



WAWANCARA KOGNITIF UNTUK ADAPTASI INSTRUMEN *COPENHAGEN BURNOUT INVENTORY* PADA TENAGA KESEHATAN INDONESIA

Haryudha¹ Dien Anshari²

¹ Program Studi Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

² Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

Corresponding Author: Haryudha, Program Studi Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

E-Mail: haryudha@gmail.com

Received July 26, 2021; **Accepted** July 29, 2021; **Online Published** October 04, 2021

Abstrak

Burnout (lelah fisik dan mental) pada tenaga kesehatan dapat berdampak buruk tidak hanya pada kesehatan diri sendiri, tapi juga pada pelayanan ke pasien. CBI (*Copenhagen Burnout Inventory*) adalah salah satu instrumen pengukuran *burnout* yang telah banyak dirujuk dalam studi terdahulu dan diadaptasi ke berbagai bahasa. Studi ini bertujuan untuk mengadaptasi instrumen CBI agar dapat digunakan untuk mengukur *burnout* pada tenaga kesehatan di Indonesia. Adaptasi diawali dengan melakukan translasi dan translasi ulang (*back translate*) oleh penerjemah resmi. Kemudian, instrumen hasil translasi diujicobakan dengan menggunakan teknik wawancara kognitif yang dilakukan pada 10 partisipan yang berasal dari latar belakang profesi bidang kesehatan yang berbeda. Wawancara kognitif dilakukan secara daring dengan metode *verbal probing* dan *thinking aloud* untuk menggali pemahaman partisipan akan setiap butir dalam instrumen CBI, termasuk di dalamnya pilihan kata, struktur kalimat, dan pilihan jawaban. Terdapat sembilan butir pertanyaan yang direvisi dan disesuaikan pilihan katanya agar kalimat lebih mudah dimengerti. Selain itu, ada tiga butir yang struktur kalimatnya diperbaiki. Tidak ada butir yang perlu dihapus, sehingga instrumen CBI yang telah diadaptasi ini bisa digunakan untuk mengukur tingkat *burnout* pada tenaga kesehatan di Indonesia.

Keywords: *Burnout; Wawancara kognitif; Copenhagen Burnout Inventory; tenaga kesehatan*

PENDAHULUAN

Burnout, atau kelelahan secara fisik dan mental, pada dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya telah mempengaruhi masalah kesehatan global dan menjadi fokus diskusi akhir-akhir ini^{1,2}. *Burnout* sering terjadi pada kalangan profesional yang bidang kerjanya berhadapan dengan tuntutan dan interaksi yang intens serta terus menerus dengan orang-orang yang memiliki kebutuhan fisik dan emosional³.

Dalam hal kesehatan individu, *burnout* pada tenaga kesehatan dapat berhubungan dengan gangguan fisik maupun mental, pelayanan diri yang buruk, hingga

penyalahgunaan obat-obatan⁴⁻⁸. Dalam hal pelayanan pasien, *burnout* pada tenaga kesehatan berhubungan dengan kesalahan medis, menurunnya kualitas pelayanan, dan menurunnya kepuasan pasien^{4-6,9-12}. *Burnout* juga dapat berujung pada penurunan produktivitas dan kinerja tenaga kesehatan, tingginya pergantian pegawai, hingga tingginya angka ketidakhadiran^{5,8,13-16}; semua hal tersebut dapat berujung pada kerugian finansial pada sistem pelayanan kesehatan.

Pengukuran mengenai *burnout* pertama kali dilakukan oleh Freudenberg pada pekerja yang memberikan pelayanan pada masyarakat dengan

menggunakan *Freudenberger Burnout Inventory*¹⁷. Setelah itu, instrumen *Burnout Index*¹⁸ dan *Maslach Burnout Inventory*¹⁹ berkembang dengan konsistensi yang baik dan menjadi rujukan penilaian *burnout* selama puluhan tahun. Beberapa kekurangan dari MBI adalah adanya kesulitan penggunaannya pada budaya selain Amerika^{20,21}, unsur pertanyaan yang dibangun tidak memiliki arah yang konsisten²², isu instrumen komersil (setiap peneliti harus membayar izin hak cipta sebelum dapat menggunakan), hingga isu yang diangkat hanya fokus pada aspek emosional tanpa mempertimbangkan aspek fisik dan mental²³.

