



UNIVERSITAS INDONESIA

SELF EFFICACY PERAWAT
DALAM PENGGUNAAN SISTEM INFORMASI KEPERAWATAN
DI RSIA BUNDA JAKARTA:
STUDI FENOMENOLOGI

TESIS

DEWI SARTIKA
1006750700

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2012



UNIVERSITAS INDONESIA

SELF EFFICACY PERAWAT
DALAM PENGGUNAAN SISTEM INFORMASI KEPERAWATAN
DI RSIA BUNDA JAKARTA:
STUDI FENOMENOLOGI

TESIS


**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister
Keperawatan**

DEWI SARTIKA
1006750700

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2012

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Dewi Sartika
NPM : 1006750700
Tanda tangan : 
Tanggal : 18 Juni 2012

LEMBAR PERSETUJUAN

***SELF EFFICACY* PERAWAT
DALAM PENGGUNAAN SISTEM INFORMASI KEPERAWATAN
DI RSIA BUNDA JAKARTA: STUDI FENOMENOLOGI**

Tesis ini telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan dihadapan Tim Penguji
Sidang Tesis Program Magister Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, 27 Juni 2012

Pembimbing I

dr.  Hanny

Rr. Tutik Sri Hariyati, SKp., MARS

Pembimbing II



Enie Novieastari, SKp., MSN

LEMBAR PENGESAHAN


Tesis ini diajukan oleh

Nama : Dewi Sartika
NPM : 1006750700
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : *Self efficacy* perawat dalam penggunaan sistem informasi keperawatan di RSIA Bunda Jakarta: Studi fenomenologi

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Dewan Penguji

Pembimbing 1 : Rr. Tutik Sri Hariyati, SKp., MARS

()

Pembimbing 2 : Enie Novieastari, SKp., MSN

()

Penguji 1 : Rita Herawati, M. Kep

()

Penguji 2 : Ns. Sukihananto, M. Kep

()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 03 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT yang telah memberi karunia dan hidayahNya sehingga peneliti dapat menyelesaikan tesis dengan judul “*Self efficacy* perawat dalam penggunaan sistem informasi keperawatan di RSIA Bunda Jakarta: studi fenomenologi”. Tesis ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan pada program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Selama penyusunan tesis ini, peneliti banyak mendapat bimbingan, arahan dan dukungan dari berbagai pihak, untuk itu peneliti mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Ibu Dewi Irawaty, Ph.D sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Astuti Yuni Nursasi, MN sebagai Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan Koordinator mata ajar Tesis.
3. Ibu Rr. Tutik Sri Hariyati, SKp., MARS sebagai Pembimbing I yang telah membimbing dan memotivasi serta memberi arahan yang sangat berarti bagi peneliti selama penyusunan proposal tesis.
4. Ibu Hj. Enie Novieastari, SKp., MSN sebagai Pembimbing II yang telah membimbing dan memotivasi serta memberi arahan yang sangat berarti bagi peneliti selama penyusunan proposal tesis.
5. Seluruh dosen dan civitas akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
6. Ibunda tercinta dan kakak-kakak tersayang atas segala doa terindah selama masa studi peneliti.
7. Teman-teman seperjuangan S2 FIK UI 2010 yang telah memberi semangat, berbagi suka duka dan berjuang selama masa studi.
8. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu-persatu yang telah membantu dan mendukung peneliti menyelesaikan tesis, semoga Allah SWT membalas dengan kebaikan yang berlimpah.

Peneliti menyadari tesis ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu peneliti sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk kesempurnaan tesis ini. Besar harapan peneliti, semoga tesis ini bermanfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan.

Depok, Juli 2012

Peneliti



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

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

Nama : Dewi Sartika
NPM : 1006750700
Program Studi : Magister Keperawatan
Kekhususan : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis karya : Tesis

demikian demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

SELF EFFICACY PERAWAT DALAM PENGGUNAAN SISTEM INFORMASI KEPERAWATAN DI RSIA BUNDA JAKARTA: STUDI FENOMENOLOGI

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 18 Juni 2012

Yang menyatakan


Dewi Sartika

Dewi Sartika
Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia

***Self efficacy* perawat dalam penggunaan sistem informasi keperawatan di
RSIA Bunda Jakarta: studi fenomenology**

xv + 132 hal + 4 gambar + 1 tabel + 7 skema + 8 lampiran

Abstrak

Self efficacy perawat penting dalam penggunaan sistem informasi keperawatan karena dapat menentukan keberhasilan penggunaannya, meningkatkan kualitas dokumentasi keperawatan dan kualitas pelayanan keperawatan. Penelitian fenomenologi ini bertujuan untuk mengeksplorasi *self efficacy* perawat dalam penggunaan sistem informasi keperawatan (SIMKEP) di RSIA Bunda Jakarta. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam kepada sepuluh perawat yang memiliki kepercayaan diri menggunakan SIMKEP dan dianalisis dengan metode Colaizzi. Hasil penelitian ditemukan beberapa tema yaitu respon menggunakan SIMKEP, keuntungan menggunakan SIMKEP, kepercayaan diri menggunakan SIMKEP, upaya-upaya untuk mampu menggunakan SIMKEP, kendala dalam menggunakan SIMKEP, faktor-faktor yang meningkatkan kepercayaan diri menggunakan SIMKEP, dan harapan dalam menggunakan SIMKEP. Hal baru yang ditemukan pada penelitian ini yaitu waktu munculnya kepercayaan diri menggunakan SIMKEP, bentuk kendala dari rekan kerja, hal-hal yang dilakukan dalam menghadapi kendala serta harapan tentang *reward* dapat meningkatkan *self efficacy* perawat dalam menggunakan SIMKEP. Direkomendasikan kepada perawat untuk meningkatkan *self efficacy* melalui mempelajari SIMKEP, sering menggunakan SIMKEP, mengikuti pelatihan tentang SIMKEP serta melanjutkan pendidikan dan kepada manajer diharapkan agar dapat mengoptimalkan peran dan fungsi-fungsi manajemen untuk meningkatkan *self efficacy* perawat dalam menggunakan SIMKEP.

Kata Kunci: Fungsi-fungsi manajemen, pengalaman perawat, perawat, *self efficacy*, sistem informasi keperawatan

Nurse's self efficacy in utilizing nursing information system in Bunda Mother and Child Hospital Jakarta: A phenomenology study

xv + 132 pages + 4 pictures + 1 table + 7 schemes + 8 appendixes

Abstract

Nurse's self efficacy was an important aspect for nursing information system as it can determine the success of its use, improve the quality of nursing documentation and the quality of nursing services. A phenomenology study was carried out to explore the nurse's self efficacy in utilizing nursing information system (SIMKEP) in Bunda Mother and Child Hospital Jakarta. The method of data collection was indepth interview to ten nurses who have self efficacy in using SIMKEP and data was analyzed by Colaizii's method. The study found several themes that use SIMKEP responses, the advantages of using SIMKEP, self efficacy in using SIMKEP, efforts to use SIMKEP, barriers in using SIMKEP, factors that increase self efficacy and expectations in using SIMKEP. The newly found in this study were the emergence of self efficacy in using SIMKEP, the shape constraints of co workers, things were done in the face of barriers and expectations about the rewards can increase self efficacy in using SIMKEP. Recommended for nurses to enhance self efficacy by learning SIMKEP, often using SIMKEP, training and continues the education, and the managers in order to optimize the role and management functions to enhance self efficacy in using SIMKEP nurses.

Key words: Management functions, nurses, nurse's experience, nursing information system, *self efficacy*

Bibliography: 118 (1989-2012)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
HALAMAN PERNYATAAN PUBLIKASI	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR SKEMA	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	9
1.3 Tujuan Penelitian	10
1.4 Manfaat Penelitian	10
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	12
2.1 Manajemen Keperawatan.....	12
2.2 Sistem Informasi Manajemen	16
2.2 Sistem Informasi Rumah Sakit.....	18
2.3 Sistem Informasi Keperawatan	20
2.4 <i>Self Efficacy</i>	22
2.4.1 Teori Kognitif Sosial	22
2.4.2 Pengertian <i>self efficacy</i>	24
2.4.3 Fungsi <i>self efficacy</i>	27
2.4.4 Dimensi-dimensi <i>self efficacy</i>	27
2.4.5 Sumber-sumber <i>self efficacy</i>	28
2.4.6 <i>Self efficacy</i> dan kinerja.....	30
2.4.7 <i>Self efficacy</i> dalam penggunaan sistem informasi Keperawatan.....	32
2.5 Kerangka Teori.....	35
BAB 3 METODE PENELITIAN	38
3.1 Rancangan Penelitian	38
3.2 Partisipan dan Rekrutmen	39
3.3 Tempat dan Waktu Penelitian	40
3.4 Metode dan Alat Pengumpulan Data	40
3.5 Prosedur Pengumpulan Data	41
3.6 Etika Penelitian	42
3.7 Analisis Data	45
3.8 Keabsahan Data.....	46

BAB 4 HASIL PENELITIAN	48
4.1 Karakteristik Partisipan.....	48
4.2 Analisis Tema.....	49
BAB 5 PEMBAHASAN	89
5.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian	89
5.2 Keterbatasan Penelitian.....	123
5.3 Implikasi terhadap Keperawatan.....	124
BAB 6 SIMPULAN DAN HASIL.....	128

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Arus Data Sistem Informasi Rumah Sakit	19
Gambar 2.2. <i>The Triadic Relationship</i>	23
Gambar 2.3. <i>Self Efficacy Model</i>	25
Gambar 2.4. Kerangka Teori Penelitian.....	35



DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Karakteristik Partisipan	48
--	----



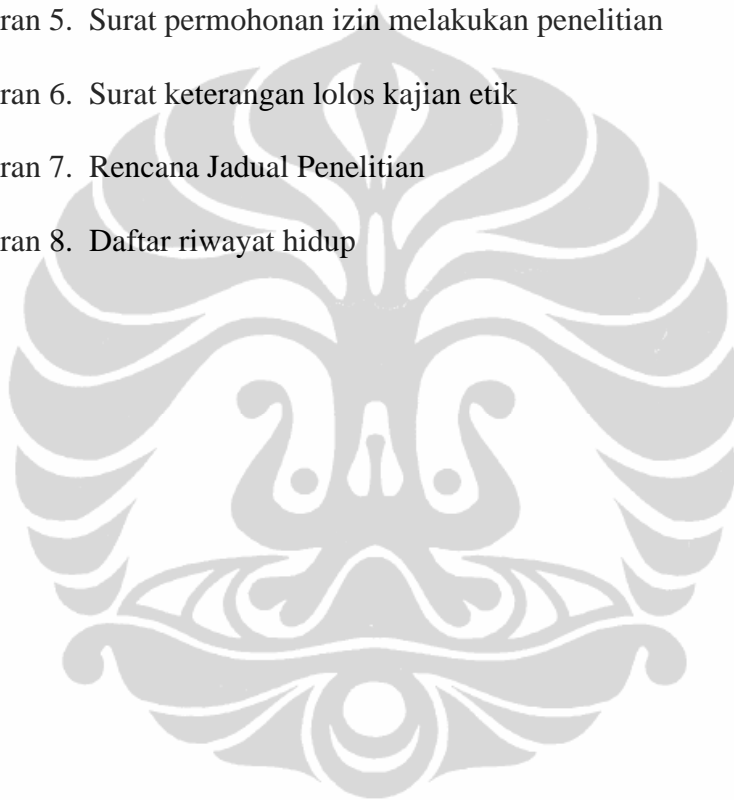
DAFTAR SKEMA

Skema 4.1 Respon dalam menggunakan SIMKEP	50
Skema 4.2 Keuntungan menggunakan SIMKEP	53
Skema 4.3 Kepercayaan diri menggunakan SIMKEP	57
Skema 4.4 Upaya-upaya untuk bisa menggunakan SIMKEP	62
Skema 4.5 Kendala dalam menggunakan SIMKEP	66
Skema 4.6 Faktor-faktor yang meningkatkan kepercayaan diri menggunakan SIMKEP	75
Skema 4.7 Harapan dalam menggunakan SIMKEP	82



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2. Lembar persetujuan menjadi partisipan
- Lampiran 3. Panduan wawancara
- Lampiran 4. Catatan Lapangan
- Lampiran 5. Surat permohonan izin melakukan penelitian
- Lampiran 6. Surat keterangan lolos kajian etik
- Lampiran 7. Rencana Jadwal Penelitian
- Lampiran 8. Daftar riwayat hidup



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Saat ini tuntutan kebutuhan pelayanan kesehatan termasuk pelayanan keperawatan terus meningkat. Kebutuhan tersebut meliputi aspek mutu, keterjangkauan dan cakupan pelayanan. Hal ini disebabkan oleh adanya peningkatan kesadaran masyarakat akan kesehatan, daya emban ekonomi, serta kompleksitas masalah kesehatan yang dihadapi masyarakat. Selain itu, masyarakat semakin sadar akan hukum sehingga mendorong adanya tuntutan tersedianya pelayanan keperawatan dengan mutu yang dapat dijangkau seluruh lapisan masyarakat. Oleh karena itu keperawatan perlu terus mengalami perubahan dan perkembangan sejalan dengan perubahan yang terjadi di berbagai bidang lainnya.

Perawat adalah komponen utama dalam sistem pelayanan kesehatan, khususnya di rumah sakit. Hal ini disebabkan karena perawat merupakan kelompok kerja terbesar yang memberikan pelayanan kesehatan dalam sistem tersebut, dan sifat pelayanan yang diberikan yaitu 24 jam dalam 1 hari dan 7 hari dalam 1 minggu (Huber, 2006). Dapat dikatakan bahwa perawat menjadi ujung tombak bagi suatu rumah sakit dalam memberikan pelayanan keperawatan dalam bentuk asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan, implementasi dan evaluasi.

Dokumentasi keperawatan merupakan hal yang tidak dapat dipisahkan dalam pemberian asuhan keperawatan. Dokumentasi keperawatan merupakan bukti akuntabilitas tindakan keperawatan yang dilakukan perawat dalam pelayanan keperawatan terhadap pasien. Perawat juga dituntut untuk menerapkan dokumentasi keperawatan sebagai tanggung jawab profesi dan aspek legal (Blais, Hayes, Kozier & Erb, 2007). Dokumentasi keperawatan harus akurat, komprehensif, dan fleksibel untuk memperoleh data penting, mempertahankan kesinambungan pelayanan, melacak hasil pasien, dan menggambarkan standar praktek terkini. Informasi pada rekaman pasien menyediakan penjelasan rinci

tentang kualitas tingkat pelayanan yang diberikan. Dokumentasi yang efektif akan menjamin kesinambungan pelayanan, menghemat waktu, dan meminimalisasi risiko kesalahan (Yocum, 2002).

Selama ini pelaksanaan dokumentasi keperawatan di Indonesia masih menemui permasalahan. Permasalahannya adalah tidak lengkapnya dokumentasi asuhan keperawatan yang dilakukan baik di rumah sakit maupun di pelayanan keperawatan lainnya. Penyebab dari permasalahan tersebut salah satunya adalah rumitnya sistem pendokumentasian asuhan keperawatan, penggunaan dokumentasi yang masih manual, dan pemahaman perawat yang masih rendah tentang pentingnya pendokumentasian (Widyantoro, 2005). Sistem pendokumentasian keperawatan yang masih manual tersebut memerlukan pengembangan model pendokumentasian berbasis komputer, yang merupakan gabungan dari penggunaan proses keperawatan dan teknologi informasi yang tergabung dalam sistem informasi keperawatan.

Sistem informasi keperawatan didefinisikan oleh *American Nurses Association* (2001) sebagai area khusus yang mengintegrasikan ilmu keperawatan, ilmu komputer, dan ilmu informasi untuk mengatur dan mengkomunikasikan data, informasi, dan pengetahuan dalam praktik keperawatan. Informatika keperawatan memfasilitasi integrasi data, informasi, dan penyedia lainnya dalam pengambilan keputusan pada seluruh peran dan lingkungan (Potter & Perry, 2010). Definisi lain sistem informasi keperawatan menurut Malliarou dan Zyga (2009) adalah sebagai bagian sistem informasi pelayanan kesehatan dari aspek keperawatan, yang merupakan bagian dari pemeliharaan catatan keperawatan. Sistem ini digunakan untuk mengkaji kondisi pasien, menyiapkan perencanaan perawatan, intervensi yang spesifik, dokumen perawatan, kriteria hasil, dan kualitas kontrol dari pelayanan keperawatan yang telah diberikan terhadap pasien.

Penerapan informatika keperawatan akan menghasilkan sistem informasi keperawatan yang efisien dan efektif. Sistem yang didesain dengan penuh keahlian akan mengintegrasikan dan mendukung pertimbangan klinis (*Healthcare*

Information Management System Society [HIMSS], 2007). Suatu sistem informasi keperawatan yang efektif akan mencapai dua tujuan. Pertama, sistem tersebut mendukung fungsi dan kerja perawat dengan memberikan fleksibilitas penggunaan sistem untuk meninjau data dan mengumpulkan informasi, memberikan pelayanan kepada pasien, dan mendokumentasikan kondisi pasien. Kedua, sistem tersebut mendukung dan meningkatkan praktik keperawatan melalui perbaikan akses informasi dan alat pengambilan keputusan klinis (Hebda, Czar, & Mascara, 2005).

Sistem informasi keperawatan memiliki banyak keuntungan. Hebda et al. (2005) mengemukakan beberapa keuntungan sistem informasi keperawatan yaitu peningkatan waktu bersama pasien, menjadikan akses informasi lebih baik, peningkatan kualitas dokumentasi, penurunan jumlah kesalahan, penurunan biaya rawat rumah sakit, peningkatan kepuasan kerja perawat, ketaatan dengan lembaga akreditasi serta pembentukan data klinis dasar yang sama. Malliarou dan Zyga (2009) juga mengemukakan keuntungan dari sistem informasi keperawatan yaitu meningkatkan waktu perawat bersama pasien, mengurangi penggunaan kertas, merupakan alat yang otomatis dalam dokumentasi keperawatan, seragamnya standar dari pelayanan dan proses keperawatan, mengurangi biaya, dan dapat mengukur kualitas. Keuntungan lainnya menurut Mahler et al. (2007) yaitu sistem informasi keperawatan ini merupakan cara yang efektif dalam mempengaruhi praktik keperawatan, dan penting dalam menciptakan komunikasi yang efektif diantara tim profesi kesehatan serta untuk jaminan mutu pelayanan keperawatan.

Mengingat banyaknya keuntungan yang dapat diperoleh dari penggunaan sistem informasi keperawatan, maka sekarang ini telah banyak rumah sakit di luar negeri yang menggunakan sistem informasi keperawatan untuk membantu aktivitas dokumentasi keperawatan. Salah satunya di Kanada, saat ini diberlakukan mandat untuk melaksanakan sistem informasi kesehatan elektronik secara nasional. Mandat tersebut dilaksanakan dengan visi *Canada Health Infoway* (CHI), yaitu semua masyarakat Kanada memiliki *baseline Electronic Health Record* (EHR) pada tahun 2015 (CHI, 2009). Kemudian di Amerika Serikat, *The United States*

Department of Health and Human Services menggalakkan penggunaan dokumentasi elektronik sebagai prioritas nasional (McCartney, 2006). Selanjutnya *Joint Commision, Center for Medicare and Medicaid (CMS)* menyatakan tujuannya untuk mengintegrasikan sistem informasi kesehatan secara elektronik untuk semua penerima pelayanan kesehatan keperawatan (Tunnis, Carino, Williams, & Bach, 2007).

Penggunaan sistem informasi keperawatan sebagai teknologi baru tentunya menuntut peran berbagai personil dalam menentukan keberhasilan penggunaannya, termasuk perawat sebagai instrumen utama dari organisasi pelayanan kesehatan (Lee, 2006). Hasil laporan beberapa literatur dan teori menyatakan bahwa perawat adalah pengguna (*user*) utama dari sistem informasi kesehatan. Perawat berpartisipasi dalam merencanakan, mendesain, dan mengimplementasikan sistem informasi kesehatan (Liong, 2008). Perawat juga merupakan bagian vital dalam mengumpulkan dan memasukkan data kesehatan pasien (Zeigler, 2011). Hal-hal yang ditemui perawat dalam menggunakan sistem informasi keperawatan sebagai sesuatu yang baru penting diidentifikasi untuk mencapai keberhasilan penggunaan sistem informasi keperawatan. Scharder, Swamidass dan Morrison (2006) dalam penelitiannya tentang keterlibatan perilaku dan reaksi staf terhadap perubahan teknologi, menyatakan bahwa implementasi dan adopsi terhadap perubahan teknologi sebaiknya berdasarkan kepada persepsi individu tentang bagaimana teknologi mempengaruhi pekerjaan mereka.

Hasil penelitian McGhee (2003) tentang evaluasi sistem informasi keperawatan, menyatakan bahwa sistem informasi keperawatan memiliki pengaruh terhadap perilaku dan praktik perawat, penggunaan waktu dengan pasien serta kualitas pelayanan keperawatan. Pengaruh sistem informasi keperawatan terhadap perilaku perawat mencakup perilaku dalam menggunakan perangkat komputer, penerimaan terhadap pengumpulan dan pengolahan informasi, serta kepuasan dalam menggunakan sistem informasi keperawatan.

Semua keuntungan dari sistem informasi kesehatan dapat saja tidak dirasakan oleh penggunanya. Informasi kesehatan dapat menambah stres perawat karena perawat harus belajar keterampilan baru. Perawat yang memiliki harapan yang tidak penuh terhadap penggunaan sistem informasi kesehatan akan beresiko mengalami hal yang negatif seperti ketidakpuasan, kurang menggunakan sistem, menghindari, dan cemas (Siyanata, 2010).

Ragneskog dan Gerdnert (2006) menjelaskan bahwa penting bagi perawat untuk percaya diri dalam menggunakan teknologi informasi. Beberapa perawat tidak memiliki pengalaman dalam menggunakan komputer karena komputer tidak termasuk dalam kurikulum keperawatan. Hal ini didukung oleh hasil penelitian Zeigler (2011) tentang pengalaman perawat dalam menggunakan komputer dalam praktik. Hasil penelitian tersebut menyatakan bahwa sebahagian besar *self efficacy* perawat mendukung perawat menggunakan komputer dalam melakukan praktik keperawatan. Munter (2007) dalam penelitiannya tentang *self efficacy* dalam penggunaan komputer oleh perawat perioperatif, menyarankan agar lebih memahami *self efficacy* perawat sebagai salah satu faktor individu dalam mengadopsi teknologi komputer. Penelitian lain yang dilakukan oleh Turner (2007) tentang persepsi dan kesiapan perawat dalam menerima dan menggunakan *e-health*, menyatakan bahwa *self efficacy* dalam menggunakan komputer diidentifikasi sebagai faktor kritis, dan pengetahuan yang akan berguna dalam mempersiapkan perawat untuk perubahan di masa depan.

Teori kognitif sosial (*Social cognitive theory*) oleh Albert Bandura menyatakan bahwa *self efficacy* adalah keyakinan dan kepercayaan diri individu untuk mampu mengkoordinasi dan melakukan sesuatu yang dibutuhkan dalam suatu tindakan atau pekerjaan terhadap peristiwa dan lingkungan mereka sendiri (Feist & Feist, 2008; Pajares & Urdan, 2006). Pikiran individu terhadap *self efficacy* menentukan seberapa besar usaha yang akan dicurahkan dan seberapa lama individu akan tetap bertahan dalam menghadapi hambatan atau pengalaman yang tidak menyenangkan. Individu dengan *self efficacy* yang tinggi, akan mendorongnya untuk giat dan gigih melakukan upayanya. Sebaliknya individu dengan *self*

efficacy yang rendah, akan diliputi perasaan keragu-raguan akan kemampuannya. Jika individu tersebut dihadapkan pada kesulitan, maka akan memperlambat dan melonggarkan upayanya, bahkan dapat menyerah (Pajares, 2002).

Self efficacy dapat mempengaruhi kinerja individu. Hal ini dibuktikan oleh penelitian Judge, Jackson, Shaw, Scott dan Rich (2007) tentang hubungan *self efficacy* dengan kinerja yang dilakukan terhadap beberapa staf. Hasil penelitian tersebut menyatakan bahwa *self efficacy* berhubungan dengan kinerja staf. Penelitian lain yang dilakukan oleh Stone dan Henry (2003) tentang peran *self efficacy* penggunaan komputer oleh *end-users* dalam mempengaruhi komitmen organisasi. Hasil penelitian menyatakan bahwa *self efficacy* penggunaan komputer oleh *end-users* secara positif mempengaruhi komitmen organisasi, dimana komitmen organisasi berpotensi dalam menentukan motivasi dan kinerja staf serta hasil yang ingin dicapai oleh organisasi tersebut. Abdurbo (2007) juga membuktikan bahwa *self efficacy* berhubungan dengan kepuasan kerja perawat, yang dilakukannya dengan penelitian tentang faktor yang mempengaruhi penggunaan sistem informasi, dan dampaknya terhadap kepuasan kerja perawat di Ohio. Hasil penelitian tersebut memperlihatkan bahwa sebahagian besar perawat memiliki *self efficacy* yang tinggi dalam menggunakan komputer, yang berhubungan dengan tingginya kepuasan perawat dan meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.

Beberapa hasil penelitian tentang *self efficacy* tersebut, menunjukkan bahwa *self efficacy* perawat mendukung keberhasilan penggunaan sistem informasi keperawatan. Namun berbeda dengan hasil penelitian Norton (2011) tentang penerimaan perawat terhadap penggunaan teknologi *Radio Frequency Identification* (RFID). Hasil penelitian tersebut menyatakan bahwa *self efficacy* tidak menunjukkan hubungan yang signifikan dengan penerimaan perawat dalam menggunakan teknologi RFID. Perbedaan hasil ini dapat disebabkan oleh perbedaan karakteristik rumah sakit tempat penelitian dilakukan, serta perbedaan karakteristik perawat dan rancangan penelitian yang digunakan. Oleh karena itu, menjadi penting untuk mengidentifikasi *self efficacy* perawat dalam penggunaan

sistem informasi keperawatan di Indonesia, dengan karakteristik rumah sakit dan perawat yang berbeda dengan penelitian-penelitian sebelumnya.

Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA) Bunda Jakarta merupakan rumah sakit swasta tipe C yang terletak di kawasan Menteng Jakarta. RSIA Bunda Jakarta memiliki unit kerja yang terdiri atas UGD, Poliklinik, ruang perawatan, kamar bersalin dan kamar operasi. Ruang perawatan di rumah sakit ini terdiri atas perawatan lantai 2, lantai 3, lantai 4, Perawatan Neonatal Sehat (PNS), *Intensive Intermediet* serta Balita. Jumlah tenaga keperawatan yang ada di ruang perawatan yaitu 68 orang dengan tingkat pendidikan S1 Keperawatan 5 orang, D3 Keperawatan 48 orang dan SPK 15 orang. RSIA Bunda Jakarta memiliki jumlah tempat tidur 98 TT dengan BOR rata-rata tahun 2011 sebesar 47 %.

RSIA Bunda Jakarta baru menggunakan sistem informasi keperawatan, yang dimulai dengan pengenalannya pada Februari 2011. Sistem informasi keperawatan ini dinamakan dengan SIMKEP. Model SIMKEP yang dikembangkan ini merupakan hasil kerjasama dengan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Sebelumnya di RSIA Bunda Jakarta perawat hanya menggunakan sistem pendokumentasian menggunakan kertas (*Paper based*). Model asuhan keperawatan yang digunakan dalam SIMKEP adalah berbasis *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) tahun 2011, *Nursing Intervention Classification* (NIC) tahun 2009, dan *Nursing Outcomes Classification* (NOC) tahun 2009. Penggunaan model ini diintegrasikan dalam sebuah sistem informasi keperawatan yang terpusat dan meniadakan penggunaan kertas (*paperless*). Tentunya penggunaan SIMKEP ini diharapkan dapat memberikan keuntungan-keuntungan sehingga mampu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan keperawatan.

Pengembangan SIMKEP di RSIA Bunda terdiri atas beberapa tahap. Tahap pengembangan tersebut dimulai dengan pengenalan program SIMKEP pada bulan Februari 2011. Setelah itu dilakukan pelatihan pada bulan Maret 2011. Pelatihan ini dilakukan kepada empat orang perawat yang ditunjuk sebagai

penanggungjawab SIMKEP dari beberapa lantai. Selanjutnya pada bulan April 2011 dilakukan simulasi kepada seluruh perawat. Simulasi ini dilakukan selama satu hari. Kemudian dilakukan uji coba penggunaan SIMKEP yaitu mulai bulan Juli sampai bulan Desember 2011. Selama masa uji coba, perawat melakukan pendokumentasian di kertas (*Paper based*) dan pendokumentasian di SIMKEP. Pada akhir Desember 2011 dimulai *paperless*, yaitu tidak melakukan pendokumentasian dengan kertas, tetapi menggunakan SIMKEP saja.

Perawat sebagai pengguna (*user*) SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta memiliki peranan penting dalam keberhasilan penerapan SIMKEP. Hasil observasi yang dilakukan ketika mengevaluasi penggunaan SIMKEP di beberapa lantai di RSIA Bunda Jakarta pada bulan Juli 2011, diperoleh berbagai macam respon dari perawat. Beberapa perawat terlihat menerima dengan baik dan menunjukkan minat untuk mempelajari serta menggunakan SIMKEP. Namun ada juga beberapa perawat yang menganggap hal tersebut seperti beban, dimana mereka harus menyediakan waktu untuk mengisi data pasien dengan menggunakan komputer serta mempelajari diagnosa NANDA yang relatif baru mereka ketahui.

Hasil wawancara yang dilakukan kepada Kepala Bidang Keperawatan pada bulan Februari 2012 menyatakan bahwa pada saat ini semua perawat sudah menggunakan SIMKEP dan tidak didampingi lagi oleh tim SIMKEP dari FIK UI. Kepala Bidang Keperawatan juga menyatakan bahwa pendokumentasian yang dilakukan oleh perawat sudah lengkap dan waktu perawat sekarang lebih banyak ke pasien. Kemudian Kepala Bidang Keperawatan juga menyatakan bahwa di semua lantai perawatan telah disediakan komputer dan di beberapa lantai, perawat telah menggunakan *i pad* ketika mengunjungi pasien. Namun penggunaan *i pad* kadang masih mengalami gangguan jaringan yang juga dapat mengganggu pekerjaan perawat.

Wawancara juga dilakukan kepada beberapa pengguna SIMKEP. Beberapa pengguna SIMKEP tersebut menyatakan sudah mampu dan percaya diri menggunakan SIMKEP, namun adanya gangguan-gangguan teknis pada sistem

menimbulkan rasa kecewa dan malas untuk menggunakan SIMKEP. Hal-hal yang dialami perawat tersebut tentunya dapat berdampak pada keberhasilan penggunaan SIMKEP, kepuasan dan kinerja perawat, serta kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan. Perawat dalam hal ini penting untuk memiliki keyakinan dan kepercayaan diri untuk mampu mengkoordinasi dan melakukan sesuatu dalam menghadapi hambatan atau pengalaman yang tidak menyenangkan, dengan kata lain perawat penting untuk memiliki *self efficacy* yang tinggi dalam menggunakan SIMKEP.

Saat ini sudah ada penelitian yang sedang berlangsung tentang efektifitas penggunaan SIMKEP terhadap kualitas pelayanan keperawatan di RSIA Bunda Jakarta. Namun penelitian yang terkait dengan bagaimana *self efficacy* perawat dalam menggunakan SIMKEP yang didapatkan secara langsung dari pengalaman perawat, menurut sepengetahuan peneliti belum pernah dilakukan. Oleh karena belum banyaknya informasi yang diperoleh tentang *self efficacy* perawat dalam menggunakan SIMKEP yang didapatkan secara langsung dari pengalaman perawat, maka pada penelitian ini studi fenomenologi menjadi pendekatan yang sesuai. Pendekatan fenomenologi ini telah banyak digunakan dalam penelitian terdahulu untuk mengungkapkan pengalaman individu. Berdasarkan uraian dan fenomena tersebut, peneliti tertarik untuk meneliti pengalaman *self efficacy* perawat dalam penggunaan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta.

1.2 Rumusan Masalah

Perawat sebagai komponen utama pelayanan kesehatan di rumah sakit dan sebagai pengguna (*user*) SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta memiliki peranan penting dalam keberhasilan penggunaan SIMKEP. *Self efficacy* dalam menggunakan SIMKEP penting untuk diketahui karena berdampak kepada keberhasilan penggunaan SIMKEP, kepuasan kerja, kinerja dan kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan. Sehingga, dapat dirumuskan pernyataan penelitian ini yaitu: Seperti apa pengalaman perawat tentang *self efficacy* dalam penggunaan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk memperoleh gambaran pengalaman perawat tentang *self efficacy* dalam penggunaan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah diperolehnya tentang:

- 1.3.2.1 Gambaran pengalaman tentang respon perawat dalam menggunakan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta.
- 1.3.2.2 Gambaran pengalaman tentang kepercayaan diri perawat dalam menggunakan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta.
- 1.3.2.3 Gambaran pengalaman tentang adaptasi perawat dalam menggunakan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta.
- 1.3.2.4 Gambaran pengalaman perawat tentang kendala-kendala yang dihadapi perawat dalam menggunakan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta.
- 1.3.2.5 Gambaran pengalaman perawat tentang faktor-faktor yang meningkatkan *self efficacy* perawat dalam penggunaan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta.
- 1.3.2.6 Gambaran pengalaman perawat tentang harapan perawat dalam penggunaan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Aplikatif

- 1.4.1.1 Dapat digunakan sebagai masukan dan bahan pertimbangan bagi pimpinan RS dalam pengambilan keputusan terkait pengembangan SDM dalam meningkatkan *self efficacy* perawat untuk menunjang keberhasilan penggunaan SIMKEP, meningkatkan kepuasan perawat sebagai pengguna, meningkatkan motivasi kerja, meningkatkan kinerja,

komitmen organisasi, kualitas dokumentasi, serta kualitas pelayanan keperawatan.

1.4.1.2 Sebagai bahan masukan bagi bidang keperawatan dalam penyusunan program di bidang keperawatan terkait pengembangan SDM dalam meningkatkan *self efficacy* perawat untuk menunjang keberhasilan penggunaan SIMKEP, meningkatkan kepuasan perawat sebagai pengguna, meningkatkan motivasi kerja, meningkatkan kinerja, komitmen organisasi, kualitas dokumentasi, serta kualitas pelayanan keperawatan.

1.4.1.3 Sebagai masukan bagi perawat untuk meningkatkan *self efficacy* menggunakan SIMKEP dalam menunjang keberhasilan penggunaan SIMKEP.

1.4.2 Manfaat Keilmuan

Hasil penelitian dapat memberikan kontribusi untuk menunjang pengembangan ilmu kepemimpinan dan manajemen keperawatan yaitu *self efficacy* dalam penggunaan sistem informasi keperawatan untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan untuk yang melibatkan peran dan fungsi-fungsi manajemen dalam pelaksanaannya.

1.4.3 Manfaat Metodologi

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai tambahan referensi tentang metode penelitian, yang menjelaskan pengalaman perawat tentang *self efficacy* dalam penggunaan sistem informasi keperawatan.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Manajemen Keperawatan

2.1.1 Pengertian

Manajemen keperawatan adalah suatu proses koordinasi dan integrasi sumber-sumber melalui fungsi perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), pengkoordinasian (*coordinating*), pengarahan (*directing*), dan pengontrolan (*controlling*) di suatu unit pelayanan keperawatan. Manajemen keperawatan ini melibatkan penerapan keterampilan dan penggunaan sumber-sumber yang ada untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Proses dalam manajemen keperawatan akan bekerja melalui individu, kelompok ataupun sumber lain (seperti peralatan dan teknologi) untuk mencapai tujuan organisasi (Huber, 2010).

Swansburg (1999) menyatakan manajemen keperawatan sebagai suatu manajemen yang berhubungan dengan perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), pengaturan staf (*staffing*), kepemimpinan (*leading*) dan pengendalian (*controlling*). Pengetahuan manajemen keperawatan menggunakan suatu bagian utama yang sistematis dari pengetahuan yang meliputi konsep-konsep, prinsip dan teori yang berlaku terhadap semua situasi manajemen keperawatan. Manajemen keperawatan ditemukan pada perawat klinis, perawat kepala, pengawas, dan direktur atau tingkat-tingkat eksekutif (Swansburg, 1999). Definisi lain manajemen keperawatan yaitu manajemen yang terdiri dari fungsi-fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, pengarahan dan pengontrolan (Marquis & Houston, 2003).

2.1.2 Fungsi Manajemen

Proses manajemen dalam beberapa cara memiliki persamaan dengan proses keperawatan. Keduanya adalah sebuah siklus dan banyak perbedaan fungsi yang dapat terjadi secara simultan. Seorang perawat manajer memiliki peran dalam penentuan anggaran (perencanaan), bertemu dengan staf terkait dengan perubahan sistem pemberian pelayanan keperawatan (pengorganisasian), mengubah kebijakan pengaturan staf (pengaturan staf), melakukan pertemuan untuk memecahkan masalah antara perawat dan dokter (pengarahan) dan melakukan evaluasi penampilan kerja staf (pengontrolan/pengendalian). Tidak hanya perawat manajer saja yang harus berperan dalam semua fase proses manajemen, tetapi masing-masing fungsi harus memiliki fase perencanaan, implementasi dan pengontrolan. Sama seperti praktik keperawatan, masing-masing fungsi manajemen juga membutuhkan pelayanan keperawatan memiliki perencanaan, dan evaluasi (Marquis & Houston, 2003). Marquis dan Houston (2003) menyatakan bahwa fungsi manajemen terdiri dari:

2.1.2.1 Fungsi Perencanaan

Fungsi perencanaan dapat diartikan sebagai upaya memutuskan apa yang akan dilakukan, siapa yang melakukan, bagaimana melakukan, kapan dan dimana hal tersebut dilakukan. Perencanaan menuntut individu untuk menentukan pilihan diantara beberapa alternatif, sehingga dapat dikatakan perencanaan merupakan proses yang proaktif dan memiliki tujuan. Fungsi perencanaan meliputi penentuan filosofi, tujuan, sasaran, kebijakan, prosedur dan aturan-aturan, dalam jangka waktu pendek dan jangka waktu panjang, menentukan keuangan dan mengatur perubahan perencanaan.

2.1.2.2 Fungsi Pengorganisasian

Fungsi pengorganisasian merupakan fungsi dimana hubungan didefinisikan, prosedur dibentuk skemanya, peralatan disiapkan, dan kegiatan ditetapkan. Fungsi pengorganisasian

mencakup penetapan struktur perencanaan, menentukan jenis pelayanan keperawatan pasien yang tepat dan mengelompokkan aktivitas untuk mencapai tujuan. Fungsi-fungsi yang lain melibatkan kerja dalam struktur organisasi dan pemahaman dan menggunakan kekuasaan dan otoritas secara tepat.

2.1.2.3 Fungsi Pengaturan Staf

Fungsi pengaturan staf merupakan fungsi manajemen, dimana para manajer merekrut, menyeleksi, membiayai, mengorientasikan dan mempromosikan pengembangan staf untuk mencapai tujuan organisasi. Tanggungjawab pengaturan staf dimulai dengan perencanaan karena filosofi dan sumber keuangan organisasi mempengaruhi jumlah staf yang dibutuhkan. Pengaturan staf juga dipengaruhi oleh sistem yang dipilih untuk memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien karena beberapa jenis pelayanan membutuhkan rasio jumlah perawat yang berbeda.

