terabaikan dan kurang optimal.

Kendala utama dalam pelaksanaan MDK'R' di RS Roemani Semarang adalah kurangnya kesadaran diri perawat kepala ruang dan ketua tim dalam melaksanakan dan mendokumentasikan MDK'R'. Hal ini disebabkan kurangnya sistem kontrol dari atasan, jumlah pasien yang relative banyak, dan pemahaman tentang pentingnya MDK'R' yang belum optimal. Ovari et al., (2017), dalam penelitiannya yang berjudul "Pendelegasian Tugas Kepala Ruangan Menurut Persepsi Perawat Pelaksana Dapat Meningkatkan Kepuasan Kerja" dengan hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara pelaksanaan fungsi pengorganisasian kepala ruangan dengan kepuasan kerja perawat menurut persepsi perawat pelaksana, nilai $p=0,037$, $\alpha=0,05$, variabel yang dominan memengaruhi kepuasan kerja perawat pelaksana adalah pendelegasian tugas, nilai $p=0,002$, $\alpha=0,05$. Maknanya adalah pendelegasian tugas dapat meningkatkan kepuasan kerja perawat pelaksana. Kepuasan kerja perawat meningkat merupakan wujud kinerja positif yang menunjukkan adanya hubungan kerjasama yang baik dalam suatu tim dimana salah satu kegiatan yang dilakukan yaitu delegasi keperawatan. Hal ini menunjukkan apabila kepala ruangan melaksanakan salah satu fungsi

pengorganisasian yaitu penerapan Model delegasi Keperawatan relactor (MDK'R) maka dapat meningkatkan kepuasan kerja perawat pelaksana. Hal ini didukung pula oleh teori Robbins (2011), yang menyatakan perawat yang tidak mendapatkan kepuasan kerja atau kepuasan kerjanya rendah akan memperlihatkan sikap dan perilaku yang tidak baik seperti sering melamun, semangat kerja rendah, cepat lelah, cepat bosan, emosi tidak stabil, sering absen atau melakukan kesibukan yang tidak ada hubungannya dengan pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya. Sikap dan perilaku perawat dapat memengaruhi penampilan kerja.

Hasil penelitian Setiasih (2006), menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara kepuasan kerja perawat dengan kepuasan pasien di RS Husada, ($r=0,519$; $p=0,019$ dengan $\alpha=0,05$). Perawat yang memiliki kepuasan dalam bekerja dapat disebabkan oleh efektifitas pendelegasian keperawatan yang telah diberi kepala ruang. Dampak dari kepuasan kerja perawat berdampak pula terhadap pemberian pelayanan keperawatan melalui asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan yang berkualitas dapat memberikan kepuasan pasien sebagai penerima pelayanan keperawatan.

Hasil penelitian ini didukung oleh beberapa penelitian terkait diantaranya: Baihaqi (2010), bahwa fungsi manajerial berpengaruh secara positif dan signifikan terhadap kepuasan dan kinerja karyawan. Kepala ruang yang menerapkan delegasi keperawatan dengan efektif dapat memberikan pengaruh yang positif terhadap kinerja perawat. Kepala ruang yang menerapkan delegasi keperawatan secara disiplin, merupakan *role model* yang positif dalam tindakan kedisiplinan kinerja. Delegasi keperawatan yang diterapkan merupakan suatu bukti bahwa kepala ruang telah memiliki kesadaran dan manajemen diri yang positif. Rumah sakit dapat mengupayakan dan meningkatkan kondisi kepuasan kerja perawat pelaksana secara berkelanjutan dengan mengimplementasi fungsi pengarahan melalui kegiatan delegasi keperawatan agar dapat memberi asuhan kepera-

watan yang memiliki kualitas tinggi. Kepuasan kerja merupakan generalisasi sikap-sikap terhadap pekerjaannya yang didasarkan atas berbagai aspek pekerjaannya (Wexley & Yuki, 2004).