Copenhagen Burnout Inventory (CBI) menyederhanakan konsep dari *burnout* menjadi tingkatan emosional dan kelelahan fisik, sebuah konsep yang berlawanan dengan MBI yang telah umum digunakan selama ini. Komponen utama dalam CBI menggali *burnout* “pribadi” yang dapat diartikan baik sebagai faktor yang berhubungan dengan kerja maupun secara spesifik bekerja dengan klien, atau dalam konteks penelitian ini adalah pasien^{21,24}. Kuesioner CBI terdiri dari 19 pertanyaan dengan 5 pilihan jawaban skala Likert pada masing-masing pertanyaan. CBI terdiri dari tiga bagian *burnout* yang berkaitan dengan pribadi, pekerjaan, dan pasien. Nilai sama atau lebih dari 50 pada rata-rata dari ketiga bagian tersebut dikategorikan memiliki tingkat *burnout* yang tinggi²¹. Secara umum CBI telah dirujuk lebih dari 2000 sitasi dan telah banyak diadopsi di berbagai negara dengan hasil validitas dan reliabilitas yang baik, seperti di Korea²⁵, China²⁶, Selandia Baru²⁷, Iran²⁸, India²⁹, Yunani³⁰, hingga Brazil³¹. Terlebih CBI memiliki stabilitas yang baik setelah diterapkan pada beragam profesi pekerjaan berbeda.

Di Indonesia, sejauh ini belum ditemukan publikasi studi yang mengadaptasi maupun menggunakan instrumen CBI untuk tenaga kesehatan. Mengingat pentingnya mengetahui dan menilai kondisi *burnout* pada tenaga kesehatan terlebih di masa pandemik

COVID-19, adaptasi instrumen pengukuran *burnout* perlu dilakukan untuk memastikan bahwa setiap butir dalam instrumen tersebut dapat dipahami dan diinterpretasikan secara tepat oleh responden³² dan tidak memberikan hasil yang keliru³³. Salah satu metode yang terbukti mampu meningkatkan kualitas instrumen dengan memfokuskan pada peningkatan validitas dan reliabilitas pengukuran, serta memperkecil bias dan kesalahan pengukuran adalah metode wawancara kognitif³⁴.

Wawancara kognitif memungkinkan peneliti untuk menganalisa lebih dalam mengenai pemahaman responden terhadap butir, pertanyaan, atau pernyataan dalam survei yang mereka jawab³⁵. Metode ini efektif dalam meninjau ulang pertanyaan-pertanyaan yang ada dalam kuesioner. Wawancara kognitif dapat menjadi metode yang berguna untuk meningkatkan validitas dan reliabilitas penelitian dalam bidang kesehatan. Sehingga wawancara kognitif dapat digunakan sebagai bentuk uji pendahuluan dan adaptasi secara budaya untuk menilai apakah tiap butir dalam kuesioner dimengerti dengan baik oleh responden.

METODE PENELITIAN

Penelitian dengan pendekatan kualitatif ini menggunakan metode wawancara kognitif untuk menelaah reliabilitas dan validitas dari instrumen CBI yang telah diterjemahkan ke Bahasa Indonesia. Sebelum melakukan wawancara kognitif, instrumen asli CBI yang menggunakan Bahasa Inggris telah melalui proses translasi dua arah oleh penerjemah tersumpah. Instrumen asli diterjemahkan ke Bahasa Indonesia, kemudian diterjemahkan kembali ke Bahasa Inggris untuk melihat konsistensinya (*forward and back translation*). Metode wawancara kognitif dipilih dengan tujuan untuk mengidentifikasi sumber kesalahan respon dalam aplikasi instrumen dengan berfokus pada proses kognitif yang responden gunakan ketika menjawab pertanyaan.

Wawancara kognitif dilakukan kepada 10 orang tenaga kesehatan Puskesmas dengan beragam latar belakang profesi (dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga promosi kesehatan, tenaga farmasi, dan gizi) yang direkrut secara sengaja (*purposive*). Adapun response rate dari penelitian ini adalah 91% (10 dari 11 responden yang peneliti hubungi bersedia menjadi informan penelitian). Sebelum wawancara dilakukan, peneliti terlebih dahulu memberikan informasi umum mengenai penelitian dan mendapatkan persetujuan dari partisipan. Pengambilan data dilakukan selama bulan Juni 2021 dan penelitian ini telah disetujui oleh Komisi Etik Riset dan Pengabdian Kesehatan Masyarakat FKM UI Nomor: Ket-232/UN2.F10.D11/PPM.00.02/2021.