2.1.2.4 Fungsi Pengarahan

Fungsi pengarahan merupakan fungsi manajemen yang berhubungan dengan mengkoordinasikan atau menggiatkan. Fungsi ini membutuhkan keterampilan kepemimpinan dan manajemen untuk mencapai tujuan organisasi. Fungsi pengarahan kadang meliputi beberapa fungsi pengaturan staf. Namun fungsi ini biasanya membawa tanggung jawab manajemen sumber daya manusia seperti memotivasi, manajemen konflik, pendelegasian, mengkomunikasikan, dan memfasilitasi kolaborasi.

2.1.2.5 Fungsi Pengontrolan/Pengendalian

Fungsi pengendalian bukanlah langkah akhir dalam proses manajemen, namun fungsi ini diimplementasikan di semua fase manajemen. Fungsi pengontrolan merupakan fungsi manajemen yang meliputi evaluasi secara periodik pada

filosofi, misi, tujuan umum dan tujuan khusus, penilaian kinerja individu dan kelompok dengan menggunakan standar yang telah ditetapkan sebelumnya, pemantauan biaya sebelumnya, biaya yang dikeluarkan dan penggunaan persediaan, memeriksa tujuan serta akhir pasien, kontrol terhadap kualitas, kontrol terhadap legal dan etik, serta kontrol terhadap profesi dan kolegium.

Pengendalian kualitas pelayanan keperawatan salah satunya yaitu dengan dokumentasi keperawatan. Yocum (2002), menyatakan bahwa dokumentasi perawatan harus akurat, komprehensif, dan fleksibel untuk memperoleh data penting, mempertahankan kesinambungan pelayanan, melacak hasil pasien, dan menggambarkan standar praktek terkini. Informasi pada rekaman pasien menyediakan penjelasan rinci tentang kualitas tingkat pelayanan yang diberikan. Dokumentasi yang efektif akan menjamin kesinambungan pelayanan, menghemat waktu, dan meminimalisasi risiko kesalahan (Yocum, 2002).

Saat ini sistem pendokumentasian keperawatan telah dikembangkan dengan mengintegrasikan proses keperawatan dan teknologi informasi yang tergabung dalam sistem informasi keperawatan. Sistem informasi keperawatan merupakan paket perangkat lunak yang dikembangkan secara khusus dengan program-program atau modul-modul yang dapat membantu fungsi manajemen keperawatan di divisi pelayanan keperawatan (Swansburg, 1999). Sistem informasi keperawatan ini dalam pelaksanaannya tetap harus mengacu pada fungsi-fungsi manajemen. Penggunaan teknologi informasi dengan sistem informasi keperawatan diharapkan dapat menunjang berjalannya fungsi-fungsi manajemen keperawatan.

2.2 Sistem Informasi Manajemen (SIM)

2.2.1 Pengertian

Sistem informasi manajemen (SIM) adalah upaya organisasi yang memiliki suatu sistem yang dapat diandalkan dalam mengolah data menjadi informasi yang bermanfaat dalam pembuatan keputusan manajemen, baik yang menyangkut keputusan-keputusan rutin maupun keputusan-keputusan strategis, dari apa yang telah terjadi di masa lalu, apa yang sedang terjadi, dan apa kemungkinan akan terjadi di masa depan (Kumorotomo & Margono, 2009; McLeod & Schell, 2008; Sabarguna, 2005).

Tujuan SIM adalah meningkatkan kinerja perusahaan dengan cara meningkatkan kualitas keputusan manajerial, sehingga dapat menunjang tugas-tugas para pegawai di suatu organisasi. Sebuah sistem informasi yang efektif akan mengumpulkan data, memberi kode, menyimpan, mensintesa dan menyajikan informasi sedemikian rupa sehingga menjawab pertanyaan operasional dan strategis yang penting (David, 2004; Kumorotomo & Margono, 2009; McLeod & Schell, 2008).

SIM dapat dilaksanakan tanpa bantuan alat komputer. Akan tetapi dengan sistem manajemen yang semakin kompleks di dalam organisasi-organisasi modern, dan juga melihat kenyataan bahwa harga perangkat keras maupun lunak komputer relatif semakin murah serta unsur mesin komputer tidak dapat diabaikan peranannya, maka setiap pembahasan tentang SIM modern sekarang ini akan melibatkan pembahasan tentang sistem komputer (Kumorotomo & Margono, 2009; McLeod & Schell, 2008).

2.2.2 Keuntungan SIM

SIM memiliki beberapa keuntungan. Keuntungan dari SIM yang efektif antara lain: meningkatkan kemudahan memperoleh data,

menjamin tersedianya kualitas dan keterampilan dalam memanfaatkan sistem informasi secara kritis, pemahaman fungsi bisnis yang lebih baik, komunikasi yang lebih baik, pembuatan keputusan dengan lebih banyak informasi, analisis masalah yang lebih baik dan pengawasan yang lebih baik. SIM merupakan sumber daya strategis utama, memantau perubahan lingkungan, mengidentifikasi ancaman persaingan, dan membantu implementasi, evaluasi dan pengawasan strategi (David, 2004; Kumorotomo & Margono, 2009; McLeod & Schell, 2008).

2.2.3 Komponen SIM

SIM yang efektif akan terdiri atas komponen: manusia/pemakai (*user*), tujuan, masukan, proses, keluaran, data, teknologi (perangkat keras dan perangkat lunak komputer), model untuk analisis, serta pengendali (David, 2004; Kumorotomo & Margono, 2009; Sabarguna, 2005).

Setiap SIM harus memperhatikan unsur manusia agar sistem yang diciptakan bermanfaat. Manusia adalah pihak yang memanfaatkan dan sebagai penentu keberhasilan sebuah SIM, sehingganya harus berlatih memanfaatkan SIM. Keluaran yang dihasilkan harus sesuai dengan tujuan, agar dapat dimanfaatkan. Masukan harus dikode dengan jelas sesuai dengan kebutuhan, dan dengan cara tertentu. Proses harus jelas diproses dengan cara apa, alat apa, perangkat keras dan perangkat lunak serta teknisi yang sesuai. Keluaran harus jelas dan memenuhi ciri-ciri informasi yang baik. Data merupakan fakta-fakta yang akan dibuat menjadi informasi yang bermanfaat. Data harus akurat dan benar. Data biasanya disimpan dalam bentuk yang dapat dibaca oleh mesin sehingga setiap saat mesin komputer dapat mengolahnya. Teknologi meliputi perangkat keras (*hardware*) perangkat lunak (*software*). Model merupakan cara pengolahan, dengan logika, perhitungan atau pengolahan data, atau tata letak. Pengendali

merupakan bagaimana mencegah kerugian data dan kehilangan data (David, 2004; Kumorotomo & Margono, 2009; Sabarguna, 2005).

Komponen-komponen ini saling berkaitan, bila data salah, maka hasilnya akan merupakan informasi yang salah juga. Informasi yang canggih seperti angka statistik yang rumit, tidak ada gunanya bila pemakai tak dapat mengerti, maka komponen ini harus dipertimbangkan secara keseluruhan.

2.3 Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS)

2.3.1 Pengertian

Sistem informasi rumah sakit (SIRS) adalah suatu tatanan yang berurusan dengan pengumpulan data, pengelolaan data, penyajian informasi, analisa dan penyimpulan informasi yang dibutuhkan untuk kegiatan rumah sakit (Sabarguna, 2005).

2.3.2 Unsur SIRS

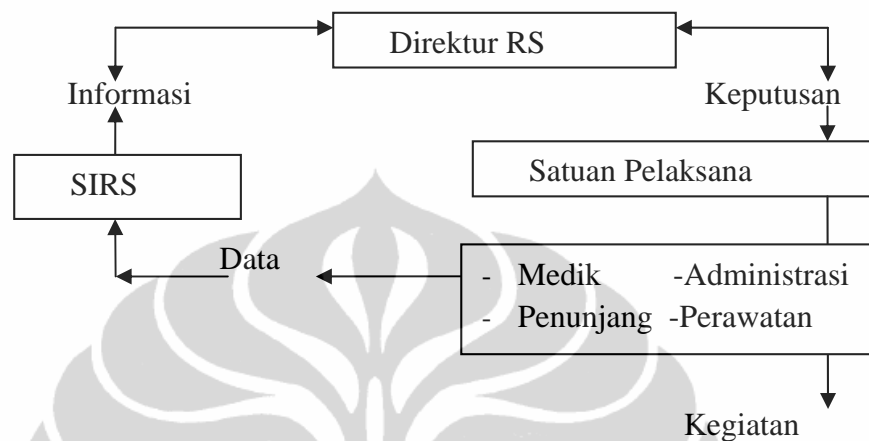
Sabarguna (2005) menyatakan bahwa unsur SIRS terdiri atas: a) tugas, yaitu menyiapkan informasi untuk kepentingan pelayanan rumah sakit, b) tujuan, yaitu sistem informasi itu sendiri, dan subsistemnya yaitu subsistem pengembangan dan operasional subsistem, c) struktur hierarki, yaitu sistem RS sebagai sistem supra sistemnya dan d) komponen, yaitu meliputi input, proses, output, dan kontrol.

2.3.3 Kedudukan SIRS

Bila dilihat hubungan antara informasi perencanaan dan informasi untuk pengendalian dengan pengambilan keputusan yang berbentuk strategik, taktis dan teknis ternyata akurat secara keseluruhan memerlukan informasi (Sabarguna, 2005).

Arus data SIRS dapat digambarkan sebagai berikut: (Sabarguna, 2005):

Gambar 2.1 Arus Data SIRS



2.3.4 Jenis SIRS

Sabarguna (2005) membagi jenis SIRS menjadi tiga, yaitu: sistem informasi klinik, sistem informasi administrasi dan sistem informasi manajemen. Sistem informasi klinik merupakan sistem informasi yang secara langsung untuk membantu pasien dalam hal pelayanan medis, misalnya: sistem informasi di ICU, pada alat CT Scan, dan USG tertentu. Sistem informasi administrasi merupakan sistem informasi yang membantu pelaksanaan administrasi di rumah sakit, misalnya: sistem informasi administrasi, sistem billing, farmasi, dan penggajian. Sistem informasi manajemen merupakan sistem informasi yang membantu manajemen RS dalam pengambilan keputusan, misalnya: sistem informasi manajemen pelayanan, keuangan, dan pemasaran.

2.3.5 Manfaat SIRS

SIRS memiliki beberapa manfaat. Sabarguna (2005) menyatakan bahwa SIRS berperan dalam mendukung pengendalian mutu

pelayanan medis, pengendalian mutu dan penilaian produktivitas, analisa pemanfaatan dan perkiraan kebutuhan, perencanaan dan evaluasi program, menyederhanakan pelayanan, penelitian klinis dan pendidikan.

2.4 Sistem Informasi Keperawatan

2.4.1 Pengertian

ANA (2001) mendefinisikan sistem informasi keperawatan sebagai area khusus yang mengintegrasikan ilmu keperawatan, ilmu komputer, dan ilmu informasi untuk mengatur dan mengkomunikasikan data, informasi, dan pengetahuan dalam praktik keperawatan (Huber, 2010; Potter & Perry, 2010). Definisi lain sistem informasi keperawatan menurut Malliarou dan Zyga (2009) adalah sebagai bagian sistem informasi pelayanan kesehatan dari aspek keperawatan, yang merupakan bagian dari pemeliharaan catatan keperawatan. Sistem ini digunakan untuk mengkaji kondisi pasien, menyiapkan perencanaan perawatan, intervensi yang spesifik, dokumen perawatan, kriteria hasil, dan kualitas kontrol dari pelayanan keperawatan yang telah diberikan terhadap pasien.

2.4.2 Desain Sistem Informasi Keperawatan

Sistem informasi keperawatan pada dasarnya memiliki dua desain. Desain proses keperawatan merupakan bentuk yang paling tradisional. Desain ini mengatur dokumentasi dalam format yang telah ditetapkan seperti pengkajian rawat inap dan pasca operasi, daftar masalah, rencana perawatan, instruksi rencana pemulangan, dan daftar intervensi. Sistem yang lebih maju disertakan bahasa keperawatan standar seperti diagnosis keperawatan NANDA, NIC, dan NOC (Perres et al., 2010; Potter & Perry, 2010).

Desain kedua untuk sistem informasi keperawatan adalah desain protokol atau alur kritis (Hebda, et al., 2005). Desain menawarkan

format multidisiplin dalam pengaturan informasi. Semua penyedia layanan kesehatan menggunakan sistem protokol untuk mendokumentasikan pelayanan pasien.

2.4.3 Fungsi Sistem Informasi Keperawatan

Sistem informasi keperawatan dibutuhkan untuk memenuhi aspek teknik, keilmuan, legal dan dokumen etik (Peres et al, 2010). Tugas utama dari proses pelayanan keperawatan meliputi proses pelayanan keperawatan kepada pasien, manajemen bangsal, komunikasi dan kerjasama dengan profesi kesehatan lain, dan pendidikan serta proses penelitian. Proses pelayanan keperawatan pasien meliputi semua tindakan administrasi yang dilakukan oleh perawat. Intervensi perawat menggambarkan aktivitas dan perilaku yang digunakan untuk memberikan tindakan keperawatan (Malliarou & Damigou, 2007). Data yang diperoleh untuk dokumentasi keperawatan meliputi hasil pemeriksaan observasi perawat yang akan membangun diagnosa keperawatan, jadwal tindakan dan pemberian obat, *medical record*, pendaftaran diet, penilaian beban kerja, pemulangan atau pemindahan pasien (Malliarou & Zyga, 2009).

2.4.4 Tujuan Sistem Informasi Keperawatan

Sistem informasi keperawatan yang efektif memiliki beberapa tujuan. Tujuan tersebut yaitu: a) sistem tersebut mendukung fungsi dan kerja perawat dengan memberikan fleksibilitas penggunaan sistem untuk meninjau data dan mengumpulkan informasi, memberikan pelayanan kepada pasien, dan mendokumentasikan kondisi pasien, b) bukti dari efisiensi dan jaminan *financial reimbursement*, c) mendukung dan meningkatkan praktik keperawatan melalui perbaikan akses informasi, komunikasi antar petugas kesehatan untuk memastikan pemberian perawatan yang

aman dan alat pengambilan keputusan klinis (Hebda et al., 2005; Malliarou & Zyga, 2009).

2.4.5 Keuntungan Sistem Informasi Keperawatan

Ada beberapa keuntungan sistem informasi keperawatan. Keuntungan-keuntungan tersebut yaitu: a) peningkatan waktu bersama pasien, b) menciptakan komunikasi yang efektif diantara tim profesi kesehatan, c) akses informasi yang lebih baik, d) peningkatan kualitas dokumentasi, e) penurunan jumlah kesalahan, f) penurunan penggunaan kertas dan biaya rawat rumah sakit, g) merupakan alat yang otomatis dalam dokumentasi keperawatan, h) seragamnya standar dari pelayanan; pembentukan data klinis dasar yang sama, i) proses keperawatan peningkatan kepuasan kerja perawat, j) ketaatan dengan lembaga akreditasi, k) dapat mengukur kualitas dan l) untuk jaminan mutu pelayanan keperawatan (Hebda et al., 2005; Mahler et al., 2007; Malliarou & Zyga, 2009).

2.5 Self Efficacy

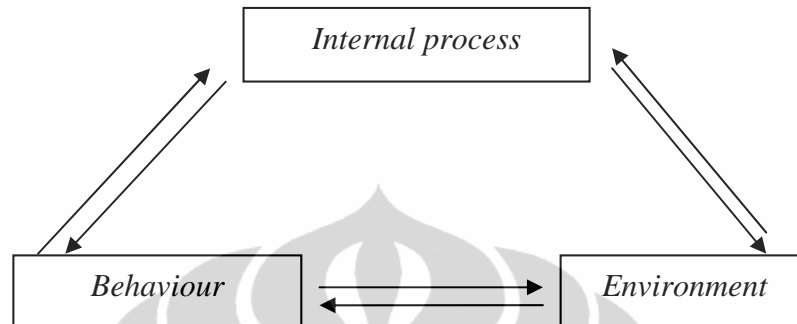
2.5.1 Teori Kognitif Sosial

Self efficacy pertama kali diperkenalkan oleh Albert Bandura, yaitu salah seorang psikolog yang berpengaruh dalam sejarah ilmu psikologi. Bandura menggunakan teori pembelajaran sosial (*Social learning theory*), yang selanjutnya diberi label atau dicap sebagai teori kognitif sosial (*Social cognitive theory*) sebagai dasar untuk menganalisis konstruksi *self efficacy* (Lenz & Baggett, 2002).

Self efficacy merupakan komponen utama dari teori kognitif sosial. Teori kognitif sosial menghadirkan sebuah model *The triadic relationship*, meliputi perilaku individu, proses internal/karakteristik individu, dan lingkungan. Dimana ketiga komponen tersebut akan berinteraksi secara konstan untuk membentuk perilaku. Perubahan salah satu komponen akan mempengaruhi komponen yang lain (Lenz & Baggett, 2002; Quigley,

2005). Hubungan dari ketiga komponen tersebut (*The Triadic Relationship*) dapat dilihat pada gambar berikut.

Gambar 2.2 *The Triadic Relationship*



(Sumber: Quigley, 2005)

Model *The Triadic Relationship* memperlihatkan bahwa perilaku, karakteristik individu (kognitif) dan lingkungan ada dalam hubungan resiprokal, sehingga dengan demikian saling mempengaruhi dan ditentukan oleh masing-masingnya (Quigley, 2005).

Teori kognitif sosial memberikan asumsi-asumsi sebagai berikut (Quigley, 2005): a) Individu memiliki kemampuan simbol yang kuat melalui formasi dari simbol seperti gambar dan kata-kata, individu mampu memberikan arti, bentuk dan pengalaman mereka. Selain itu, melalui kreasi dari simbol, individu dapat menyimpan informasi dalam ingatan mereka yang dapat dijadikan pedoman untuk perilaku berikutnya, b) Individu dapat belajar dengan cara mengobservasi perilaku orang lain. Hal ini memungkinkan individu untuk menghindari kesalahan dan mengembangkan keterampilan yang kompleks, c) Individu adalah *self reflective* dan mampu menganalisa serta mengevaluasi pikiran dan pengalaman mereka, seperti kemampuan untuk mengontrol (*self control*) pikiran dan perilaku mereka, d) Individu mampu melakukan *self regulation* dengan mengatur setiap pikiran, perasaan,

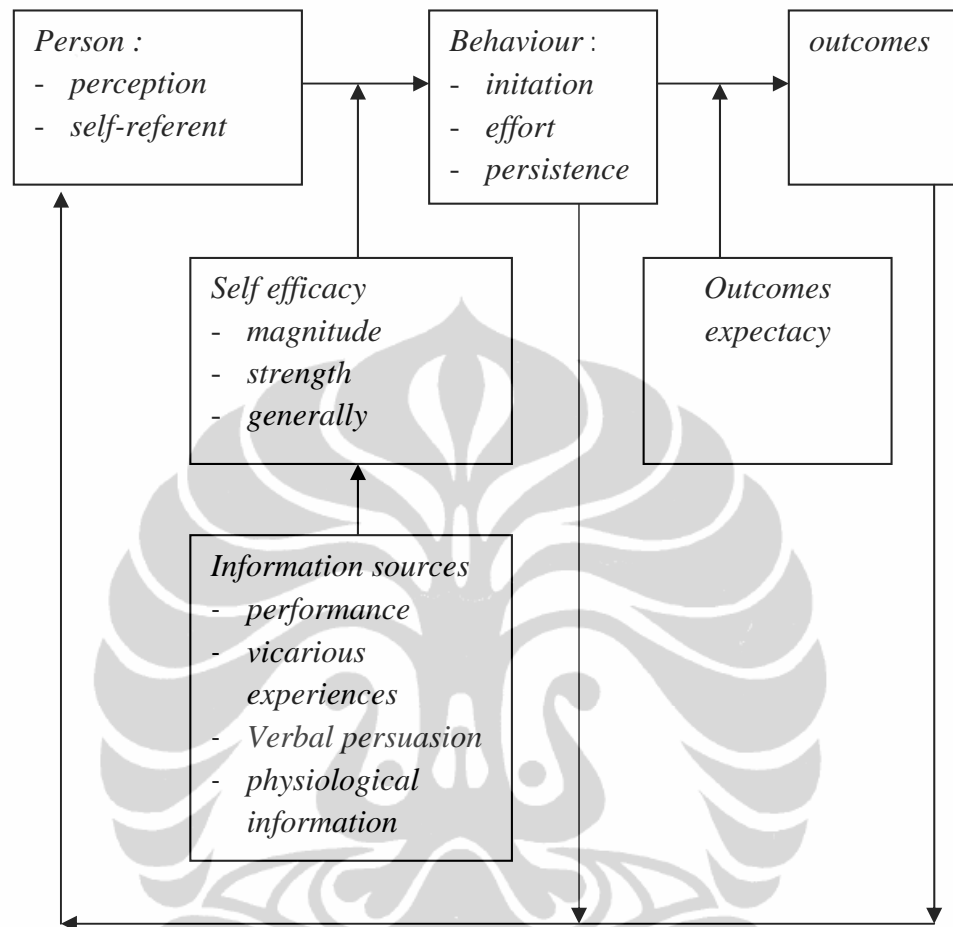
motivasi dan tindakan. *Self regulation* adalah memulai, memonitor dan mengevaluasi diri untuk mencapai tujuan yang ingin dicapai.

Bandura (1986) menyatakan bahwa kognitif, sosial, dan perilaku harus diorganisir ke dalam tindakan yang terintegrasi untuk latihan beberapa pengontrolan terhadap kejadian-kejadian yang mempengaruhi hidup seseorang. Hal ini merupakan keyakinan Bandura yang didukung oleh peningkatan jumlah penelitian yang penggunaannya efektif dan berhubungan kuat dengan keyakinan terhadap *personal efficacy* dalam berperilaku. Pengaruh peran *personal efficacy* terlihat sejak diperkenalkan tahun 1977. Bandura mengeksplorasi *personal efficacy* lebih lanjut dengan nama *self efficacy* pada tahun 1986 dan 1997 (Lenz & Baggett, 2002).

2.5.2 Pengertian *Self Efficacy*

Premis dasar yang menggarisbawahi teori *self efficacy* menurut Bandura adalah harapan penguasaan pribadi (*Self efficacy*) dan kesuksesan (*Expectacy outcomes*) yang menentukan seorang individu terlibat dalam perilaku tertentu (Lenz & Baggett, 2002). *Expectacy outcomes* adalah keyakinan individu tentang hasil dari perilaku yang ditampilkan. Hasil ini dapat berupa bentuk, efek evaluasi diri dan sosial. Sedangkan *self efficacy* berfokus kepada kepercayaan diri akan kemampuan untuk menghasilkan perilaku tertentu. Individu akan termotivasi untuk menampilkan perilaku yang mereka yakin akan mencapai hasil yang diinginkan, sehingga *self efficacy* memprediksi penampilan perilaku lebih baik dibandingkan *Expectacy outcomes*. Bentuk model teori *self efficacy* menurut Bandura dapat dilihat pada gambar 2.3 berikut (Lenz & Baggett, 2002).

Gambar 2.3 Self Efficacy Model



(Sumber: Shortridge-Baggett & van der Bijl, 1996
dalam Lenz & Baggett, 2002)

Bandura menyatakan bahwa *self efficacy* merupakan keyakinan individu bahwa mereka memiliki kemampuan dalam mengadakan kontrol terhadap pekerjaan mereka, terhadap peristiwa lingkungan mereka sendiri (Feist & Feist, 2008). Definisi lain *self efficacy* adalah sebagai keyakinan seseorang tentang kemampuannya untuk mengorganisasikan dan melaksanakan tindakan apa saja yang dibutuhkan untuk mencapai kinerja yang diinginkan (Pajares & Urdan, 2006).

Self efficacy individu bukan dari sesuatu yang alamiah, tapi berhubungan dengan situasi dan tugas yang spesifik. Individu dapat menyatakan diri mereka menjadi sangat kompeten dalam suatu pekerjaan dan kurang kompeten dalam pekerjaan lain (Lenz & Baggett, 2002). Pikiran individu terhadap *self efficacy* menentukan seberapa besar usaha yang akan dicurahkan, seberapa banyak upaya yang akan dipilih untuk diupayakan, seberapa banyak upaya yang akan ditanamkan pada aktivitas-aktivitas tersebut, seberapa lama akan bertahan di tengah gemparan badai kegagalan, seberapa besar keinginan mereka untuk kembali dalam menghadapi hambatan atau pengalaman yang tidak menyenangkan (Pajares, 2002).

Bandura menjelaskan bahwa individu cenderung untuk menghindari pekerjaan atau situasi yang dianggapnya berat dan melebihi kemampuannya. Namun individu memiliki keyakinan untuk melaksanakan dan menyelesaikan tugas tersebut jika mereka menilai diri mereka mampu untuk menangani tugas tersebut. Ada individu yang tidak mengerjakan sesuatu dengan optimal, padahal individu tersebut benar-benar memahami apa yang seharusnya dia lakukan. Situasi ini dapat disebabkan oleh pikiran-pikiran yang menilai kemampuannya, yang akan mempengaruhi motivasi dan perilakunya (Pajares, 2002).

Self efficacy berkombinasi dengan lingkungan, perilaku sebelumnya, dan variabel kepribadian lainnya, khususnya ekspektasi terhadap hasil (*expectancy outcomes*) untuk dapat menghasilkan perilaku tertentu. Selain berbeda dengan *expectancy outcomes*, *self efficacy* juga berbeda dengan konsep lain (Pajares & Urdan, 2006). Manusia dapat memiliki *self efficacy* tinggi di satu situasi namun rendah di situasi yang lain. Hal ini disebabkan karena *self efficacy* yang beragam dari situasi yang satu dengan situasi yang lain (Feist & Feist, 2008; Pajares, 2002).

2.5.3 Fungsi *Self Efficacy*

Bandura menyatakan bahwa *self efficacy* akan berkombinasi dengan lingkungan yang responsif dan tidak responsif untuk dapat menghasilkan empat variabel yang paling dapat diprediksi yaitu: a) bila *self efficacy* yang dimiliki seorang individu tinggi dan lingkungan responsif, maka hasil yang dapat diperkirakan adalah kesuksesan, b) bila *self efficacy* yang dimiliki seorang individu rendah dan lingkungan responsif, maka individu tersebut dapat menjadi depresi saat mereka mengamati orang lain, yang berhasil menyelesaikan tugas yang menurutnya sulit, c) bila *self efficacy* yang dimiliki seorang individu tinggi dan situasi lingkungan yang tidak responsif, maka individu tersebut biasanya akan berusaha keras mengubah lingkungan, d) bila *self efficacy* yang dimiliki seorang individu rendah berkombinasi dengan lingkungan yang tidak responsif, maka individu tersebut akan merasa apati, mudah menyerah dan merasa tidak berdaya (Feist & Feist, 2008).

Bandura juga menjelaskan bahwa *self efficacy* yang tinggi, akan mendorong individu untuk giat dan gigih melakukan upayanya. Sebaliknya individu dengan *self efficacy* yang rendah, akan diliputi perasaan keragu-raguan akan kemampuannya. Jika individu tersebut dihadapkan pada kesulitan, maka akan memperlambat dan melonggarkan upayanya, bahkan dapat menyerah (Pajares, 2002).

2.5.4 Dimensi *Self Efficacy*

Bandura menyatakan bahwa ada 3 (tiga) dimensi *self efficacy*. Dimensi-dimensi tersebut yaitu *magnitude*, *strength* dan *generally* (Lenz & Bagget, 2002; Pajares, 2002; Pajares & Urdan, 2006).

Magnitude merupakan dimensi *self efficacy* yang mengacu pada tingkat kesulitan tugas yang diyakini seseorang dapat diselesaikannya. Individu dengan *magnitude self efficacy* yang tinggi, akan mampu menyelesaikan tugas yang sulit. Sedangkan individu dengan *magnitude self efficacy* yang rendah akan menilai dirinya hanya mampu melaksanakan perilaku yang

mudah dan sederhana *generally* (Lenz & Bagget, 2002; Pajares, 2002; Pajares & Urdan, 2006).

Strength self efficacy yang tinggi akan tetap bertahan menghadapi hambatan dan masalah. Sedangkan individu dengan *strength self efficacy* yang rendah akan lebih mudah frustrasi ketika menghadapi hambatan atau masalah dalam menyelesaikan tugasnya *generally* (Lenz & Bagget, 2002; Pajares, 2002; Pajares & Urdan, 2006).

Generally merupakan dimensi *self efficacy* yang mengacu pada tingkat kesempurnaan *self efficacy* dalam situasi tertentu. Beberapa individu mampu beradaptasi dengan berbagai kondisi. Namun ada juga individu yang percaya bahwa mereka hanya mampu menghasilkan beberapa perilaku tertentu dalam keadaan tertentu saja *generally* (Lenz & Bagget, 2002; Pajares, 2002; Pajares & Urdan, 2006).

2.4.5 Sumber-sumber *Self Efficacy*

Bandura (Lenz & Baggett, 2002) menyatakan ada empat sumber penting yang mempengaruhi *self efficacy*. Sumber-sumber tersebut yaitu: pencapaian kinerja (*Performance accomplishment*), pengalaman tak terduga (*Vicarious experiences*), bujukan verbal (*Verbal persuasion*) dan keadaan fisik dan emosional (*Physiological information*).

Pencapaian kinerja (*Performance accomplishment*) terdiri atas berlatih dan pengalaman sebelumnya. Berlatih adalah sumber yang paling penting, karena didasarkan kepada pengalaman individu itu sendiri. Satu kali seseorang memiliki *self efficacy* yang kuat, maka satu kesalahan tidak akan begitu berpengaruh. Pengalaman dengan perilaku dan atribusi kesuksesan dan kesalahan merupakan sumber yang sangat penting dalam pengembangan *self efficacy* (Lenz & Baggett, 2002).

Pengalaman tak terduga (*Vicarious experiences*) dalam hal ini yaitu observasi terhadap orang lain. Melihat orang lain mencapai kesuksesan juga penting sebagai sumber *self efficacy*. Orang lain dapat menjadi *role models* dan memberikan informasi tentang kesulitan dalam perilaku tertentu. Seseorang akan menggunakan indikator observasi, yang dapat mengukur kemampuan sendiri dan memperkirakan kesuksesan mereka. Observasi terhadap orang lain merupakan sumber yang lebih membangunkan *self efficacy* dibandingkan dengan pengalaman langsung (Lenz & Baggett, 2002).

Bujukan verbal (*Verbal persuasion*) sering digunakan sebagai sumber *self efficacy*, namun ini tidak mudah digunakan. Pemberian instruksi, nasehat dan saran, mencoba untuk meyakinkan seseorang bahwa mereka dapat sukses dalam tugas yang sulit. Hal penting dalam ini adalah kredibilitas, keahlian, kepercayaan dan prestise dari seseorang yang melakukan bujukan. Upaya-upaya secara verbal dalam meyakinkan seseorang bahwa mereka memiliki kemampuan untuk menampilkan perilaku tertentu adalah lebih membangun. Jika seseorang yakin akan kemampuan mereka sendiri, maka mereka akan lebih cenderung bertahan dan tidak akan mudah menyerah (Lenz & Baggett, 2002).

Keadaan fisik dan emosional (*Physiological information*) merupakan evaluasi diri terhadap status fisiologis dan emosional. Kondisi tubuh dapat mempengaruhi perkiraan seseorang terhadap kemampuan untuk menampilkan perilaku tertentu. Adanya pengalaman tekanan, cemas, dan depresi adalah tanda-tanda defisiensi atau berkurangnya ketahanan seseorang. Aktivitas yang membutuhkan kekuatan dan pertahanan, membuat mereka mengalami kelemahan, nyeri, hipoglikemi yang merupakan indikator *physical efficacy* yang rendah. Seseorang akan mencapai kesuksesan ketika mereka tidak dalam keadaan stress. Stress memberikan pengaruh yang negatif terhadap *self efficacy*. *Self efficacy* dari berbagai sumber butuh diproses secara kognitif. Banyak faktor yang mempengaruhi

pengalaman kognitif, misalnya kepribadian, situasi, sosial dan faktor waktu. Oleh karena itu, dalam membangun *self efficacy* harus mempertimbangkan dan mengintegrasikan informasi informasi dari sumber yang berbeda (Lenz & Baggett, 2002).

Ada hirarki tertentu dari keempat sumber *self efficacy*. Sumber yang pertama adalah sumber yang paling kuat karena berdasarkan kepada informasi langsung yaitu pengalaman sukses atau gagal. Sedangkan ketiga sumber lainnya adalah berdasarkan informasi yang tidak langsung. Model, melihat orang lain memperlihatkan perilaku yang diinginkan dapat menawarkan sumber *self efficacy* yang penting, tetapi tidak berdasarkan kepada pengalaman diri seseorang. Bujukan merupakan sumber yang membangunkan. Sumber ini digunakan untuk mendukung sumber lain. Sumber yang terakhir merupakan sebagai beton. Seseorang akan mengandalkan status fisik dan emosi mereka untuk meyakinkan kemampuan mereka (Lenz & Baggett, 2002).

2.5.5 Self Efficacy dan Kinerja

Stajkovic & Luthans dalam Judge et al. (2007) menyatakan bahwa teori kognitif sosial dengan *self efficacy* sebagai sentral variabel telah banyak diteliti selama lebih dari 10.000 penelitian dalam 25 tahun terakhir, yaitu dalam konteks organisasi, kepemimpinan, penilaian kinerja, perilaku, kreatifitas, negosiasi, motivasi dan proses kelompok. *Self efficacy* berperan penting dalam organisasi terkait dengan kinerja (*Job performance*). Beberapa penelitian meta analisis menyarankan bahwa *self efficacy* berhubungan sangat kuat dengan kinerja (Judge et al, 2007).

Kinerja (*Job performance/actual performance*) merupakan hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seorang pegawai/staf dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang telah diberikan kepada staf tersebut (Mangkunegara, 2010). Kinerja juga sebagai bentuk perilaku yang ditampilkan oleh individu dalam dunia kerja. Menurut teori

Lewin, kinerja tidak terlepas dari karakteristik personal/individu. Salah satu karakteristik individu yang mempengaruhi kinerja adalah *self efficacy* (Pajares, 2002).

Individu dengan *self efficacy* yang tinggi, akan menunjukkan komitmen dan motivasi diri untuk menampilkan kinerja yang diharapkan. Hal ini mendukung pendapat Bandura, bahwa *self efficacy* berhubungan dengan motivasi dengan tiga kebutuhan McClelland yaitu kebutuhan akan prestasi (*n Achievement*), kebutuhan akan kekuasaan (*n Power*), dan kebutuhan akan afiliasi (*n Affiliation*) (Ivancevich, 2005).

Kebutuhan akan prestasi (*n Achievement*), merupakan dorongan untuk melakukan sesuatu yang terbaik, sesuai dengan standar yang ditetapkan. Individu tersebut akan bekerja keras mencapai tujuan, menggunakan keterampilan dan kemampuan untuk mencapai prestasi. Individu yang menyukai tantangan dalam tugas/pekerjaan serta tanggung jawab untuk memecahkan masalah, cenderung menyukai pekerjaan dengan derajat kesulitan yang cukup tinggi, menyukai tantangan dan kompetisi, berani mengambil risiko, serta mempunyai ide-ide yang kreatif. Beberapa penelitian telah memberi dasar bagi pembentukan profil individu yang memiliki *n Achievement* tinggi menunjukkan kekompleksan dari pencapaian prestasi. Individu dengan *n Achievement* tinggi akan memfokuskan pada pencapaian sukses, yang berbeda dari individu yang fokusnya menghindari kegagalan (Ivancevich, 2005).

Kebutuhan akan kekuasaan (*n Power*) merupakan keinginan untuk mengontrol lingkungan, meliputi sumber daya manusia dan material. Seseorang dengan kebutuhan kekuasaan yang tinggi akan berusaha selalu mengontrol orang lain. Individu tersebut sering menggunakan komunikasi persuasif, mengajukan saran dalam pertemuan-pertemuan dan cenderung mengkritisi apa yang terjadi disekitarnya (Ivancevich, 2005).

Kebutuhan akan afiliasi (*n Affiliation*) yaitu kebutuhan untuk berinteraksi sosial dengan orang lain. Individu dengan afiliasi tinggi menginginkan bentuk hubungan yang positif dengan orang lain, berusaha untuk menunjukkan *image* yang disukai orang lain dan menampilkan perilaku untuk disukai orang lain. Individu yang mempunyai kebutuhan afiliasi tinggi juga selalu aktif memberikan dukungan bagi rekan kerjanya dan berusaha menyelesaikan konflik yang terjadi pada tempatnya bekerja (Ivancevich, 2005).

Teori tiga kebutuhan McClelland dalam Ivancevich (2005) memberikan penjelasan bahwa individu dengan *n Achievement*, *n Power*, *n Affiliation* yang tinggi juga memiliki *self efficacy* yang tinggi untuk memiliki motivasi dalam menampilkan kinerja yang diinginkan. Hal ini dibuktikan oleh penelitian Judge et. al (2007) tentang hubungan *self efficacy* dengan kinerja yang dilakukan terhadap beberapa staf. Hasil penelitian tersebut menyatakan bahwa *self efficacy* berhubungan erat dengan kinerja staf. Penelitian lain yang dilakukan oleh Stone dan Henry (2003), tentang peran *self efficacy* penggunaan komputer oleh *end-users* dalam mempengaruhi komitmen organisasi di sebuah rumah sakit besar di Amerika, menyatakan bahwa *self efficacy* penggunaan komputer oleh *end-users* secara positif mempengaruhi komitmen organisasi, dimana komitmen organisasi berpotensi dalam menentukan motivasi dan kinerja staf serta hasil yang ingin dicapai oleh organisasi tersebut.

2.5.6 Self Efficacy dalam Penggunaan Sistem Informasi Keperawatan

Self efficacy dalam penggunaan sistem informasi adalah kepercayaan pengguna (*user*) bahwa dia mampu untuk menggunakan sistem informasi, yang akan memperlihatkan pengaruh yang kuat terhadap pengguna dalam mengadopsi sistem informasi tersebut (Lending & Dillon, 2007). Sedangkan *self efficacy* dalam menggunakan komputer sebagai komponen dari sistem informasi, dihubungkan dengan kemampuan seseorang dalam menggunakan komputer sesuai dengan cara yang diinginkan.

Self efficacy terhadap sistem informasi diperkenalkan oleh Compeau dan Higgins pada tahun 1995 berdasarkan teori kognitif sosial Bandura (1982). Compeau dan Higgins memperkenalkan reaksi individu terhadap teknologi informasi yang akan mempengaruhi *self efficacy* individu tersebut dalam menggunakan teknologi. Hasil penelitian Compeau dan Higgins telah memperlihatkan bahwa *self efficacy* memiliki pengaruh yang kuat dalam banyak aspek terhadap individu yang menggunakan sistem informasi. Pengaruh *self efficacy* tersebut yaitu pada sikap terhadap sistem komputer, seperti kemudahan dalam menggunakan dan kemanfaatannya, serta terhadap perilaku dalam menggunakan pada awal adopsi (Lending & Dillon, 2007).