Parmin (2010), memaparkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara fungsi manajemen: pengorganisasian Kepala Ruang dengan motivasi perawat pelaksana, ($p= 0,022$, $\alpha= 0,005$). Kepala ruang sebagai pemberi delegasi keperawatan perlu menciptakan kerjasama yang baik, pemberian tanggung jawab dan kewenangan yang sesuai dan saling menunjang satu sama lain. Hal ini berpengaruh terhadap semangat dan motivasi perawat pelaksana dalam memberikan pelayanan keperawatan. Hal ini sesuai dengan penelitian oleh Rohmawati (2006), bahwa ada hubungan yang signifikan antara pelaksanaan asuhan keperawatan yang baik dengan fungsi pengorganisasian Kepala Ruang yang efektif, ($p= 0,004$, $\alpha= 0,05$). Astuti (2011), menjelaskan bahwa adanya hubungan fungsi pengarahan kepala ruang dengan kepuasan kerja perawat ($p= 0,001$, $\alpha= 0,05$). Selain itu, Simamora (2012) juga memaparkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara persepsi perawat pelaksana terhadap penerapan fungsi pengorganisasian kepala ruang dengan kinerja perawat pelaksana. Seorang kepala ruang melaksanakan manajemen keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Pengorganisasian adalah langkah untuk menetapkan, menggolongkan dan mengatur berbagai macam kegiatan, menetapkan tugas pokok dan wewenang serta pendelegasian wewenang oleh pimpinan kepada staf dalam rangka mencapai tujuan (Muninjaya, 2004). Marquis dan Huston (2010) menyatakan bahwa pada pengorganisasian hubungan ditetapkan, prosedur diuraikan, perlengkapan disiapkan, dan tugas diberikan. Pendelegasian keperawatan merupakan salah satu kegiatan menerapkan fungsi manajemen pengorganisasian. Kurniadi (2013), menyatakan bahwa prinsip-prinsip manajemen keperawatan adalah memenuhi kebutuhan asuhan keperawatan yang efektif, memanfaatkan waktu

yang efektif, melibatkan staf dalam pembuatan keputusan, mengorganisir struktur organisasi, memberikan motivasi, mengembangkan staf, menerapkan komunikasi efektif yang baik terhadap sejawat perawat atau tenaga kesehatan lainnya dan melakukan langsung kegiatan pengarahan serta pengendalian.

Penelitian ini juga menemukan bahwa banyaknya jumlah pasien yang relatif banyak menjadi salah satu kendala belum optimalnya pelaksanaan MDK'R' di RS Roemani Semarang. Kepala ruang melakukan banyak pekerjaan yang cukup menyita waktu, sehingga kesulitan untuk mengatur waktu agar dapat melakukan MDK'R' secara rutin dan kontinyu. Hal ini menunjukkan kepala ruang harus memiliki manajemen diri dan kedisiplinan diri yang kuat. Pendelegasian yang efektif memiliki 3 hal penting yaitu: kebebasan bertanggung jawab, komunikasi terbuka, analisis faktor-faktor seperti sasaran organisasi, persyaratan tugas dan kemampuan karyawan dalam hal ini perawat (Amirullah, 2004). Kepala ruang jika memiliki manajemen diri dan kedisiplinan diri yang kuat serta menerapkan prinsip pendelegasian yang efektif dapat melaksanakan MDK'R' dengan baik dan sesuai dengan pedoman. Dampak yang diharapkan dengan terlaksananya MDK'R' secara rutin mampu meningkatkan pemberian pelayanan keperawatan dan memberikan kepuasan bagi pasien dan keluarga.

Delegasi keperawatan merupakan salah satu aktifitas kepala ruang melaksanakan fungsi manajemen dalam pemberian pelayanan keperawatan. Mekanisme delegasi keperawatan yang efektif menjamin kualitas pendelegasian keperawatan (Pohan, 2017). Pendelegasian keperawatan adalah upaya mutlak yang harus dilakukan oleh seorang kepala ruang pada saat harus menjalankan tugas lain dan terpaksa meninggalkan ruangan. Di antara beberapa tugas lain kepala ruang, ada dua tugas yang harus dilaksanakan secara rutin setiap hari dan minimal dilakukan satu kali sehari, yaitu mengkoordinasikan pelayanan keperawatan dan mengelola praktik klinik.