Prosedur Pengumpulan Data

Wawancara. Wawancara dilakukan secara daring (*online*) melalui aplikasi zoom pada waktu yang disepakati antara peneliti dan partisipan. Aplikasi zoom digunakan untuk memudahkan proses perekaman dan merupakan salah satu aplikasi yang umum digunakan di Indonesia pada masa pandemik COVID-19. Pada awal wawancara, peneliti membacakan setiap instruksi dalam wawancara. Kemudian informan diberikan penjelasan bahwa proses wawancara kognitif tidak untuk menilai jawaban yang benar atau salah, melainkan untuk memahami proses berpikir informan serta menggali masukan dan komentar pada setiap butir pertanyaan dalam kuesioner.

Metode probing. Penelitian ini mengkombinasikan metode *verbal probing* dan *thinking aloud*. *Verbal probing* merupakan cara mengumpulkan data dengan pewawancara memberikan pertanyaan pemicu yang secara spesifik dirancang untuk mendapatkan informasi detail di luar dari respon pada umumnya³⁶. Peneliti memandu interaksi lebih proaktif dengan menanyakan beberapa pertanyaan tambahan mengenai latar belakang respon yang diberikan setiap informan. Informan diberikan skala pilihan jawaban dan menanyakan alasan mereka terhadap setiap jawaban dari pertanyaan yang

disampaikan peneliti. Selanjutnya, peneliti menggali setiap jawaban yang mereka sampaikan. Pertanyaan *probing* disesuaikan dengan jawaban balasan dari informan. Sebagai contoh, “Tolong jelaskan kepada saya lebih lanjut mengapa Anda memberikan jawaban A dari pertanyaan ini”. Selanjutnya peneliti menanyakan mengenai kata sulit dalam setiap butir pertanyaan. Sebagai contoh, “Apa arti kata “frustasi” dalam pertanyaan tersebut bagi Anda?”. Dalam setiap butir pertanyaannya, informan didorong untuk menyampaikan masukan atau pandangan terkait pertanyaan tersebut. Peneliti menampilkan satu per satu pertanyaan pada layar untuk memastikan informan fokus pada setiap pertanyaan.

Metode *thinking aloud* merupakan cara memberikan informasi dengan mengungkapkan secara aktif hal yang dipikirkan melalui verbal ketika menjawab pertanyaan kuesioner. Metode ini juga digunakan pada proses kognitif untuk menggali pemahaman informan. Sebelum memulai metode ini, dilakukan tahapan *pre-interview* agar informan merasa nyaman dan terbiasa dalam mengungkapkan semua hal yang terlihat pada layar. Adapun pada *pre-interview*, informan diminta untuk mengungkapkan apapun yang dipikirkannya mengenai gambar yang terlihat di layar. Proses ini dilakukan hingga informan merasa sudah mendeskripsikan dan mengungkapkan semua yang dipikirkannya.

Analisa Data

Setelah wawancara dilaksanakan, butir demi butir ulasan mengenai kuesioner tersebut digali masalahnya. Setiap butir berhubungan dengan pemahaman informan sebagai tenaga kesehatan terhadap *burnout* di lingkungan kerja, persepsi terhadap beragam faktor yang dapat berujung pada *burnout* di lingkungan kerja sebagai tenaga kesehatan, serta bagaimana identitas informan sebagai tenaga kesehatan mempengaruhi pelayanan kepada masyarakat (pasien). Pada tipe masalah, peneliti menggali 3 permasalahan utama

dalam mengevaluasi kuesioner³⁷. Adapun tiga permasalahan tersebut yaitu: 1) *comprehension of question* (pemahaman akan pertanyaan) yang berhubungan dengan pemahaman informan mengenai maksud dari pertanyaan itu sendiri; 2) *unclear reference* (ketidakjelasan referensi) yang berfokus pada kemampuan informan untuk menghubungkan pertanyaan dengan profesi yang dijalani sebagai tenaga kesehatan dan memberikan jawaban yang sesuai; serta 3) *wording/tone* (penggunaan struktur Bahasa dan pilihan kata) yang menggali mengenai sensitifitas informan terhadap struktur Bahasa dan pilihan kata yang digunakan dalam pertanyaan.

Setiap informan melakukan evaluasi terhadap setiap butir kuesioner dan alternatif respon yang diberikan. Seorang ahli yang berhubungan dengan persepsi penyakit, desain survei, dan metode psikometrik menentukan bahwa setiap butir kuesioner baru merupakan hal yang penting dalam mengukur persepsi mengenai kuesioner. *Face value* digunakan untuk melakukan evaluasi terhadap setiap butir pertanyaan baru dalam kuesioner. Jika butir pertanyaan tidak merepresentasikan persepsi dari ahli, maka akan memasukkannya dalam evaluasi.