Ada beberapa hal yang mempengaruhi *self efficacy* individu dalam menggunakan komputer. Faktor tersebut meliputi jenis kelamin, tingkat pendidikan, kepemilikan komputer, pengalaman menggunakan komputer, orientasi, pelatihan, dukungan organisasi, dukungan manajemen, dan perilaku dalam menggunakan komputer (Marakas, Yi, & Johnson, 1998). Selain itu, hasil penelitian Dillon et al. (2003) tentang faktor-faktor yang mempengaruhi *self efficacy* perawat dalam menggunakan sistem informasi klinik, menemukan bahwa faktor-faktor tersebut meliputi kefamiliaran perawat terhadap teknologi, serta keahlian dalam menggunakan sistem seperti *e-mail* dan internet. Selain itu, Ammenwerth et al. (2002) melakukan penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi penerimaan pengguna (*user*) terhadap dokumentasi keperawatan berbasis komputer. Hasil penelitian tersebut menemukan dua hal yang paling berpengaruh, yaitu penerimaan terhadap proses keperawatan dan *self efficacy* pengguna.

Self efficacy mempengaruhi motivasi, komitmen organisasi, kepuasan kerja dan kinerja perawat. Pihak rumah sakit, dalam hal ini para manajer, penting untuk memperhatikan *self efficacy* perawat dalam menggunakan sistem informasi. Hal ini didukung oleh hasil penelitian Lending dan Dillon (2007) tentang efek kepercayaan diri terhadap *self efficacy* perawat dalam menggunakan sistem informasi. Hasil penelitian tersebut menyatakan bahwa

kurangnya kepercayaan diri perawat dalam menggunakan sistem informasi, dan menunjukkan hubungan dengan rendahnya *self efficacy* perawat tersebut. Sehingga disarankan agar rumah sakit dapat mengambil langkah-langkah untuk meningkatkan *self efficacy* perawat dalam menggunakan sistem informasi dengan melakukan pelatihan (*training*).

Perawat sebagai bagian dari komponen sistem informasi keperawatan, yang menggunakan teknologi komputer merupakan bagian vital dalam mengumpulkan dan memasukkan data kesehatan pasien. Perawat berpartisipasi dalam merencanakan, mendesain, dan mengimplementasikan sistem informasi kesehatan (Liong, 2008; Zeigler, 2011). Kemampuan perawat dalam melakukan dokumentasi keperawatan dengan menggunakan teknologi sangat tergantung pada kualitas individu perawat masing-masing. Perbedaan karakteristik individu, pendidikan, dan pengalaman serta keterpaparan dengan teknologi merupakan faktor yang dapat mempengaruhinya. Beberapa perawat tidak memiliki pengalaman dalam menggunakan komputer karena komputer tidak termasuk dalam kurikulum keperawatan. Hal ini akan mempengaruhi kepercayaan diri perawat dalam menggunakan teknologi informasi (Ragneskog & Gerdnert, 2006).

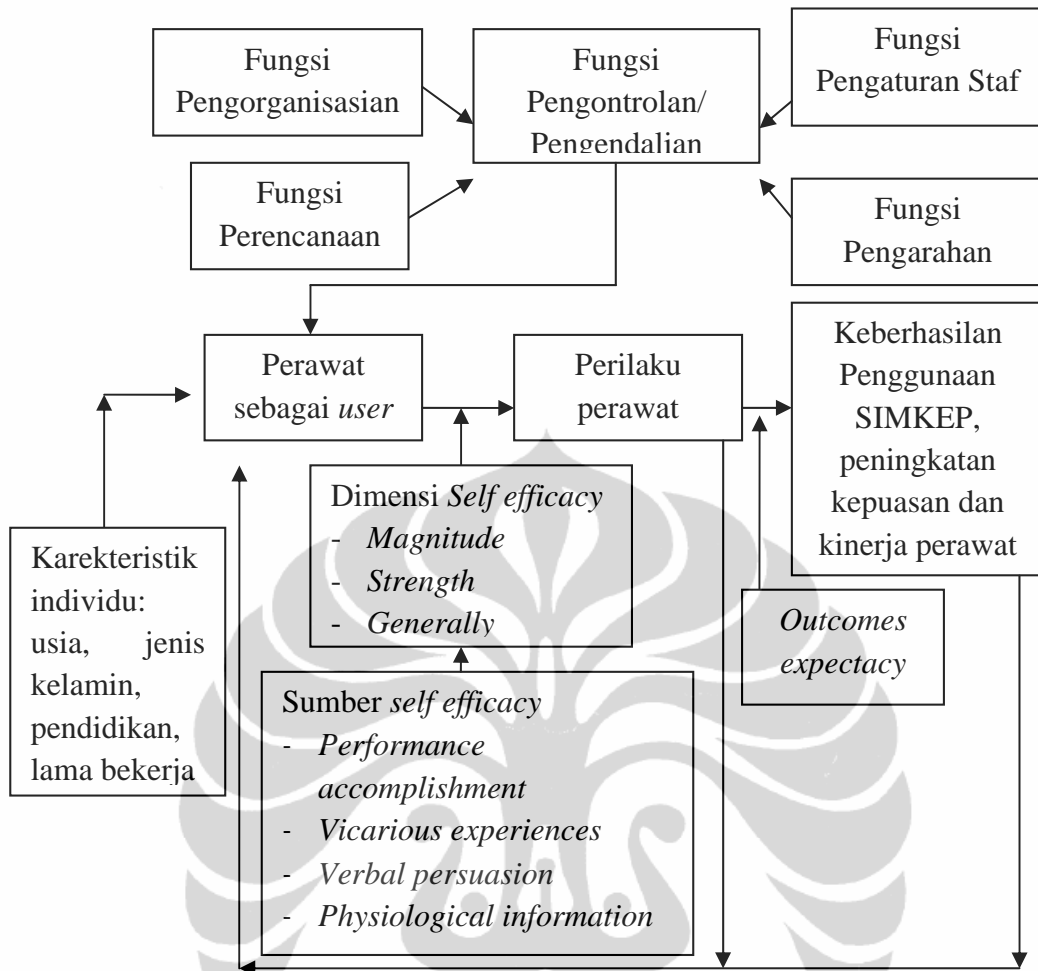
Hasil penelitian Barcy (2006) tentang faktor-faktor yang memfasilitasi dan menghambat perawat dalam menggunakan sistem informasi berbasis komputer rumah sakit di Australia menyatakan bahwa penggunaan komputer lebih banyak pada perawat yang memiliki *self efficacy* yang tinggi. Kemudian Zeigler (2011) melakukan penelitian tentang pengalaman penggunaan komputer oleh perawat dalam melakukan praktik keperawatan. Hasil penelitian tersebut menyatakan bahwa sebahagian besar *self efficacy* perawat mendukung perawat menggunakan komputer dalam melakukan praktik keperawatan. Selain itu Munter (2007) dalam penelitiannya tentang *self efficacy* dalam penggunaan komputer oleh perawat perioperatif, menyarankan bahwa untuk lebih memahami faktor individu, salah satunya yaitu *self efficacy* perawat dalam mengadopsi teknologi komputer. Penelitian

lain yang dilakukan oleh Turner (2007) untuk mengidentifikasi persepsi dan kesiapan perawat dalam menerima dan menggunakan *e-health*, menyatakan bahwa *self efficacy* dalam menggunakan komputer diidentifikasi sebagai faktor kritis, dan pengetahuan yang akan berguna dalam mempersiapkan perawat untuk perubahan di masa depan.

Self efficacy dalam penggunaan sistem informasi berdampak pada kepuasan kerja perawat. Hal ini dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan oleh Abdrbo (2007) tentang faktor yang mempengaruhi penggunaan sistem informasi dan dampaknya terhadap kepuasan kerja perawat di Ohio. Hasil penelitian tersebut memperlihatkan bahwa sebahagian besar perawat memiliki *self efficacy* yang tinggi dalam menggunakan komputer, dimana *self efficacy* perawat yang tinggi tersebut berhubungan dengan tingginya kepuasan perawat dan dapat juga meningkatnya kualitas pelayanan keperawatan.

2.6 Kerangka Teori

Adapun kerangka teori dalam penelitian ini dapat terlihat pada gambar 2.4 di bawah ini :



Gambar 2.4 Kerangka Teori Penelitian

(Modifikasi dari Marquis & Houston, 2003; Lenz & Baggett, 2002; Quigley, 2005; David, 2004; Kumorotomo & Margono; Sabarguna, 2005; Malliarou & Zyga, 2009)

Pemberian pelayanan keperawatan harus dengan menjalankan fungsi-fungsi manajemen. SIMKEP sebagai bentuk pengembangan dokumentasi keperawatan merupakan bagian dari fungsi pengontrolan/pengendalian tanpa mengabaikan berjalannya fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, dan pengarahan. *Self efficacy* sebagai komponen utama teori kognitif sosial oleh Bandura akan menentukan perilaku perawat sebagai *user* dalam mencapai hasil yang diinginkan yaitu keberhasilan penggunaan SIMKEP, peningkatan kepuasan dan kinerja perawat. Perawat sendiri tidak akan terlepas dari karakteristik personal yang

membedakannya dengan perawat lain. *Self efficacy* dalam mempengaruhi perilaku perawat menggunakan SIMKEP terdiri atas 3 dimensi yaitu a) *magnitude*, yang mengacu pada tingkat kesulitan tugas yang diyakini seseorang dapat diselesaikannya, b) *strength*, yang merupakan tingkat konveksi dari penilaian terhadap diri individu, dan c) *generally*, yang merupakan dimensi *self efficacy* yang mengacu pada tingkat kesempurnaan *self efficacy* dalam situasi tertentu. Kemudian *self efficacy* dapat diperoleh melalui beberapa sumber. Sumber-sumber tersebut yaitu pencapaian kinerja (*Performance accomplishment*), pengalaman tak terduga (*Vicarious experiences*), bujukan verbal (*Verbal persuasion*), dan informasi fisiologis (*Physiological information*).



BAB 3 METODE PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif. Rancangan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif ini cocok untuk menggali secara mendalam bagaimana pengalaman *self efficacy* perawat yang unik, berbeda-beda dan bersifat individual dalam menggunakan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta. *Self efficacy* merupakan keyakinan seseorang tentang kemampuannya untuk mengorganisasikan dan melaksanakan tindakan apa saja yang dibutuhkan untuk mencapai kinerja yang diinginkan. *Self efficacy* perawat dalam menggunakan SIMKEP akan menentukan seberapa besar usaha yang akan dicurahkan perawat, seberapa banyak upaya yang akan dipilih untuk diupayakan, seberapa banyak upaya yang akan ditanamkan pada aktivitas-aktivitas tersebut, seberapa lama akan bertahan di tengah gempuran badai kegagalan, dan seberapa besar keinginan perawat untuk kembali dalam menghadapi hambatan atau pengalaman yang tidak menyenangkan. Oleh karena itu pengalaman *self efficacy* perawat penting digali secara mendalam untuk menentukan keberhasilan penggunaan SIMKEP, meningkatkan kepuasan dan kinerja perawat serta meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan di RSIA Bunda Jakarta.

Spiegelberg (1978) dalam Streubert dan Carpenter (2003) menyatakan bahwa tahapan dalam pendekatan fenomenologi deskriptif terdiri atas *bracketing*, *intuiting*, *analyzing* dan *describing*. *Bracketing* adalah mengenyampingkan atau menyimpan sementara asumsi, keyakinan dan pengetahuan peneliti terhadap fenomena. Pada penelitian ini peneliti melakukan *bracketing* mulai dari peneliti menemukan fenomena sampai peneliti mengumpulkan dan menganalisis data, dengan cara mengosongkan pikiran dari asumsi dan pengetahuan tentang *self efficacy* perawat dalam menggunakan sistem informasi keperawatan. *Intuiting* yaitu tahap dimana peneliti mulai mendalami dan mengetahui sebuah fenomena berdasarkan hasil temuan yang dideskripsikan oleh partisipan. Pada penelitian ini *intuiting* dilakukan dengan mendengarkan dan merenungkan deskripsi perawat

sebagai partisipan yang diperoleh melalui wawancara mendalam. *Analyzing* yaitu tahap dimana peneliti menganalisis data yang diperoleh dari partisipan. Analisis data pada penelitian ini metoda *Colaizzi*. *Describing* merupakan tahap untuk mengkomunikasikan deskripsi, verbal, kejelasan dan elemen kritis dari sebuah fenomena melalui tulisan. *Describing* dilakukan peneliti dengan mendeskripsikan *self efficacy* perawat dalam menggunakan SIMKEP ke dalam bentuk tulisan.

3.2 Partisipan dan Rekrutmen

Partisipan pada penelitian ini adalah perawat yang menggunakan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta. Proses rekrutmen partisipan dilakukan melalui kerja sama dengan Kepala Bidang Keperawatan dan Kepala Ruangan yaitu dengan menanyakan kepada Kepala Bidang Keperawatan dan Kepala Ruangan siapa saja perawat yang dapat dijadikan partisipan. Partisipan dipilih adalah dari semua ruang rawat yaitu perawatan lantai 2, lantai 3, lantai 4, Perawatan Neonatal Sehat/PNS, *Intensive Intermediet* dan Balita. Alasan pemilihan perawat di ruang rawat karena ruang rawat adalah ruang yang pertama kali menggunakan SIMKEP, lebih lama menggunakan SIMKEP dibandingkan ruang rawat jalan atau ruangan lain.

Teknik pengambilan partisipan adalah dengan teknik *purposive sampling*, dimana partisipan yang dipilih sesuai dengan kriteria dan pertimbangan khusus dari peneliti. Adapun kriteria inklusi partisipan dalam penelitian ini yaitu: a) perawat yang menggunakan SIMKEP di ruang rawat selama minimal 6 bulan, b) memiliki kepercayaan diri dalam menggunakan SIMKEP, c) bersedia menjadi partisipan yang dibuktikan dengan menandatangani surat pernyataan persetujuan penelitian. Sedangkan kriteria eksklusi partisipan adalah partisipan berhalangan/tidak dapat melanjutkan proses wawancara karena sakit dan tidak dapat melanjutkan lagi pada wawancara berikutnya.

Duke (1984) dalam Creswell (1998) merekomendasikan jumlah partisipan dalam penelitian fenomenologi adalah 3 sampai 10 partisipan. Pada penelitian ini, peneliti melibatkan sepuluh orang partisipan karena pada partisipan ke sepuluh telah terjadi saturasi data.

3.3 Tempat dan Waktu Penelitian

3.3.1 Tempat penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RSIA Bunda Jakarta. Rumah sakit ini merupakan salah satu rumah sakit yang telah menggunakan SIMKEP, yang dimulai dengan pengenalannya sejak bulan Februari 2011.

3.3.2 Waktu penelitian

Waktu penelitian yaitu dimulai pada minggu ke dua Januari sampai dengan minggu ke dua Juni 2012.

3.4 Metode dan Alat Pengumpulan Data

3.4.1 Metode Pengumpulan Data

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara mendalam (*In depth interview*). Wawancara mendalam ini dilakukan selama lebih kurang 30-45 menit pada satu orang partisipan. Pertanyaan inti yang diajukan dalam wawancara mendalam adalah dengan *open ended question*. Topik pertanyaan ini dikembangkan berdasarkan dimensi *self efficacy* yaitu *magnitude*, *strength*, dan *generally* (pedoman wawancara terlampir).

3.4.2 Alat Pengumpulan Data

Alat utama untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri. Alat bantu yang digunakan selama pengumpulan data adalah *voice recorder* untuk merekam ungkapan verbal partisipan dan *handy camcorder* untuk merekam ungkapan nonverbal partisipan, yang digunakan atas izin partisipan. Alat bantu lainnya yang digunakan adalah *field notes* atau catatan lapangan untuk membantu peneliti memperoleh gambaran tentang semua kejadian selama proses wawancara berlangsung.

Sebelum melakukan pengumpulan data dari partisipan, peneliti telah melakukan uji coba terhadap alat perekam, melatih kemampuan

wawancara dengan salah seorang pengguna SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta, serta membuat catatan lapangan untuk menghindari kesalahan pada waktu wawancara berlangsung. Kemudian hasil uji coba telah diperlihatkan dan dikonsultasikan kepada pembimbing, dan oleh pembimbing diberikan masukan-masukan.

3.5 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data pada penelitian ini terdiri dari tiga tahap, yaitu:

3.5.1 Tahap Persiapan

Pada tahap persiapan, peneliti telah mengurus surat permohonan melakukan penelitian dan surat izin lulus kajian etik dari komite etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Selanjutnya peneliti juga telah mengurus perizinan ke RSIA Bunda Jakarta dengan melampirkan resume proposal dan izin penelitian oleh komite etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, untuk mendapatkan izin melakukan penelitian.

3.5.2 Tahap pelaksanaan

Sebelum melakukan wawancara dengan partisipan, peneliti terlebih dahulu bekerja sama dengan Kepala Bidang Keperawatan dan Kepala Ruangan untuk menentukan siapa saja perawat pengguna SIMKEP yang dapat dijadikan partisipan dari semua ruang perawatan. Selanjutnya peneliti menentukan partisipan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan peneliti.

Sebelum melakukan wawancara mendalam, peneliti terlebih dahulu membina hubungan saling percaya dengan partisipan. Hal ini telah dilakukan oleh peneliti dengan cara terjun ke lapangan sewaktu melakukan evaluasi penggunaan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta pada bulan Juli dan Agustus 2011. Selanjutnya peneliti memberikan penjelasan penelitian kepada partisipan. Setelah partisipan memahami penjelasan penelitian dan menyatakan setuju untuk menjadi partisipan,

maka partisipan menandatangani lembar *informed consent*. Setelah itu peneliti mulai melakukan wawancara sesuai dengan waktu dan tempat yang telah disepakati dengan partisipan. Pada umumnya partisipan meminta dilakukan wawancara di kamar pasien yang kosong setelah jam dinas selesai. Namun ada tiga partisipan yang meminta dilakukan wawancara di *Nurse Station* dan ruang tamu perawatan pada waktu luang jam dinas dimana tidak ada lagi tindakan. Wawancara memang dapat berjalan lancar, namun kadang konsentrasi perawat agak terganggu jika ada kegiatan di ruangan perawatan, baik oleh perawat lain maupun oleh staf yang lain. Hal ini menjadi kendala bagi peneliti untuk mendapatkan informasi yang mendalam dari perawat ketika konsentrasi perawat tersebut terganggu.

Pada saat wawancara, peneliti memfokuskan pada pertanyaan inti terkait dengan pengalaman *self efficacy* dalam penggunaan SIMKEP. Rata-rata lama wawancara mendalam dengan partisipan yaitu lebih kurang 30-40 menit tergantung kepada kondisi partisipan. Pada penelitian ini, umumnya wawancara dilakukan dua kali. Wawancara kedua dilakukan peneliti jika pada wawancara pertama tujuan peneliti belum tercapai.

3.5.3 Tahap Terminasi

Pada tahap terminasi, peneliti menutup wawancara dan membuat janji untuk pertemuan berikutnya. Peneliti juga telah menjelaskan bahwa proses penelitian telah berakhir dan mengucapkan terimakasih serta memberikan *reinforcement* positif terhadap kerjasama partisipan selama penelitian.

3.6 Etika Penelitian

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan prinsip-prinsip dasar etika penelitian yaitu:

3.6.1 *Autonomy*

Autonomy atau otonomi merupakan prinsip etik dengan memberikan hak dan kebebasan bagi partisipan untuk memilih berpartisipasi atau tidak dalam penelitian tanpa ada pengaruh dari luar (Wood & Haber, 2006). Pada penelitian ini, perawat RSIA Bunda Jakarta yang telah memenuhi kriteria inklusi berhak dan diberikan kebebasan untuk menentukan apakah berpartisipasi atau tidak dalam penelitian, serta dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu kapanpun mereka inginkan. Rekrutmen pada penelitian ini dilakukan terhadap 11 orang perawat, tetapi ada satu orang perawat yang mengundurkan diri karena sakit dan tidak dapat melanjutkan wawancara selanjutnya.

3.6.2 *Beneficence*

Beneficence yaitu penelitian yang dilakukan peneliti haruslah berdampak positif dan bermanfaat terhadap partisipan baik langsung maupun tidak langsung (Pollit & Beck, 2004). Adanya partisipasi perawat dalam penelitian ini, maka dapat memberikan manfaat yaitu dapat diketahuinya bagaimana gambaran *self efficacy* perawat yang dapat mendukung keberhasilan penggunaan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta.

3.6.3 *Nonmaleficence*

Nonmaleficence merupakan prinsip etik, dimana peneliti harus menghindari cedera, kerugian ataupun dampak yang serius/buruk terhadap partisipan. Jika dalam proses pengumpulan data ditemukan adanya hal-hal yang dapat membahayakan partisipan, maka pengumpulan data harus segera diakhiri. Apabila memungkinkan, peneliti akan melakukan wawancara dan *informed consent* ulang (Polit & Beck, 2004). Dalam penelitian ini tidak ada hal-hal yang dapat membahayakan partisipan, karena peneliti melakukan wawancara mendalam, tidak ada perlakuan secara fisik maupun tekanan emosional.

3.6.4 *Justice*

Justice yaitu prinsip etik, dimana peneliti akan menghargai partisipan dan menjaga kerahasiaannya (Pollit & Beck, 2004). Pada penelitian ini, peneliti memperlakukan semua partisipan secara adil dan partisipan harus mendapatkan hak mereka.

3.6.5 *Anonymity*

Anonymity merupakan prinsip etik yang terkait dengan prinsip *beneficence* dan *justice*, yang mana peneliti harus menjaga kerahasiaan partisipan (Pollit & Beck, 2004). Hal ini mencakup jaminan bahwa informasi apapun yang diperoleh dari partisipan tidak dipublikasikan untuk umum atau pihak lain yang tidak terlibat dalam penelitian (Wood & Haber, 2006). Pada penelitian ini, peneliti mengidentifikasi partisipan dengan menggunakan inisial, dan tidak mencantumkan nama dan atau identitas partisipan ketika menampilkan hasil penelitian. Selain itu semua data yang diperoleh melalui rekaman dan *field notes* disimpan rapi di tempat yang hanya peneliti yang mengetahui, dan akan dimusnahkan 5 tahun setelah penelitian selesai.

3.6.6 *Informed consent*

Informed consent yaitu partisipan memiliki informasi yang adekuat terkait penelitian yang akan dilakukan, mampu memahami informasi, memiliki kekuasaan untuk bebas memilih dan memberikan persetujuan secara sukarela untuk berpartisipasi atau menolak berpartisipasi dalam penelitian (Pollit & Beck, 2004). Pada penelitian ini peneliti telah memberikan penjelasan penelitian yang tertuang dalam *informed consent* dan meminta partisipan menandatangani *informed consent tersebut* sebagai bukti partisipan menyetujui untuk berpartisipasi dalam penelitian.

3.7 Analisis Data

3.7.1 Pengolahan data

Setiap selesai melakukan wawancara mendalam dengan partisipan, peneliti langsung membuat dokumentasi melalui transkrip verbatim dan catatan lapangan. Hal ini dilakukan peneliti untuk meyakinkan peneliti jika ada data yang belum lengkap dan melakukan wawancara tambahan bila memungkinkan.

3.7.2 Analisis data

Pada penelitian ini, peneliti melakukan analisis data dengan menggunakan metode *Colaizzi*. Analisis data dilakukan dengan menggunakan metode *Colaizzi* yang terdiri atas langkah-langkah (Pollit & Beck, 2004) sebagai berikut: a) mengumpulkan data yang diteliti secara jelas yaitu hasil wawancara mendalam tentang pengalaman perawat, b) membuat transkrip dari hasil wawancara yaitu dengan cara merubah dari rekaman suara menjadi bentuk tulisan secara verbatim, c) mengorganisasi data dengan cara membaca berulang kali data yang ada sehingga peneliti dapat menemukan data yang sesuai dengan penelitiannya dan membuang data yang tidak sesuai, d) mencatat kata kunci dari setiap pernyataan partisipan. Selanjutnya memberi warna pada pernyataan yang penting agar dapat dikelompokkan. Pengelompokan data ke dalam berbagai kategori yang selanjutnya dipahami secara utuh untuk menentukan tema-tema yang muncul, e) mengintegrasikan hasil pengelompokan secara keseluruhan ke dalam bentuk deskripsi naratif mendalam tentang pengalaman partisipan, f) memformulasikan deskripsi yang komprehensif tentang pengalaman partisipan, dan g) menanyakan kembali kepada partisipan tentang hasil untuk memastikan tentang pengalaman mereka yang akan dilaporkan sebagai langkah terakhir validasi.

Pada penelitian ini, pengumpulan dan analisis data dilakukan satu persatu kepada partisipan. Setelah melakukan wawancara pada partisipan pertama, peneliti langsung menuangkan hasil wawancara ke dalam bentuk transkrip. Setelah itu peneliti memvalidasi isi transkrip ke partisipan. Jika menurut partisipan ada yang tidak sesuai dengan isi transkrip, maka peneliti akan langsung memperbaiki. Jika sudah sesuai maka peneliti melanjutkan analisis data dengan menemukan kata kunci dari setiap pernyataan partisipan. Kata-kata kunci digarisbawahi dan dikelompokkan ke dalam kategori-kategori. Kemudian kategori-kategori dikelompokkan menjadi subtema, hingga akhirnya membentuk sebuah tema. Setelah menemukan tema pada partisipan pertama, peneliti mengkonsultasikan kepada Dosen Pembimbing. Setelah mendapatkan masukan-masukan dari Dosen Pembimbing, peneliti langsung memperbaiki sesuai masukan Dosen Pembimbing. Kemudian peneliti melanjutkan wawancara dan analisis data pada partisipan kedua dengan langkah-langkah yang sama dengan partisipan pertama. Peneliti melakukan langkah-langkah tersebut sampai pada partisipan ke sepuluh.

3.8 Keabsahan Data

Pollit dan Beck (2004) menyatakan bahwa ada empat kriteria dalam menentukan keabsahan data dalam penelitian kualitatif. Empat kriteria tersebut yaitu:

3.8.1 Derajat kepercayaan (*Credibility*), yaitu mengacu kepada kepercayaan terhadap kebenaran data. Hal ini dapat dilakukan dengan perpanjangan keterlibatan dan pengamatan terhadap partisipan, triangulasi, *member check*, diskusi dengan *peer* atau teman sejawat, dan penggunaan bahan referensi. Pada penelitian ini peneliti telah melakukan *member check* kepada partisipan, diskusi dengan teman sejawat yang melakukan penelitian dengan desain kualitatif serta menggunakan bahan referensi.

- 3.8.2 Kebergantungan (*Dependability*), yaitu melakukan audit terhadap keseluruhan proses penelitian. Uji *dependability* ini dapat dilakukan dengan auditor yang independen atau pembimbing untuk mengaudit keseluruhan aktivitas peneliti dalam melakukan penelitian, mulai ketika peneliti menentukan prioritas masalah, memasuki lapangan, menentukan sumber data, melakukan analisis data, melakukan uji keabsahan data, sampai membuat kesimpulan harus dapat ditunjukkan oleh peneliti (Sugiyono, 2011). Pada penelitian ini peneliti telah melakukan konsultasi kepada Dosen Pembimbing terkait aktivitas penelitian, mulai dari menentukan masalah penelitian, menentukan sumber, uji instrumen, melakukan wawancara mendalam, membuat transkrip, menentukan kata kunci, kategori, dan tema, melakukan validasi ke partisipan sampai membuat kesimpulan penelitian.
- 3.8.3 Kepastian (*Confirmability*), yaitu mengacu kepada objektivitas dan kenetralan data. Uji *confirmability* mirip dengan uji *dependability*, sehingga pengujiannya dapat dilakukan bersamaan.
- 3.8.4 Keteralihan (*Transferability*), yaitu kemampuan untuk mentransfer data hasil temuan kepada setting atau kelompok lain. Uji ini sama dengan konsep generalisasi. Agar orang lain mampu memahami hasil penelitian dan ada kemungkinan untuk menerapkan hasil penelitian tersebut, maka peneliti dalam membuat laporan harus memberikan uraian yang rinci, jelas, sistematis, dan dapat dipercaya (Sugiyono, 2011). Pada penelitian ini peneliti telah membuat hasil penelitian dengan uraian yang rinci, sistematis dan membuat pembahasan yang merujuk kepada *literature review*, jurnal terkait, dan artikel ilmiah yang berhubungan untuk menguatkan hasil temuan.

BAB 4 HASIL PENELITIAN

Bab ini akan memaparkan informasi yang diperoleh dari hasil pengumpulan data, yang telah dilaksanakan pada minggu ke dua April sampai minggu ke dua Mei 2012. Pemaparan hasil penelitian ini terdiri atas dua bagian yaitu 1) karakteristik partisipan dan 2) analisis tema yang dibentuk berdasarkan deskripsi partisipan tentang *self efficacy* dalam menggunakan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta.

4.1 Karakteristik Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini adalah perawat pengguna SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta. Jumlah partisipan dalam penelitian ini adalah sepuluh orang. Data karakteristik partisipan dapat dilihat pada tabel 4.1 berikut ini:

Tabel 4.1
Karakteristik Partisipan yang Menggunakan
Sistem Informasi Keperawatan di RSIA Bunda Jakarta

Kode	Usia (th)	Status Perkawinan	Tingkat pendidikan	Lama Bekerja (th)	Lama Menggunakan SIMKEP (bln)
P1	31	Menikah	D3 Kep	10 th	10 bln
P2	24	Belum Menikah	D3 Kep	2 th	10 bln
P3	28	Menikah	D3 Kep	6 th	10 bln
P4	28	Belum Menikah	S1 Kep	4 th	10 bln
P5	29	Menikah	D3 Kep	7 th	10 bln
P6	34	Menikah	D3 Kep	10 th	10 bln
P7	25	Menikah	D3 Kep	3 th	10 bln
P8	21	Belum Menikah	D3 Kep	< 1 th	8 bln
P9	36	Menikah	D3 Kep	12 th	10 bln
P10	28	Menikah	D3 Kep	4 th	10 bln

Keterangan: th (tahun), bln (bulan)

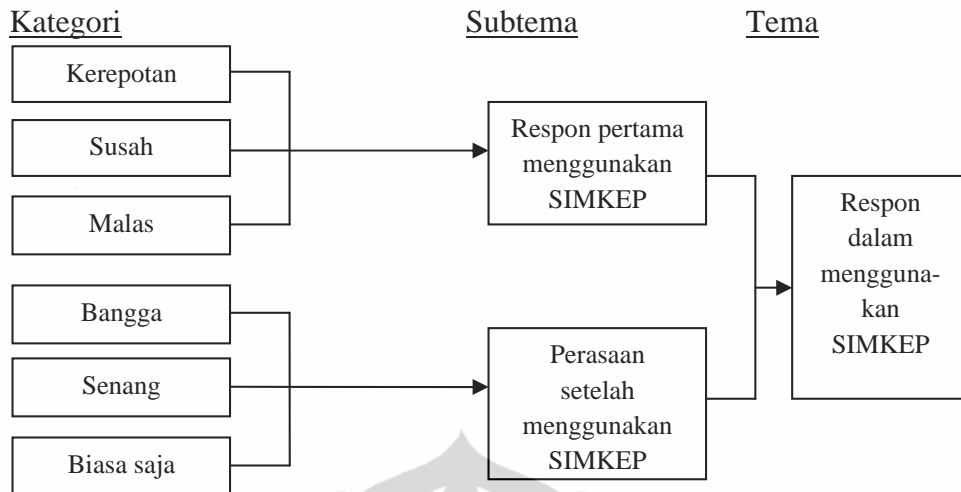
Tabel 4.1 memperlihatkan bahwa rentang usia partisipan adalah berada pada usia 21 sampai 36 tahun dan sebahagian besar (70%) telah menikah. Tingkat pendidikan partisipan pada penelitian ini sebahagian besar (90%) adalah D3 Keperawatan. Lama bekerja partisipan bervariasi dan sebahagian besar (60%) telah bekerja selama 2 sampai 7 tahun. Sebahagian besar (90%) partisipan telah menggunakan sistem informasi keperawatan selama lebih kurang 10 bulan, dan satu partisipan telah menggunakan sistem informasi keperawatan selama 8 bulan.

4.2 Analisis Tema

Analisis data dilakukan dengan menggunakan metoda *Colaizzi* berdasarkan hasil transkrip data yang menggambarkan tentang *self efficacy* dalam penggunaan SIMKEP. Tema yang teridentifikasi dalam analisis data adalah tujuh tema, yaitu 1) respon dalam menggunakan SIMKEP, 2) keuntungan menggunakan SIMKEP, 3) kepercayaan diri menggunakan SIMKEP, 4) upaya-upaya yang dilakukan untuk mampu menggunakan SIMKEP, 5) kendala dalam menggunakan SIMKEP, 6) faktor-faktor dalam meningkatkan kepercayaan diri, dan 7) harapan dalam penggunaan SIMKEP.

4.2.1 Respon Menggunakan SIMKEP

Tema pertama yaitu respon menggunakan SIMKEP yang teridentifikasi dari subtema respon pertama mereka dalam menggunakan SIMKEP dan perasaan setelah menggunakan SIMKEP. Hubungan antar kategori kemudian membentuk tema respon menggunakan SIMKEP dapat terlihat pada skema 4.1



Skema 4.1 Respon dalam menggunakan SIMKEP

Respon pertama menggunakan SIMKEP yang diungkapkan partisipan terdiri atas kerepotan, susah, dan malas. Sedangkan perasaan setelah menggunakan SIMKEP terdiri atas bangga, senang dan biasa saja.

Tiga orang partisipan mengungkapkan bahwa mereka merasa kerepotan ketika pertama kali menggunakan SIMKEP. Kerepotan yang dirasakan, diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“... kok kayanya ribet banget, gitu..., ribetnya karena di awal itu kita double ya, nulis dan komputer..” (P1)

“...pikiran aku waktu aku dikenalin SIMKEP, udahlah pasien aku banyak, oh my God..., trus double juga, jadi ribet aja..” (P3)

“...waktu pertama sih agak-agak ribet kali ya, ribetnya karena kebanyakan kata-kata atau semua yang di SIMKEP itu, yang dimasuk-masukin ke situ kan kita dapat melihat semuanya, jadi setiap mengklik, keluarnya banyaaak...banget gitu,..” (P10)

Respon susah juga dirasakan partisipan ketika pertama kali menggunakan SIMKEP. Respon ini diungkapkan oleh empat orang partisipan sebagai berikut:

“...dulu di awal sempat banyak yang mengatakan susah, termasuk NV juga mengatakan susah, karena berpindah dari kertas ke komputer dan perbedaan diagnosa, yang biasanya pake doengoes, sekarang pake NANDA NIC NOC..” (P2)

“...awal-awalnya begitu, awal-awalnya kan kita ah, ga dapat nih, ah susah nih..” (P5)

“...pada awalnya kita menggunakan SIMKEP itu agak kesusahan, karena mungkin belum ngerti, belum terbiasa gitu..” (P9)

“...untuk yang awal-awalnya mungkin sulit, karena mungkin belum biasa, dan banyak lupanya..., kadang-kadang lupanya gini, misalnya contoh, suhu nih, 36,5, kita suka masukinnya pake koma, tau tau koma itu ga dapat masuk, harusnya pake titik..” (P7)

Tiga orang partisipan berikutnya mengungkapkan malas ketika pertama kali menggunakan SIMKEP. Respon tersebut diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“...pas pertama, melihat banyak kaya gitu..., aku bilang males gue mbak H, trus mbak H bilang, nggak kok mbak W, ini gampang kok, tinggal ceklis ceklis aja, Ok deh..” (P3)

“...untuk pertama itu banyak banget, ya ampuuuun... ini banyak banget tulisannya gitu kan ya..., banyak banget...mengkliknya males, terlalu banyak, jadi maleees..” (P4)

“...mungkin pada awal kita pada penggunaan SIMKEP 2011, itu mungkin kita masih yaa...agak gimna ya..., ya masih antara ya dan tidak, maksudnya ogah-ogahan, kenapa, karena pada saat belajar SIMKEP itu pertama kali kita masih ada kertas, jadi kita ngisi dua kali antara SIMKEP dan sama yang masih yang di paper itu..” (P5)

Perasaan setelah menggunakan SIMKEP terdiri atas perasaan bangga, senang dan biasa saja. Perasaan bangga diungkapkan oleh tiga orang partisipan sebagai berikut:

“...dengan adanya sistem computerized ini merasa bangga... ternyata perawat dapat maju, jadi ga tuli terhadap teknologi..” (P1)

“...bangga aja kali ya kak ya, menjadi salah satu rumah sakit yang dapat menggunakan sistem fasilitas komputer untuk memasukkan data-data pasien..” (P2)

“...bangga aja kali ya kak ya, kita lebih maju gitu ya dari rumah sakit lain, karena kita udah make komputer gitu ya untuk mengisi segala macam, sedangkan rumah sakit lain kan masih tulisan kali ya, saya juga ga tau, ya, gitu aja..., jadi kita lebih maju, kita make SIMKEP duluan..” (P3)

Perasaan senang menggunakan SIMKEP diungkapkan oleh empat orang partisipan. Ungkapan senang tersebut diungkapkan sebagai berikut:

“...trus seneng..., karena ada sistem yang dapat sedikit membantu pekerjaan kitalah..”(P1)

“...trus lama kelamaan kita dituntut untuk dapat..., semakin ke sini ya kita semakin... yaa... jadi seneng menggunakan SIMKEP dan semakin banyak ke pasien..” (P5)

“...intinya sih seneng ya kita pake SIMKEP, karena kita dulu jam 2 setengah 3 selesai operan, jam 3 masih nulisin ASKEP yang di paper ya, kertas, tapi kalo sekarang ga, kita dapat rubah jam ya, masuknya, paling butuh waktu untuk, mulai dari pengkajian, bukan pengkajian, kalo dari pengkajian kan udah gampang, kalo implementasi kan tinggal klik klik yaa..” (P6)

“...kita juga lebih seneng menggunakannya, jadi juga ga terlalu banyak untuk nulis-nulisnya, apalagi kalo pasien banyak kan..” (P7)

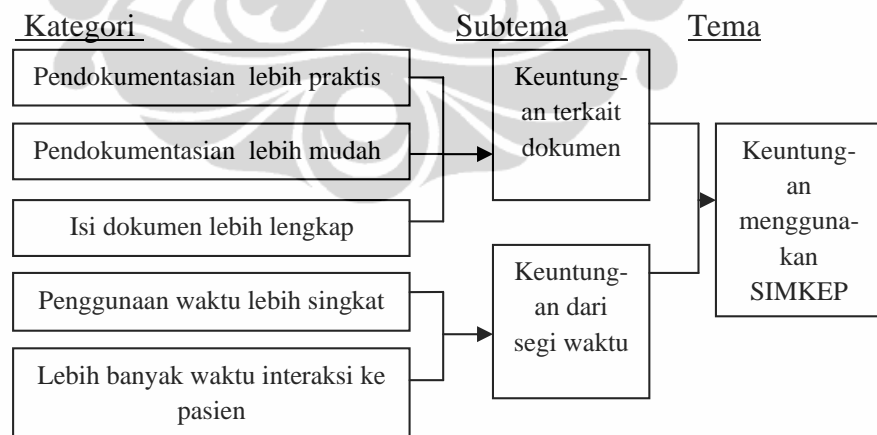
Dua orang partisipan mengungkapkan perasaan biasa saja ketika menggunakan SIMKEP. Perasaan tersebut diungkapkan sebagai berikut:

“...hm, biasa aja, karena kan emang dari kertas itu udah biasa, maksudnya untuk pindah ke komputer saya ga memerlukan waktu yang lama lah untuk berorientasi dengan komputer, jadi yaa... dibilang ada yang lebih menarik, enggak..., yaa biasa aja..” (P4)

“...biasa aja ya, karena memang saya sudah terbiasa juga main dengan komputer kali ya, toh juga sudah biasa, seperti bikin tugas, mengetik, udah biasa, jadi biasa aja..” (P10)