Keefektifan pendelegasian tugas kepala ruang baik tugas fungsional maupun managerial dapat meningkatkan kepuasan kerja perawat. Mengingat faktor yang memengaruhi kepuasan kerja perawat adalah peran manager keperawatan dalam hal ini kepala ruang, yang dapat memotivasi dan meningkatkan kepuasan kerja perawat dengan cara melaksanakan fungsi manajer yaitu pendelegasian tugas. Pendelegasian tugas yang dilakukan manajer (kepala ruang) efektif atau baik maka dapat menimbulkan persepsi perawat yang baik sehingga kepuasan kerja perawat dapat tercapai.

Kesimpulan

Hasil penelitian yang didapatkan adalah pengalaman perawat kepala ruang tentang MDK 'R' di RS Roemani Semarang telah dilaksanakan, namun belum optimal karena masih ada beberapa kendala. Guna mengoptimalkan pelaksanaan MDK 'R', maka perawat kepala ruang dan ketua tim harus meningkatkan kedisiplinan, memiliki kesadaran diri dan melakukan manajemen diri untuk melaksanakan MDK 'R' tanpa mengabaikan pekerjaan yang lain.

Kepala ruang yang mampu mendelegasikan tugas secara jelas dan baik kepada ketua tim dan perawat pelaksana agar dapat meningkatkan persepsi perawat tentang pendelegasian menjadi lebih baik sehingga dapat meningkatkan kepuasan kerja perawat. Ketua tim sebagai perawat penerima delegasi sebaiknya meningkatkan diri dan menambah wawasan dan informasi tentang pendelegasian tugas kepala ruang yang efektif baik tugas fungsional maupun managerial agar perawat dapat melaksanakan proses delegasi dengan baik sehingga persepsi perawat tentang pendelegasian menjadi lebih baik dan dapat meningkatkan kepuasan kerja perawat.

Penelitian kualitatif ini berhasil menjawab konteks masalah pengalaman kepala ruang tentang pelaksanaan MDK 'R' di RS Roemani Semarang yaitu pelaksanaan MDK 'R' belum

optimal dan memiliki beberapa kendala dan hambatan perlu mendapat pemecahan masalah.

Saran yang direkomendasikan yaitu program pelatihan dan *training* pada perawat kepala ruang tentang kedisiplinan, kesadaran diri, dan manajemen diri sehingga akan meningkatkan pemberian pelayanan keperawatan. Program pelatihan dan *training* ini diharapkan dapat meningkatkan pelaksanaan MDK 'R' di rumah sakit Roemani Semarang. Saran berikutnya yaitu kepala ruang sebagai pemberi delegasi menerapkan MKD 'R' dengan rutin, sesuai pedoman, dan memberikan *reward* dan *punishment* bagi penerima delegasi keperawatan dalam hal ini ketua tim sebagai evaluasi dan kepedulian terhadap kinerja perawat. Kepala ruang yang telah memiliki kesadaran diri dan manajemen diri yang baik, menghasilkan kedisiplinan yang kuat dalam menerapkan Model Delegasi keperawatan 'Relactor' (MS, RR, TN).

Ucapan Terima Kasih

Terimakasih peneliti ucapkan kepada Kemenristek Dikti sebagai penyandang dana penelitian, LPPM UNIMUS yang memfasilitasi proses penelitian dan partisipan yang telah bersedia memberikan informasi terkait penelitian ini.

Referensi

- Afiyanti, Y., & Rachmawati, I.N. (2014). *Metodologi penelitian kualitatif dalam riset keperawatan*. Jakarta: Rajawali Press.
- Alex, S.N. (2008). *Manajemen personalia (manajemen sumber daya manusia)*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Amirullah, A. (2004). *Pengantar manajemen*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Astuti, M. (2011). *Hubungan fungsi pengarah dengan kepuasan kerja di RS Haji Jakarta* (Tesis, Pasca Sarjana UI). Universitas Indonesia, Jakarta. Retrieved from <http://www.lontar.ui.ac.id/fik=digital> 20284809.