Analisa tematik digunakan untuk mengamati wawancara dengan mengkombinasikan catatan pada setiap butir pertanyaan, menggali dan menggabungkan pendapat umum antar informan, dan mengidentifikasi temuan kunci yang dapat mengindikasikan perbedaan antara interpretasi yang diharapkan dan interpretasi dari responden. Analisa dilakukan hingga peneliti tidak dapat mengidentifikasi dimensi baru dalam data (*data saturation*).

HASIL PENELITIAN

Tabel 1. Karakteristik informan penelitian

Karakteristik	N
Usia (rata-rata)	±29 tahun
Jenis Kelamin	
Laki-laki	4
Perempuan	6

Profesi

Dokter umum	2
Dokter gigi	2
Perawat	1
Bidan	1
Ahli nutrisi	1
Tenaga promosi kesehatan	2
Tenaga farmasi	1

Penelitian ini melibatkan 10 tenaga kesehatan dengan latar belakang profesi berbeda dengan rata-rata usia partisipan 29 tahun dengan rentang usia 23-31 tahun (Tabel 1). Dari 19 pertanyaan yang ada dalam instrumen CBI, ada enam pertanyaan yang ditemukan bermasalah dari sisi pemahaman, pilihan kata, dan ketidakjelasan referensi. Namun, tidak ada pertanyaan yang dihilangkan. Permasalahan yang paling banyak ditemukan berhubungan dengan pilihan kata yang ditemukan pada tiga pertanyaan. Masalah pemahaman dan referensi yang kurang jelas ditemukan masing-masing pada satu pertanyaan. Terdapat penyesuaian pada frasa “bekerja dengan klien” yang diganti menjadi “melayani pasien”. Selain itu, pilihan kata “klien” juga dianggap kurang tepat sehingga perlu diganti dengan kata “pasien” agar sesuai dengan konteks tenaga kesehatan pada penelitian ini.

Tabel 2. Hasil analisis berdasarkan tipe masalah

Tipe Permasalahan	Temuan
Pemahaman (<i>Comprehension</i>)	• Perbedaan pemahaman pada kata “lelah” dan “kelelahan”
Pilihan kata dan struktur kalimat (<i>Wording/Tone</i>)	• Adanya padanan kata yang berbelit, kompleks, atau terlalu panjang • Terdapat kata yang sama antara pertanyaan dengan pilihan jawaban • Pilihan kata/frasa tidak sesuai dengan karakteristik populasi target
Ketidakjelasan referensi (<i>Unclear reference</i>)	• Perbedaan referensi frasa “penghujung hari kerja” antar tenaga kesehatan Puskesmas