4.2.2 Keuntungan Menggunakan SIMKEP

Tema kedua adalah keuntungan menggunakan SIMKEP, yang teridentifikasi dari subtema keuntungan terkait dokumen dan keuntungan dari segi waktu. Keuntungan terkait dokumen terdiri atas pendokumentasian lebih praktis, isi dokumentasi lebih lengkap. Keuntungan dari segi waktu terdiri atas penggunaan waktu lebih singkat dan lebih banyak waktu interaksi ke pasien. Hubungan antar kategori kemudian membentuk tema keuntungan menggunakan SIMKEP dapat terlihat pada skema 4.2



Skema 4.2 Keuntungan Menggunakan SIMKEP

Keuntungan terkait dokumen yang diungkapkan oleh partisipan yaitu pendokumentasian lebih praktis. Keuntungan SIMKEP lebih praktis diungkapkan oleh enam orang partisipan sebagai berikut:

“...makai SIMKEP itu praktis ya mbak, praktisnya ya kita tinggal buka komputer, buka status pasiennya, jadi ga usah-usah nulis lagi, itu enak, praktis..” (P3)

“...kalo ke sininya malahan jadi lebih enak, lebih praktis ya, karena kita tinggal klik klik klik..”(P6)

“...lebih praktislah, maksudnya kita juga lebih seneng menggunakannya, jadi juga ga terlalu banyak untuk nulis-nulisnya, apalagi kalo pasien banyak kan..” (P7)

“...dibanding kita harus nulis tangan, kalo pake SIMKEP ini tinggal klik klik klik, keluar semua.., udah praktislah ada SIMKEP..” (P8)

“...ga ngabisin pulpen, karena pulpen adalah fasilitas kita pribadi, tidak disiapkan, pasti kan kalo pasien banyak kan satu pulpen dapat 2 hari, 3 hari, kan boros tuh..., dan nanti kalo bertahun-tahun juga ga kelihatan kerja kita dengan tintanya yang memudar atau apa..” (P1)

“...kayanya lebih praktis ya, tanpa ada tulisan tangan, tanpa menghabiskan tinta pulpen gitu, jadi apa yang memang harus kita kerjakan dapat langsung gitu, kita klik di situ..” (P9)

Pendokumentasian menjadi lebih mudah diungkapkan oleh enam orang partisipan sebagai berikut:

“...hm..., kan berbeda yang awalnya kita memakai lembar kertas, sekarang sudah memakai sistem komputer, mungkin dilihatnya lebih canggih, tapi itu sebenarnya butuh proses ya kak ya, tapi setelah dijalani semuanya ternyata memang lebih mudah menggunakan komputer..” (P2)

“...untuk mendiagnosa masalah jadi lebih easy, jadi lebih gampang..” (P4)

“...kalo SIMKEP nya sendiri sih ga susah memahaminya, soalnya sebelumnya kan udah di kuliah juga udah belajar yang tulis tangan, tulis tangan kan cuma bedanya, sekarang tinggal mindahin aja, tapi versi komputernya, kalo diagnosanya kalo di komputer lebih mudah, karena kan udah ada di komputer kan, tinggal kita pilih aja, mana yang prioritas, mana yang enggak, jadi lebih gampang sih,

kalo sebelumnya kan kita harus lihat SOP nya, kalo sekarang tanpa SOP..” (P8)

“...trus tangan juga ga pegel..” (P1)

“...dengan menggunakan SIMKEP itu kita bertambah lagi kemajuan teknologi di bidang keperawatan ya, yaa...kalo ga ada, mungkin menyusahkan perawat juga, kalo misalnya menulis kan ibaratnya kita capek tangan juga, trus belum memegang pasien, waktu ke pasien itu lebih sedikit, lebih banyak waktu tulis tulis, biasanya dokter-dokter juga pada ngeluhnya juga gitu, kebanyakan nulis nulis nih, jadi ke pasien jarang, karena kita kan kita di bagian kamar bayi kan, jadi harus sering memotivasi ibu untuk menyusukan bayi gitu..” (P9)

“...jadi setelah itu mungkin lebih mudah, terbiasa juga mungkin ya, jadinya... ya udah terbiasa..., jadi dapat, kita tinggal memilih-memilih aja...dan sekarang ini sudah lumayan sih lancar menggunakannya..” (P10)

Tiga orang partisipan mengungkapkan keuntungan SIMKEP yaitu isi dokumentasi lebih lengkap. Ungkapan partisipan adalah sebagai berikut:

“...SIMKEP lebih detail, maksudnya lebih lengkap diagnosa-diagnosanya, lebih rinci lagi rencana-rencana tindakannya..” (P2)

“...kalo dari sistem SIMKEP sejauh ini menurut saya sudah baguslah, maksudnya udah lengkap isinya..” (P5)

“...kalo menurut aku sih... udah bagus ya mbak ya, SIMKEPnya, maksudnya isinya udah lengkap, gitu ya..” (P10)

Keuntungan SIMKEP dari segi waktu yaitu dalam penggunaan waktu lebih singkat diungkapkan oleh lima orang partisipan yaitu sebagai berikut:

“...hm...,kan berbeda yang awalnya kita memakai lembar kertas, sekarang sudah memakai sistem komputer, mungkin dilihatnya lebih canggih, tapi itu sebenarnya butuh proses ya kak ya, tapi setelah dijalani semuanya ternyata memang lebih mudah menggunakan komputer, lebih cepat, lebih praktis... yaa... semakin senang menggunakan SIMKEP..” (P2)

“...yaa... semakin senang menggunakan SIMKEP, karena lebih efisien, lebih...kerja kita jadi lebih cepat..” (P5)

“...kalo dulu kan, mau dikerjain mau ga kan, kita tuliiiis.. semuanya ya, kalo sekarang lebih cepet, dan kita hanya butuh waktu 10 menit untuk menyelesaikan dari impelentasi sampai evaluasi..” (P6)

“...ternyata banyak gunanya juga, karena itu kan ga ngabisin waktu, trus kita dapat tau perkembangan pasien dibanding nulis itu lebih lama, jadi lebih mempersingkat waktu sih..” (P7)

“...lebih cepat, dibanding kita harus nulis tangan, lebih lama, kalo pake ini tinggal klik klik klik, keluar semua..” (P8)

Lebih banyak waktu interaksi dengan pasien diungkapkan oleh tiga orang partisipan. Ungkapan partisipan adalah sebagai berikut:

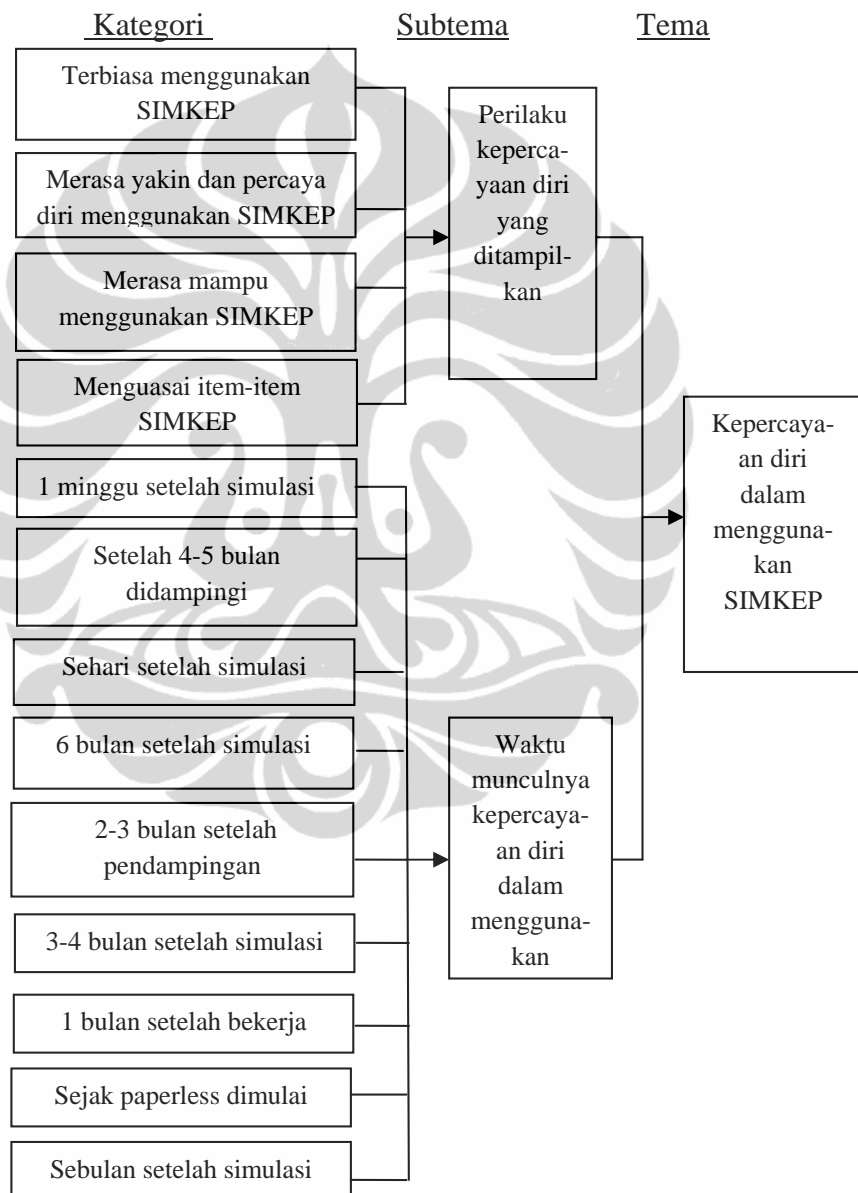
“...yaa..semakin senang menggunakan SIMKEP dan semakin banyak ke pasien..” (P5)

“...ternyata banyak gunanya juga, karena itu kan ga ngabisin waktu, trus kita dapat tau perkembangan pasien dibanding nulis itu...” (P7)

“...Hm, dengan menggunakan SIMKEP, lebih praktis, semua itu kita tambah mudah dalam mengerjakan SIMKEPnya, trus tanpa menulis nulis lagi, jadi pekerjaan kita yang tadinya banyak jadi lebih sedikit gitu, jadi lebih banyak waktu untuk ke pasien gitu, dibanding tulis tulis tangan..” (P9)

4.2.3 Kepercayaan Diri dalam Menggunakan SIMKEP

Tema ketiga yaitu kepercayaan diri dalam menggunakan SIMKEP yang teridentifikasi dari subtema perilaku yang ditampilkan dan waktu munculnya kepercayaan diri dalam menggunakan SIMKEP. Hubungan antar kategori kemudian membentuk tema kepercayaan diri dalam menggunakan SIMKEP dapat terlihat pada skema 4.3



Skema 4.3 Kepercayaan diri dalam menggunakan SIMKEP

Perilaku kepercayaan diri yang ditampilkan oleh partisipan terdiri atas terbiasa menggunakan SIMKEP, merasa yakin dan percaya diri menggunakan SIMKEP, merasa mampu menggunakan SIMKEP, dan menguasai item SIMKEP. Enam orang partisipan mengungkapkan bahwa mereka terbiasa menggunakan SIMKEP. Ungkapan mereka yaitu sebagai berikut:

“...dulu dari awal sempat banyak yang mengatakan susah, termasuk NV juga mengatakan susah, tapi kalo kita sudah terbiasa, udah ngerti dan cara pemahaman kata-kata itu, kita dapat, pasti dapat ngerti..” (P2)

“...udah yakin menggunakannya, karena terbiasa kali ya kak, udah terbiasa menggunakan SIMKEP..” (P3)

“...karena terbiasa ya mbak, saya biasa membuka SIMKEP, kalo ada pasien baru kita juga langsung mengkaji, jadi lama lama ya karena terbiasa ya jadi dapat..” (P5)

“...Hm, dulu kali ya kak ya, di awal-awal agak merasa ga pede, sekarang sih ga lagi ya kak, udah yakin menggunakannya, karena terbiasa kali ya kak, karena udah terbiasa menggunakan SIMKEP..” (P7)

“...setelah ada pelatihan gitu trus kita pakai sehari-hari itu jadi terbiasa, jadi mudah gitu..., sekarang itu dengan menggunakan SIMKEP itu lebih praktis, trus tanpa tulisan tangan, jadi lebih enak, apa yang kita instruksikan oleh dokter lebih mudah kita masukkan ke SIMKEP itu, kita pakai sehari-hari itu jadi terbiasa..” (P9)

“...jadi setelah itu mungkin lebih mudah, terbiasa juga mungkin ya, jadi... ya udah terbiasa..., jadi dapat, kita tinggal memilih-memilih aja...dan sekarang ini sudah lumayan sih lancar menggunakannya..” (P10)

Enam orang partisipan merasa yakin dan percaya diri dalam menggunakan SIMKEP. Ungkapan partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“...saya yakin dapat sih menggunakannya SIMKEP itu..”
(P3)

“...saya sudah sangat yakin dan percaya diri dalam menggunakan SIMKEP...” (P4)

“...kalo sekarang aku udah percaya diri sih ya kak... udahnya sejak kurang lebih, sejak berjalannya 3 sampai 4 bulan setelah pelatihan kali kak ya..”(P7)

“...yakinlah dapat menggunakannya...dapat menggunakan SIMKEP itu..” (P5)

“...kalo sekarang saya sudah percaya diri, jadi masukin datanya itu udah benar-benar sesuai, jadi enggak ada kesalahan gitu..” (P9)

“...kalo aku udah ngerti ya udah, jadinya udah dapat ya, mungkin karena udah ini juga kali ya, udah percaya diri aja kali yaa..” (P10)

Selanjutnya tiga orang partisipan mengungkapkan bahwa mereka merasa mampu dalam menggunakan SIMKEP. Ungkapan partisipan tersebut sebagai berikut:

“...saya merasa mampulah, ya masa begini aja istilahnya ga mampu, ini kan cuma memindahkan dari kita menulis diganti dengan mengklik..” (P1)

“...karena diagnosanya itu-itunya aja, belum berkembang gitu, NV sekarang merasa mampu karena yang NV masukan ya itu” (P2)

“...saya dapat memasukkan data ke komputer, saya mampu menggunakan komputer dengan cepat, maka saya mempunyai lebih banyak waktu ke pasien, gitu kan..” (P4)

Lima orang partisipan juga menyatakan bahwa mereka menguasai item-item yang ada dalam SIMKEP. Ungkapan partisipan tersebut sebagai berikut:

“...lama-lama menguasai dan haaafal dimana letak-letaknya dimana-dimana..” (P4)

“...dua bulan, tiga bulan, itu udah mahir menggunakannya, udah tau dan cukup hafal apa-apa saja yang harus diklik..” (P6)

“...karna udah hafal mana prioritas, langsung klik aja..” (P7)

“...tanya instruksi sih misalnya kalo ga ngerti, tinggal ini, ini gimana, masukinnya kemana, bagian mana yang kurang gitu aja, selebihnya, dengan sendirinya, hafal sendiri..” (P8)

“...kita mungkin udah tau, letak-letaknya pasti di sini..” (P10)

Waktu munculnya kepercayaan diri menggunakan SIMKEP

yang diungkapkan oleh partisipan bervariasi yaitu seminggu setelah simulasi, 4-5 bulan setelah pendampingan, sehari setelah simulasi, 6 bulan setelah simulasi, 2-3 bulan setelah pendampingan, sebulan setelah bekerja, 3-4 bulan setelah simulasi, sejak *paperless*, dan sebulan setelah simulasi seperti yang diungkapkan sebagai berikut:

“...langsung ya, kira-kira seminggu setelah disimulasikanlah..” (P1)

“...mulai percaya diri menggunakan SIMKEP setelah 4-5 bulan didampingi lah kak..” (P2)

“...pokoknya, sejak disimulasikan di KIE, seminggu deh, udah dapat yakin menggunakannya..” (P3)

“...kalo saya pribadi, ga lama, diajarin saat itu, udah, dapat, langsung dapat, yakin..., langsung dapat..” (P4)

“...Hm..mulai dari simulasi dari awal, kemudian uji coba dan pendampingan berapa ya, 6 bulanan lah setelah simulasi..” (P5)

“... dua bulan, tiga bulan setelah pendampingan, itu udah mahir menggunakan SIMKEP..” (P6)

“...udah percaya dirinya sejak kurang lebih, sejak 3 sampai 4 bulan setelah simulasi kali kak ya..” (P7)

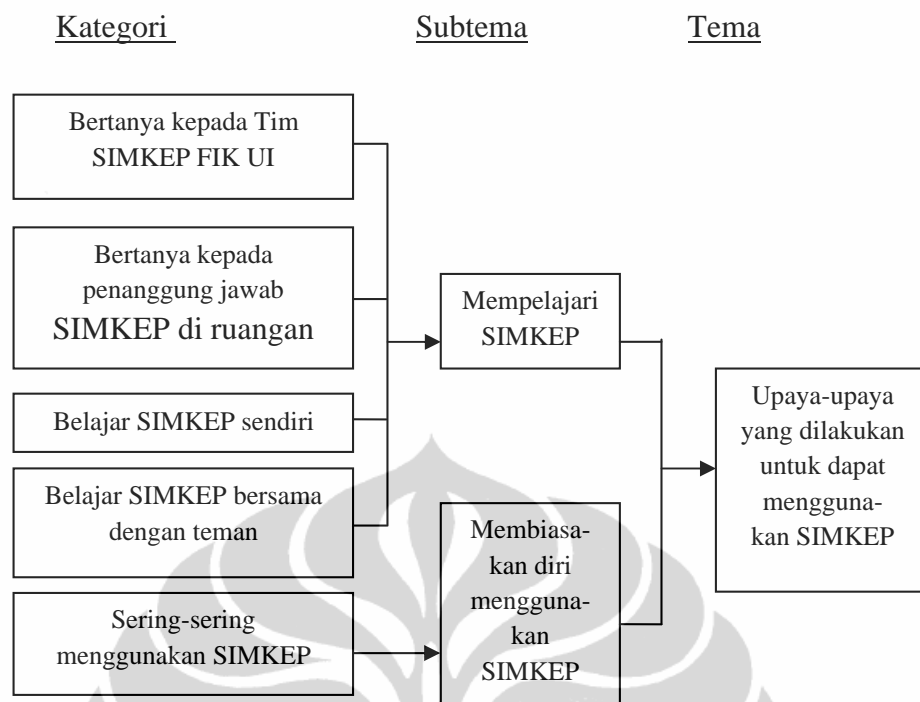
“...sebulan sejak diajari sama kepala ruangan itu udah dapat yakin menggunakan nya, saya sudah bekerja di sini kan sejak 8 bulan yang lalu..” (P8)

“...ga ada lagi tulis tulis, baru kita menggunakan SIMKEP, tapi udah pede gitu waktu mulai paperless..” (P9)

“...kapan ya, saya kalo udah dapat, udah ngerti gitu ga begitu diingat, kira-kira sebulan setelah diajari gitu lah..” (P10)

4.2.4 Upaya-Upaya yang Dilakukan untuk mampu Menggunakan SIMKEP

Tema keempat yaitu upaya-upaya yang dilakukan dalam menggunakan SIMKEP yang teridentifikasi dari subtema mempelajari SIMKEP dan membiasakan diri menggunakan SIMKEP. Hubungan antar kategori kemudian membentuk tema upaya-upaya yang dilakukan untuk dapat menggunakan SIMKEP dapat terlihat pada skema 4.4



Skema 4.4 Upaya-upaya yang dilakukan untuk dapat menggunakan SIMKEP

Upaya dalam menggunakan SIMKEP dalam bentuk **mempelajari SIMKEP** terdiri atas bertanya kepada tim SIMKEP, bertanya kepada penanggung jawab SIMKEP di ruangan, belajar sendiri dan belajar bersama dengan teman.

Bertanya kepada tim SIMKEP diungkapkan oleh tiga orang partisipan. Ungkapan partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“...banyak belajar sama mbak mbak tim SIMKEPnya, jadi ya... Oh ternyata dapat semudah itu, dan memang ya mudah..” (P1)

“...NV juga suka bertanya ke kak H, dari tim SIMKEPnya..” (P2)

“...kadang aku juga suka nanya sama mbak Y, tim dari FIK UI ya..” (P3)

Lima orang partisipan mengungkapkan bahwa mereka mempelajari SIMKEP dengan bertanya kepada penanggungjawab SIMKEP yang ada di ruangan. Ungkapan partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“...jadi kadang-kadang aku konsultasi sama D kan, soalnya dia kan yang jadi PJ SIMKEP di ruangan..., diagnosanya ini, tindakannya ini, jadi, tolong itu ya D ya, kalo misalkan salah, tolong bilangin..” (P3)

“...waktu itu pernah nanya sama M, M, kita ini ada diagnosa, apa ya waktu itu, infeksi juga kalo ga salah, itu saya yang kurang ngerti..” (P6)

“...jadi mungkin upayanya lebih sering menggunakan, lebih sering banyak tanya, kalo misalnya ada yang ga ngerti, banyak tanya ke PJ nya..” (P7)

“...tanya instruksi sih dari PJ nya sih, misalnya kalo ga ngerti, tinggal ini, ini gimana, masukinnya kemana, bagian mana yang kurang gitu aja, selebihnya, dengan sendirinya, hafal sendiri..” (P8)

“...sering nanya sih, misalnya kalo ga ngerti tanya sama suster D, dulu PJ nya suster D, sekarang udah keluar..” (P9)

Upaya mempelajari SIMKEP juga dilakukan dengan belajar sendiri. Hal ini diungkapkan oleh empat orang partisipan sebagai berikut:

“...upaya pasti banyak ya, belajar, berlatih, sering-sering membuka SIMKEP sendiri..” (P1)

“...upaya yang dilakukan dengan berlatih, yaa..sendiri.., belajar dengan memahami kata-kata dari NIC NOC itu sendiri, yang berkaitan dari diagnosa, berkaitan dengan ini, dengan kriteria hasil, dengan intervensi dan segala macam, intinya sih memahami kata-katanya aja kak, karena berbeda dengan yang kita pelajari dulu kan,

mungkin dengan yang kita pelajari dulu, ada berhubungan dengan berhubungan dengan segala macam, sekarang kan diagnosa cuma satu kata doang,” (P2)

“...kalo saya dengan uji coba SIMKEP sendiri, sering berlatih, jadi sering menggunakan SIMKEP, sering buka, itu jadi bikin tambah yakin....” (P4)

“...kalo misalnya ada yang baru, aku bawaannya memang pengen belajar gitu ya, jadi aku belajar, dan memang sering mengutak atik sendiri juga, lama-lama juga menjadi dapat..” (P10)

Empat orang partisipan mengungkapkan bahwa mereka mempelajari SIMKEP dengan belajar bersama dengan teman. Ungkapan partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“...belajar rame-rame dengan teman juga, begitu..” (P1)

“...kadang juga belajar nyobain SIMKEPnya bareng-bareng sama teman di ruangan..” (P2)

“...kalo aku cuma belajar sama temen, gitu sih mbak..” (P3)

“...trus kita di ruangan lihat juga dari buku, kalo masukin dari awal-awal pengkajian itu apa aja..” (P9)

Upaya untuk dapat menggunakan SIMKEP juga dapat dilakukan dengan **membiasakan diri menggunakan SIMKEP**. Hal ini diungkapkan oleh lima orang partisipan sebagai berikut:

“...upaya pasti banyak ya, belajar, berlatih, dan sering-sering membuka SIMKEP sendiri..” (P1)

“...kita sering memasukkan SIMKEP, itu pasti percaya diri, dan kita akan mengerti tentang, mulai dari pengkajian, sampai resume terakhir itu kita ngerti..” (P2)

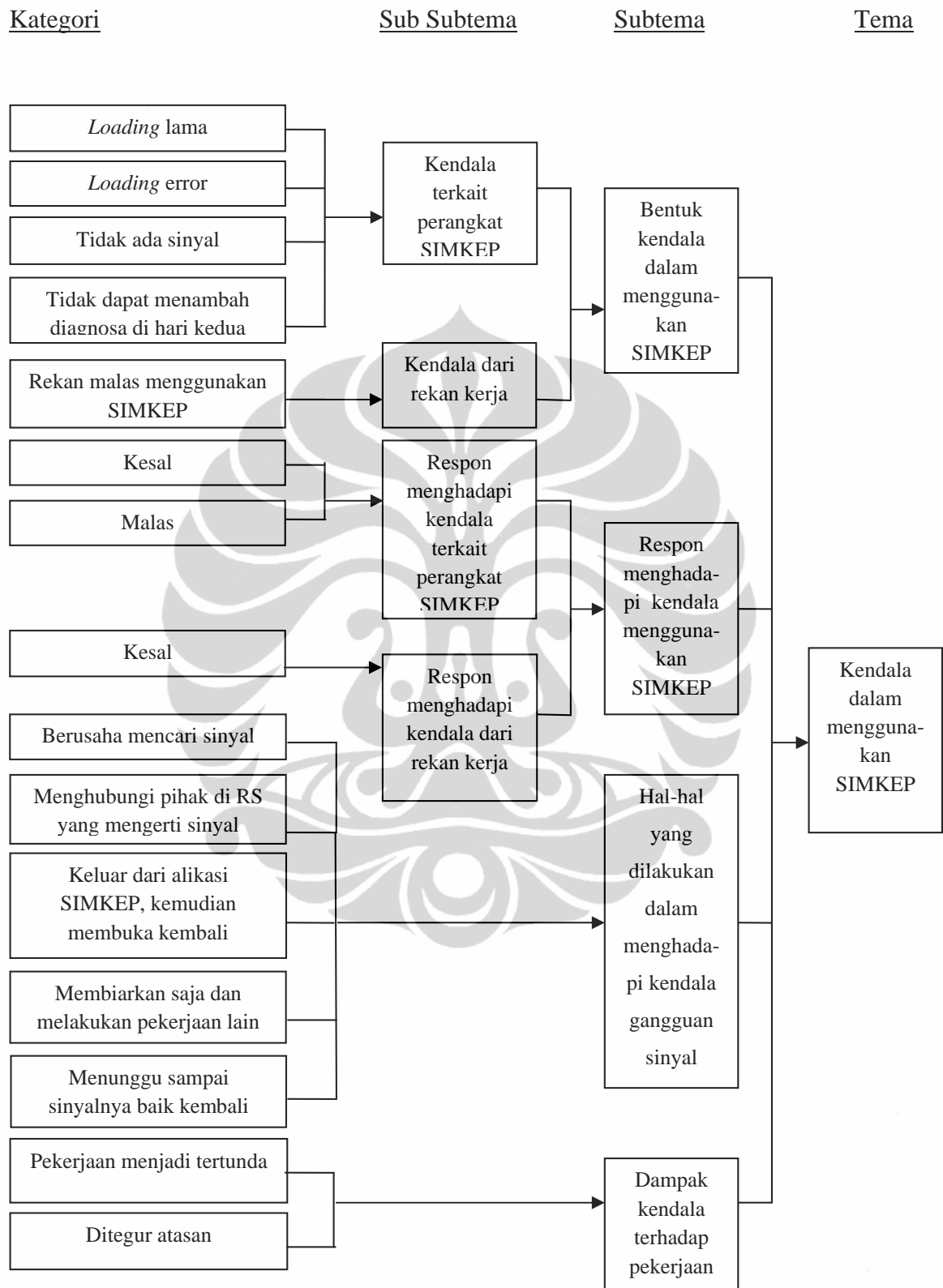
“...saya sering ya mbak masukin SIMKEPnya, kan tiap hari juga pengkajian, mengisi diagnosa dan segala macamnya itu..” (P3)

“...saya biasa membuka SIMKEP, kalo ada pasien baru kita juga langsung mengkaji, dengan cara sering mengkaji..” (P5)

“...upaya lain yaitu lebih sering menggunakannya kak, biar kita ga lupa, biar kita terlatih, ini kan kita juga jarang menggunakan komputer juga, jadi mungkin agak-agak kaku sebelumnya, jadi agak lama..., jadi mungkin upayanya lebih sering menggunakan..” (P7)

4.2.5 Kendala dalam Menggunakan SIMKEP

Tema kelima yaitu kendala dalam menggunakan SIMKEP yang teridentifikasi dari subtema bentuk kendala menggunakan SIMKEP, respon menghadapi kendala menggunakan SIMKEP, hal-hal yang dilakukan dalam menghadapi kendala gangguan sinyal dan dampak kendala terhadap pekerjaan. Subtema bentuk kendala menggunakan SIMKEP teridentifikasi dari sub subtema kendala terkait perangkat SIMKEP dan kendala dari rekan kerja. Subtema respon menghadapi kendala menggunakan SIMKEP teridentifikasi dari sub subtema respon menghadapi kendala terkait perangkat SIMKEP dan respon menghadapi kendala dari rekan kerja. Hubungan antar kategori kemudian membentuk tema kendala dalam menggunakan SIMKEP dapat terlihat pada skema 4.5



Skema 4.5 Kendala dalam menggunakan SIMKEP

Bentuk kendala dalam menggunakan SIMKEP terdiri atas kendala terkait perangkat SIMKEP dan kendala dari rekan kerja. Kendala terkait perangkat SIMKEP terdiri atas *loading* lama, *loading* error, dan tidak ada sinyal. Kendala *loading* lama dikeluhkan oleh delapan orang partisipan. Ungkapan partisipan-partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“...kendalanya yaitu gangguan-gangguan dari komputer aja, kaya loadingnya yang lama..” (P1)

“...Hm, paling untuk menggunakan SIMKEP ini kan kita sistem komputernya menggunakan online yah, paling kita yang sering berkendala itu di bagian kaya sistem error, itu aja sih..., connect-nya lama..” (P2)

“...paling sama dengan yang dirasakan perawat lain ngisi i-pad nya lemmot...” (P4)

“...loadingnya lambat, ga tau itu sinyal, tapi sudah bilang ke pihak IDP nya, katanya iya, mbak H, yang orang UI nya belum dateng, katanya gitu..” (P5)

“...kalo i pad gitu aja, i pad satu dan komputer ada dua, di luar dan di dalam, tapi ya ituu..., kalo i pad suka loading lama, kadang-kadang kan ga ada sinyal gitu..” (P6)

“...kita pake i-pad, loading i-pad nya lama banget..” (P8)

“...kita masukin data, loadingnya itu lama gitu, mungkin apa karena berbarengan dengan lantai lain masukin data, tapi kayanya itu ga mungkin kan,?itu loadingnya agak lama..” (P9)

“...kan kita udah dikasih tau cara mencari sinyal gitu, trus kadang tiba-tiba agak lemmot tuh, ga tau tu, udah pernah beberapa kali dibenerin, ngeblank, dan itu ga dapat diapa-apain, ngeblok, hang gitu..., udah dibenerin, gini lagi, lama-lama, bikin, ahh, males ahh..” (P10)

Tujuh orang partisipan mengungkapkan kendala dalam menggunakan SIMKEP yaitu *loading* error. Ungkapan partisipan-partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“...kendalanya yaitu gangguan-gangguan teknis dari komputer aja, loading lama, loading error, itu karena salah sistemnya atau bagaimana, saya kurang tau..” (P1)

“...berkendalanya itu lagi di bagian kaya sistem error..” (P2)

“...kalo di hari pertama, kalo kita mengkajinya dari awal langsung ngambil diagnosa laktasi itu langsung dapat, tapi nanti kalau besoknya, atau hari setelah kelanjutannya, kita mo nambah hari itu juga diagnosa, itu lama, tidak keluar sama sekali pernah, keluar lama pernah, ada juga yang langsung error..” (P4)

“...masa kita harus bawa komputer, digotong-gotong kesana, kan, gitulah dia..., i pad nih loadingnya lama, error, sebel banget, mungkin kalo yang itu ya sinyalnya perlu ditambah ato gimana ya..” (P6)

“...kadang-kadang kita udah nulis, udah tinggal simpan, tau tau sinyalnya hilang..., nanti kita coba lagi, tau tau error..” (P7)

“...biasanya kan kalo kita komputer, trus komputernya agak-agak error..” (P8)

“...kadang-kadang komputernya juga suka error...” (P9)

Tidak ada sinyal juga diungkapkan oleh lima orang partisipan. Ungkapan partisipan-partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“...nah itu dia..., i-pad nya kadang-kadang ada sinyal, kadang ga ada sinyal, jadi kalo kadang misalnya kita lagi ke pasien kan, ini tindakannya apa nih, kita ga bawa statusnya mbak, jadi kita slalu bawa i-pad ke kamar pasien itu kalo operan, jadi kalo kita pake i-pad, mati sinyalnya..” (P3)

“...kalo i pad gitu aja, i pad satu dan komputer ada dua, di luar dan di dalam, tapi ya ituu..., kalo i pad suka loading lama, kadang-kadang kan ga ada sinyal gitu..” (P6)

“...kalo i-pad itu kendalanya pake wifi itu ya kendalanya, kadang-kadang ga dapet sinyal..” (P7)

“...selama menggunakan SIMKEP di sini, bagus sih, cuma sinyalnya kadang-kadang aja yang susah, kadang sinyalnya itu suka ga ada...” (P8)

“..kalo fasilitas, kalo di sini kebetulan pasiennya banyak ya, komputernya satu, dan i pad nya satu juga, cuman...kadang i pad nya itu, waktu itu pernah ya, sinyalnya suka ga ada..” (P10)

Kendala dari rekan kerja dalam menggunakan SIMKEP yaitu rekan kerja malas menggunakan SIMKEP. Hal ini diungkapkan oleh tiga orang partisipan sebagai berikut:

“...kendalanya dari ruangan aja, dari temen-temen aja..., mungkin kadang temen-temen ato kakak kakaknya yang malas masukin, larinya nanti ke kita, mengandalkan kita untuk masukin SIMKEP, itu NV beratnya di situ...” (P2)

“...Hmm..., aku bilang, Hmm, ga ada kek yang lain kerjaan,? Ngapain kek, ke pasien kek, ke SIMKEP kek, temen-temen itu sih dapat menggunakan SIMKEP, tapi apa namanya ya, yaitu..., malasnya itu..., malasnya itu ga ketulungan..” (P3)

“...untuk pengkajian awal biasanya kalo saya yang terima ga muji diri sendiri, biasanya sih diagnosa yang keluar selengkap-lengkapnya, tapi kalo anak yang lain, kadang-kadang suka, males ahh, banyak-banyak gitu kan, ya mau ga mau imbasnya ke yang sering menggunakan komputer..” (P4)

Respon dalam menghadapi kendala penggunaan SIMKEP yang diungkapkan partisipan terdiri atas respon menghadapi kendala dari perangkat SIMKEP dan kendala dari rekan kerja. Respon menghadapi kendala dari perangkat SIMKEP diungkapkan partisipan dalam bentuk kesal dan malas. Respon emosional kesal diungkapkan oleh semua partisipan. Ungkapan partisipan-partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“... kesal ya, istilahnya kita udah capek-capek ngisi, tau tau error..” (P1)

“...kalo kita lagi banyak pasien mungkin kita kessel juga ya kak ya, misalnya terjadi error... error gitu..” (P2)

”...gimana ya mbak ya, sebel ya, masalah aku ga dapat ngisi SIMKEP nih, pastinya besok ditegor sama si Bos nih..” (P3)

“...banyak yang ngeluh juga sih..., aku juga kesal jadinya, kok gini sih..” (P4)

“...yaa.. gimana, walopun itu kadang-kadang, tapi kesal lah yaa..” (P5)

“...ya sebeell, udah sampai ke ujung ruangan, i-pad nya di bawa-bawa, tetep ga ada sinyal..” (P6)

“...kesal..kesaal..., trus panjang-panjang, udah jauh, tau tau ga dapat disimpan..” (P7)

“...kalo sering ga ada sinyal kaya gitu jadi kessel siih mbak..” (P8)

“...karena harus menulis, dengan tulisan tangan lagi ya terus terang agak kessel juga, tapi yaa...mau gimana lagi error gitu ..” (P9)

“...kessel...Uuuuh.., apaan sih, ga sabaran nih, akhirnya kembali lagi, kadangkannya komputer yang di situ dipake buat obat-obatan, gitu kan, kita harus masukin yang di i-pad, ya kita juga pengen masukin masa nungguin satu pasien aja berjam jam, kan kessel juga..” (P10)

Sikap malas juga diungkapkan oleh dua orang partisipan. Ungkapan partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“...kadang kan ada yang merasakan, kadang maleees... ya kalo udah seperti ini, tapi ya gimana lagi, itu sudah harus dimasukkan, sudah kewajiban, memang harus dikerjakan..” (P2)

“...aku pribadi juga jadi males, kadang kita udah isi gini-gini, udah di save, tiba-tiba iih.., lemmot banget..” (P10)

Respon menghadapi kendala dari rekan kerja yang diungkapkan oleh dua orang partisipan yaitu rasa kesal. Ungkapan kedua partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“...tetap dikerjain sih, cuma dengan perasaan yang nggak...nggak enak, kesal aja, gitu ya kak ya..” (P2)

“...sebel kak, jujur aja sebel, istilahnya gini, aku pasien lagi banyak gitu mbak, dinas sama orang itu misalkan, dia bilang, ahh lu aja yang ngisi SIMKEP, dia ga ngapa-ngapain gitu mbak, masih mending kalo dia ke sana ke sini kan, eh, dia duduk gitu mbak, main BB, kita repot gitu mbak..” (P3)

Hal-hal yang dilakukan dalam menghadapi kendala gangguan sinyal yaitu berusaha mencari sinyal, menghubungi pihak di rumah sakit yang dianggap mengerti dengan sinyal, keluar (*log out*) dari aplikasi SIMKEP kemudian masuk kembali ke aplikasi SIMKEP tersebut, membiarkan saja dan melakukan kegiatan lain, dan menunggu sampai *loading* bagus kembali.