- Baihaqi, M.F. (2010). *Pengaruh gaya kepemimpinan terhadap kepuasan kerja dan kinerja dengan komitmen organisasi sebagai variabel intervening*. (Undergraduated Thesis, unpublished). Universitas Diponegoro Semarang, Central Java. Retrieved from http://eprints.undip.ac.id/23032/1/SKRIPSI_C2A003074.pdf.
- Kurniadi, K. (2013). *Manajemen keperawatan dan prospektifnya*. Jakarta: Badan Penerbit FKUI.
- Marquis, B.L., & Huston, C.J. (2010). *Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Mahlmeister, M. (1999). *Kualitas asuhan keperawatan di rumah sakit dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan*. Retrieved from <http://www.wordpress.com/category/munasemen.sdm>.
- Moleong, L.J. (2000). *Metodologi penelitian kualitatif*. Bandung: PT Remaja Putra Karya.
- Muninjaya, A.A.G., (2004). *Manajemen buku kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Nugroho, N. (2004). *Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja perawat pegawai daerah di Puskesmas kabupaten Kudus* (Tesis, tidak dipublikasikan). Program Pascasarjana Universitas Diponegoro, Semarang, Central Java.
- Nurachmah, E. (2005). *Jenis-jenis riset kualitatif* (Unpublished). Faculty of Nursing Universitas Indonesia, Jakarta.
- Ovari, I., Setyowati, S., & Yasmi, Y. (2017). Pendelegasian tugas kepala ruangan menurut persepsi perawat pelaksana dapat meningkatkan kepuasan kerja. *Jurnal Ipteks Terapan: Research of Applied Science and Education*, VII (13), 194–207.
- Parmin, P. (2010). *Hubungan pelaksanaan fungsi manajemen kepala ruangan dengan motivasi perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUP Undata Palu* (Master Thesis, unpublished). Universitas Indonesia, Jakarta.
- Pohan, V.Y. (2017). *Efektifitas model delegasi keperawatan "relactor" terhadap kualitas pendelegasian keperawatan di Rumah Sakit Roemani Semarang* (Dissertation, unpublished). Faculty of Nursing Universitas Indonesia, Jakarta.
- Retno, Y.D. (2012). *Hubungan antara persepsi terhadap gaya kepemimpinan demokratik kepala perawat dengan kedisiplinan kerja perawat* (Undergraduated Thesis, unpublished). Universitas Muhammadiyah Surakarta, Central Java.
- Rohmawati, R. (2006). *Hubungan fungsi manajemen kepala ruangan menurut persepsi perawat pelaksana dan karakteristik individu dengan pelaksanaan asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Sumedang* (Thesis, unpublished). Faculty of Nursing Universitas Indonesia, Jakarta.
- Robbins, S.P. (2011). *Organizational behaviour*. New Jersey: Prentice – Hall Incusia.
- Setiasih, S. (2006). *Hubungan antara kepuasan kerja perawat dan kepuasan pasien di Rumah Sakit Husada Jakarta* (Thesis, unpublished). Faculty of Nursing Universitas Indonesia, Jakarta.
- Siagian, S.P. (2004). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Simamora, R.H. (2012). *Buku ajar manajemen keperawatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Swanburg, R.C. (2000). *Pengantar kepemimpinan dan manajemen keperawatan untuk perawat klinis*. Jakarta; Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Wahyuningsih, A., & Yusiana, M.A. (2016). Persepsi perawat tentang pendelegasian tugas kepala ruang mempengaruhi tingkat kepuasan kerja perawat. *Jurnal Stikes RS Baptis Kediri*, 9 (2).

Wexley, K.N., & Yuki, G.A. (2004). *Kepuasan Kerja*. Retrieved from <http://www.id.wikipedia.org/kepuasan.kerja>