Tabel 3. Modifikasi butir pertanyaan kuesioner berdasarkan masukan informan

Butir	Butir dalam Bahasa Inggris	Butir terjemahannya	Perubahan yang dilakukan
1	<i>How often do you feel tired?</i>	Seberapa sering Anda merasa lelah?	Tidak ada
2	<i>How often are you physically exhausted?</i>	Seberapa sering Anda merasa lelah secara fisik?	Tidak ada
3	<i>How often are you emotionally exhausted ?</i>	Seberapa sering Anda merasa lelah secara emosional?	Tidak ada
4	<i>How often do you think: "I can't take it anymore"?</i>	Seberapa sering Anda berpikir: "Saya tidak tahan lagi"?	Tidak ada
5	<i>How often do you feel worn out?</i>	Seberapa sering Anda merasa kelelahan?	Seberapa sering Anda merasa sangat lelah?
6	<i>How often do you feel weak and susceptible to illness?</i>	Seberapa sering Anda merasa lemah dan mudah terserang penyakit?	Tidak ada
7	<i>Is your work emotionally exhausting?</i>	Apakah pekerjaan Anda melelahkan secara emosional?	Tidak ada
8	<i>Do you feel burn out because of your work?</i>	Apakah Anda merasa kelelahan karena pekerjaan Anda?	Tidak ada
9	<i>Does your work frustrate you?</i>	Apakah pekerjaan Anda membuat Anda frustrasi	Tidak ada
10	<i>Do you feel worn out at the end of the working day?</i>	Apakah Anda merasa kelelahan di penghujung hari kerja?	Apakah Anda merasa kelelahan pada akhir jam kerja?
11	<i>Are you exhausted in the morning at the thought of another day at work?</i>	Apakah memikirkan hari yang akan dilalui di tempat kerja membuat Anda kelelahan di pagi hari?	Apakah memikirkan pekerjaan di pagi hari membuat Anda lelah?
12	<i>Do you feel that every working hour is tiring for you?</i>	Apakah Anda merasa setiap jam kerja melelahkan bagi Anda?	Tidak ada
13	<i>Do you have enough energy for family and friends during leisure time?</i>	Apakah Anda punya cukup energi untuk keluarga dan teman selama waktu senggang?	Tidak ada
14	<i>Do you find it hard to work with clients?</i>	Apakah Anda merasa kesulitan bekerja dengan klien?	Apakah Anda merasa kesulitan melayani pasien?
15	<i>Do you find it frustrating to work with clients?</i>	Apakah Anda merasa frustrasi bekerja dengan klien?	Apakah Anda merasa frustrasi melayani pasien?
16	<i>Does it drain your energy to work with clients?</i>	Apakah bekerja dengan klien membuat energi Anda terkuras?	Apakah melayani pasien membuat energi Anda terkuras?
17	<i>Do you feel that you give more than you get back when you work with clients?</i>	Apakah Anda merasa bahwa Anda memberi lebih dari apa yang Anda dapatkan kembali ketika Anda bekerja dengan klien?	Apakah Anda merasa bahagia ketika pasien Anda puas?
18	<i>Are you tired of working with clients?</i>	Apakah Anda bosan bekerja dengan klien?	Apakah Anda bosan melayani pasien?
19	<i>Do you sometimes wonder how long you will be able to continue working with clients?</i>	Apakah Anda terkadang bertanya-tanya berapa lama Anda akan dapat terus bekerja dengan klien?	Apakah Anda pernah bertanya-tanya berapa lama Anda akan dapat terus bekerja dengan klien?

PEMBAHASAN

Terdapat beberapa keterbatasan dari penelitian ini seperti diperlukannya alokasi anggaran praktikal (waktu, fasilitas/peralatan untuk merekam, serta sumber

daya personil) yang lebih mumpuni maupun tidak teridentifikasinya masalah yang dapat diatasi dengan melakukan wawancara tambahan yang lebih banyak. Selain itu, pelaksanaan wawancara kognitif di masa pandemik COVID-19 memberikan berbagai tantangan

seperti janji temu yang berubah-ubah dengan informan. Hal ini dikarenakan informan penelitian adalah tenaga kesehatan Puskesmas yang merupakan garda terdepan penanganan pandemik COVID-19 sehingga peneliti menanti waktu yang lebih lowong dari informan untuk melakukan wawancara. Di samping itu kekurangan dari wawancara yang dilaksanakan secara daring (*online*) adalah diperlukannya stabilitas sinyal saat wawancara dilakukan serta sulitnya peneliti memahami ekspresi informan selama wawancara kognitif dilakukan.

Dalam mengadaptasi survei yang disesuaikan secara budaya dan digunakan oleh profesi tertentu (dalam penelitian ini adalah tenaga kesehatan), memfokuskan pada persepsi populasi target akan arti dari setiap pertanyaan sebelum mendistribusikan survei merupakan hal fundamental dalam merancang survei yang baik. Mendengarkan dan menggali pemikiran yang disampaikan oleh responden dapat memperkaya survei. Dari 19 pertanyaan dalam Inventori Kelelahan Kopenhagen yang telah dilakukan adaptasi, terdapat 9 pertanyaan yang direvisi dan disesuaikan dengan budaya dan Bahasa di Indonesia.

Pada aspek pemahaman atau *comprehension*, terdapat perbedaan pemahaman informan pada kata “kelelahan”. Menurut KBBI, lelah termasuk kata sifat. Sedangkan penambahan imbuhan konfiks ke-an dapat mengubahnya menjadi kata benda dan kata sifat. Terdapat beragam makna imbuhan ke-an, dalam hal ini kelelahan memiliki makna terlalu lelah. Secara tata Bahasa Inggris, terdapat tiga tingkatan “lelah” baik secara fisik maupun psikis yaitu *tired*, *exhausted*, lalu *burnout*. Namun dalam Bahasa Indonesia, perbedaan tingkatan cenderung digambarkan dengan penambahan imbuhan kata yang bersifat menekankan suatu kondisi seperti “lebih lelah”, “sangat lelah”, maupun “lelah sekali”. Kami menemukan bahwa faktor budaya dalam hal ini Bahasa terlihat mempengaruhi kemampuan individu dalam memaknai sebuah kata atau kalimat. Hal ini sesuai dengan Conrad dan Blair (1996) yang

mengungkapkan bahwa kata-kata yang familiar pada satu kelompok belum tentu cocok dan memiliki pengertian yang sama pada kelompok lain³⁸.