Lima orang partisipan mengungkapkan bahwa mereka berusaha mencari sinyal jika sinyal *i pad* tiba-tiba hilang. Ungkapan partisipan-partisipan tersebut yaitu sebagai berikut:

“...biasanya kita suka nyari sinyalnya di situ dekat bell itu kan ada pemancarnya tuh, udah di situ mbak, ga nyala juga, trus depan kamar 404, ada sinyalnya, sama juga, tetep ga ada sinyalnya..” (P3)

“...udah ke ujung ruangan, sampai ke ujung sana kita cari, tetep ga ada sinyal, i pad dibawa bawa, coba tuh..” (P6)

“...kalo pertama sih, yang aku lakuin coba untuk mencari sinyal, mencoba untuk mencari sinyal, biasanya letak-letaknya didepan kamar 409 ini biasanya kuat, di station nurse, kadang-kadang kenceng kak, tapi kalo kita udah masuk ke meja dalam, udah agak hilang, tapi kadang-kadang hilang juga itu di depan station nurse..” (P7)

“...paling yang dilakukan pada saat itu berusaha mengaktifkan sinyalnya lebih tinggi lagi, ya mencari sinyalnya..” (P8)

“...kan kita udah dikasih tau cara mencari sinyal gitu gitu, jadi ya kita coba cari sinyal dulu..” (P10)

Partisipan juga menghubungi pihak di rumah sakit yang dianggap mengerti dengan sinyal. Hal ini dilakukan oleh empat partisipan. Ungkapan partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“...paling NV telepon ke bagian atas kan, ke lantai 5, nanya lagi ke pak H atao Pak Y kan, karena itu juga NV ga mengerti sepenuhnya, gitu kan, kadang kalo ada waktu, NV juga sms kak H, kak kendala ini ini ini apa gitukan..” (P2)

“...kalo sinyalnya i pad nya mati, komputer cuma satu, jadi kita ga dapat make, suka gitu, mo bilang apa ya mbak, kan itu urusan IDP, jadi kita coba panggil orang IDP nya di lantai 5..” (P3)

“...Hm, dia error di tindakan, tapi di evaluasi muncul, jadi kita tindakannya udah kelihatan nih, pertama kita telepon IDP tu, yang pertama-tama kali kejadian, kok gini..” (P6)

“...paling kalo udah bener-bener mentok ga dapat, sinyalnya ga mau naik, panggil teknisinya, iya, teknisinya komputernya turun tangan..” (P8)

Dua orang partisipan mengungkapkan bahwa mereka keluar (*log out*) dari aplikasi SIMKEP kemudian masuk kembali ke aplikasi SIMKEP tersebut. Ungkapan partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“...jadi keluar dulu dari tindakan, setelah kita isi, di close, langsung ke implementasi, dia akan akan muncul...” (P4)

“...biasanya itu suka error, kalo udah ngisi pengkajian itu, pas nyimpan itu kadang-kadang lama, trus kalo udah dicoba beberapa kali jadi error, kalo udah gitu, paling kita keluar dari aplikasinya, jadi langsung keluar aplikasinya,

trus nyalain lagi, buka aplikasinya lagi, kadang-kadang ada sinyalnya, kadang-kadang enggak..” (P7)

Kemudian empat orang partisipan mengungkapkan bahwa mereka membiarkan saja komputer yang sedang error dan melakukan pekerjaan lain. Ungkapan partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“...kita biarkan dulu, baru balik lagi ke sana, karena ga mungkin hanya itu yang kita kerjakan, masih banyak yang lain yang harus dikerjakan..” (P2)

“...ya ga dapat diapa-apain itu mbak, ga dapat diapa-apain, ya udah, dibiarin aja, habis udah ga dapat, ya udah, dibiarin aja, habis udah ga dapat...” (P4)

“...ya udah, dibiarin aja, habis udah ga dapat.., kita ngerjain yang lain dulu” (P6)

“...ninggalin kerjaan dulu jadinya, misalnya kita lagi masukin data nih, trus loadingnya lama, jadi kita pegang yang lain dulu apaa..gitu, jadi ditinggalin dulu SIMKEP nya..” (P9)

Dua orang partisipan mengungkapkan bahwa mereka menunggu sampai sinyal baik kembali. Ungkapan partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“...nunggu..., menunggu, ya udahlah tungguin aja sampai sinyalnya ada lagi..” (P3)

“...aku pribadi juga jadi males, kadang kita udah isi gini, udah di save, tiba-tiba iih...lemmmot banget sih, seharusnya udah ngerjain beberapa tindakan, jadinya masih nungguin aja di sini, ga sabaran nih, ya kita juga pengen masukin masa nungguin satu aja berjam jam, kan kessel juga, udah ahh, males ngisi di sini, jadi akhirnya nungguin lah itu, ngantri..., klo sinyalnya lagi bagus, dapat cepet..., tapi kalo lagi lemmot, kadang dapat sampai seharian tu, kadang juga sampai dinas malam tu ga diisi,

kendalanya di situ, apalagi kalo pagi, sibukk.., susah..”
(P10)

Kendala yang dihadapi partisipan dalam menggunakan SIMKEP memiliki **dampak terhadap pekerjaan** partisipan tersebut. Dampak tersebut yaitu pekerjaan mereka menjadi tertunda dan ditegur oleh atasan. Dampak kendala terhadap pekerjaan menjadi tertunda diungkapkan oleh tiga orang partisipan sebagai berikut:

“...kendala sinyal itu jadinya mempersulit bekerja aja, seharusnya ini udah selesai, tetapi ini jadinya belum..” (P8)

“...karena kendala itu ninggalin kerjaan dulu jadinya..”
(P9)

“...seharusnya sudah ngerjain beberapa tindakan, jadinya masih nungguin aja di sini..” (P10)

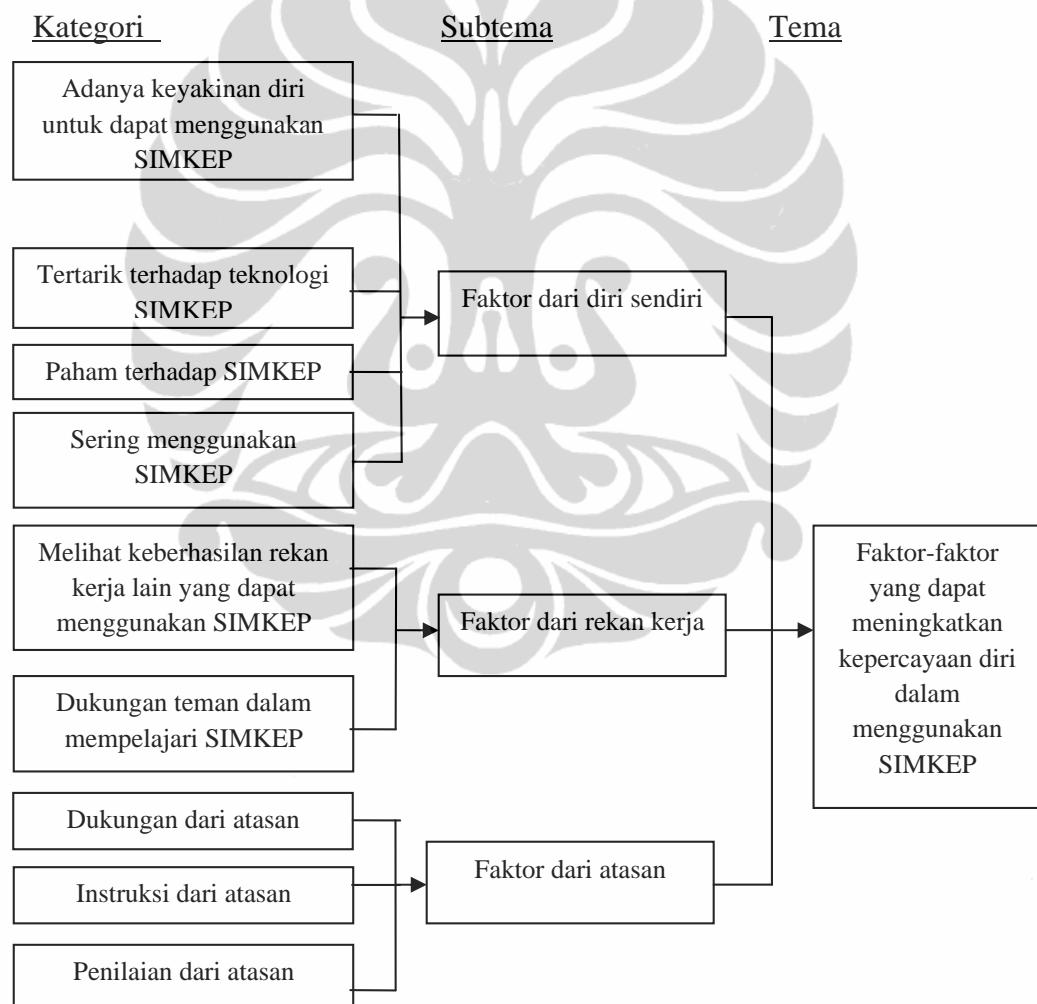
Kemudian dua orang partisipan mengungkapkan bahwa mereka ditegur atasan, seperti pernyataan berikut:

“...ini i-pad ga ada sinyal, mo aku apain ini ya,? trus D bilang, udah kak, ntar ajalah, masalah SIMKEP mah ya udahlah, biarin aja, ya udah, ntar kan akhirnya...kadang-kadang aku jujur aja ya mbak, pernah waktu itu ga pernah mengkaji gitu kan, cuma satu pasien, besoknya ditegur sama Bos, kenapa ga dikaji Dek,? Enggak Bos, pasien ku full, bukannya aku ga konsen ke SIMKEP, aku memprioritaskan pasien dong...” (P3)

“...krna kendala itu jatuh-jatuhnya diagnosanya jadi kurang, udah gitu ntar pada saat atasan melihat, ini kenapa ini, kok gini gini, pada hal kan kita udah berusaha, ya udah tinggal bilang ga dapat bu, ya ga dapat bilang apa-apa, tapi kan dimarahin kan ga enak..” (P4)

4.2.6 Faktor-faktor yang dapat Meningkatkan Kepercayaan diri dalam Menggunakan SIMKEP

Tema keenam yaitu faktor-faktor yang dapat meningkatkan kepercayaan diri dalam menggunakan SIMKEP yang teridentifikasi dari subtema faktor dari diri sendiri, faktor dari rekan kerja dan faktor dari atasan. Hubungan antar kategori kemudian membentuk tema faktor yang dapat meningkatkan kepercayaan diri dalam menggunakan SIMKEP dapat terlihat pada skema 4.6



Skema 4.6 Faktor-faktor yang dapat Meningkatkan Kepercayaan Diri dalam menggunakan SIMKEP

Faktor dari dalam diri sendiri yang diungkapkan oleh partisipan terdiri atas adanya keyakinan diri untuk dapat menggunakan SIMKEP, tertarik terhadap teknologi SIMKEP, paham terhadap SIMKEP, dan sering menggunakan SIMKEP. Adanya keyakinan diri akan untuk dapat menggunakan SIMKEP diungkapkan oleh orang partisipan sebagai berikut:

“...paling yang bikin kita percaya untuk melakukan sesuatu itu ya kita yakin, kita sering berlatih aja sih, hm..., yang namanya SIMKEP itu kan pekerjaan pribadi, karena menggunakan password masing-masing, jadi itu ga dipengaruhi oleh teman-teman, atau atasan, atau siapapun, karena itu antara saya dengan komputer, sama pasien, nah itu aja, jadi kalo saya dapat care sama pasien, berarti saya dapat memasukkan data ke komputer, saya dapat menggunakan komputer dengan cepat, maka saya mempunyai lebih banyak waktu ke pasien, gitu kan..” (P4)

“...jadi semangat dari diri sendiri aja sih, selebihnya karena pengen, karena mungkin dari diri sendiri, yakin pasti dapat, makanya harus dapat, harus mau, ga ada ragu-ragu..” (P8)

Dua orang partisipan mengungkapkan bahwa hal yang juga dapat meningkatkan kepercayaan diri untuk dapat menggunakan SIMKEP yaitu tertarik terhadap teknologi SIMKEP. Ungkapan partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“..ya yakinnya setelah dari direktur keperawatan, trus memberikan instruksi nanti kita ada SIASKEP, kalo dulu bilanganya, diperkenalkan oleh tim, merasa tertarik, bu R masuk, menjelaskan, ternyata benar yaa..., kita tu jangan seperti kodok, katanya kan kalo bu R kasih materi, mulai dari situ tuh, mulai terbuka terbuka...lebih tertariknya di situ, ada teknologi yang dapat membantu pekerjaan, Oo iya ternyata tujuannya ini seperti ini, karena perawat itu sebenarnya 80% mengerjakan tugas non keperawatan, itulah yang tambah memotivasi..., jadi tambah pede lagi..” (P1)

“...yang bikin muncul rasa percaya diri itu udah itu ketemu dengan orang-orang yang berbeda dengan teknologi yang berbeda, jadi aaa... tertarik karena dari sini menggunakan komputer, di sana menggunakan kertas, menulis lagi, nah pas ke sini, Ooo enak di sini, jadi mulai berasanya yang di sana itu kok jadi ribet, gitu..., kok lebih enak yang di sini, kan emang baru nih SIMKEP, habis itu kan ke Depok itu nulis lagi tuh, dari Depok ke sini, waah..., gampang nyari penyakitnya di sini, kalo di sana kan latihan penyakit-penyakit yang aneh-aneh tuh, kalo ini, diagnosanya apa, tindakan perawatnya harusnya seperti apa, itu kan harus mikir, buka buku, buka segala macam, tapi udah nyampe sini, tinggal nyontreng-nyontreng..., makanya lebih nyaman..” (P4)

Faktor lain dari diri sendiri yang dapat meningkatkan SIMKEP yang diungkapkan partisipan yaitu paham terhadap SIMKEP. Hal ini diungkapkan oleh empat orang partisipan, seperti pernyataan berikut ini:

“...kita memahami kata-kata dari NIC NOC itu sendiri, yang berkaitan dari diagnosa, berkaitan dengan ini, dengan kriteria hasil, dengan intervensi dan segala macam, intinya sih memahami kata-katanya aja kak, karena berbeda dengan yang kita pelajari dulu kan, mungkin dengan yang kita pelajari dulu, ada berhubungan dengan berhubungan dengan segala macam, sekarang kan diagnosa cuma satu kata doang, itu akan membuat kita lebih yakin dan percaya diri..” (P2)

“...mempelajari tentang SIMKEP, maksudnya walaupun sudah di simulasikan, kadang-kadang dari simulasi banyak yang beda lah..., jadi mesti memahami SIMKEP lagi biar lebih pede..” (P3)

“...penyesuaian ya, maksudnya penyesuaian dengan diagnosa yang baru aja, gitu..., jadi paham dengan SIMKEP, jadi lebih yakin dapat..” (P6)

“...mungkin dari sendiri ya, dengan dapat, ngerti menggunakan SIMKEP itu kita dapat pede..” (P9)

Selain paham dengan SIMKEP, sering menggunakan SIMKEP juga dapat meningkatkan kepercayaan diri dalam menggunakan SIMKEP. Hal ini diungkapkan oleh lima orang partisipan. Ungkapan partisipan-partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“...kita sering memasukkan SIMKEP, itu pasti percaya diri, dan kita akan mengerti tentang, mulai dari pengkajian, sampai resume terakhir..” (P2)

“...dengan sering berlatih, jadi sering menggunakan SIMKEP, sering buka, itu jadi bikin tambah yakin..”(P4)

“...hal yang dapat meningkatkan rasa percaya diri itu yaa dengan cara sering mengkaji..” (P5)

“...yang membuat pede setelah setiap hari menggunakan, setiap hari mencoba, maksudnya SIMKEP itu digunakan, aa... ya dengan adanya ilmu yang kita punya juga, ya pe de jadinya kak..” (P7)

“...mungkin karena udah sering buka buka SIMKEP gitu kali ya, jadi lebih pede aja...” (P10)

Faktor dari rekan kerja yang dapat meningkatkan kepercayaan diri yaitu melihat keberhasilan rekan kerja yang dapat menggunakan SIMKEP dan dukungan dalam mempelajari SIMKEP. Dua orang partisipan mengungkapkan bahwa dengan melihat rekan kerja dapat menggunakan SIMKEP dapat meningkatkan kepercayaan diri untuk dapat menggunakan SIMKEP. Ungkapan partisipan-partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“...yang dari luar diri pribadi nya mungkin, orang dapat kenapa NV ga dapat? gitu..., jadi membuat yakin aja untuk dapat menggunakan..” (P2)

“...banyak yang lebih senior, mereka dapat dari mereka sendiri, ah senior dapat, berarti saya juga harus jadi dapat gitu, jadi karena contoh lingkungan, menjadikan semangat dari diri sendiri aja sih..” (P8)

Dukungan dari teman dalam mempelajari SIMKEP dalam meningkatkan kepercayaan diri juga diungkapkan oleh dua partisipan. Ungkapan partisipan-partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“...kalo dari temen-temen, dukungannya sangat sangat, maksudnya temen-temen juga walaupun saya punya junior di sini, tapi kalau memang mereka lebih cepet menggunakan komputer gitu, banyak membantu, jadi semakin pede..” (P7)

“...trus ditambah dengan kalo kita kurang ngerti kan dari temen juga ada masukan, ni caranya gimana nih? gitu kan, itu percaya diri kita tambah meningkat..” (P9)

Faktor dari atasan dalam meningkatkan kepercayaan diri menggunakan SIMKEP terdiri atas dukungan dari atasan, instruksi dari atasan dan penilaian dari atasan. Dukungan dari atasan diungkapkan oleh dua orang partisipan. Ungkapan partisipan-partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“...dukungan dari direktur keperawatan dengan datang ke ruangan-ruangan tiap bulan, mengajak kita, menanyakan bagaimana SIMKEP, menganjurkan untuk rapat, kalau rapat ngajak saya.., nah itu dapat membuat jadi lebih pede..” (P1)

“...untuk meningkatkan rasa yakin dan percaya diri biasanya sih lingkungan-lingkungan ya, butuh banget support, kaya dukungan kalo atasan, untungnya sih punya atasan yang sangat mendukung juga, jadi kalau dia tau ada pegawainya yang kurang mengerti tentang SIMKEP, biasanya langsung diajarin, langsung dipanggil, langsung diajarin..” (P8)

Instruksi dari atasan untuk harus dapat menggunakan SIMKEP juga dapat meningkatkan kepercayaan diri dalam menggunakan

SIMKEP. Hal ini diungkapkan oleh empat orang partisipan. Ungkapan partisipan-partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“...kalo NV harus dapat karena itu emang sudah tuntutan juga dari rumah sakit, itu udah perintah berupa lisan dan itu juga sudah tertulis, untuk wajib memasukkan SIMKEP..” (P2)

“...dari bu F nya juga menuntut, dari keperawatannya, harus dapat menggunakan SIMKEP, ini kan diharuskan, jadi lama kelamaan kita yaa harus dapat, ya itu yang membuat tergugah gitu...” (P5)

“...kalo dari atasan mungkin..., ya, kan kita harus dapat SIMKEP..” (P6)

“...trus kebetulan juga kepala ruangan di sini slalu, Ayoo dapat, coba kamu bikin!, langsung dituntut untuk dapat menggunakan SIMKEP gitu..” (P8)

Selanjutnya empat orang partisipan juga mengungkapkan bahwa penilaian dari atasan juga dapat meningkatkan kepercayaan diri menggunakan SIMKEP. Ungkapan partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“...SIMKEP lantai 4 itu bagus, istilahnya penilaian se Bunda itu lantai 4 bagus, itu yang bikin aku optimis, lebih pede lagi..” (P3)

“...kepala ruangan juga mendukung, dengan CCM nya, dengan CCM nya dia, misalnya gini, post SC, hari kedua, gitu kan, kita angkat diagnosa ketidakefektifan..., trus kepala ruangan lihat melalui CCM, CCM-an itu isinya kadang untuk diagnosa sudah bagus, tolong diperhatikan, tolong ditingkatkan lagi, nah itu kita dapat membikin kita apa yaa..., walaupun ga dengan reward-nya, ga dengan menggunakan barang dengan ucapan udah seneng sih, udah bikin tambah pede aja sih..” (P5)

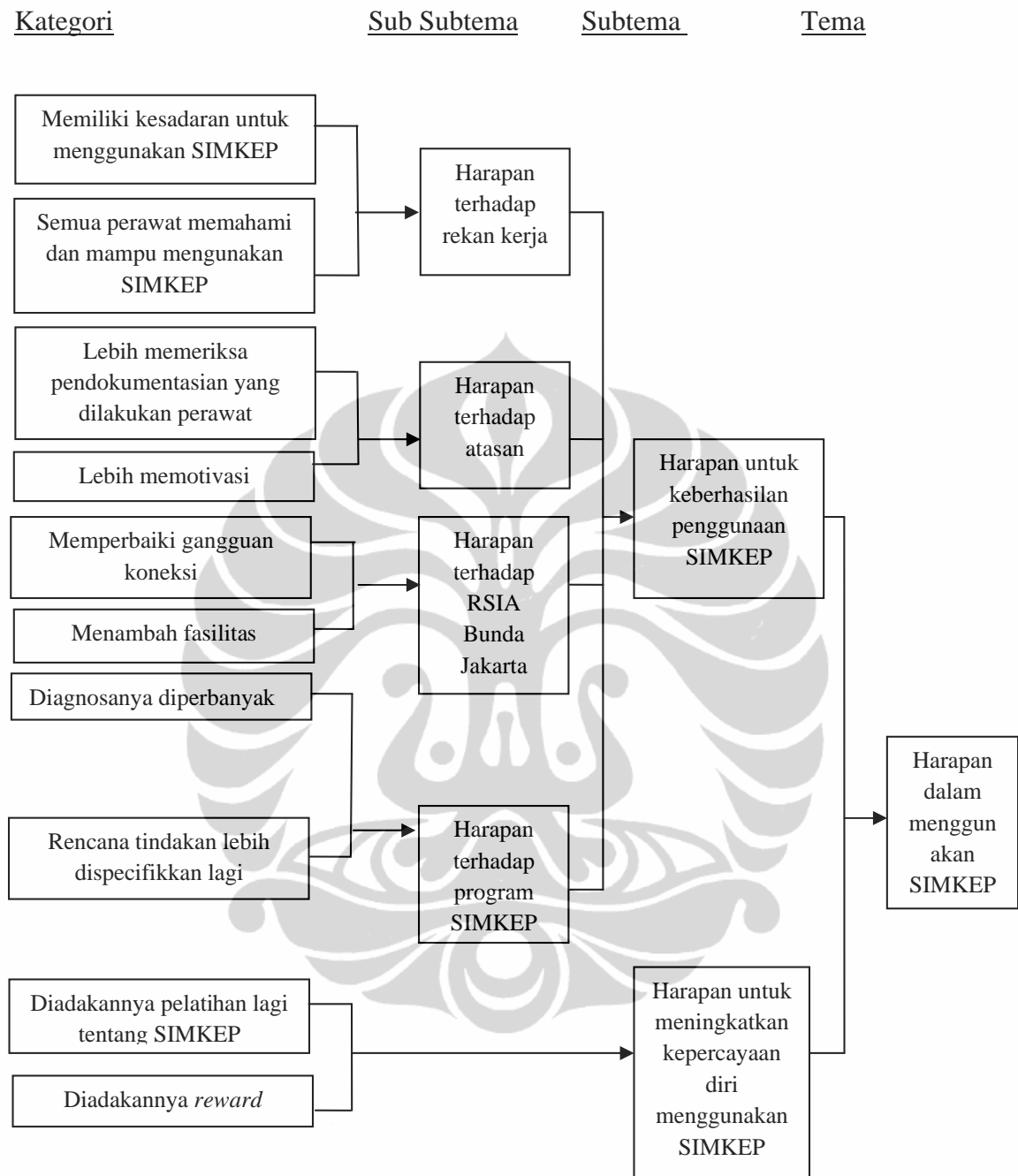
“...kata-kata seperti ini kali pujian kan, misalnya Good, pertahankan, atau bagus dek, jadi kita merasa percaya diri jadinya..” (P7)

“...lewat CCM, ntar kita buka lagi kan, apa yang ditulis kepala ruangan, jadi misalnya kalo ada kesalahan, kita jadi tambah semangat lagi, tambah pede lagi..” (P9)

4.2.7 Harapan dalam Penggunaan SIMKEP

Tema ketujuh yaitu harapan dalam penggunaan SIMKEP yang teridentifikasi dari subtema harapan untuk keberhasilan penggunaan SIMKEP dan harapan untuk meningkatkan kepercayaan diri menggunakan SIMKEP. Subtema harapan untuk keberhasilan penggunaan SIMKEP teridentifikasi dari sub subtema harapan terhadap rekan kerja, harapan terhadap atasan, harapan terhadap RSIA Bunda Jakarta, dan harapan terhadap program SIMKEP. Hubungan antar kategori kemudian membentuk tema harapan dalam penggunaan SIMKEP dapat terlihat pada skema 4.7





Skema 4.7 Harapan dalam menggunakan SIMKEP

Harapan untuk keberhasilan penggunaan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta yang diungkapkan oleh partisipan terdiri atas harapan terhadap rekan kerja, harapan terhadap atasan, harapan terhadap RSIA Bunda Jakarta, dan harapan terhadap program SIMKEP. Harapan terhadap rekan kerja yang diungkapkan oleh partisipan terdiri atas memiliki kesadaran untuk menggunakan SIMKEP dan memahami serta mampu menggunakan SIMKEP.

Dua orang partisipan mengungkapkan harapan agar rekan kerjanya memiliki kesadaran untuk menggunakan SIMKEP. Ungkapan partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“...jangan hanya mengandalkan satu orang atau berapa orang yang mau memasukkan, Sadar diri deeeh...” (P2)

“...ya harapannya agar mereka, temen temen itu nyadar untuk ngisi SIMKEP gitu..” (P3)

Harapan agar semua perawat memahami dan menggunakan SIMKEP diungkapkan oleh tiga orang partisipan. Ungkapan partisipan-partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“...buat temen-temen, buat kakak-kakaknya juga mungkin semakin dapat belajar aja, sehingga semuanya dapat ngerti dan menggunakannya..” (P2)

“...jadi mungkin yang diharapkan semuanya setiap satu shift itu menggunakan SIMKEP, maksudnya masukin semua biar paham, biar terbiasa aja..” (P7)

“...harapan aku sebenarnya agar semua orang tu mampu untuk menggunakan SIMKEP ini, dan mereka juga mencoba untuk belajar, mencoba untuk memahami dan merasa Ooh...aku percaya diri loh menggunakan ini..” (P10)

Harapan terhadap atasan untuk keberhasilan penggunaan SIMKEP yang diungkapkan partisipan yaitu agar lebih memotivasi perawat untuk menggunakan SIMKEP dan lebih memeriksa pendokumentasian yang dilakukan perawat di SIMKEP. Harapan agar atasan lebih memotivasi perawat untuk menggunakan SIMKEP diungkapkan oleh dua orang partisipan, yang dapat dilihat pada pernyataan berikut ini:

“...kepala bidang, seharusnya lebih mengajak kita lagi, lebih memotivasi lagi, jangan hanya dapat berteriak” diharapkan mengertilah tentang SIMKEP, jangan hanya karena jabatan, jadi seharusnya tau..” (P1)

“...harapan untuk atasan mungkin lebih memotivasi kali kak ya dalam menggunakan SIMKEP ini..” (P7)

Selanjutnya dua orang partisipan mengungkapkan harapan mereka agar atasan lebih memeriksa pendokumentasian yang dilakukan perawat di SIMKEP. Ungkapan dua orang partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“...maunya sih dari kepala ruangan itu mereka selalu ngcek kerjaan kita, karena untuk yang saat ini terjadi, itu kadang-kadang kalau sudah terjadi kejadian baru ngcek, baru marah..” (P4)

“...maunya saya itu atasan lihat, kepala bidang keperawatan itu lihat ini SIMKEPnya dikerjakan bagaimana, semestinya gimana, atau masih kurang..” (P6)

Harapan terhadap RSIA Bunda Jakarta juga diungkapkan oleh partisipan. Harapan tersebut yaitu agar memperbaiki gangguan koneksi dan menambah fasilitas SIMKEP yaitu *i pad*. Harapan agar pihak rumah sakit dapat memperbaiki gangguan koneksi diungkapkan oleh tiga orang partisipan, yang dapat dilihat pada pernyataan berikut:

“...harapannya *i pad* nya yang sering error dan ga ada sinyal itu diperbaiki aja..” (P3)

“...harapannya agar dapat menggunakan sinyal yang kuat..., biar laodingnya cepat..” (P4)

“...harapannya semoga ga lemmot lagi, sinyalnya, agar dapat diperbaiki aja..” (P8)

Selain itu, tiga orang partisipan juga mengungkapkan bahwa rumah sakit perlu menambah fasilitas *i pad*. Ungkapan partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“...kalo dapat lebih maju lagi, kaya seperti sekarang udah dari ruangan lain udah pake *i-pad*, dan kita di PNK belum, maunya sih ada kak, tapi gak tau kapan...” (P2)

“...sarananya juga harus diperbaiki juga, mungkin *i pad* nya kalo dapat ditambahin..” (P3)

“...kalo dapat ditingkatkan lagi aja ya, maksudnya, fasilitasnya untuk itu, misalnya kaya di kamar bayi untuk disediakan *i-pad* gitu, karena belum ada, kita sih sudah mengajukan, tapi belum..., kita butuh ya mbak ya..” (P9)

Harapan untuk program SIMKEP yang diungkapkan oleh partisipan yaitu agar diagnosanya diperbanyak, rencana tindakannya lebih dispesifikkan lagi, dan diadakannya catatan dokter dengan *password* dokter sendiri. Harapan agar diagnosanya diperbanyak diungkapkan oleh tiga orang partisipan. Ungkapan partisipan-partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“...harapannya, sempat kita kemarin ngajarin yang di wings juga, semoga dapat bener-bener dapat dipake ya, untuk ke depannya mungkin diagnosanya lebih banyak lagi, ya mungkin harapannya kali harus banyak kayak diagnosa, penyakit pasien kan sekarang banyak yang beda-beda, mungkin perlu ditegakkin diagnosa lagi, jadi mungkin pasien dengan apaa... mungkin, dengan IUFD,

kadang-kadang kalo IUFD saya ngambil cemas aja kali, tindakannya sih emang ada di situ anxietas, cuma belum ada patokannya bagi kita..” (P3)

“...sama itu satu lagi, kalo ada misalnya ada pasien PEB, pre eklamsi berat, jadi dia itu, kita mau menegaskan misalnya diagnosanya peningkatan intrakranial misalnya, nah itu ga ada, nah itu tu untuk yang PEB, ga ada, jadi ya gitu, kalo dapat ditambah diagnosanya..” (P6)

“...seperti diagnosa kan kurang lengkap, karena itu kan diagnosa kan semua udah langsung keluar, jadi kita ga dapat menambahkan, tinggal ceklis aja, mana yang sesuai, jadi kalo misalnya kita mau menambahkan sesuatu jadi ga dapat, kaya kasus kejang demam, mungkin kita hanya dapat angkat di hiperpireksianya, ntar diperdalam lagi, tapi untuk kasus itunya kurang, jadi kita ga dapat ngangkat lagi, kecuali dari atasan langsung nambahin, yaah..., ntar mungkin diagnosanya lebih diperbanyak gitu, biar kita lebih ada pilihannya..” (P8)

Selanjutnya dua orang partisipan mengungkapkan harapan agar rencana tindakan keperawatan yang ada pada SIMKEP dapat dispesifikkan. Ungkapan partisipan tersebut dapat dilihat pada pernyataan berikut:

“...mungkin untuk tindakan harus lebih dispesifikkan aja gitu, lebih kena ke pasiennya gitu..” (P3)

“...tapi waktu kita misalnya ada pengkajian anak, kita kan ga dapat nih, karena kan ga keluar anak di situ, di SIMKEPnya itu, jadi kalo pengkajian itu disini kan dewasa semua, nah, kalo tiba-tiba anak masuk, masak kita anjurkan anak untuk relaksasi, itu kan untuk ansietas orang tua ya, harusnya ada di situ ansietas orang tua, tapi kan di situ ansietasnya secara dewasa ya, untuk yang ukuran dewasa, trus cuma anjurkan anak untuk relaksasi, gitu misalnya, jadi kita ambilnya yang mirip-mirip, mendekati gitu.., jadi mungkin harus ada yg lebih khusus, spesifiklah..” (P6)

Harapan untuk meningkatkan kepercayaan diri menggunakan SIMKEP yang diungkapkan partisipan terdiri atas adanya pelatihan tentang SIMKEP dan perlu adanya *reward*. Harapan agar diadakannya pelatihan tentang SIMKEP diungkapkan oleh tiga orang partisipan. Ungkapan partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“...kalo dapet kursus, maksudnya ada pelatihan tentang SIMKEP gitu lagi, jadi tambah pede...” (P1)

“...harapannya biar lebih pede lagi, itu...ada lagi pembelajaran program SIMKEPnya, lebih didalemin lagi, ya harus ada pembelajaran lagi lah, maksudnya walaupun sudah di simulasikan, kadang-kadang dari simulasi banyak yang beda lah..., jadi mungkin perlu ini pelatihan SIMKEP lagi..” (P3)

“...mungkin agar kita lebih yakin menggunakan, ga ragu-ragu, kita perlu diajak untuk membuka software ya, program itu, pengennya kita buka, itu isinya apa, mungkin dalam bentuk pelatihan lagi ya mbak ya..” (P6)

Selain harapan perlu diadakannya lagi pelatihan SIMKEP, tiga orang partisipan juga mengungkapkan harapan untuk diadakannya *reward* dalam rangka meningkatkan kepercayaan diri menggunakan SIMKEP. Ungkapan tiga orang partisipan tersebut dapat dilihat pada pernyataan berikut:

“...ato mungkin ada reward yang dapat membuat kita...lebih percaya diri, diumumkan gitu aja udah cukuplah yaa., diberi penghargaan, semuanya kan tidak semua ujung-ujungnya duit, dengan disebarluaskan aja kan kita udah bangga gitu, jadi merasa kepercayaan diri meningkat..” (P1)

“...harapan saya untuk diberikannya reward, reward itu sebenarnya penting, nah itu sebenarnya dapat meningkatkan rasa pede kita dalam menggunakan SIMKEP, dalam bentuk penilaian dan pengumuman dari semua lantai saja sudah cukup, kalo ada reward, akan lebih terpacuuu...” (P5)

“...kalo dari rumah sakit, biasanya kan ada ujian-ujian psikotes, itu biasanya ada reward-reward kalo nilainya di atas rata-rata, ya, tesnya itu tentang SIMKEP, sekitar 2 bulan hampir 3 bulan yang lalulah, tes nya itu tertulis sih, ada juga yang seperti contoh langsung ke komputernya gitu, trus hasilnya sih dikirimin, nilainya, trus kalo yang memuaskan kan ada tu ya rewardnya, itulah menurut mereka, ada rewardnya, hadiah gitu dari mereka, kalo saya hasilnya lumayanlah, memuaskan..., mungkin ujian-ujian kaya itu tadi membuat kita lebih mengingat mungkin, introspeksi, oh iya, sebenarnya SIMKEPnya kurang ini, karena ada tesnya ini, jadi inget, oh ya, harus ditulis ini, berharap sih semakin lebih sering diadakan ujian-ujian kaya gitu, ada reward kaya gitu biar lebih meningkat percaya dirinya...” (P8)



BAB 5 PEMBAHASAN

Bab ini menjelaskan tentang interpretasi hasil penelitian berdasarkan tinjauan pustaka seperti *literature review*, jurnal terkait, dan artikel ilmiah yang berhubungan untuk menguatkan hasil temuan. Selanjutnya, dibahas tentang keterbatasan penelitian yang ditemui mencakup alasan-alasan rasional yang bersifat metodologis akan hasil temuan yang didapat. Bagian akhir dari bab ini adalah penjelasan tentang implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan, penelitian keperawatan dan pendidikan keperawatan.

5.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian

Interpretasi dan hasil penelitian akan dibahas berdasarkan tujuan khusus penelitian yaitu diperolehnya gambaran pengalaman tentang: a) respon perawat dalam menggunakan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta, b) kepercayaan diri perawat dalam menggunakan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta, c) adaptasi perawat dalam menggunakan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta, d) kendala yang dihadapi perawat dalam menggunakan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta, e) faktor-faktor yang dapat meningkatkan kepercayaan diri perawat dalam menggunakan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta, dan f) harapan perawat dalam menggunakan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta.

5.1.1 Respon Perawat dalam Menggunakan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta

Respon perawat dalam penggunaan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta teridentifikasi dari dua tema yaitu respon dalam menggunakan SIMKEP dan keuntungan menggunakan SIMKEP. Respon pertama menggunakan SIMKEP yang diungkapkan oleh perawat adalah susah, kerepotan dan malas. Susah yang diungkapkan oleh perawat tersebut disebabkan oleh karena belum mengerti dan belum terbiasa dengan perubahan dari pendokumentasian kertas (*paperbased*) ke pendokumentasian dengan menggunakan SIMKEP (*paperless*). Susah yang diungkapkan perawat juga disebabkan oleh perbedaan diagnosa, dimana sebelumnya perawat terbiasa menggunakan diagnosa Doengoes dan sekarang

menggunakan diagnosa NANDA. Kerepotan juga diungkapkan oleh perawat pada awal penggunaan SIMKEP. Kerepotan tersebut disebabkan perawat harus melakukan pendokumentasian rangkap yaitu pendokumentasian di kertas dan pendokumentasian di SIMKEP. Selain susah dan kerepotan, perawat juga mengungkapkan rasa malas. Menurut perawat hal ini disebabkan oleh banyaknya tampilan diagnosa dan rencana tindakan yang muncul di SIMKEP.

Penggunaan suatu sistem informasi sebagai suatu program baru tentu menimbulkan berbagai respon dari perawat sebagai penggunanya. Scharder, Swamidass dan Morrison (2006) menyatakan bahwa penggunaan sistem informasi keperawatan menimbulkan berbagai reaksi dari perawat. Scharder, Swamidass dan Morrison juga menyatakan bahwa penting untuk mengidentifikasi reaksi tersebut sebagai sesuatu yang baru agar tercapai keberhasilan penggunaan sistem informasi keperawatan tersebut.

Teori adaptasi terhadap teknologi oleh Kwon dan Zmud tahun 1987 menyatakan bahwa ada enam fase yang dilalui untuk mengimplementasikan teknologi informasi dalam sebuah organisasi, yaitu: a) inisiasi, b) adopsi, c) adaptasi d) penerimaan, e) pemakaian, dan e) penyatuan/pemakaian secara merata. Teori ini melihat implementasi teknologi informasi sebagai suatu proses perubahan sosial untuk meningkatkan penggunaan teknologi informasi dengan targetnya yaitu pengguna (*user*) teknologi informasi tersebut. Teori ini menyatakan bahwa fase-fase tersebut adalah serangkaian proses, dan menyarankan bahwa adaptasi harus mampu menjadi fase yang sukses (Bhattacharjee & Harris, 2009).

Proses adaptasi tersebut dapat dikaitkan dengan Model Adaptasi Roy, dimana individu adalah sebuah sistem adaptif biopsikologis yang menggunakan suatu siklus umpan balik. Individu dan lingkungan adalah sumber stimulus yang memerlukan modifikasi untuk meningkatkan adaptasi, yaitu suatu respon. Respon yang adaptif, dapat didefinisikan sebagai proses yang sedang dan akan terintegrasi. Tiap tingkat adaptasi seseorang bersifat unik dan berubah secara konstan (Blais, Hayes, Kozier, & Erb, 2007).

Respon yang diungkapkan oleh perawat pada penelitian ini hampir sama dengan respon yang diungkapkan oleh partisipan dalam hasil penelitian yang dilakukan oleh Morrison, Andreou, Joseph dan Little (2010), tentang reaksi pengguna *internet delivered healthcare intervention* di sebuah pelayanan kesehatan di Inggris Tenggara. Partisipan pada penelitian tersebut mengungkapkan kesusahan, kebosanan, dan stress dalam menggunakan teknologi informasi tersebut karena terlalu banyak dan kompleksnya tampilan pada program. Penelitian lain yang dilakukan oleh Timmons (2003) tentang reaksi perawat terhadap teknologi informasi juga menyatakan hasil yang sama yaitu perawat menemui kesulitan ketika beralih ke cara yang modern, yaitu menggunakan komputer dalam praktik keperawatan.

Respon susah, kerepotan dan malas yang diungkapkan oleh partisipan pada awal penggunaan SIMKEP menurut peneliti adalah wajar. Hal ini disebabkan karena perawat berada pada tahap awal perubahan dalam proses beradaptasi dengan teknologi baru. Proses adaptasi tersebut memerlukan waktu untuk dapat menerima dan menggunakan SIMKEP. Selain itu, tidak semua perawat biasa menggunakan komputer, mengerti dengan diagnosa yang digunakan di SIMKEP, dan harus melakukan pendokumentasian *double* pada tahap uji coba SIMKEP tersebut.

Manajer dapat melakukan beberapa hal dalam menghadapi respon staf yang muncul dari suatu perubahan. Marquis dan Houston (2003) menyatakan bahwa seorang manajer dapat meleburkan diri dengan staf untuk mengidentifikasi dan merencanakan strategi yang tepat menghadapi respon terhadap perubahan. Salah satu strategi yang tepat adalah melakukan motivasi bawahan untuk terbuka mengungkapkan apa yang dirasakan dan memberikan pandangan tentang faktor pendorong perubahan sehingga manajer dapat secara akurat mengkaji dukungan dan sumber daya perubahan.