Permasalahan utama yang kami temukan dalam kuesioner ini terdapat pada aspek tata bahasa atau *wording*. Hal ini dikarenakan kuesioner yang diuji merupakan bentuk adaptasi dari instrumen luar negeri yang perlu dilakukan penyesuaian baik pemilihan kata maupun susunan dalam kalimat hingga lebih sesuai dan dapat diterima dengan budaya dan tata bahasa di Indonesia. Meskipun telah melalui proses translasi (*forward* dan *back translation*), pemilihan kata yang disesuaikan dengan budaya dan populasi target memiliki peranan yang penting dalam meningkatkan validitas dan reliabilitas kuesioner. Pemilihan kata yang jelas, tidak ambigu, dan memudahkan responden untuk menjawab pertanyaan merupakan hal mendasar yang perlu dikembangkan^{39,40}.

Pada aspek ketidakjelasan referensi atau *unclear reference*, kami menemukan terdapat satu butir pertanyaan yang dirasakan informan sulit untuk memahami dan menghubungkan dengan keadaan yang dimiliki oleh mereka. Sehingga perbaikan pada butir ini sangat diperlukan khususnya pada populasi target yang sama. Hal ini sejalan dengan temuan dari Hurst et al, 2015 ketika menemukan relevansi yang kecil antara butir pertanyaan dengan karakteristik populasi target. Alih-alih menghapus pertanyaan, mereka mencoba menyusun kembali padanan kata yang paling sesuai dengan karakter populasi target⁴¹. Hal ini dikenal dengan istilah *sociolinguistic competences*, yaitu penggunaan Bahasa yang sesuai konteks seperti norma budaya dan kata-kata atau frasa yang diharapkan⁴². Hal ini dapat sangat membantu partisipan penelitian dalam menginterpretasi dan merespon pertanyaan wawancara secara akurat.

Jika dibiarkan, beragam permasalahan tersebut dapat berujung pada hasil kuesioner yang kurang baik. Hal ini sejalan dengan temuan dari Drennan, 2003 yang

menyatakan bahwa permasalahan dalam kuesioner dapat membuat responden tidak mengikuti instruksi yang diberikan, menimbulkan *skip pattern* (responden melongkapi pertanyaan jika pertanyaan yang ada tidak sesuai), yang dapat berujung pada jawaban yang kurang tepat hingga terjadi kegagalan dalam menjawab pertanyaan⁴³.

Wawancara kognitif tidak dapat menunjukan secara langsung perubahan validitas dan reliabilitas dari butir pertanyaan yang sudah mengalami perubahan. Namun, dapat digunakan untuk menilai kerangka dan struktur pertanyaan sehingga cukup relevan untuk digunakan. Hal ini sesuai dengan sifat kualitatif yang dimiliki oleh metode ini sehingga metode ini tidak mampu memberikan gambaran layaknya pendekatan kuantitatif⁴⁴. Metode wawancara kognitif ini memudahkan penulis dalam memperbaiki butir pertanyaan pada kuesioner agar lebih mudah dimengerti. Hal ini tampak pada perubahan butir pertanyaan yang telah penulis lakukan (Tabel.3).

Meskipun CBI telah banyak digunakan pada populasi berbeda, namun belum ada proses wawancara kognitif yang dilakukan sebelum kuesioner tersebut disebarluaskan. Temuan kami menunjukkan bahwa dengan melakukan wawancara kognitif, pemahaman dari tenaga kesehatan terhadap pertanyaan kuesioner adaptasi dapat diperbaiki dan membuatnya lebih dapat dimengerti. Hal tersebut akan membuat kuesioner menjadi lebih reliabel dan valid dalam menggali tingkat kelelahan tenaga kesehatan di Indonesia. Hasil temuan ini sejalan dengan temuan dari penelitian sebelumnya^{36,37,45} yang menyatakan bahwa wawancara kognitif merupakan teknik yang efektif dalam memperbaiki survei kesehatan dan melakukan modifikasi sehingga relevan secara budaya pada populasi yang luas.

SIMPULAN

Wawancara kognitif dapat melengkapi hasil translasi instrumen sehingga lebih mudah dipahami oleh target populasi serta membantu proses adaptasi instrumen ke dalam konteks budaya dan bahasa yang sesuai dengan profesi dari target populasi. Penggunaan wawancara kognitif dipercaya dapat mempertahankan reliabilitas dan validitas dari instrumen CBI yang diadaptasi ini. Selanjutnya, kami merekomendasikan penggunaan instrumen CBI hasil adaptasi ini dalam studi kuantitatif untuk pengujian reliabilitas dan validitasnya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Imo U. Burnout and psychiatric morbidity among doctors in the UK: a systematic literature review of prevalence and associated factors. *BJPsych Bull.* 2017;41(4):197–204.
2. Woo T, Ho R, Tang A, Tam W. Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2020;123:9–20.
3. Carod-Artal FJ, Vázquez-Cabrera C. Burnout syndrome in an international setting. In: *Burnout for experts*. Boston, MA.: Springer; 2013. p. 15–35.
4. Seo H, Kim H, Hwang S, Hong S, Lee I. Predictors of job satisfaction and burnout among tuberculosis management nurses and physicians. *Epidemiol Health.* 2016;38(e2016008).
5. Suñer-Soler R, Grau-Martí'n A, Flichtentrei D, Prats M, Braga F, Font-Mayolas S. The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries. *Burn Res* [Internet]. 2014;1(2):82–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.07.%0A004>
6. West C, Dyrbye L, Shanafelt T. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med* [Internet].

- 2018;283(6):516–29. Available from: <https://doi.org/10.1111/joim.12752>
7. Dugani S, Afari H, Hirschhorn L, Ratcliffe H, Veillard J, Martin G. Prevalence and factors associated with burnout among frontline primary health care providers in low- and middle-income countries: A systematic review. *Gates open Res* [Internet]. 2018;2(4). Available from: <https://doi.org/10.12688/gatesopenres.12779.3>
8. Salvagioni D, Melanda F, Mesas A, Gonzalez A, Gabani F, Andrade S. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS One* [Internet]. 2017;12(10):e0185781. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>
9. Poghosyan L, Clarke SP, Finlayson M, Aiken LH. Nurse burnout and quality of care: cross-national investigation in six countries. *Res Nurs Health* [Internet]. 2010;33(4):288–98. Available from: <https://doi.org/10.1002/nur.20383>
10. Salyers M, Bonfils K, Luther L, Firmin R, White D, Adams E. The relationship between professional burnout and quality and safety in healthcare: A meta-analysis. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2017;32(4):475–82. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3886-9>
11. Dewa C, Loong D, Bonato S, Trojanowski L. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *BMJ Open*. 2017;7(6):e015141.
12. Hall L, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor D. Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: a systematic review. *PLoS One*. 2016;11(7):e0159015.
13. Shanafelt T, Bradley K, Wipf J, Back A. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* [Internet]. 2002;136(5):358–67. Available from: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008>
14. Shanafelt T, Balch C, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg* [Internet]. 2010;251(6):995–1000. Available from: <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181bfdb3>
15. West M, Guthrie J, Dawson J, Borrill C, Carter M. Reducing patient mortality in hospitals: the role of human resource management. *J Organ Behav* [Internet]. 2006;27(7):983–1002. Available from: <https://doi.org/10.1002/job.0A396>
16. Kim M, Mazenga A, Simon K, Yu X, Ahmed S, Nyasulu P. Burnout and self-reported suboptimal patient care amongst health care workers providing HIV care in Malawi. *PLoS One* [Internet]. 2018;13(2):e0192983. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192983>
17. Freudenberger H, Richelson G. Burn-out: The high cost of achievement. New York: Anchor Press; 1980.
18. Pines A, Aronson E, Kafry D. Burnout: From tedium to personal growth. New York: The Free Press; 1981.
19. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*. 1981;2(99):113.
20. Milfont T, Denny S, Ameratunga S, Robinson E, Merry S. Burnout and wellbeing: Testing the Copenhagen Burnout Inventory in New Zealand teachers. *Soc Indic Res*. 2008;89(1):169–77.
21. Kristensen T, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work Stress*. 2005;19(3):192–207.