Perawat pada penelitian ini juga mengungkapkan perasaan bangga, senang dan biasa saja setelah menggunakan SIMKEP. Perasaan bangga yang diungkapkan oleh perawat disebabkan karena merasa lebih maju dibandingkan dengan perawat

di rumah sakit lain yang belum menggunakan teknologi informasi di bidang keperawatan seperti SIMKEP. Perasaan senang juga diungkapkan perawat karena pada kenyataannya SIMKEP dapat membantu memudahkan pekerjaan perawat. Selain itu ada juga perawat yang mengungkapkan perasaan biasa saja, karena menurut perawat tersebut menggunakan komputer bukanlah sesuatu hal yang baru dan menarik. Namun selanjutnya perawat tersebut mengungkapkan beberapa keuntungan SIMKEP yang dapat membantu memudahkan pekerjaan mereka.

Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi penggunaan suatu teknologi informasi. Faktor-faktor tersebut yaitu: a) faktor organisasi yang terdiri atas kepemimpinan, manajemen berubah dan produktifitas, b) faktor perilaku pengguna yang terdiri atas sikap, penerimaan dan keinginan untuk menggunakan, c) faktor teknologi yang terdiri atas *software*, *hardware*, dan dukungan IT, dan d) faktor pendidikan yang terdiri atas pelatihan dasar komputer dan sistem informasi keperawatan (Liong, 2008).

Beberapa literatur menyatakan bahwa perasaan pengguna terhadap manfaat yang diperoleh dari sistem adalah suatu hal yang positif. Teori *Technology Acceptance Model* (TAM) yang dikembangkan oleh Davis (1989), menyatakan bahwa yang menentukan sikap pengguna apakah mengadopsi atau menolak teknologi tersebut adalah perasaan terhadap kemudahan menggunakan dan manfaat yang diperoleh dari sistem, yang akan mempengaruhi sikap dan perilaku menggunakan sistem tersebut.

Perasaan terhadap kemudahan menggunakan suatu teknologi informasi melibatkan tingkat usaha yang harus dilakukan seseorang. Seseorang tersebut akan mau menggunakan sistem jika sistem tersebut diyakini dapat meringankan pekerjaannya. Manfaat yang diperoleh dari sistem tersebut akan menentukan apakah sistem tersebut digunakan atau tidak, dan ini diyakini akan membantu meningkatkan kemampuan seseorang untuk menampilkan kinerja yang lebih baik. Kedua hal ini berhubungan dengan sikap, keinginan dan perilaku untuk menerima suatu teknologi informasi (Davis, 1989).

Jika seseorang lebih menerima dengan baik sebuah sistem baru, maka akan menggunakan waktu dan usaha yang lebih banyak untuk mulai menggunakan sistem tersebut (Ammenwearth, Iller, & Mahler, 2006). Sikap terhadap komputer juga menentukan tujuan seseorang untuk menggunakan teknologi informasi. Sikap yang negatif akan menyebabkan perawat menolak untuk menggunakan sistem terkomputerisasi atau resisten terhadap pengenalan sistem tersebut (Liong, 2008).

Goddard (2000) menyatakan bahwa penerimaan dan keinginan perawat sebagai pengguna utama sistem informasi keperawatan akan menjadi salah satu penentu keberhasilan pelaksanaannya dalam sebuah organisasi. Hal yang senada juga dinyatakan oleh Kirkley (2003), yaitu ada beberapa hal yang menentukan kemajuan pelaksanaan sistem informasi, salah satunya yaitu penerimaan yang positif terhadap sistem. Owen dan Demb (2004) juga menyatakan bahwa adopsi teknologi informasi akan dipengaruhi oleh bagaimana teknologi tersebut dapat memberikan manfaat bagi pekerjaan penggunanya.

Hasil beberapa penelitian tentang perasaan terhadap manfaat yang diperoleh dari sistem informasi menyatakan ada hubungan yang lebih signifikan terhadap keinginan untuk menggunakan, dibandingkan dengan variabel lain (Pearson & Pearson, 2007; Koufaris, 2002; Gong, Xu, & Yu, 2004). Hasil penelitian menyatakan bahwa perasaan mudah menggunakan memiliki hubungan yang lebih signifikan terhadap keinginan untuk menggunakan dibandingkan dengan perasaan terhadap manfaat yang diperoleh (Brown, 2002; Adamson & Shine, 2003; Nah, Tan, & Teh, 2004).

Hasil penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi sikap perawat terhadap penggunaan sistem informasi, menyatakan bahwa pentingnya sikap dan penerimaan perawat dalam pelaksanaan dan penggunaan teknologi informasi. Hal ini didukung oleh hasil penelitian Ammenwerth, Mansmann, Iller, dan Eichstadter (2002) yang menyatakan bahwa penerimaan penggunaan sistem informasi

keperawatan adalah penting, yang dapat dipengaruhi oleh pengalaman menggunakan komputer dan fungsi dari sistem yang digunakan tersebut. Penelitian lain yang dilakukan oleh Bickford, Smith, Panniers, Newbold, Knecht, dan Hunt (2005) menyatakan bahwa secara statistik terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi terhadap informasi teknologi dan kemampuan mereka untuk menggunakan teknologi informasi yang akan berpengaruh terhadap kualitas pelayanan keperawatan.

Perasaan setelah menggunakan SIMKEP yang diungkapkan perawat pada penelitian ini menurut peneliti adalah bentuk penerimaan yang positif terhadap penggunaan SIMKEP. Hal ini dapat disebabkan oleh karena perawat telah merasakan manfaat atau keuntungan dari penggunaan SIMKEP tersebut, yaitu dapat membantu memudahkan pekerjaan mereka.

Adapun keuntungan-keuntungan yang diungkapkan perawat pada penelitian ini yaitu keuntungan terkait dengan dokumen dan keuntungan dari segi waktu. Keuntungan terkait dokumen terdiri atas pendokumentasian lebih praktis, pendokumentasian lebih mudah dan isi dokumen lebih lengkap. Sedangkan keuntungan dari segi waktu yaitu penggunaan waktu lebih singkat dan lebih banyak waktu interaksi dengan pasien.

Otieno, Toyama, Asonuma, Kanaipark dan Naitoh (2009) menyatakan bahwa tujuan suatu teknologi informasi berbasis komputer diperkenalkan adalah untuk memperbaiki keefektifan dan kualitas pelayanan keperawatan. Teknologi informasi diharapkan juga dapat memberikan beberapa keuntungan untuk penggunanya. Langowsky (2005) menyatakan bahwa keuntungan-keuntungan yang diperoleh adalah sangat penting untuk meningkatkan keberhasilan penggunaan dokumentasi secara elektronik.

The United Stated Departement of Health and Human Services mengidentifikasi bahwa penggunaan dokumentasi secara elektronik adalah efektif sebagai sebuah prioritas nasional (McCartney, 2006). Rajagopal (2002) juga menyatakan bahwa

dokumentasi elektronik adalah aplikasi teknologi informasi yang paling efektif. Dokumentasi secara elektronik juga merupakan cara yang efektif bagi sebuah organisasi menghadapi kompetisi pasar dalam era globalisasi (Sarkis & Gunasekaran, 2003).

Selain efektif, penggunaan dokumentasi elektronik juga dapat memperbaiki kualitas pelayanan kesehatan dan lebih efisien (McCartney, 2006). Selain itu, Smith, Krugman, dan Oman (2005) dalam penelitiannya menyatakan bahwa dokumentasi keperawatan secara *online* akan memberi pengaruh terhadap kelengkapan dokumentasi dan waktu yang dibutuhkan untuk pendokumentasian. Pendokumentasian menjadi lebih praktis yang diungkapkan perawat disebabkan oleh karena mereka hanya mengklik-klik saja dan tidak perlu menulis sehingga tidak membutuhkan kertas dan alat tulis lagi. Kemudian ketika mendiagnosa masalah, perawat merasa menjadi lebih mudah karena sudah ada pilihan diagnosanya. Selain itu dapat juga meringankan pekerjaan perawat karena tidak membuat tangan menjadi pegal seperti waktu melakukan pendokumentasian dengan kertas.

Keuntungan yang diungkapkan perawat tersebut sesuai dengan beberapa keuntungan sistem informasi keperawatan yang dikemukakan oleh Malliarou dan Zyga (2009). Keuntungan tersebut yaitu mengurangi penggunaan kertas, merupakan alat yang otomatis dalam dokumentasi keperawatan, dan mengurangi biaya. Menachemi, Saunders, Chukmaitov, Mathews, dan Brooks (2007) menyatakan bahwa penggunaan teknologi informasi dalam praktik akan mengefektifkan pelayanan keperawatan pasien.

Isi dokumen yang lebih detail dan lebih lengkap juga diungkapkan oleh perawat sebagai keuntungan lain menggunakan SIMKEP. Hal ini sesuai dengan yang dinyatakan Smith et al. (2005) bahwa pendokumentasian keperawatan dengan menggunakan komputer akan memberikan beberapa keuntungan yaitu memperbaiki kualitas pendokumentasian, mudah dibaca dan lebih lengkap. Newman (2007) juga menyatakan bahwa dokumentasi secara elektronik

terorganisir, jelas, dan lengkap. Hal ini didukung oleh hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Kossman dan Scheidenh (2008) tentang persepsi perawat terhadap dampak EHR terhadap pekerjaan dan *patient outcomes*. Hasil penelitian tersebut menyatakan bahwa perawat mengidentifikasi bahwa struktur dokumentasi yang ada pada EHR tersebut sudah lengkap.

Keuntungan SIMKEP dari segi waktu yang diungkapkan perawat terdiri atas penggunaan waktu yang lebih singkat dan lebih banyak waktu interaksi dengan pasien. Siegler dan Adelman (2009) menyatakan bahwa perawat mengalami kemudahan dalam menggunakan dokumentasi secara elektronik, karena hanya tinggal mengklik dan membutuhkan waktu yang lebih sedikit dibandingkan dengan pendokumentasian menggunakan kertas.

Keuntungan SIMKEP dari segi waktu penggunaan waktu yang lebih singkat juga didukung oleh beberapa hasil penelitian. Hasil penelitian Kelley, Brandon dan Docherty (2011) tentang efek pendokumentasian keperawatan secara elektronik terhadap peningkatan kualitas pelayanan keperawatan, menyatakan bahwa pendokumentasian keperawatan secara elektronik lebih efektif dari segi penggunaan waktu dibandingkan pendokumentasian keperawatan dengan menggunakan kertas. Hasil penelitian lain menyatakan hasil yang hampir sama yaitu dengan adanya teknologi informasi penggunaa waktu menjadi lebih efektif dan hal ini dirasakan sebagai sebuah keuntungan yang penting untuk menyukkseskan penggunaannya dalam praktik (Banet, Jeffe, Williams, & Asaro, 2006).

Hal yang senada juga disampaikan oleh Robles (2009) dalam penelitiannya tentang efek EMR terhadap pekerjaan perawat. Hasil penelitian tersebut menyatakan bahwa dengan menggunakan EMR perawat lebih mempersingkat waktu perawat untuk melakukan pendokumentasian karena terbebas dari pekerjaan menulis. Hasil penelitian lain oleh Likourezos, Chalfin, Murphy, Sommer, Darcy, dan Davidson (2004) juga menyatakan laporan perawat bahwa

mereka dapat menyelesaikan pekerjaannya lebih cepat dengan menggunakan dokumentasi elektronik dibandingkan dokumentasi dengan kertas.

Keuntungan SIMKEP yaitu lebih banyak waktu interaksi dengan sesuai dengan salah satu keuntungan sistem informasi keperawatan yang dikemukakan oleh Hebda et al. (2005) dan Malliarou dan Zyga (2009) yaitu peningkatan waktu bersama pasien. Hal ini didukung oleh hasil penelitian Asaro dan Boxerman (2008), yang menyatakan bahwa perawat memusatkan keuntungan menggunakan dokumentasi keperawatan secara elektronik dalam peningkatan waktu bersama pasien dibandingkan pendokumentasian menggunakan kertas.

Perawat RSIA Bunda Jakarta telah memperoleh berbagai keuntungan yang efektif dan efisien dari penggunaan SIMKEP yaitu dapat membantu pekerjaan perawat dalam melakukan pendokumentasian keperawatan sehingga waktu perawat lebih banyak ke pasien. Keuntungan-keuntungan yang diungkapkan oleh perawat pada penelitian ini berpengaruh terhadap penerimaan dan keinginan mereka untuk menggunakan SIMKEP, karena dengan keuntungan yang diperoleh membuat perawat menjadi lebih senang untuk terus menggunakan SIMKEP meskipun di awal penggunaan perawat mengungkapkan kesulitannya.

5.1.2 Kepercayaan Diri Perawat dalam Menggunakan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta

Kepercayaan diri perawat RSIA Bunda menggunakan SIMKEP teridentifikasi dari perilaku kepercayaan diri yang ditampilkan. Perilaku kepercayaan diri yang ditampilkan oleh partisipan terdiri atas terbiasa menggunakan SIMKEP, merasa yakin dan percaya diri menggunakan SIMKEP, merasa mampu menggunakan SIMKEP, serta menguasai item-item SIMKEP.

Penggunaan sistem informasi keperawatan memerlukan kepercayaan diri dari perawat sebagai pengguna utamanya. Ragneskog dan Gerdnert (2006) menjelaskan bahwa penting bagi perawat untuk percaya diri dalam menggunakan teknologi informasi, dimana perawat tidak memiliki pengalaman dalam

menggunakan komputer karena komputer tidak termasuk dalam kurikulum keperawatan. Hal yang senada disampaikan oleh Lending dan Dillon (2007) pada hasil penelitian yaitu kepercayaan diri perawat akan memberikan pengaruh yang kuat bagi seseorang dalam mengadopsi teknologi informasi. Kurangnya kemampuan perawat yang disebabkan oleh kurangnya kepercayaan diri dapat memberikan dampak terhadap kualitas pelayanan keperawatan (Bickford, Smith, Danniers, Newbold, Knecht, & Hunt, 2005).

Teori Kognitif Sosial Bandura menyatakan bahwa faktor utama yang mempengaruhi perilaku adalah *self efficacy*. *Self efficacy* merupakan keyakinan dan kepercayaan diri individu untuk mampu mengkoordinasi dan melakukan sesuatu yang dibutuhkan dalam suatu tindakan atau pekerjaan terhadap peristiwa dan lingkungan mereka sendiri (Feist & Feist, 2008; Pajares & Urdan, 2006). *Self efficacy* berhubungan dengan situasi dan tugas yang spesifik. Individu dapat menyatakan diri mereka menjadi sangat kompeten dalam suatu pekerjaan dan kurang kompeten dalam pekerjaan lain (Lenz & Baggett, 2002).

Kepercayaan diri yang diungkapkan oleh seseorang menggambarkan salah satu dimensi dari *self efficacy* yaitu *magnitude*. *Magnitude* merupakan dimensi *self efficacy* yang mengacu pada tingkat kesulitan tugas yang diyakini seseorang dapat diselesaikannya. Individu dengan *magnitude self efficacy* yang tinggi, akan mampu menyelesaikan tugas yang sulit. Sedangkan individu dengan *magnitude self efficacy* yang rendah akan menilai dirinya hanya mampu melaksanakan perilaku yang mudah dan sederhana (Lenz & Bagget, 2002; Pajares, 2002; Pajares & Urdan, 2006).

Bandura juga menjelaskan bahwa pernyataan tentang kemampuan akan mempengaruhi hasil yang diinginkan. Pernyataan seseorang seperti “Saya yakin, bahwa saya mampu melakukan” adalah wujud dari *self efficacy* seseorang (Scholz & Schwarzer, 2005). Individu cenderung untuk menghindari pekerjaan atau situasi yang dianggapnya berat dan melebihi kemampuannya. Namun individu memiliki keyakinan untuk melaksanakan dan menyelesaikan tugas tersebut jika mereka

menilai diri mereka mampu untuk menangani tugas tersebut. Ada individu yang tidak mengerjakan sesuatu dengan optimal, padahal individu tersebut benar-benar memahami apa yang seharusnya dia lakukan. Situasi ini dapat disebabkan oleh pikiran-pikiran yang menilai kemampuannya, yang akan mempengaruhi motivasi dan perilakunya (Pajares, 2002).

Demikian juga halnya dalam penggunaan teknologi informasi, Compeau & Huggins (1995) mengembangkan teori *self efficacy* Bandura tersebut menjadi *self efficacy* dalam menggunakan komputer. Compeau dan Huggins (1995) menyatakan bahwa kepercayaan diri seseorang dalam menggunakan komputer akan terlihat pada seseorang yang merasa yakin akan kemampuan untuk dapat menggunakan atau menyelesaikan tugas dengan menggunakan komputer walau sulit sekalipun. Hal ini mendukung ungkapan perawat dalam penelitian ini yaitu merasa yakin dan percaya diri menggunakan SIMKEP, merasa mampu menggunakan SIMKEP, serta menguasai item-item yang ada pada SIMKEP.

Terbiasa menggunakan SIMKEP sehari-hari yang diungkapkan oleh perawat dalam penelitian ini hampir sama dengan pernyataan partisipan dalam penelitian yang dilakukan oleh Zeigler (2011) tentang pengalaman perawat dalam penggunaan komputer dalam praktik keperawatan yang di dalam penelitian tersebut juga menggambarkan *self efficacy* perawat. Pada penelitian tersebut partisipan mengungkapkan bahwa mereka merasa terbiasa dan nyaman dengan komputer yang menggambarkan kepercayaan diri partisipan tersebut dalam menggunakan komputer dalam praktik.

Hasil penelitian ini juga didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Liong (2008) tentang pengalaman perawat dalam menggunakan *Electronic Health Record* (EHR). Partisipan pada penelitian tersebut menyatakan bahwa kepercayaan diri mereka terlihat pada pernyataan mereka yang merasa percaya diri dan nyaman ketika menggunakan EHR.

Self efficacy yang dimiliki oleh perawat dalam menggunakan SIMKEP juga berkaitan dengan penerimaan perawat terhadap SIMKEP. Lending dan Dillon (2007) dalam hasil penelitiannya menyatakan bahwa *Self efficacy* berpengaruh terhadap perilaku pengguna sistem komputer pada awal penggunaannya. *Self efficacy* perawat yang tinggi akan membuat perawat menunjukkan penerimaan yang baik terhadap penggunaan suatu sistem baru.

Perilaku individu dapat ditentukan oleh karakteristik biografis, kemampuan, kepribadian dan pembelajaran. Karakteristik biografis terdiri atas usia, jenis kelamin, status perkawinan, dan masa kerja. Kemampuan seseorang yang mempengaruhi perilaku meliputi kemampuan intelektual dan kemampuan fisik. Determinan kepribadian seseorang dapat dilihat dari keturunan, lingkungan, dan situasi (Robbins, 2001).

Teori *The Triadic Relationship* yang terdiri atas perilaku individu, proses internal/karakteristik individu, dan lingkungan menyatakan bahwa ketiga komponen tersebut akan berinteraksi secara konstan untuk membentuk perilaku. Perubahan salah satu komponen akan mempengaruhi komponen yang lain (Lenz & Baggett, 2002; Quigley, 2005).

Marakas, Yi dan Johnson (1998) menyatakan bahwa *self efficacy* dapat dipengaruhi oleh karakteristik individu. Munculnya perilaku kepercayaan diri juga dapat dipengaruhi oleh karakteristik individu seperti jenis kelamin, status perkawinan, usia, pendidikan dan lama bekerja. Pada penelitian ini, waktu munculnya kepercayaan diri yang diungkapkan perawat bervariasi yaitu seminggu setelah simulasi, 4-5 bulan setelah pendampingan, sehari setelah simulasi, 6 bulan setelah simulasi, 2-3 bulan setelah pendampingan, 3-4 bulan setelah simulasi, sebulan setelah bekerja, sejak *paperless*, dan sebulan setelah simulasi.

Perawat mengungkapkan bahwa mereka mulai merasa percaya diri kira-kira seminggu setelah dilakukannya simulasi penggunaan SIMKEP untuk semua perawat pada bulan April 2011. Dua orang perawat yang mengungkapkan ini

memiliki usia 28 tahun dan 31 tahun. Kedua perawat ini memiliki tingkat pendidikan D3 Keperawatan.

Perawat berikutnya mengungkapkan waktu mulainya kepercayaan diri setelah 4 -5 bulan pendampingan atau 4-5 bulan setelah uji coba SIMKEP. Perawat ini memiliki usia 24 tahun, telah bekerja selama 2 tahun dan memiliki pendidikan D3 Keperawatan.

Munculnya waktu kepercayaan diri sehari setelah diajari SIMKEP diungkapkan oleh perawat yang berusia 28 tahun. Perawat ini memiliki pendidikan S1 Keperawatan. Partisipan yang telah bekerja selama 4 tahun ini juga mengungkapkan bahwa tidak sulit baginya untuk memahami SIMKEP dan menggunakan komputer.

Perawat berikutnya mengungkapkan mulai memiliki kepercayaan diri sejak 6 bulan setelah simulasi atau kira-kira 3 bulan setelah uji coba SIMKEP. Perawat ini memiliki usia 29 tahun dengan lama bekerja 7 tahun serta memiliki tingkat pendidikan D3 Keperawatan.

Munculnya waktu kepercayaan diri 2-3 bulan setelah pendampingan atau 2-3 bulan setelah uji coba SIMKEP juga diungkapkan oleh perawat. Perawat ini memiliki usia 34 tahun, telah bekerja selama 10 tahun dan memiliki tingkat pendidikan D3 Keperawatan.

Perawat berikutnya mengungkapkan waktu munculnya kepercayaan diri yaitu 3-4 bulan setelah simulasi atau sebulan setelah ujicoba SIMKEP. Perawat ini memiliki usia 25 tahun dengan lama bekerja 3 tahun serta memiliki tingkat pendidikan D3 Keperawatan.

Perawat yang memiliki usia paling muda pada penelitian ini yaitu 21 tahun mengungkapkan bahwa mulai merasa percaya diri menggunakan SIMKEP setelah

satu bulan bekerja di RSIA Bunda. Perawat ini telah bekerja selama 8 bulan dan memiliki memiliki tingkat pendidikan D3 Keperawatan.

Perawat berikutnya mengungkapkan bahwa mulai merasa percaya diri sejak *paperless* dimulai atau 6 bulan setelah uji coba SIMKEP. Perawat ini memiliki usia paling tua diantara partisipan yaitu 36 tahun. Partisipan ini juga paling lama bekerja di RSIA Bunda yaitu 12 tahun.

Perawat berikutnya bahwa mulai merasa percaya diri sebulan setelah simulasi. Perawat ini memiliki usia 28 tahun, telah bekerja selama 4 tahun dan memiliki memiliki tingkat pendidikan D3 Keperawatan.

Waktu munculnya kepercayaan diri ini adalah sesuatu yang baru, yang menurut sepengetahuan peneliti belum ada hasil penelitian yang menyatakan hasil yang sama dengan ini. Hal ini dapat disebabkan oleh perbedaan antara karakteristik individu perawat dalam penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya. Bila dilihat dari hasil penelitian ini, faktor usia dan pendidikan cenderung lebih berpengaruh terhadap waktu munculnya rasa kepercayaan diri. Munculnya kepercayaan diri yang lebih cepat cenderung dialami oleh partisipan yang memiliki usia muda. Hal ini dapat disebabkan oleh perawat yang memiliki usia relatif muda diasumsikan lebih terpapar dengan teknologi sehingga tidak sulit bagi mereka untuk mengadopsi suatu teknologi baru di tempat mereka bekerja. Kemudian faktor pendidikan juga dapat berpengaruh. Perawat pada penelitian ini yang paling cepat merasa percaya diri adalah satu-satunya perawat yang memiliki pendidikan S1 Keperawatan dari semua partisipan. Tingkat pendidikan dimiliki oleh perawat tersebut akan mempengaruhi kemampuan kognitifnya, sehingga tidak sulit baginya untuk memahami program SIMKEP yang digunakan.

Hasil penelitian ini diperkuat oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Zeigler (2011). Beberapa partisipan yang memiliki usia relatif tua dengan pengalaman bekerja yang lama pada penelitian tersebut menyatakan bahwa merasa kesulitan untuk memahami program dan menggunakan komputer, sehingga membutuhkan

waktu yang cukup lama untuk dapat nyaman menggunakan komputer. Hasil penelitian Lin, Lin, Jiang dan Lee (2007) juga menyatakan bahwa kemampuan perawat dalam menggunakan komputer dalam praktik lebih matang pada perawat dengan usia yang lebih muda dibandingkan dengan perawat yang lebih tua.

5.1.3 Adaptasi Perawat dalam Menggunakan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta

Upaya-upaya untuk mampu menggunakan SIMKEP yang diungkapkan perawat pada penelitian ini terdiri atas mempelajari SIMKEP dan membiasakan diri menggunakan SIMKEP. Mempelajari SIMKEP dilakukan perawat dengan bertanya kepada pihak yang dianggap pakar. Perawat mengungkapkan bahwa mereka mempelajari SIMKEP dengan bertanya kepada tim SIMKEP FIK UI dan kepada penanggung jawab SIMKEP di setiap ruangan. Mempelajari SIMKEP juga dilakukan perawat dengan belajar, memahami SIMKEP baik secara sendiri maupun bersama dengan teman.

Perawat harus tahu dan terampil dalam menggunakan teknologi informasi (McNeil, Elfrink, Bickford, Pierce, Beyea, & Averill, 2003). Booth (2006) menyatakan bahwa penggunaan sebuah teknologi baru tidak akan mengalami tranformasi dengan sendirinya. Hal itu membutuhkan proses dan keterampilan pengguna yang memiliki latar belakang informatika. Jika perawat tidak memiliki keterampilan tersebut maka perawat tidak akan mampu memberikan pelayanan keperawatan yang aman, efektif dan berkualitas kepada pasien.

Teori adaptasi terhadap teknologi oleh Kwon dan Zmud tahun 1987, menyatakan bahwa ada enam fase untuk mengimplementasikan teknologi informasi dalam sebuah organisasi, yaitu: a) inisiasi, b) adopsi, c) adaptasi d) penerimaan, e) pemakaian, dan e) penyatuan/pemakaian secara merata. Teori ini melihat implementasi teknologi informasi sebagai suatu proses perubahan sosial untuk meningkatkan penggunaan teknologi informasi dengan targetnya yaitu pengguna (*user*) teknologi informasi tersebut. Serangkaian proses ini menyarankan bahwa adaptasi harus mampu menjadi fase yang sukses (Bhattacharjee & Harris, 2009).

Banyak hal yang dapat dilakukan perawat sebagai pengguna untuk dapat menggunakan SIMKEP. Pikiran individu terhadap *self efficacy* seseorang akan menentukan seberapa besar usaha yang akan dicurahkan, seberapa banyak upaya yang akan dipilih untuk diupayakan, seberapa banyak upaya yang akan ditanamkan pada aktivitas-aktivitas tersebut, seberapa lama akan bertahan di tengah gempuran badai kegagalan, dan seberapa besar keinginan mereka untuk kembali dalam menghadapi hambatan atau pengalaman yang tidak menyenangkan (Pajares, 2002).

Upaya-upaya yang dilakukan untuk dapat menggunakan SIMKEP merupakan bentuk dari dimensi *generally self efficacy*. Dimensi *generally self efficacy* yaitu kemampuan individu untuk beradaptasi dengan berbagai kondisi. Namun ada juga individu yang percaya bahwa mereka hanya mampu menghasilkan beberapa perilaku tertentu dalam keadaan tertentu saja (Lenz & Bagget, 2002; Pajares, 2002; Pajares & Urdan, 2006).

Belajar merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi dan berperan penting dalam pembentukan pribadi dan perilaku individu. Sukmadinata (2005) menyebutkan bahwa sebagian terbesar perkembangan individu berlangsung melalui kegiatan belajar. Belajar juga diartikan sebagai setiap perubahan yang relatif permanen dari perilaku yang terjadi sebagai hasil pengalaman (Robbins, 2001). Setiap kegiatan belajar diharapkan akan menghasilkan perubahan pada diri individu, seperti dari tidak tahu menjadi tahu, dari tidak mengerti menjadi mengerti, dan tidak dapat mengerjakan menjadi dapat mengerjakan, dari semula tidak paham menjadi paham (Sunaryo, 2004).

Upaya mempelajari SIMKEP yang dilakukan perawat dapat dikaitkan dengan teori pembelajaran sosial (*Social learning theory*), yang selanjutnya diberi label atau dicap sebagai teori kognitif sosial (*Social cognitive theory*). Teori kognitif sosial memberikan asumsi bahwa individu memiliki kemampuan simbol yang kuat melalui formasi dari simbol seperti gambar dan kata-kata, individu mampu

memberikan arti, bentuk dan pengalaman mereka. Selain itu, melalui kreasi dari simbol, individu dapat menyimpan informasi dalam ingatan mereka yang dapat dijadikan pedoman untuk perilaku berikutnya. Selain itu individu dapat belajar dengan cara mengobservasi perilaku orang lain. Hal ini memungkinkan individu untuk menghindari kesalahan dan mengembangkan keterampilan yang kompleks (Quigley, 2005).

Hal yang senada juga disampaikan oleh Robbins (2001), bahwa individu-individu juga dapat belajar dengan mengamati apa yang terjadi pada orang lain dan hanya dengan diberitahu mengenai sesuatu, maupun dengan mengalami secara langsung. Belajar dapat dilakukan dengan menonton model, baik orangtua, guru, teman sekerja, atasan dan sebagainya.

Hasil penelitian ini didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Malato dan Kim (2004), dimana semua partisipan mengungkapkan bahwa untuk dapat menggunakan komputer membutuhkan proses belajar. Lebih lanjut Malato dan Kim menyatakan bahwa perawat yang memiliki pengalaman dengan komputer secara langsung akan mempengaruhi kualitas pelayanan.

Membiasakan diri menggunakan SIMKEP juga merupakan bentuk upaya yang dilakukan perawat untuk dapat menggunakan SIMKEP. Perawat mengungkapkan bahwa mereka sering berlatih dan membiasakan diri menggunakan SIMKEP untuk setiap pasien setiap hari. Robbins (2001) menyatakan bahwa perilaku-perilaku akan lebih kuat jika lebih banyak mendapatkan perhatian, dipelajari dengan lebih baik, dan dilakukan dengan sering.

Hasil penelitian ini senada dengan yang diungkapkan oleh partisipan dalam penelitian yang dilakukan oleh Zeigler (2011) tentang pengalaman perawat dalam menggunakan komputer dalam praktik. Partisipan pada penelitian tersebut menyatakan bahwa dalam beranjak menuju komputerisasi mereka membutuhkan pengalaman belajar, mereka memang mempelajari lagi, bertanya kepada rekan yang mahir menggunakan komputer serta melakukan latihan dengan baik.

Proses beradaptasi menggunakan SIMKEP memerlukan dukungan-dukungan dari seorang atasan/manajer. Seperti yang dinyatakan oleh Robbins (2001) bahwa proses pembelajaran meliputi proses perhatian, proses penahanan, proses reproduksi, dan proses penguatan. Proses perhatian dipengaruhi oleh model-model yang menarik, berulang-ulang, dan penting bagi individu tersebut. Proses penahanan akan ditentukan oleh betapa baik individu mengingat tindakan model itu setelah model itu tidak ada lagi. Proses reproduksi akan memperagakan bahwa individu tersebut dapat memperagakan kegiatan model itu. Pada proses penguatan, individu akan dimotivasi untuk memperlihatkan perilaku bermodel jika disediakan rangsangan positif atau ganjaran.

Motivasi adalah penting dalam mengontrol perilaku manusia (Lin, 2007). Manajer dapat mengoptimalkan peran dan fungsi manajemen terutama fungsi pengarahan tanpa mengabaikan berjalannya fungsi yang lain dengan cara memberikan motivasi dan penguatan-penguatan. Ketika manajer mencoba untuk mencetak individu staf dengan memandu pembelajaran mereka, memberikan motivasi dan penguatan, maka manajer tersebut sedang membentuk perilaku staf untuk mencapai tujuan organisasi (Robbin, 2001).

Mempelajari dan sering menggunakan SIMKEP menurut peneliti adalah bentuk upaya yang dilakukan perawat untuk mampu menggunakan SIMKEP dalam rangka beradaptasi dengan sistem baru. Kedua upaya ini juga menjadi perlu dilakukan dalam proses adaptasi karena simulasi satu hari yang dilakukan terhadap semua perawat tidaklah cukup untuk membuat perawat mampu menggunakan SIMKEP. Apalagi tidak semua perawat memiliki pengalaman menggunakan komputer dan mendapatkan mata ajar ilmu komputer di tahap pendidikan.

Kegiatan mempelajari yang diasah dengan sering menggunakan akan mampu membuat perawat lebih paham, lebih terbiasa sehingga terampil menggunakan SIMKEP. Perawat akan mampu beradaptasi jika manajer memberikan *learning support* dalam bentuk motivasi penguatan-penguatan. Perawat yang mampu

beradaptasi dengan program SIMKEP akan dapat membuatnya lebih memiliki keyakinan dan kepercayaan diri yang tinggi untuk menggunakan SIMKEP.

5.1.4 Kendala yang Dihadapi Perawat dalam Menggunakan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta

Selama menggunakan SIMKEP, ada beberapa kendala yang dihadapi perawat. Bentuk kendala yang dihadapi oleh perawat terdiri atas kendala terkait perangkat SIMKEP dan kendala dari rekan kerja. Kendala terkait perangkat SIMKEP terdiri atas *loading* lama, *loading* error, dan tidak ada sinyal. Sedangkan kendala dari rekan kerja dalam menggunakan SIMKEP yaitu rekan kerja malas menggunakan SIMKEP.

Kulhanek (2010) menyatakan bahwa selama proses penggunaan pendokumentasian secara elektronik, banyak kemudahan dan kendala-kendala yang dihadapi. Pemahaman terhadap kemudahan dan kendala yang dihadapi adalah penting dalam menerapkan dokumentasi elektronik karena akan memberikan pengaruh terhadap lingkungan organisasi pelayanan kesehatan.

Kelley, Brandon dan Docherty (2011) dalam penelitian menyatakan bahwa penggunaan pendokumentasian keperawatan secara elektronik selain memiliki keuntungan, juga memiliki kekurangan seperti sistem error. Kendala *loading* lama, *loading* error, dan tidak ada sinyal ketika menggunakan komputer dan *i pad* yang dikeluhkan oleh semua perawat dalam penelitian ini hampir sama dengan yang diungkapkan oleh partisipan dalam penelitian yang dilakukan oleh Carrington (2008) tentang efektifitas penggunaan EHR. Partisipan pada penelitian tersebut menyatakan bahwa kendala yang dihadapi dalam menggunakan EHR yaitu jaringan yang error, lama berespon dan gagal dalam menerima informasi dari pasien.

Darbyshire (2000) menyatakan bahwa kecepatan *loading* atau berfungsinya sistem dari sebuah program teknologi informasi adalah bagian yang vital dari sebuah teknologi informasi. Hasil penelitian Darbyshire (2004) menyatakan bahwa

kecepatan yang lambat dari komputer adalah salah satu kesulitan yang ditemui perawat dalam menggunakan sistem informasi. Penelitian lain yang dilakukan oleh Popernack (2006) tentang penggunaan *barcode* dalam pemberian obat juga mengalami kendala. Kendala tersebut yaitu sistem *device* yang tidak mampu memberikan informasi yang baik sehingga menjadi kurang digunakan oleh perawatnya.

Selain terkait perangkat SIMKEP, kendala yang diungkapkan oleh perawat juga terkait dengan rekan kerja. Seperti yang diungkapkan oleh tiga orang perawat bahwa rekan kerja di ruangan kadang malas untuk menggunakan SIMKEP, sehingga mengandalkan perawat yang dianggap mampu menggunakan SIMKEP. Hal ini dirasakan menjadi beban bagi ketiga perawat tersebut, karena ketika terjadi kesalahan dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan pasien, maka perawat yang sering ditegur oleh atasan adalah perawat yang sering menggunakan SIMKEP. Belum ada hasil penelitian yang menyatakan hal yang sama dengan ini, sehingga kendala terkait rekan kerja menjadi sesuatu yang baru dalam penelitian ini.

Gangguan koneksi menurut peneliti mungkin saja sekali-kali terjadi dalam penerapan sistem informasi yang menggunakan sistem *online*. Namun jika kejadiannya cukup sering dan dirasakan oleh semua pengguna, tentunya ini akan menjadi kendala yang sangat berarti bagi penggunanya. Kemudian kendala terkait rekan kerja yang malas menggunakan SIMKEP seharusnya tidak terjadi jika semua perawat memiliki kesadaran diri untuk melakukan pendokumentasian keperawatan sebagai tanggung jawab profesi.

Seorang manajer dalam menyikapi kendala yang dihadapi perawat memiliki peran penting untuk mengoptimalkan peran dan fungsi-fungsi manajemen terutama fungsi pengarahan dan fungsi pengendalian/pengontrolan tanpa mengabaikan berjalannya fungsi lain. Fungsi pengarahan merupakan fungsi manajemen yang berhubungan dengan mengkoordinasikan atau menggiatkan. Fungsi ini biasanya membawa tanggung jawab manajemen sumber daya manusia seperti memotivasi,

manajemen konflik, pendelegasian, mengkomunikasikan, dan memfasilitasi kolaborasi. Fungsi pengontrolan merupakan fungsi manajemen yang meliputi evaluasi secara periodik pada filosofi, misi, tujuan umum dan tujuan khusus, penilaian kinerja individu dan kelompok dengan menggunakan standar yang telah ditetapkan sebelumnya, pemantauan biaya sebelumnya, biaya yang dikeluarkan dan penggunaan persediaan, memeriksa tujuan serta akhir pasien, kontrol terhadap kualitas, kontrol terhadap legal dan etik, serta kontrol terhadap profesi dan kolegium (Marquis & Houston, 2003).

Kendala-kendala dalam menggunakan SIMKEP tentunya menimbulkan respon dari perawat sebagai penggunanya. Respon yang diungkapkan perawat pada penelitian ini terdiri atas kesal dan malas ketika menghadapi kendala terkait perangkat SIMKEP dan mengungkapkan rasa kesal jika menghadapi rekan kerja yang malas menggunakan SIMKEP.

Respon yang diungkapkan perawat pada penelitian ini hampir sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Rasin, Kanti dan Silner (2005). Hasil penelitian tersebut menyatakan bahwa semua perawat menunjukkan respon marah dan kehilangan kepercayaan diri ketika menghadapi kendala error.

Respon seseorang dalam menghadapi kendala dapat dikaitkan dengan dimensi *strength* dari *self efficacy* yang dimilikinya. Individu yang memiliki *strength self efficacy* yang tinggi akan tetap bertahan menghadapi hambatan dan masalah. Sedangkan individu dengan *strength self efficacy* yang rendah akan lebih mudah frustrasi ketika menghadapi hambatan atau masalah dalam menyelesaikan tugasnya (Lenz & Bagget, 2002; Pajares, 2002; Pajares & Urdan, 2006).

Respon kesal dan malas yang diungkapkan perawat dalam menghadapi kendala, menurut peneliti adalah masih dalam batas kewajaran, apalagi kendala tersebut berasal dari sistem yang diharapkan dapat membantu pekerjaan. Hanya saja jika hal tersebut berlangsung dalam waktu lama dapat saja menimbulkan ketidakpuasan dan harapan yang tidak penuh dari perawat dalam menggunakan

SIMKEP. Siyanata (2010) menyatakan bahwa individu dengan harapan yang tidak penuh terhadap penggunaan sistem informasi kesehatan akan beresiko mengalami hal yang negatif seperti ketidakpuasan, kurang menggunakan sistem, menghindar, dan cemas.