22. Demerouti E, Bakker A, Vardakou I, Kantas A. The convergent validity of two burnout instruments – A multitrait-multimethod analysis. *Eur J Psychol Assess.* 2003;19(1):12–23.
23. Compos J, Carlotto M, Maroco J. Copenhagen burnout inventory-student version: adaptation and transcultural validation for Portugal and Brazil. 2013; Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722013000100010
24. Borritz M, Rugulies R, Bjorner J, Adam. Burnout among employees in human service work: design and baseline findings of the PUMA study. *Scand J Public Heal.* 2006;34:49–58.
25. Jeon G-S, You S-J, Kim M-G, Kim Y-M, Cho S-I. Psychometric properties of the Korean version of the Copenhagen Burnout Inventory in Korean homecare workers for older adults. *PLoS One [Internet].* 2019;14(8):e0221323. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221323>
26. Fong TCT, Ho RTH, Ng SM. Psychometric Properties of the Copenhagen Burnout Inventory—Chinese Version. *J Psychol.* 2014;148(3):255–66.
27. Chambers CNL, Frampton CMA, Barclay M, McKee M. Burnout prevalence in New Zealand’s public hospital senior medical workforce: a cross-sectional mixed methods study. *BMJ Open.* 2016;6:e013947.
28. Sharifi M, Asadi-Pooya AA, Mousavi-Roknabadi RS. Burnout among Healthcare Providers of COVID-19; a Systematic Review of Epidemiology and Recommendations. *Arch Acad Emergency Medicine.* 2021;9(1):e7.
29. Khasne RW, Dhakulkar BS, Mahajan HC, Kulkarni AP. Burnout among Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic in India: Results of a Questionnaire-based Survey. *Indian J Crit Care Med.* 2020;24(8):664–471.
30. Papaefstathiou E, Tsounis A, Malliarou M, Sarafis P. Translation and validation of the Copenhagen Burnout Inventory amongst Greek doctors. *Heal Psychol Res.* 2019;7(7678):15–20.
31. Rocha FLR, Carla de Jesus L, Marziale MHP, Henriques SH, Campos, Marôco J, et al. Burnout syndrome in university professors and academic staff members: psychometric properties of the Copenhagen Burnout Inventory–Brazilian version. *Psicol Reflexão e Crítica.* 2020;33(11):1–11.
32. Collins D. Pretesting survey instruments: an overview of cognitive methods. *Qual Life Res.* 2003;12:229–38.
33. Groves RM, Fowler FJJ, Couper MP, Lepkowski JM, Singer E, Tourangeau R. *Survey methodology* (2nd ed.). 2nd editio. New York: Wiley Publishing; 2009.
34. Mayer D. Measuring instructional practice: Can policymakers trust survey data? *Educ Eval Policy Anal.* 1999;21:29–45.
35. Tourangeau R, Rips LJ, Rasinski K. *The psychology of survey response.* Cambridge, England: Cambridge University Press; 2000.
36. Willis GB, Artino Jr. AR. What Do Our Respondents Think We’re Asking? Using Cognitive Interviewing to Improve Medical Education Surveys. *J Grad Med Educ.* 2013;353–6.
37. Shiyanbola OO, Bolt D, Tarfa A, Brown C, Ward E. A content validity and cognitive interview process to evaluate an Illness Perception Questionnaire for African Americans with type 2 diabetes. *BMC Res Notes.* 2019;12(308):1–6.
38. Conrad F, Blair J. From impressions to data:

- increasing the objectivity of cognitive interviews. In: Proceedings of the Survey Research Methods Section of the American Statistical Association. American Statistical Association, Alexandria, VA; 1996. p. 1–10.
39. Conrad F, Blair J, Tracy E. Verbal reports are data! A theoretical approach to cognitive interviews. In: Proceedings of the Federal Committee on Statistical Methodology Research Conference. Tuesday B Sessions, Arlington, VA; 1999. p. 11–20.
 40. Dillman D. Mail and Internet Surveys: The Tailored Design Method, 2nd edn. New York: Wiley Publishing; 2000.
 41. Hurst S, Arulogun OS, Owolabi MO, Akinyemi R, Uvere E, Warth S, et al. Pretesting Qualitative Data Collection Procedures to Facilitate Methodological Adherence and Team Building in Nigeria. *Int J Qual Methods*. 2015;14(1):53–62.
 42. Lindlof T, Taylor BQ. Qualitative communication research methods. 3rd editio. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2010.
 43. Drennan J. Cognitive interviewing: verbal data in the design and pretesting of questionnaires. *J Adv Nurs*. 2003;42(1):57–63.
 44. Hofmeyer A, Sheingold BH, Taylor R. Do you understand what I mean? How cognitive interviewing can strengthen valid, reliable study instruments and dissemination products. *J Int Educ Res*. 2015;11(4):261–7.
 45. Wills GB. Cognitive interviewing: a tool for improving questionnaire design. Thousand Oaks Sage Publ. 2004;