Pikiran individu terhadap *self efficacy* juga menentukan seberapa besar usaha yang akan dicurahkan, seberapa banyak upaya yang akan dipilih untuk diupayakan, seberapa banyak upaya yang akan ditanamkan pada aktivitas-aktivitas tersebut, seberapa lama akan bertahan di tengah gempuran badai kegagalan, seberapa besar keinginan mereka untuk kembali dalam menghadapi hambatan atau pengalaman yang tidak menyenangkan (Pajares, 2002).

Perawat dalam penelitian ini tetap melakukan upaya-upaya ketika menghadapi kendala menggunakan SIMKEP. Hal-hal yang dilakukan perawat yaitu berusaha mencari sinyal, menghubungi pihak di rumah sakit yang dianggap mengerti dengan sinyal, keluar (*log out*) dari aplikasi SIMKEP kemudian masuk kembali ke aplikasi SIMKEP tersebut, membiarkan saja dan melakukan kegiatan lain, dan menunggu sampai *loading* bagus kembali.

Mencari sinyal adalah langkah pertama yang dilakukan beberapa partisipan dalam penelitian ini. Hal ini dilakukan dengan menuju tempat-tempat yang memiliki sinyal yang kuat. Jika tidak berhasil mendapatkan sinyal yang penuh, perawat langsung menghubungi pihak di rumah sakit yang dianggap mengerti dengan sinyal seperti IDP. Namun ada juga partisipan yang tidak melakukan hal tersebut. Mereka hanya membiarkan saja komputer atau *i pad* yang mengalami gangguan dan melakukan kegiatan lain atau menunggu sampai *loading* bagus kembali. Ada partisipan yang mengungkapkan bahwa mereka melakukan *log out* (keluar) dari aplikasi SIMKEP kemudian masuk kembali ke aplikasi SIMKEP tersebut. Ketika membuka aplikasi, semua yang sudah di isi perawat tadi akan muncul dengan sendirinya. Namun cara ini hanya diketahui perawat di satu lantai saja.

Hal-hal yang dilakukan perawat dalam menghadapi kendala berkaitan dengan *self efficacy* perawat tersebut. Perawat yang memiliki *self efficacy* yang tinggi cenderung akan melakukan upaya yang lebih banyak dalam menghadapi kendala ataupun pengalaman yang tidak menyenangkan. Belum ada hasil penelitian sebelumnya yang menyatakan tentang hal-hal yang dilakukan dalam menghadapi gangguan sinyal, sehingga hal ini menjadi sesuatu yang baru dari penelitian ini.

Kendala-kendala yang diungkapkan oleh perawat pada penelitian ini tentu saja menimbulkan dampak terhadap pekerjaan perawat tersebut. Dampak tersebut antara lain pekerjaan menjadi tertunda dan ditegur atasan. Tiga orang partisipan pada penelitian ini menyatakan bahwa mereka harus menunda pendokumentasian karena harus menunggu sampai sinyal bagus kembali. Dua orang partisipan lainnya mengungkapkan bahwa mereka ditegur atasan karena tidak melakukan pendokumentasian dan hanya menegakkan diagnosa yang sedikit akibat gangguan sinyal. Dua orang partisipan tersebut juga mengungkapkan bahwa terkadang atasan tidak mau tahu dengan gangguan sinyal yang dialami perawat ketika melakukan pendokumentasian dengan SIMKEP.

Littlejohn (2003) menyatakan bahwa hal yang paling penting dari nilai sebuah sistem informasi adalah fungsi dari sistem tersebut. Beberapa rumah sakit yang mengalami malfungsi pada sistem informasinya sampai enam minggu, berdampak pada gagalnya penerapan sistem informasi tersebut.

Hasil penelitian ini didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Bickford, Smith, Panniers, Newbold, Knecht, dan Hunt (2005). Hasil penelitian tersebut menyatakan bahwa perawat yang menemui kendala seperti sistem error. Hal ini berdampak kepada ketidakpuasan perawat dalam bekerja.

Kendala-kendala dalam menggunakan teknologi informasi dapat mengurangi penampilan kerja sebuah organisasi (Hirt & Swanson, 2001). Hawking et al. (2004) dalam penelitiannya juga menyatakan bahwa kendala-kendala dalam penggunaan teknologi informasi yang meliputi kendala orang, proses dan

teknologi itu sendiri dapat menghilangkan keuntungan yang seharusnya dapat diperoleh. Kendala-kendala ini harus segera diatasi jika menginginkan penggunaan suatu teknologi informasi tetap berlanjut. Jika tidak diatasi, maka akan menimbulkan beberapa resiko (Huang, et al., 2004).

Dampak yang dialami oleh perawat pada penelitian ini menurut peneliti harus menjadi bahan pemikiran dan penyelesaian secepatnya dari pihak rumah sakit. Jika hal ini dibiarkan tanpa ada penyelesaian, maka keuntungan-keuntungan yang seharusnya dapat diperoleh dari penggunaan SIMKEP tidak lagi dapat dirasakan perawat dan akan berdampak kepada ketidakberhasilan penggunaan SIMKEP tersebut. Manajer dalam hal ini dapat mengkaji secara tepat faktor yang menjadi kendala dalam penggunaan SIMKEP dan menyusun program untuk mengatasi kendala tersebut.

5.1.5 Faktor-Faktor yang Meningkatkan *Self Efficacy* Perawat dalam Menggunakan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta

Ada beberapa faktor atau sumber-sumber yang dapat membangun *self efficacy* seseorang. Faktor-faktor yang diungkapkan oleh partisipan pada penelitian ini terdiri atas faktor dari diri sendiri, faktor dari rekan kerja, dan faktor dari atasan. Faktor dari dalam diri sendiri yang diungkapkan oleh partisipan terdiri atas adanya keyakinan diri untuk dapat menggunakan SIMKEP, tertarik terhadap teknologi SIMKEP, paham terhadap SIMKEP, dan sering menggunakan SIMKEP.

Bandura (Lenz & Baggett, 2002) menyatakan bahwa ada empat sumber penting yang mempengaruhi *self efficacy*. Sumber-sumber tersebut yaitu pencapaian kinerja yang diperoleh dari berlatih dan pengalaman sebelumnya, pengalaman tak terduga yaitu dengan observasi terhadap orang lain, bujukan verbal, dan status fisiologis dan emosional.

Keyakinan diri untuk dapat melakukan suatu pekerjaan dapat menimbulkan kepercayaan diri. Bandura menjelaskan bahwa individu yang memiliki keyakinan untuk melaksanakan dan menyelesaikan tugas tersebut jika mereka menilai diri

mereka mampu untuk menangani tugas tersebut. Ada individu yang tidak mengerjakan sesuatu dengan optimal, padahal individu tersebut benar-benar memahami apa yang seharusnya dia lakukan. Situasi ini dapat disebabkan oleh pikiran-pikiran yang menilai kemampuannya, yang akan mempengaruhi motivasi dan perilakunya (Pajares, 2002).

Penggunaan sistem informasi keperawatan memerlukan kepercayaan diri dari perawat sebagai pengguna utamanya. Ragneskog dan Gerdnert (2006) menjelaskan bahwa penting bagi perawat untuk percaya diri dalam menggunakan teknologi informasi. Hal yang senada disampaikan oleh Lending dan Dillon (2007) pada hasil penelitian yaitu kepercayaan diri perawat akan memberikan pengaruh yang kuat bagi seseorang dalam mengadopsi teknologi informasi.

Hasil penelitian Moody, Slocumb, Berg dan Jackson (2004) menyatakan bahwa pelaksanaan dokumentasi keperawatan secara elektronik akan dapat meningkatkan pelayanan keperawatan kepada pasien. Hal ini diperoleh jika perawat yang menggunakannya mempunyai kepercayaan diri. Hal yang senada juga disampaikan Bickford et al. (2005) bahwa kurangnya kemampuan perawat yang disebabkan oleh kurangnya kepercayaan diri dapat memberikan dampak terhadap kualitas pelayanan keperawatan.

Faktor ketertarikan terhadap SIMKEP menurut partisipan dapat juga meningkatkan kepercayaan diri dan keyakinan untuk menggunakan SIMKEP karena SIMKEP sebagai bentuk teknologi informasi dapat membantu pekerjaan perawat dalam melakukan pendokumentasian. Model penerimaan teknologi yang dikembangkan oleh Davis (1989) juga menyatakan adanya keterkaitan antara penerimaan dan *self efficacy* seseorang. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Davis dan Venkatesh (1996) menyatakan bahwa seseorang yang memiliki *self efficacy* yang tinggi untuk menggunakan sistem akan berpengaruh kepada penampilan kerja dan dapat menentukan *self efficacy* seseorang.

Memahami SIMKEP dapat meningkatkan kepercayaan diri perawat dalam menggunakan SIMKEP. Wood dan Bandura (1989) menyatakan bahwa cara yang efektif untuk mengembangkan *self efficacy* yang kuat adalah dengan meningkatkan pengetahuan. Zeigler (2011) juga menyatakan bahwa dengan memberi perawat kesempatan untuk meningkatkan pengetahuan tentang komputerisasi akan memperkuat kepercayaan diri mereka dan menghapuskan keragu-raguan dalam diri mereka.

Sering menggunakan SIMKEP juga dapat meningkatkan kepercayaan diri perawat dalam menggunakan SIMKEP. Hal sesuai dengan yang dinyatakan oleh Bandura tentang sumber-sumber *self efficacy* yaitu Pencapaian kinerja (*Performance accomplishment*). Pencapaian kinerja terdiri atas berlatih dan pengalaman sebelumnya. Berlatih adalah sumber yang paling penting, karena didasarkan kepada pengalaman individu itu sendiri. Satu kali seseorang memiliki *self efficacy* yang kuat, maka satu kesalahan tidak akan begitu berpengaruh (Lenz & Baggett, 2002).

Faktor dari rekan kerja terdiri atas melihat keberhasilan rekan kerja yang dapat menggunakan SIMKEP dan dukungan dalam mempelajari SIMKEP. Melihat keberhasilan dari rekan kerja yang dapat menggunakan SIMKEP dapat meningkatkan kepercayaan diri. Hal ini sesuai dengan sumber *self efficacy* dari pengalaman tak terduga (*Vicarious experiences*). Pengalaman tak terduga dalam hal ini yaitu melihat orang lain mencapai kesuksesan. Orang lain dapat menjadi *role models* dan memberikan informasi tentang kesulitan dalam perilaku tertentu. Seseorang akan menggunakan indikator observasi, yang dapat mengukur kemampuan sendiri dan memperkirakan kesuksesan mereka (Lenz & Baggett, 2002).

Teori ini juga dapat mendukung ungkapan perawat bahwa rekan memberi dukungan dalam meningkatkan kepercayaan diri. Seperti yang telah dinyatakan juga pada tema upaya-upaya yang dilakukan untuk mampu menggunakan SIMKEP, bahwa perawat mempelajari SIMKEP dengan bertanya dan belajar

bersama dengan rekan kerja. Hal ini juga diungkapkan oleh perawat pada penelitian yang dilakukan oleh McGrath (2008). Perawat pada penelitian tersebut menyatakan bahwa jika mereka menemui masalah dalam menggunakan teknologi komputer, mereka akan menanyakan hal tersebut kepada teman perawat yang lebih muda. Hal ini merupakan bentuk dukungan dalam menggunakan teknologi informasi.

Faktor dari rekan atasan yang diungkapkan partisipan pada penelitian ini terdiri atas dukungan dari atasan, instruksi dari atasan dan penilaian dari atasan. Bujukan verbal sering digunakan sebagai sumber *self efficacy*. Pemberian instruksi, nasehat dan saran, individu mencoba untuk meyakinkan seseorang bahwa mereka dapat sukses dalam tugas yang sulit. Upaya-upaya secara verbal dalam meyakinkan seseorang bahwa mereka memiliki kemampuan untuk menampilkan perilaku tertentu adalah hal yang membangun. Jika seseorang yakin akan kemampuan mereka sendiri, maka mereka akan lebih cenderung bertahan dan tidak akan mudah menyerah (Lenz & Baggett, 2002).

Faktor organisasi seperti kepemimpinan dan manajemen dalam berubah memiliki peran penting dalam penggunaan teknologi informasi. Peran ini diperlukan mulai pemilihan *software* sampai kepada implementasi teknologi tersebut (Miranda, Fields, & Lund, 2001; Scott, Rundall, Vogt & Hsu, 2005).

Hasil penelitian McGrath (2008) menyatakan bahwa dalam menggunakan teknologi, selain membutuhkan pengetahuan dan keahlian, perawat juga membutuhkan dukungan baik dari teman sekerja, maupun dari atasan. Hal ini didukung oleh hasil penelitian yang menyatakan bahwa dukungan pihak manajemen memiliki pengaruh yang kuat dalam penggunaan sistem informasi menggunakan komputer. Hasil penelitian ini lebih lanjut menyatakan bahwa para manajer senior dan *middle level management* harus memahami faktor-faktor dalam mempromosikan staf untuk menunjukkan sikap yang positif, mengadopsi, menggunakan sistem yang sudah diperkenalkan. Kemampuan manajer untuk mempromosikan akan membantu organisasi atau perusahaan tersebut untuk

mencapai keuntungan dan hasil yang lebih baik (Schepers, 2005; Peltier, 2005; Myler & Broadband, 2006).

Manajemen keperawatan merupakan suatu manajemen yang melibatkan penerapan keterampilan dan penggunaan sumber-sumber yang ada untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Proses dalam manajemen keperawatan akan bekerja melalui individu, kelompok ataupun sumber lain (seperti peralatan dan teknologi) untuk mencapai tujuan organisasi (Huber, 2010).

SIMKEP sebagai salah satu bentuk sistem informasi manajemen merupakan upaya suatu organisasi yang memiliki suatu sistem yang dapat diandalkan dalam mengolah data menjadi informasi yang bermanfaat dalam pembuatan keputusan manajemen, baik yang menyangkut keputusan-keputusan rutin maupun keputusan-keputusan strategis, dari apa yang telah terjadi di masa lalu, apa yang sedang terjadi, dan apa kemungkinan akan terjadi di masa depan (Kumorotomo & Margono, 2009; McLeod & Schell, 2008; Sabarguna, 2005). Sabarguna (2005), menyatakan bahwa suatu sistem informasi rumah sakit akan memberikan manfaat dalam hal pengendalian mutu pelayanan medis, pengendalian mutu dan penilaian produktivitas, analisa pemanfaatan dan perkiraan kebutuhan, perencanaan dan evaluasi program, menyederhanakan pelayanan, penelitian klinis dan pendidikan.

Suatu sistem informasi bermutu akan dapat dikembangkan dengan sistem yang profesional dan manajer yang memahami kerangka manajerial yang menjadi dasar dari sebuah organisasi (McLeod & Shell, 2008). Pengetahuan manajemen keperawatan menggunakan suatu bagian utama yang sistematis dari pengetahuan yang meliputi konsep-konsep, prinsip dan teori yang berlaku terhadap semua situasi manajemen keperawatan. Manajemen keperawatan ditemukan pada perawat klinis, perawat kepala, pengawas, dan direktur atau tingkat-tingkat eksekutif (Swansburg, 1999). Manajemen yang terdiri dari fungsi-fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, pengarahan dan pengontrolan/pengendalian (Marquis & Houston, 2003).

Seorang perawat manajer memiliki peran dalam penentuan anggaran (perencanaan), bertemu dengan staf terkait dengan perubahan sistem pemberian pelayanan keperawatan (pengorganisasian), mengubah kebijakan pengaturan staf (pengaturan staf), melakukan pertemuan untuk memecahkan masalah antara perawat dan dokter (pengarahan) dan melakukan evaluasi penampilan kerja staf (pengontrolan/pengendalian). Tidak hanya perawat manajer saja yang harus berperan dalam semua fase proses manajemen, tetapi masing-masing fungsi harus memiliki fase perencanaan, implementasi dan pengontrolan. Sama seperti praktik keperawatan, masing-masing fungsi manajemen juga membutuhkan pelayanan keperawatan memiliki perencanaan, dan evaluasi (Marquis & Houston, 2003).

Berjalannya fungsi-fungsi manajemen dengan melibatkan perawat sebagai pengguna utama SIMKEP yang dapat dimulai dari fungsi perencanaan. Marquis dan Houston (2003) menyatakan bahwa fungsi perencanaan adalah sebagai upaya memutuskan apa yang akan dilakukan, siapa yang melakukan, bagaimana melakukan, kapan dan dimana hal tersebut dilakukan. Fungsi perencanaan meliputi penentuan filosofi, tujuan, sasaran, kebijakan, prosedur dan aturan-aturan, dalam jangka waktu pendek dan jangka waktu panjang, menentukan keuangan dan mengatur perubahan perencanaan.

Marquis dan Houston (2003) menyatakan bahwa dalam proses berubah, seorang manajer harus mengenali kebutuhan terhadap perubahan terencana, dan mengidentifikasi pilihan dan sumber daya yang tersedia untuk mengimplementasikan perubahan tersebut, mengkaji secara tepat faktor yang mendorong dan menghambat perencanaan perubahan meramalkan kebutuhan. Selain itu, manajer juga harus mengidentifikasi dan mengimplementasikan strategi yang tepat untuk mengurangi atau mengatasi resistensi terhadap perubahan, mencari masukan dari bawahan dalam perubahan terencana dan memberi informasi yang adekuat selama proses perubahan untuk memberi pengawasan pada mereka, serta mengidentifikasi dan menggunakan strategi perubahan yang tepat untuk memodifikasi perilaku bawahan sesuai kebutuhan.

Fungsi pengorganisasian merupakan fungsi dimana hubungan didefinisikan, prosedur dibentuk skemanya, peralatan disiapkan, dan kegiatan ditetapkan. Fungsi pengorganisasian mencakup penetapan struktur perencanaan, menentukan jenis pelayanan keperawatan pasien yang tepat dan mengelompokkan aktivitas untuk mencapai tujuan. Pelaksanaan fungsi ini dapat dilakukan dengan pemahaman dan menggunakan kekuasaan dan otoritas secara tepat (Marquis & Houston, 2003).

Pada fungsi pengaturan staf para manajer merekrut, menyeleksi, membiayai, mengorientasikan dan mempromosikan pengembangan staf untuk mencapai tujuan organisasi (Marquis & Houston, 2003). Scott, Rundall, Vogt & Hsu (2005) dalam penelitiannya menyatakan bahwa bahwa seorang manajer perlu memiliki kepemimpinan yang tepat dan melakukan promosi terhadap staf dalam penggunaan teknologi informasi.

Fungsi pengarahan merupakan fungsi manajemen yang berhubungan dengan mengkoordinasikan atau menggiatkan. Fungsi ini membutuhkan keterampilan kepemimpinan dan manajemen untuk mencapai tujuan organisasi. Seorang manajer juga perlu menjadi model peran dalam memberikan dukungan dan memotivasi usaha individu selama proses perubahan (Marquis & Houston, 2003).

Fungsi pengendalian bukanlah langkah akhir dalam proses manajemen, namun fungsi ini diimplementasikan di semua fase manajemen. Fungsi pengontrolan merupakan fungsi manajemen yang meliputi evaluasi secara periodik pada filosofi, misi, tujuan umum dan tujuan khusus, penilaian kinerja individu dan kelompok dengan menggunakan standar yang telah ditetapkan sebelumnya, pemantauan biaya sebelumnya, biaya yang dikeluarkan dan penggunaan persediaan, memeriksa tujuan serta akhir pasien, kontrol terhadap kualitas, kontrol terhadap legal dan etik, serta kontrol terhadap profesi dan kolegium (Marquis & Houston, 2003).

Pengendalian kualitas pelayanan keperawatan salah satunya yaitu dengan dokumentasi keperawatan. Yocum (2002) menyatakan bahwa dokumentasi

perawatan harus akurat, komprehensif, dan fleksibel untuk memperoleh data penting, mempertahankan kesinambungan pelayanan, melacak hasil pasien, dan menggambarkan standar praktek terkini. Informasi pada rekaman pasien menyediakan penjelasan rinci tentang kualitas tingkat pelayanan yang diberikan. Dokumentasi yang efektif akan menjamin kesinambungan pelayanan, menghemat waktu, dan meminimalisasi risiko kesalahan (Yocum, 2002), sehingga diperlukan seorang manajaer yang mampu melakukan fungsi pengendalian secara optimal terhadap pelaksanaan dokumentasi keperawatan.

Seorang manajer juga harus siap memberi dukungan kepada staf dan ide-ide baru untuk perbaikan yang berhubungan dengan sebuah proses berubah. Hughes (2003) menyatakan bahwa peran manajemen pada setiap tingkat manajer dalam memberi dukungan pengembangan sebuah sistem pendokumentasian elektronik adalah sentral atau inti kesuksesan implementasi sistem tersebut. Sikap yang positif dan pengalaman yang baik dengan salah satu manajer keperawatan akan mempengaruhi penerimaan dan meningkatkan kemauan/kerelaan diantara staf dalam menggunakan suatu teknologi informasi.

Manajer yang menjalankan peran dan fungsi manajemen secara optimal menurut peneliti akan dapat menjadi sumber dalam meningkatkan *self efficacy* perawat dalam menggunakan SIMKEP melalui bujukan verbal maupun peran *role model*. Manajer dapat menjalankan peran interpersonalnya melalui kegiatan memimpin, peran pemberi informasi dan peran pengambil keputusan (McLeod & Shell, 2008). Manajer juga harus menjalankan fungsi-fungsi manajemen untuk memberikan dukungan kepada perawat, terutama fungsi pengarahan dan pengawasan tanpa mengabaikan berjalannya fungsi manajemen lainnya.

5.1.6 Harapan Perawat dalam menggunakan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta

Berbagai harapan dalam penggunaan SIMKEP diungkapkan oleh partisipan. Harapan dalam menggunakan SIMKEP yang diungkapkan tersebut terdiri atas

harapan untuk keberhasilan penggunaan SIMKEP dan harapan untuk meningkatkan kepercayaan diri menggunakan SIMKEP.

Harapan untuk keberhasilan penggunaan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta yang diungkapkan oleh partisipan terdiri atas harapan terhadap rekan kerja, harapan terhadap atasan, harapan terhadap RSIA Bunda Jakarta, dan harapan terhadap program SIMKEP. Harapan terhadap rekan kerja yang diungkapkan oleh partisipan terdiri atas memiliki kesadaran untuk menggunakan SIMKEP dan memahami serta mampu menggunakan SIMKEP.

Kesadaran memahami dan mampu untuk menggunakan SIMKEP menurut peneliti memang akan ditentukan sendiri oleh pribadi perawat yang bersangkutan. Namun di sini para manajer dapat mempengaruhinya dengan mengoptimalkan peran fungsi-fungsi manajemen dan mengidentifikasi sumber-sumber yang dapat meningkatkan kesadaran dan kemampuan untuk menggunakan SIMKEP.

Harapan terhadap atasan untuk keberhasilan penggunaan SIMKEP yang diungkapkan partisipan yaitu agar lebih memotivasi perawat untuk menggunakan SIMKEP dan lebih memeriksa pendokumentasian yang dilakukan perawat di SIMKEP. Harapan agar atasan lebih memotivasi yang diungkapkan perawat pada penelitian ini terkait dengan fungsi pengarahan yang harus dioptimalkan oleh atasan, yang dalam hal ini adalah kepala ruangan. Marquis dan Houston (2003) menyatakan bahwa fungsi pengarahan merupakan fungsi manajemen yang berhubungan dengan mengkoordinasikan atau menggiatkan. Fungsi pengarahan kadang meliputi beberapa fungsi pengaturan staf. Namun fungsi ini biasanya membawa tanggung jawab manajemen sumber daya manusia seperti memotivasi, manajemen konflik, pendelegasian, mengkomunikasikan, dan memfasilitasi kolaborasi.

Harapan agar atasan lebih memeriksa yang diungkapkan perawat pada penelitian ini terkait dengan fungsi pengawasan. Fungsi pengawasan merupakan fungsi manajemen yang meliputi evaluasi secara periodik pada filosofi, misi, tujuan umum dan tujuan khusus, penilaian kinerja individu dan kelompok dengan

menggunakan standar yang telah ditetapkan sebelumnya, pemantuan biaya sebelumnya, biaya yang dikeluarkan dan penggunaan persediaan, memeriksa tujuan serta akhir pasien, kontrol terhadap kualitas, kontrol terhadap legal dan etik, serta kontrol terhadap profesi dan kolegium (Marquis & Houston, 2003).

Harapan terhadap RSIA Bunda Jakarta juga diungkapkan oleh partisipan. Harapan tersebut yaitu agar memperbaiki gangguan koneksi dan menambah fasilitas SIMKEP yaitu *i pad*. Harapan yang diungkapkan perawat ini perlu segera diwujudkan oleh pihak rumah sakit, karena yang menjadi kendala utama dalam penggunaan SIMKEP adalah gangguan sinyal. Harapan untuk menambah fasilitas *i pad* perlu juga dipertimbangkan oleh pihak rumah sakit, karena ada dua ruang perawatan yang belum mempunyai *i pad* dan menurut perawat yang ada di ruang tersebut, fasilitas itu sangat dibutuhkan untuk menunjang pekerjaan mereka.

Harapan yang diungkapkan perawat sesuai dengan pernyataan Liong (2008), bahwa salah satu faktor yang menentukan keberhasilan penggunaan teknologi informasi adalah faktor teknologi itu sendiri. Faktor teknologi itu terdiri dari *software* dan *hardware*, yang penggunaannya harus siap pakai untuk mencapai keberhasilan sistem tersebut.

Harapan untuk program SIMKEP yang diungkapkan oleh partisipan yaitu agar diagnosanya diperbanyak, rencana tindakannya lebih dispesifikkan lagi, dan diadakannya catatan dokter dengan *password* dokter sendiri. Harapan agar diagnosa diperbanyak diungkapkan oleh perawat karena seiring dengan perkembangan zaman jumlah penyakit akan semakin bertambah, maka masalah keperawatan yang akan muncul pun akan semakin banyak. Oleh karena itu dengan semakin banyaknya pilihan diagnosa yang ada di SIMKEP diharapkan akan membuat perawat lebih mudah dalam menentukan pilihan diagnosa. Kemudian perawat juga mengungkapkan harapan agar diagnosa lebih dispesifikkan lagi dengan tujuan agar lebih mudah dipahami dan lebih menarik untuk dilihat.

Harapan untuk meningkatkan kepercayaan diri menggunakan SIMKEP yang diungkapkan partisipan terdiri atas adanya pelatihan tentang SIMKEP. Perlunya pelatihan tentang SIMKEP diungkapkan perawat agar lebih mendalami lagi tentang SIMKEP. Meretoja, Eriksson, dan Kiplih (2002) menyatakan bahwa kurangnya pengenalan terhadap keterampilan penggunaan komputer adalah penyebab peringkat pertama yang menimbulkan ketidakpuasan staf. Meretoja, Eriksson, dan Kiplih lebih lanjut menjelaskan bahwa perlu dilakukannya pengenalan dan pelatihan tentang keterampilan komputer untuk memenuhi kebutuhan staf.

Darbyshire (2004) juga menyarankan perlunya pendidikan dan pelatihan pada penggunaan *Computerized Patient Information System (CPIS)* pada perawat dan bidan di Australia. Selain itu McGrath (2008) meyakini bahwa perawat yang tidak memiliki pengalaman tentang teknologi harus diberi dukungan dan pelatihan yang mereka butuhkan. Wood dan Bandura (1989) juga menyatakan bahwa karir perawat dapat menjadi terbatas jika mereka merasa tidak yakin akan kemampuan mereka sampai pelatihan yang tepat dapat memperbaiki keterampilan mereka. Adanya pelatihan tentang SIMKEP menurut peneliti akan dapat meningkatkan pemahaman dan keterampilan perawat dan ini dapat menjadi sumber untuk meningkatkan *self efficacy* perawat dalam menggunakan SIMKEP.

Perawat juga mengungkapkan perlu adanya *reward* untuk meningkatkan kepercayaan diri. *Reward* yang diungkapkan perawat adalah dalam bentuk ucapan penghargaan ruangan yang terbaik dalam menggunakan SIMKEP dan penilaian dari hasil ujian psikotes yang dilakukan oleh RSIA Bunda Jakarta. Belum ada hasil penelitian yang menyatakan hal yang sama tentang *reward* dapat meningkatkan *self efficacy*, sehingga hal ini menjadi sesuatu yang dari dari penelitian ini.

Reward dalam bentuk ucapan penghargaan ruangan yang terbaik dalam menggunakan SIMKEP dan penilaian dari hasil ujian psikotes menurut peneliti merupakan salah satu bentuk bujukan verbal. Bujukan verbal seperti yang telah

diuraikan sebelumnya adalah salah satu sumber dalam meningkatkan *self efficacy*. Bandura juga menjelaskan bahwa *self efficacy* berhubungan dengan motivasi dengan tiga kebutuhan McClelland (Ivancevich, 2005). Individu dengan *self efficacy* yang tinggi, akan menunjukkan komitmen dan motivasi diri untuk menampilkan kinerja yang diharapkan.

5.2 Keterbatasan Penelitian

Pada penelitian ini peneliti menemui keterbatasan dalam proses pengumpulan data. Sesuai kesepakatan peneliti dengan perawat, wawancara dilakukan pada waktu dan tempat yang diinginkan oleh perawat, namun ada tiga orang perawat yang meminta agar wawancara dilakukan di *nurse station* atau di ruang tamu perawatan. Wawancara memang dapat berjalan lancar, namun kadang konsentrasi perawat agak terganggu jika ada kegiatan di ruangan perawatan, baik oleh perawat lain maupun oleh staf yang lain. Hal ini menjadi kendala bagi peneliti untuk mendapatkan informasi yang mendalam dari perawat ketika konsentrasi perawat tersebut terganggu.

5.3 Implikasi dalam Keperawatan

Hasil penelitian memiliki implikasi bagi perawat sebagai pengguna SIMKEP, para manajer di RSIA Bunda Jakarta, pelayanan keperawatan, pendidikan keperawatan dan penelitian keperawatan yang akan datang.

5.3.1 Implikasi bagi Perawat sebagai Pengguna SIMKEP

Informasi yang dideskripsikan oleh perawat tentang *self efficacy* dalam menggunakan SIMKEP dapat memberikan gambaran tentang kepercayaan diri perawat itu sendiri. Keberhasilan penggunaan SIMKEP menuntut perawat untuk memiliki *self efficacy* yang tinggi, sehingga dengan memperoleh gambaran tentang *self efficacy*-nya, maka perawat dapat menyadari dan melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan *self efficacy* dalam menggunakan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta.

5.3.2 Implikasi bagi Manajer di RSIA Bunda Jakarta

Informasi yang dideskripsikan oleh perawat tentang *self efficacy* dalam menggunakan SIMKEP menggambarkan respon menggunakan SIMKEP, adaptasi menggunakan SIMKEP, faktor-faktor untuk meningkatkan *self efficacy*, kendala yang dihadapi dan harapan dalam menggunakan SIMKEP. Adanya informasi tersebut, maka para manajer harus menjadikan informasi tersebut sebagai masukan yang berarti dan bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan maupun penyusunan program yang dibutuhkan dalam pengembangan SDM keperawatan untuk menunjang keberhasilan penggunaan SIMKEP melalui peran dan fungsi-fungsi manajemen.

Self efficacy dapat tinggi atau menjadi rendah pada keadaan tertentu, terutama ketika perawat mengalami stress fisik dan emosional. Oleh karena itu, maka manajer di RSIA Bunda Jakarta harus mengoptimalkan perannya mencakup peran interpersonal, peran dalam memberikan informasi, pembicara dan memonitor serta peran dalam pengambilan keputusan. Peran interpersonal yang sangat berperan penting disini adalah kemampuan dalam memimpin. Seorang pemimpin harus mampu menggunakan gaya kepemimpinan yang tepat dalam mengarahkan, menggiatkan dan memotivasi perawat sehingga dapat meningkatkan *self efficacy* perawat dalam menggunakan SIMKEP.

Selain itu manajer juga harus mengoptimalkan fungsi-fungsi manajemen terutama fungsi pengarahan dan fungsi pengawasan dalam mendukung keberhasilan penggunaan SIMKEP tanpa mengabaikan berjalannya fungsi manajemen yang lain. Berjalannya fungsi-fungsi manajemen dengan melibatkan perawat sebagai pengguna utama dari SIMKEP dapat dimulai dari fungsi perencanaan. Fungsi perencanaan dapat dijalankan oleh manajer di RSIA Bunda Jakarta dengan merencanakan apa yang akan dilakukan, siapa yang melakukan, bagaimana melakukan, kapan dan dimana hal tersebut dilakukan terakit program-program yang dapat meningkatkan *self efficacy* perawat dalam menggunakan SIMKEP.

Manajer juga harus mengenali respon dalam menggunakan SIMKEP, kebutuhan terhadap penggunaan SIMKEP, dan mengidentifikasi pilihan dan sumber daya yang tersedia untuk mengimplementasikan SIMKEP tersebut, mengkaji secara tepat faktor yang mendorong dan yang menjadi kendala dalam penggunaan SIMKEP, mengidentifikasi strategi yang tepat untuk mengurangi atau mengatasi kendala penggunaan SIMKEP, mencari masukan dari bawahan dalam penggunaan SIMKEP dan memberi informasi yang adekuat selama proses perubahan untuk memberi pengawasan pada perawat, serta mengidentifikasi strategi perubahan yang tepat untuk memodifikasi perilaku bawahan sesuai kebutuhan.

Pelaksanaan fungsi pengorganisasian dapat dilakukan dengan membentuk skema prosedur yang akan digunakan, mempersiapkan peralatan, dan menetapkan kegiatan. Pada fungsi pengaturan staf para manajer dapat mempromosikan pengembangan staf untuk mencapai tujuan organisasi. Untuk menjalankan fungsi ini, maka para manajer di RSIA Bunda Jakarta dapat mengoptimalkan fungsi ini dengan mempromosikan staf yang memiliki kinerja yang baik dalam menggunakan SIMKEP sehingga dapat meningkatkan *self efficacy* perawat dalam menggunakan SIMKEP.

Fungsi pengarahan merupakan fungsi manajemen yang berhubungan dengan mengkoordinasikan atau menggiatkan. Para manajer di RSIA Bunda Jakarta dapat mengoptimalkan fungsi ini dalam meningkatkan *self efficacy* perawat dalam menggunakan SIMKEP, dengan lebih motivasi lagi dan menggiatkan penggunaan SIMKEP di kalangan semua pengguna SIMKEP. Hal ini dapat dilakukan dengan pemberian pelatihan dan *reward* sesuai harapan perawat yang diungkapkannya dapat meningkatkan *self efficacy*.

Fungsi pengendalian bukanlah langkah akhir dalam proses manajemen, namun fungsi ini diimplementasikan di semua fase manajemen. Fungsi ini dapat dilakukan dengan evaluasi pendokumentasian keperawatan dengan SIMKEP, penilaian kinerja individu dan kelompok dengan menggunakan standar

penggunaan SIMKEP, memeriksa tujuan serta akhir pasien (*Patient outcomes*), dan kontrol terhadap kualitas pelayanan.

5.3.3 Implikasi untuk Pelayanan Keperawatan

Informasi yang dideskripsikan oleh perawat pada penelitian ini menggambarkan bahwa penggunaan SIMKEP banyak memberikan keuntungan-keuntungan dalam pendokumentasian keperawatan, baik terkait isi dokumen yang lebih lengkap maupun dari segi penggunaan waktu. Dengan keuntungan yang efektif dan efisien yang telah diperoleh perawat, maka hal ini dapat meningkatkan kualitas pendokumentasian. Hal ini juga dapat meningkatkan kualitas/mutu pelayanan karena salah satu dimensi mutu pelayanan kesehatan yaitu adanya pelayanan yang efektif dan efisien.

Kendala-kendala yang dihadapi perawat dalam menggunakan SIMKEP jika tidak diatasi dengan segera, maka akan dapat mengurangi atau menghilangkan keuntungan, efektifitas dan efisiensi penggunaan SIMKEP. Jika keuntungan-keuntungan tersebut tidak diperoleh lagi, maka akan dapat menyebabkan ketidakpuasan perawat sebagai pengguna, menurunnya motivasi untuk menggunakan SIMKEP, tidak digunakannya SIMKEP, menurunnya kinerja dan menurunnya kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan.

Hasil penelitian ini juga menggambarkan bahwa perawat telah memiliki *self efficacy* dalam menggunakan SIMKEP. Jika perawat telah memiliki *self efficacy* dalam menggunakan SIMKEP, maka perawat akan menggunakan SIMKEP dengan percaya diri, sehingga pasien merasa lebih nyaman dan meningkat kepercayaan dirinya terhadap perawat, dan pada akhirnya juga akan dapat meningkatkan kepuasan pasien. Perawat yang telah memiliki *self efficacy* dalam menggunakan SIMKEP akan dapat meminimalkan resiko kesalahan, memberikan pelayanan secara efektif dan efisien, meningkatkan motivasi kerja dan komitmen organisasi, dan meningkatkan kepuasan perawat sendiri sebagai pengguna (*user*) SIMKEP. Semua hal ini akan berdampak pada meningkatnya mutu pelayanan keperawatan, karena seperti yang dinyatakan oleh ANA, indikator mutu

pelayanan keperawatan dapat dilihat dari kepuasan pasien dan kepuasan perawat.

Adanya harapan *reward* akan dapat meningkatkan *self efficacy* juga memberikan dampak. Dampaknya yaitu perawat akan menuntut *reward* untuk meningkatkan *self efficacy* mereka. Oleh karena itu hal ini harus menjadi masukan dan bahan pertimbangan bagi RSIA Bunda Jakarta dalam membuat keputusan dan menyusun program-program terkait pengembangan SDM keperawatan, terutama dalam menunjang keberhasilan penggunaan SIMKEP.

5.3.4 Implikasi pada Pendidikan Keperawatan

Penelitian ini memberikan informasi tentang *self efficacy* perawat dalam menggunakan SIMKEP. *Self efficacy* ini akan lebih mudah muncul jika perawat sudah sering terpapar dengan teknologi informasi. Dengan demikian maka harus menjadi bahan pemikiran bagi institusi pendidikan untuk menitikberatkan pentingnya *self efficacy* dalam penggunaan teknologi informasi kepada mahasiswa keperawatan.

5.3.5 Implikasi pada Penelitian Keperawatan

Penelitian ini memberikan informasi tentang *self efficacy* dalam menggunakan SIMKEP dengan desain penelitian kualitatif, yang belum banyak diteliti. Adanya hal yang baru ditemukan pada penelitian ini yaitu waktu munculnya kepercayaan diri menggunakan SIMKEP, kendala terkait rekan kerja, hal-hal yang dilakukan dalam menghadapi gangguan sinyal dan harapan tentang *reward* yang dapat meningkatkan *self efficacy* menggunakan SIMKEP, maka diperlukanlah penelitian-penelitian lanjutan untuk membuktikan hal-hal yang baru tersebut.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil temuan dan interpretasi hasil penelitian dapat terlihat tentang *self efficacy* perawat dalam menggunakan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta, sebagai berikut:

- 6.1.1 Gambaran pengalaman perawat tentang respon dalam menggunakan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta tergambar dalam tema respon dalam menggunakan SIMKEP dan keuntungan menggunakan SIMKEP. Respon dalam menggunakan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta dibedakan atas respon pertama menggunakan SIMKEP dan perasaan setelah menggunakan SIMKEP. Keuntungan menggunakan SIMKEP terdiri atas keuntungan terkait dokumen dan keuntungan dari segi waktu.
- 6.1.2 Gambaran pengalaman perawat tentang kepercayaan diri menggunakan SIMKEP di RSIA Bunda tergambar dalam tema kepercayaan diri menggunakan SIMKEP mencakup perilaku kepercayaan diri yang ditampilkan yaitu terbiasa menggunakan SIMKEP, merasa yakin dan percaya diri menggunakan SIMKEP, merasa mampu menggunakan SIMKEP, serta menguasai item-item SIMKEP dan waktu munculnya kepercayaan diri dalam menggunakan SIMKEP yang bervariasi yaitu seminggu setelah simulasi, 4-5 bulan setelah pendampingan, sehari setelah simulasi, 6 bulan setelah simulasi, 2-3 bulan setelah pendampingan, sebulan setelah bekerja, 3-4 bulan setelah simulasi, sejak *paperless*, dan sebulan setelah simulasi.
- 6.1.3 Gambaran pengalaman perawat tentang adaptasi menggunakan SIMKEP tergambar dalam tema upaya-upaya yang dilakukan perawat untuk mampu menggunakan SIMKEP yang terdiri atas mempelajari SIMKEP dan membiasakan diri menggunakan SIMKEP.

- 6.1.4 Gambaran pengalaman perawat tentang kendala dalam menggunakan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta tergambar dari tema kendala dalam menggunakan SIMKEP, yang mencakup bentuk kendala menggunakan SIMKEP yaitu kendala terkait perangkat SIMKEP dan kendala dari rekan kerja, respon menghadapi kendala yaitu kesal dan malas, hal-hal yang dilakukan dalam menghadapi kendala seperti berusaha mencari sinyal, menghubungi pihak di rumah sakit yang dianggap mengerti dengan sinyal, keluar (*log out*) dari aplikasi SIMKEP, membiarkan saja dan melakukan kegiatan lain, serta menunggu sampai *loading* bagus kembali, dan dampak kendala terhadap pekerjaan yaitu menunda pekerjaan dan ditegur atasan.
- 6.1.5 Gambaran pengalaman perawat tentang faktor-faktor dalam meningkatkan kepercayaan diri menggunakan SIMKEP tergambar dari tema faktor-faktor dalam meningkatkan kepercayaan diri menggunakan SIMKEP, yang terdiri atas faktor dari diri sendiri yaitu adanya keyakinan diri untuk dapat menggunakan SIMKEP, tertarik terhadap teknologi SIMKEP, paham terhadap SIMKEP serta sering menggunakan SIMKEP, faktor dari rekan kerja seperti melihat keberhasilan rekan kerja lain yang dapat menggunakan SIMKEP serta dukungan teman dalam mempelajari SIMKEP, dan faktor dari atasan yaitu dukungan, instruksi dan penilaian dari atasan.
- 6.1.6 Gambaran pengalaman perawat tentang harapan dalam penggunaan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta tergambar dari tema harapan dalam menggunakan SIMKEP mencakup harapan untuk keberhasilan penggunaan SIMKEP yaitu harapan terhadap rekan kerja, terhadap atasan, terhadap RSIA Bunda Jakarta, harapan terhadap program SIMKEP, serta terhadap dan harapan untuk meningkatkan kepercayaan diri menggunakan SIMKEP yaitu diadakannya pelatihan tentang SIMKEP dan pemberian *reward*.
- 6.1.7 Respon dalam menggunakan SIMKEP, keuntungan menggunakan SIMKEP, upaya-upaya untuk mampu menggunakan SIMKEP, kendala menggunakan SIMKEP serta harapan dalam penggunaan

SIMKEP menggambarkan pengalaman perawat dalam menggunakan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta. Sedangkan *self efficacy* perawat dalam menggunakan SIMKEP tergambar dari tema kepercayaan diri menggunakan SIMKEP, dan faktor-faktor yang dapat meningkatkan kepercayaan diri menggunakan SIMKEP.

- 6.1.8 Hal baru yang ditemukan pada penelitian ini yaitu waktu munculnya kepercayaan diri menggunakan SIMKEP, bentuk kendala dari rekan kerja, hal-hal yang dilakukan dalam menghadapi kendala serta harapan tentang *reward* dapat meningkatkan *self efficacy* perawat dalam menggunakan SIMKEP.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Penelitian Keperawatan

Peneliti keperawatan diharapkan dapat melakukan penelitian lanjutan untuk membuktikan hal-hal yang baru ditemukan pada penelitian ini yaitu waktu munculnya kepercayaan diri menggunakan SIMKEP, bentuk kendala dari rekan kerja, hal-hal yang dilakukan dalam menghadapi kendala serta harapan tentang *reward* dapat meningkatkan *self efficacy* perawat dalam menggunakan SIMKEP.

Peneliti selanjutnya dapat menggunakan desain penelitian kuantitatif untuk mengukur *self efficacy* perawat dalam menggunakan SIMKEP dengan menggunakan instrument baku yang sudah ada ditambah dengan hal-hal baru yang ditemukan pada penelitian ini, ataupun dengan meneliti hal lain seperti faktor-faktor yang mempengaruhi *self efficacy* perawat dalam menggunakan SIMKEP. Kemudian untuk penelitian selanjutnya, jika akan menggunakan metode wawancara mendalam, sebaiknya dilakukan di suatu lingkungan yang kondusif dan nyaman bagi partisipan agar dapat berkonsentrasi menceritakan pengalamannya.

6.2.2 Bagi RSIA Bunda Jakarta

Perawat diharapkan dapat terus mempelajari SIMKEP, sering menggunakan SIMKEP, mengikuti pelatihan-pelatihan tentang SIMKEP serta dengan melanjutkan pendidikan baik pendidikan formal maupun pendidikan komputer. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan *self efficacy* perawat dalam menggunakan SIMKEP sehingga penggunaan SIMKEP dapat berhasil, kualitas dokumentasi dan pelayanan keperawatan dapat ditingkatkan.

Perawat sebagai pemberi pelayanan keperawatan diharapkan juga dapat menyadari tentang pentingnya melakukan pendokumentasian keperawatan karena pendokumentasian keperawatan adalah bukti akuntabilitas tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat, sebagai tanggung jawab profesi dan aspek legal.

Para manajer diharapkan agar mengoptimalkan peran dan fungsi-fungsi manajemen terutama fungsi pengarahan dan pengawasan tanpa mengabaikan berjalannya fungsi yang lain, karena dari hasil penelitian digambarkan bahwa salah satu faktor yang dapat meningkatkan *self efficacy* adalah faktor dari atasan.

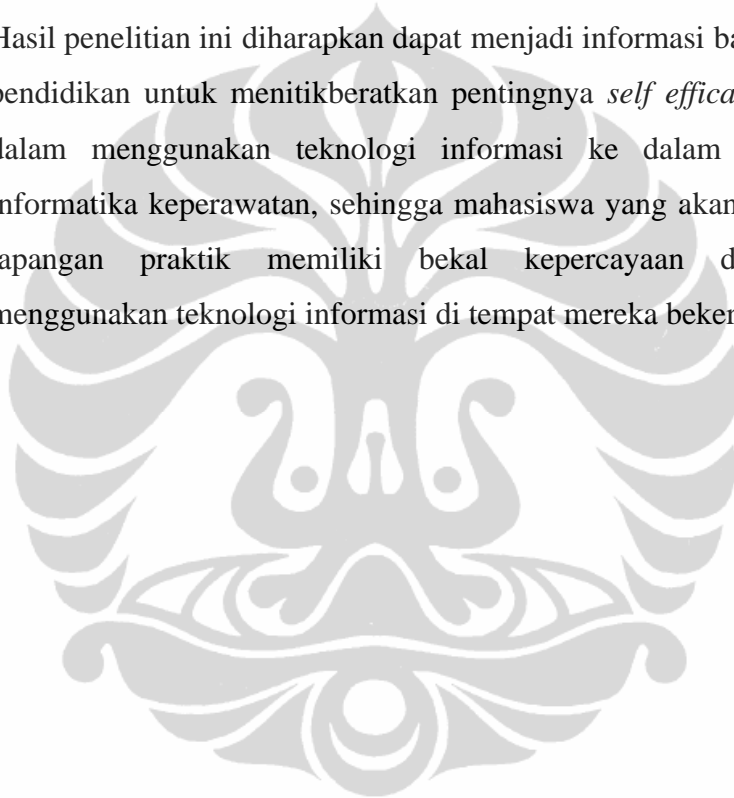
Para manajer di RSIA Bunda Jakarta secara nyata diharapkan dapat lebih memotivasi dan mendukung perawat dalam menggunakan SIMKEP yang dapat dilakukan dengan memberi *reward*, seperti pemberian penghargaan kepada perawat dan lantai yang mampu melakukan pendokumentasian keperawatan menggunakan SIMKEP dengan benar dan menyediakan pelatihan-pelatihan tentang SIMKEP sesuai kebutuhan perawat. Kemudian kepada manajer diharapkan juga dapat mengatasi gangguan jaringan yang menjadi kendala utama dalam penggunaan SIMKEP serta menyediakan fasilitas *i pad* untuk ruangan-ruangan yang membutuhkannya.

6.2.3 Bagi Pelayanan Keperawatan lainnya

Rumah sakit lain dan puskesmas diharapkan dapat melakukan *benchmarking* kepada RSIA Bunda Jakarta yang telah menggunakan SIMKEP dengan perawat yang memiliki *self efficacy*, sebagai masukan dan bahan pertimbangan dalam merencanakan dan melaksanakan program penggunaan sistem informasi keperawatan.

6.2.4 Bagi Pendidikan dan Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi bagi institusi pendidikan untuk menitikberatkan pentingnya *self efficacy* perawat dalam menggunakan teknologi informasi ke dalam kurikulum informatika keperawatan, sehingga mahasiswa yang akan bekerja di lapangan praktik memiliki bekal kepercayaan diri dalam menggunakan teknologi informasi di tempat mereka bekerja.



DAFTAR PUSTAKA

- Abdrbo, A. A. (2007). Factors affecting information systems use and its benefits and satisfaction among ohio registered nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 31 (1), 110-127.
- Adamson, I., & Shine, J. (2003). Extending the new technology acceptance model to measure the end user information systems satisfaction in a mandatory environment: a bank's treasury. *Technology Analysis and Strategic Management*, 15(4), 441-455.
- Ammenwerth, E., Mansmann, U., Iller, C., & Eichstadter, R. (2002). Factors affecting and affected by user acceptance of computer-based nursing documentation: Results of a two-year study. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 10(1), 69-84.
- Ammenwerth, E., Iller, C. & Mahler, C. (2006). [IT-adoption and the interaction of task, technology and individuals: a fit framework and a case study](#). *BiomedCentral Medical Informatics and Decision Making*, 6(1), 3-11.
- Asaro, P. V., & Boxerman, S. B. (2008). Effects of computerized provider order entry and nursing documentation on workflow. *Academy of Emergency Medicine*, 15 (10), 908–915.
- Barcy, W. R. (2006). Computer self efficacy and computer anxiety in a hospital social work and nursing case management department. *ProQuest Dissertations and Theses*. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/>
- Banet, G. A., Jeffe, D. B., Williams, J. A., & Asaro, P. V. (2006). Effects of implementing computerized practitioner order entry and nursing documentation on nursing workflow in an emergency department. *Journal of Healthcare Information Management*, 20 (2), 45-54.
- Bhattacharjee, A. & Harris, M. (2009). Individual adaptation of information technology. *Journal of Computer Information Systems*, 50 (1), 37-45.

- Booth, R. G. (2006). Educating the future eHealth professional nurse. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 3(1), 1-10.
- Bickford, C. J., Smith, K., Panniers, L., Newbold, S. K., Knecht, K. L., & Farish-Hunt, H. (2005). Evaluation of a nursing informatics training program shows significant changes in nurses' perception of their knowledge of information technology. *Health Care Informatics Journal*, 11(3), 225-23.
- Blais, K. K., Hayes, J. S., Kozier, B., & Erb, G. (2007). *Praktik keperawatan profesional: Konsep dan Perspektif*, edisi 4. Diterjemahkan oleh Yuyun Yuningsih. Jakarta: EGC
- Brown, J. T. I. (2002). Individual technological factors affecting perceived ease to use of web-based learning technology in developing country. *The Electroni Journal on Information System in Developing Country*, 9(5), 1-15.
- Buoanno, G., Faverio, P., Pigni, F., Ravarini, A., Sciuto, D. & Tagliavini, M. (2005). Factors affecting ERP system adoption: a comparative analysis between SMEs and large companies. *The Journal of Enterprise Information Management*, 18 (4), 384-426.
- Canada Health Infoway. (2009). *Making health information work better for Canadians*. Diperoleh dari <http://www.infoway-inforoute.ca/dokument/bp/Bussines Plan 2009 en.pdf>
- Compeau, D. & Higgins, C. (1995). Computer self efficacy: Development of a initial test. *Information System Researh*, 6(2), 118-143.
- Darbyshire, P. (2000). User friendliness of computerized information systems. *Computers in Nursing*, 18(2), 93-99.
- Darbyshire, P. (2004). Issues in clinical nursing rage against machine? : Nurses and midwives, experiences of using computerized patient information systems for clinical information. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 17-25.
- David, F. R. (2006). *Strategic management*. New Jersey: Prentice Hall

- Davis, F.D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *Management Information Systems Quarterly*, 13 (3), 319- 340.
- Dillon, T., Lending, D., Crews, T., & Blankenship, R. (2003). Nursing self-efficacy of an integrated clinical and administrative information system. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 21(4), 198-205.
- Feist, J. & Feist, J. G. (2008). *Theories of Personality*, edisi 6 (ed-6). Yogyakarta: Pustaka Pelajar. Diperoleh dari <http://books.google.co.id/books>
- Goddard, B.L. (2000). Termination of a contract to implement an enterprise electronic medical record system. *Journal of American Medical Informatics Association*, 7(6), 564-568.
- Gong, M., Xu, Y., & Yu, Y. (2004). An enhanced technology acceptance model for web-based learning. *Journal of Information Systems Education*, 15(4), 365-374.
- Hawking, P., Stein, A., Foster, S. & Revisiting, E.R.P. (2004). *Revisiting ERP Systems: Benefit Realization*. Proceedings of the 37th Hawaii International Conference on System Sciences, Big Island, HI.
- Hebda, T., Czar, P., & Mascara, C. (2005). *Handbook of informatics for nurses and healthcare professionals* (3rd ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall
- Healthcare Information Management System Society*. (2007). *Electronic Health Record*. Diperoleh dari http://www.himss.org/ASP/topics_ehr.asp
- Hirt, S.G. & Swanson, E.B. (2001). The maintenance implications of the customization of ERP software. *Journal of Software and Evolution: Research and Practice*, 13, 415-419.
- Huang, S., Chang, I., Li, S. & Lin, M. (2004). Assessing risk in ERP projects: identify and prioritize the factors. *Industrial Management & Data Systems*, 104 (8), 681-8.

- Huber, D. L. (2010). *Leadership and nursing care management*. 4th ed. Philadelphia: W.B Saunders Company
- Hughes, R.A. (2003). Clinical practice in a computer world: considering the issues. *Journal of Advanced Nursing*, 42(4), 340-346.
- Ivancevich, J. M. (2005). *Organizational behavior and management*. Boston: McGraw-Hill
- Judge, T., Jackson, C., Shaw, J., Scott, B., & Rich, B. (2007). Self-Efficacy and Work-Related Performance: The Integral Role of Individual Differences. *Journal of Applied Psychology*, 92(1), 107–127.
- Kelley, T. F., Brandon, D. H., Docherty, S. L. (2011). Electronic Nursing Documentation as a Strategy to Improve Quality of Patient Care. [*Journal of Nursing Scholarship*](#), 43(2), 154-162.
- King, S. F. & Burgess, T. H. (2006). Beyond critical success factors: a dynamic model of enterprise system innovation. *International Journal of Information Management*, 26 (1), 59-69.
- Kirkley, D. (2003). Nurse and clinical technology: sources of resistance and strategies for acceptance. *Nurs. Econ*, 22(4), 216-223.
- Kossman, S. P., & Scheidenhelm, S. L. (2008). Nurse perceptions of the impact of electronic health records on work and patient outcomes. *Computers, Informatics, Nursing*, 26(2), 69-67.
- Koufaris, M. (2002). Applying the Technology Acceptance Model and Flow Theory to Online Consumer Behavior. *Information Systems Research*, 13 (2), 205-223.
- Kumorotomo & Margono. (2009). *Sistem Informasi Manajemen dalam Organisasi-organisasi Publik*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press
- Lee, T., Yeh, C. & Ho, L. (2002). Application of a computerized nursing care plan system in one hospital: experiences of ICU nurses in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 39(1), 61-67.

- Lee, T., Lin, K & Chang, P. (2005). Factors affecting the use of nursing information systems in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 50(2), 170-178.
- Lee, T. (2006). Nursing administrators' experiences in managing PDA use for inpatient units. *Computers, Informatics, Nursing*, 24(5), 280-287.
- Lee, T. T. (2007). Nurse's adoption of technology: Application of Rogers innovation-diffusion model. *Applied Nursing Research*, 17(4), 231-238.
- Lending, D. & Dillon, T. (2007). The Effects of Confidentiality on Nursing Self-Efficacy with Information Systems. *International Journal of Healthcare Information Systems and Informatics*, 2 (3), 49-64.
- Lenz, E. R. & Baggett, L. M.S. (2002). *Self Efficacy in Nursing: Research and Measurement Perspectives*. NY: Springer Publishing Company. Diperoleh dari <http://books.google.co.id/books>
- Light, B. (2005). Going beyond misfit as a reason for ERP package customization. *Computers in Industry*, 56 (6), 606-19.
- [Likourezos A.](#), [Chalfin D.B.](#), [Murphy D.G.](#), [Sommer B.](#), [Darcy, K.](#), & [Davidson, S. J.](#) (2004). Physician and nurse satisfaction with an Electronic Medical Record system. *J Emerg Med.*27(4), 419-24.
- Lin, J., Lin, K., Jiang, W., & Lee, T. (2007). An exploration of nursing informatics competency and satisfaction related to network education. *Journal of Nursing Research*, 15(1), 54-65.
- Liong, A. S. (2008). *Description of nurses experiences with electronic health records (EHR): A phenomenology study*. The University of Texas Medical Branch Graduate School of Biomedical Sciences. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/304356562?accounted=17242>
- Littlejohn, A. (2003). Re-Using online resources: a sustainable approach to e-learning. Chapter 1: Seven issues in the reuse and sharing of Online Resources. *Journal of Interactive Media in Education (JIME)*.

- Lopez, K. A. & Willis, D. G. (2004). Descriptive versus interpretative phenomenology: Their contributions to nursing knowledge. *Qualitative Health Research*, 14 (15), 736-735.
- Luo, W. & Strong, D.M. (2004). A framework for evaluating ERP implementation choices. *IEEE Transactions on Engineering Management*, 51 (3), 322-33.
- Mahler, C., Ammenwerth, E., Wagner, A., Tautz, A., Happek, T., Hoppe, B., & Eichstadter, R. (2007). Effect of a computer-based nursing documentation system on the quality of documentation. *J Med Syst*, 31 (4), 274-282.
- Malato, L. A., & Kim, S. (2004). End-user perceptions of a computerized medication system: Is there resistance to change? *Journal of Health and Human Services Administration*, 27(2), 34-55.
- Malliarou, M. & Damogou, D. (2007). Information systems in nursing practice. *Science Technology Policy*, 18(108), 37-41.
- Malliarou, M. & Zyga, S. (2009). Advantages of information systems in health services. *SMIJ*. 5 (2).
- Mangkunegara, A. A. P. (2010). *Manajemen sumber daya manusia*. edisi 7 (ed-7). Bandung: P.T Remaja Rosdakarya
- McCartney, P. R. (2006). Using technology to promote perinatal patient safety. *JOGNN Clinical Issues*, 35, 424-431.
- McGhee . S. M. (2003). The evaluation of a nursing information system. *Health Services Committee*, 2004, 1-8.
- McGrath, M. (2008). The challenges of caring in a technological environment: Critical care nurses' experiences. *Journal of Clinical Nursing*. 17(5), 1096-1104.
- McLeod, R. & Schell. (2008). *Sistem Informasi Manajemen: Studi Sistem Informasi Berbasis Komputer*. Jakarta: Prehallindo.

- Menachemi, N., Saunders, C., Chukmaitov, A., Mathews, M. C., & Brooks, R. (2007). Hospital adoption of information technologies and improved patient safety: A study of 98 hospitals in Florida. *Journal of Healthcare Management*, 52 (6), 398-410.
- Meretoja, R., Eriksson, E., & Leino-Kiplih, H. (2002). Indicators for competent nursing. *J Nurs Manag.* 10 (2), 95-102.
- Miranda, D., Fields, W. & Lund, K. (2001). Lessons learned during 15 years of clinical information system experience. *Computers in Nursing*, 19(4), 147-151.
- Moller, C. (2005). ERP II: a conceptual framework for next-generation enterprise systems. *The Journal of Enterprise Information Management*, 18 (4), 483-97.
- Moody, L. E., Slocumb, E., Berg, B., & Jackson, D. (2004). Electronic health records documentation in nursing. *Computers, Informatics, Nursing*, 22(6), 337-344.
- Morrison, L., Andreou, P., Joseph, J., & Little, P. (2010). Understanding reactions to an internet-delivered health-care intervention: accommodating user preferences for information provision. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 10 (52).
- Munter, P. G. (2007). Computer self-efficacy of perioperative nurses. *AORN Journal*, 85(6), 1155-1164.
- Myler, E. & Broadbent, G. (2006). ISO 17799 : Standard for security. *Information Management Journal*, 40 (6), 43-52.
- Nah, F., Tan, X., & Teh, S. (2004). An empirical investigation on end-users' acceptance of enterprise systems. *Information Resources Management Journal*, 17(3), 32-53.
- Neuman, W. L. (2006). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches* (6th ed.). Boston: Pearson Education
- Otieno, O. G., Toyama, H., Asonuma, M., Kanai-Pak, M., & Naioth, K. (2007). Nurses' views on the use, quality, and user satisfaction with

- electronic medical records: Questionnaire development. *Journal of Advance Nursing*, 60 (2), 209-219.
- Owen, P. S., & Demb, A. (2004). Change dynamics and leadership in technology implementation. *Journal of Higher Education*, 75(6), 636-666.
- Pajares, F. (2002). *Overview of social cognitive theory and of self-efficacy*. Diperoleh dari <http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/eff.html>
- Pajares, F. & Urdan. (2006). *Self efficacy beliefs of adolescent*. USA: Information age publishing. Diperoleh dari <http://books.google.co.id/books>
- Pearson, A., & Pearson, R. (2007). Measuring information system usage: Replication and extensions. *The Journal of Computer Information Systems*, 47(2), 76-85.
- Peltier, T. (2005). Implementing an Information Security Awareness Program. *EDPACS*, 33 (1), 1-19.
- Peres et al. (2010). Conceptualization of an electronic system for documentation of nursing diagnosis, outcomes, and intervention. *MEDINFO 2010*, 160 (1), 279-283.
- Popernack, M. L. (2006). A critical change in a day in the life of intensive care nurses. *Critical Care Nurse Quarterly*. 21(26), 362-375.
- Potter & Perry. (2010). *Fundamental keperawatan*. Diterjemahkan oleh Ardina Ferderika. Jakarta: Salemba Medika
- Pollit, D. F. & Beck, C. T. (2004). *Nursing Reasearch: Principles and Methods* (7th Ed-). Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins
- Quigley, M. (2005). *Information Security & Ethics: social & organizational issues*. US: IRM Press. Diperoleh dari <http://books.google.co.id/books>
- Ragneskog, H. & Gerdnert, L. (2006). Competence in nursing informatic among nursing students and staff at a nursing institutes in Sweden.

Health Information and Libraries Journal, 23, 126-132.

- Rajagopal, P. (2002). An innovation diffusion view of implementation of ERP systems and development of a research model. *Information & Management*, 40 (2), 87-114.
- Rassin, M., Kanti, T., & Silner, D. (2005). Chronology of medication errors by nurses: Accumulation of stress and PTSD symptoms. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 873-886.
- Robbins, S. P. (2001). *Perilaku organisasi*. Diterjemahkan oleh Hadyana Pujaatmaka. Jakarta: Prehalindo.
- Robles, J. (2009). The effect of the electronic medical record on nurses' work. *Creative Nurse*, 15(1), 31-35.
- Ross, B. H. (2012). *The psychology of learning and motivation*. volume 57. Amsterdam. Academic Press.
- Saatcioglu, O. Y. (2009). What determines user satisfaction in ERP projects: benefits, barriers or risks?. *Journal of Enterprise Information Management*, 22 (6), 690-708.
- Sabarguna, B. (2005). *Sistem informasi manajemen rumah sakit*. DIY: Konsorsium Rumah Sakit Jateng
- Sarkis, J. & Gunasekaran, A. (2003). Enterprise resource planning modelling and analysis. *European Journal of Operational Research*, 146 (2), 229-32.
- Schepers, J., Wetzels, M., & de Ruyter, K. (2005). Leadership styles in technology acceptance: Do followers practice what leaders preach? *Managing Service Quality*, 15 (6), 496-508.
- Schraeder, M., Swamidass, P. M., & Morrison, R. (2006). Employee involvement attitudes and reactions to technology changes. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 12(3), 85-100.
- Scholz, U., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European*

Journal of Psychological Assessment, 18(3), 242-251.

Scott, J., Rundall, T., Vogt, T. & Hsu, J. (2005). Kaiser Permanente's experience of implementing an electronic medical record: a qualitative study. *British Medical Journal*, 331, 1313-1316.

Siegler EL, Adelman R. (2009). [Copy and paste: a remediable hazard of electronic health records](#). *Am J Med*, 122 (6), 495-6.

Simpson, R. L. (2007). Nursing informatics: The economics of education. *Nursing Management*, 38(6), 16-17.

Simpson, R. L. (2004). Where will we be in 2015? *Nursing Management*, 35(12), 28-44.

Smith, K., Smith, V., Krugman, M., & Oman, K. (2005). Evaluating the impact of computerized clinical documentation. *Computers, Informatic, Nursing*, 23(3), 132-138.

Somers, T. M. & Nelson, K. G. (2003). The impact of strategy and integration mechanisms on enterprise system value: empirical evidence from manufacturing firms. *European Journal of Operational Research*, 146 (2), 315-38.

Spathis, C. & Ananiadis, J. (2005). Assessing the benefits of using an enterprise system in accounting information and management. *The Journal of Enterprise Information Management*, 18 (2), 195-210.

Stone, R. W. & Henry, J. W. (2003). The roles of computer self-efficacy and outcome expectancy in influencing the computer end-users organizational commitment. *Journal of Organizational and End User Computing*, 15(1), 38-53.

Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2003). *Qualitative research in nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sugiyono. (2011). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta

Sunaryo. (2004). *Psikologi untuk keperawatan*. Jakarta: EGC

- Sukmadinata, N. S. (2005). *Metode penelitian pendidikan*. Bandung: Rosdakarya
- Swansburg, R. C. (1999). *Pengantar kepemimpinan dan manajemen keperawatan untuk perawat klinis*. Diterjemahkan oleh Suharyati Samba. Jakarta: EGC
- Timmons, S. (2003). Nurses resisting information technology. *Nursing Inquiry*, 10(4), 257-269.
- Tunnis, S. R., Carino, T. V., Williams, R. D., Bach, P. B. (2007). Federal initiatives to support rapid learning about new technologies. *Health Affairs*, 26(2), 140-149.
- Turner, M. D. (2007). Clinician readiness for transition to a fully integrated electronic health care delivery system. *Walden University*, 67 (12B).
- Verville, J., Bernadas, C. & Halington, A. (2005). So you're thinking of buying an ERP? Ten critical success factors for successful acquisitions. *The Journal of Enterprise Information Management*, 18 (6), 665-77.
- Widyantoro, W. (2005). *Hubungan penggunaan sistem informasi keperawatan dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan di Rumah Sakit Fatmawati Jakarta Selatan*. Tesis. Program Pascasarjana FIK UI
- Wood, G. L. & Haber, J. (2006). *Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice* (7th Ed). Missouri: Mosby Elsevier
- Yang, C. C., Ting, P. H. & Wei, C. C. (2006). A study of the factors impacting ERP system performance from the users perspectives. *The Journal of American Academy of Business*, 8 (2), 161-6.
- Yocum, R. T. (2002). Documenting for quality patient care. US National Library of Medicine National Institutes of Health. *Pubmed*, 32(8), 58-63.

Wood, R., & Bandura, A. (1989). Social cognitive theory of organizational management. *The Academy of Management Review*, 14 (3), 361-384.

Zhang, Z., Lee, M. K. O., Huang, P., Zhang, L. & Huang, X. (2005). A framework for ERP systems implementation success in China: an empirical study. *International Journal of Production Economics*, 98 (1), 56-80.

Zeigler, C. (2011). *Computerization in practice: The lived experience of experienced nurses*. Capella University). *ProQuest Dissertations and Theses*. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/908437918?accountid=17242>



PENJELASAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dewi Sartika
NPM : 1006750700
Alamat : Jl. Karya Bhakti No.54 RT 004/ RW 02
Kelurahan Pondok Cina Kecamatan Beji, Depok
Status : Mahasiswa Program Magister Keperawatan
Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen
Keperawatan
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Bermaksud untuk melakukan penelitian tentang “*Self efficacy* perawat dalam penggunaan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta”. Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Oleh karena itu, saya akan menjelaskan beberapa hal terkait dengan penelitian saya, yaitu sebagai berikut:

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran pengalaman *self efficacy* perawat dalam penggunaan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta.
2. Manfaat penelitian ini secara garis besar adalah untuk memberikan masukan kepada perawat dan pihak rumah sakit terkait penggunaan SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta.
3. Partisipan dalam penelitian ini adalah perawat pengguna SIMKEP di RSIA Bunda Jakarta.
4. Pengambilan data dalam penelitian ini adalah dengan wawancara secara mendalam beberapa kali dengan partisipan selama 30-45 menit untuk setiap partisipan atau sesuai kesepakatan.
5. Waktu dan tempat wawancara disesuaikan dengan keinginan partisipan.
6. Selama wawancara berlangsung, peneliti akan menggunakan alat bantu berupa *voice recorder* dan apabila partisipan setuju akan dilakukan perekaman video wawancara dengan kamera *handy camcorder*.
7. Proses wawancara akan dihentikan jika partisipan mengalami kelelahan atau ketidaknyamanan, dan akan dilanjutkan lagi jika kondisi partisipan siap dilakukan wawancara pada waktu berikutnya.
8. Partisipan dalam penelitian ini bersifat sukarela dan mempunyai hak untuk sewaktu-waktu mundur sebagai partisipan.
9. Penelitian ini tidak akan berdampak negatif pada partisipan.

(lanjutan)

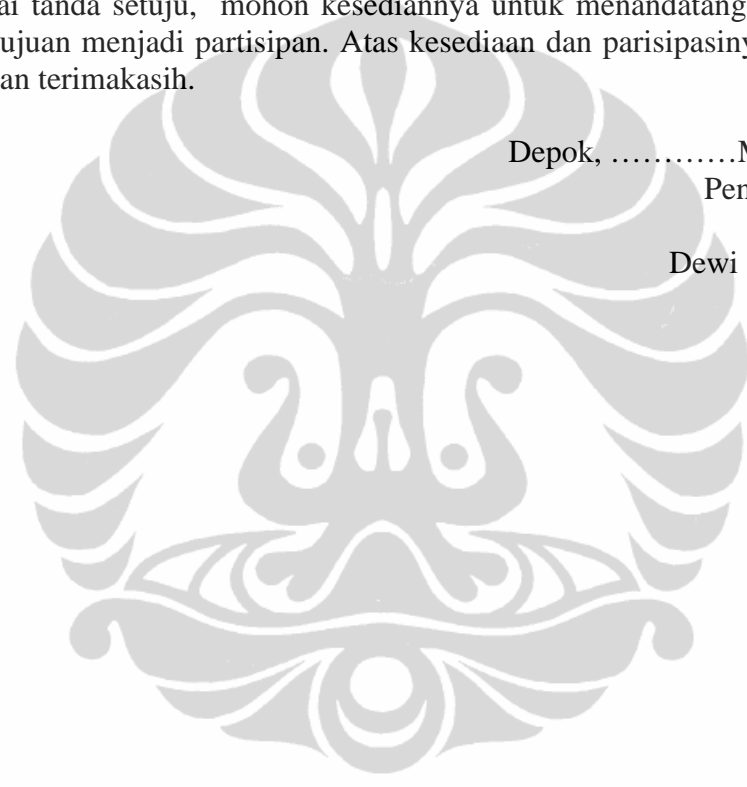
10. Semua catatan dan data yang berhubungan dengan penelitian ini akan disimpan dan dijaga kerahasiaannya. Pelaporan hasil penelitian tidak akan menggunakan nama partisipan, tetapi akan menggunakan kode.
11. Setelah wawancara selesai dilakukan, peneliti akan memberikan transkrip hasil wawancara kepada partisipan untuk dibaca dan melakukan klarifikasi terhadap hasil temuan peneliti.

Demikianlah penjelasan penelitian ini saya buat. Saya sangat mengharapkan partisipasi saudara perawat dalam penelitian ini dan sebagai tanda setuju, mohon kesediannya untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi partisipan. Atas kesediaan dan partisipasinya, peneliti ucapkan terimakasih.

Depok,Maret 2012

Peneliti,

Dewi Sartika



PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama (Inisial) :
Usia :
Pekerjaan :
Alamat :

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa setelah membaca dan memahami penjelasan penelitian dari peneliti, maka dengan ini saya secara sukarela bersedia menjadi partisipan dalam penelitian ini.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan dengan penuh kesadaran serta tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Jakarta,

Maret 2012

Yang

Menyatakan,

(.....)

PANDUAN WAWANCARA

A. Karakteristik Partisipan

1. Inisial perawat :
2. Jenis kelamin :
3. Usia :
4. Status perkawinan :
5. Pendidikan :
6. Lama bekerja :
7. Lama menggunakan SIMKEP :

B. Daftar Pertanyaan

1. Coba ceritakan seperti apa perasaan Anda dalam menggunakan SIMKEP?
2. Bagaimana kepercayaan diri Anda dalam menggunakan SIMKEP?
3. Bagaimana Anda menilai kemampuan Anda dalam menggunakan SIMKEP?
4. Jelaskan apa saja upaya yang Anda lakukan dalam mempelajari dan menggunakan SIMKEP?
5. Jelaskan apa saja hambatan yang ditemui dalam menggunakan SIMKEP?
6. Bagaimana perasaan Anda dalam menghadapi hambatan dalam menggunakan SIMKEP?
7. Jelaskan apa saja yang Anda lakukan ketika menghadapi hambatan dalam menggunakan SIMKEP?
8. Jelaskan bagaimana Anda beradaptasi terhadap penerapan SIMKEP?
9. Jelaskan apa saja faktor-faktor yang mempengaruhi kepercayaan/keyakinan dan kemampuan diri Anda dalam menggunakan SIMKEP?
10. Harapan-harapan apa yang Anda inginkan untuk meningkatkan kepercayaan dan kemampuan diri Anda dalam menggunakan SIMKEP?

CATATAN LAPANGAN

Nama partisipan (inisial)	:
Kode partisipan	:
Tempat dan waktu wawancara	:
Lama wawancara	:
Posisi partisipan	:
Situasi wawancara	:
Catatan kejadian	
Gambaran partisipan saat akan wawancara:	
Gambaran partisipan selama wawancara:	
Gambaran suasana tempat selama wawancara:	
Respon partisipan saat terminasi:	



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

Nomor : 1819 /H2.F12.D/PDP.04.00/2012
Lampiran :
Perihal : Permohonan Ijin Uji Instrument Penelitian dan Ijin Penelitian

18 April 2012

Yth. Direktur Utama
RSIA Bunda
Teuku Cik Ditiro No 28 Menteng
Jakarta Pusat

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dengan Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan atas nama:


Sdr. Dewi Sartika
NPM 1006750700

akan mengadakan penelitian dengan judul: **“Self Efficacy Perawat dalam Penggunaan Sistem Informasi Keperawatan di RSIA Bunda Jakarta: Studi Fenomenologi”**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan uji instrument penelitian dan penelitian di RSIA Bunda Jakarta.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Dekan,


Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Direktur Pelayanan Keperawatan RSIA Bunda Jakarta
3. Kabag Pendidikan dan Pelatihan (Diklat) RSIA Bunda Jakarta
4. Kabid Keperawatan RSIA Bunda Jakarta
5. Manajer Pendidikan dan Riset FIK-UI
6. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
7. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
8. Pertiinggal



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Self Efficacy Perawat dalam Penggunaan Sistem Informasi Keperawatan di RSIA Bunda Jakarta: Studi Fenomenologi

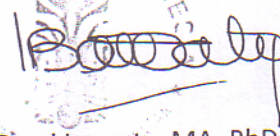
Nama peneliti utama : **Dewi Sartika**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 28 Maret 2012

Ketua,

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001


Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001

RENCANA JADUAL PENELITIAN
SELF EFFICACY PERAWAT DALAM MENGGUNAKAN SISTEM INFORMASI KEPERAWATAN
DI RSIA BUNDA JAKARTA: STUDI FENOMENOLOGI

No	Kegiatan	Jan-Feb				Maret				April				Mei				Juni				Juli	
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
1	Penyusunan proposal																						
2	Seminar proposal																						
3	Perbaikan proposal																						
4	Uji coba wawancara																						
5	Pengumpulan data																						
6	Pengolahan data																						
7	Penyusunan dan konsultasi hasil penelitian																						
8	Seminar hasil penelitian																						
9	Perbaikan laporan hasil penelitian																						
10	Ujian Tesis																						
11	Penyerahan Tesis																						

DAFTAR RIWAYAT HIDUP
(*Curriculum Vitae*)

A. BIODATA UMUM

1. Nama : Ns. Dewi Sartika, S.Kep
2. Tempat / Tgl Lahir : Tapus / 27 Oktober 1984
3. Jenis kelamin : Perempuan
4. Agama : Islam
5. Status : Belum Menikah
6. Pekerjaan : Mahasiswa Pasca Sarjana
Program Magister Keperawatan
7. Alamat : Pasar Inpres Tapus No.22, Kec. Padang
Gelugur, Kab. Pasaman Lubuk Sikaping,
Propinsi Sumatera Barat 26355
8. Telp /HP : 085263188044

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. TK : TK Muhammadiyah Tapus, Pasaman
2. SD : SD N 43 Sentosa Pdg. Gelugur, Pasaman Tamat tahun : 1996
3. SMP : SLTP N 2 Rao, Pasaman Tamat tahun : 1999
4. SMU : SMU N 1 Lubuk Sikaping, Pasaman Tamat tahun : 2002
5. S 1 : PSIK FK – UNAND Tamat tahun : 2006
6. Ners : PSIK FK – UNAND Tamat tahun : 2008

C. RIWAYAT PEKERJAAN

Staf akademik Dasar Keperawatan Keperawatan Dasar Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas (Tahun 2008-2010)

D. DATA PUBLIKASI KARYA ILMIAH

1. Faktor - faktor yang berhubungan dengan tindakan perawat dalam mengurangi ansietas preoperatif mayor terencana di IRNA B Bedah Wanita dan Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang.
2. Gambaran kewaspadaan universal di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2008. Ners Vol 4 No 1 Juni 2008
3. Hubungan Perilaku Caring dengan Kecerdasan Spiritual perawat RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2009. Ners Vol 5 No 2 Desember 2009

Demikianlah daftar riwayat hidup ini dibuat dengan sesungguhnya.

Depok, Juli 2012

Ns. Dewi Sartika, S.Kep