



**HUBUNGAN FAKTOR INDIVIDU DAN FAKTOR ORGANISASI
DENGAN PERILAKU *CARING* PERAWAT DI INSTALASI
RAWAT INAP RSUD KOTA BANDUNG**

Tesis

Diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan

Oleh:

**EVA SUPRIATIN
0706254393**

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, Juli 2009**



**HUBUNGAN FAKTOR INDIVIDU DAN FAKTOR ORGANISASI
DENGAN PERILAKU *CARING* PERAWAT DI INSTALASI
RAWAT INAP RSUD KOTA BANDUNG**

Tesis

Diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan

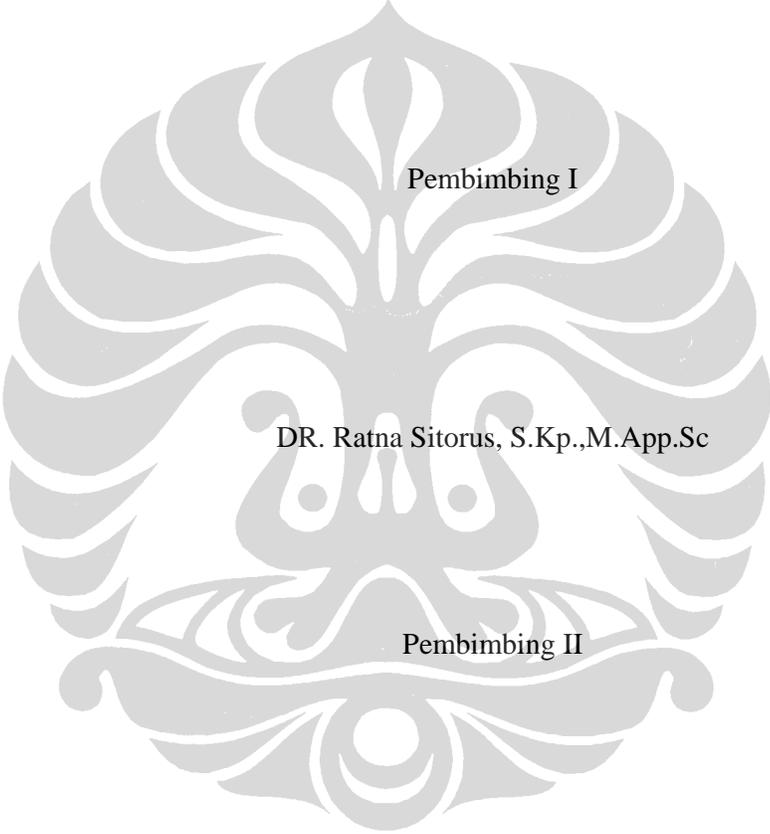
**Oleh:
EVA SUPRIATIN
0706254393**

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, Juli 2009**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui, diperiksa, dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis
pada Program Pasca Sarjana Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, 22 Juli 2009



Pembimbing I

DR. Ratna Sitorus, S.Kp.,M.App.Sc

Pembimbing II

Ir. Yusron Nasution, M,KM

**PANITIA SIDANG TESIS
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, 22 Juli 2009

Ketua

DR. Ratna Sitorus, S.Kp.,M.App.Sc

Anggota

Ir. Yusron Nasution, M,KM

Anggota

Hanny Handiyani, S.Kp, M.Kep

Anggota

Widaningsih, S.Kp,M.kep

KATA PENGANTAR

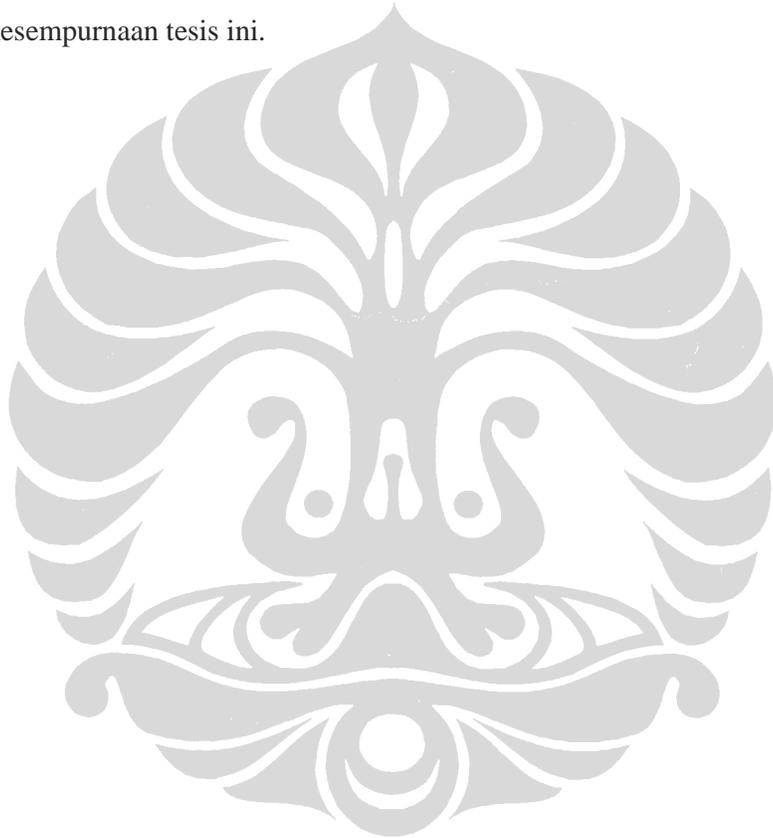
Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyusun Tesis ini dengan judul “Hubungan Faktor Individu dan Faktor Organisasi Dengan Perilaku *Caring* Perawat Pelaksana di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung”. Tesis ini dibuat untuk diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan

Dalam penyusunan tesis ini, penulis mendapatkan bimbingan dengan baik oleh para dosen pembimbing dan mendapat banyak dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kaih kepada :

1. Dewi Irawaty, MA, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Krisna Yetti, S.Kp, M.App.Sc, selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Dr.Ratna Sitorus, S.Kp, M.App.Sc, sebagai pembimbing I, yang telah memberikan kesempatan, motivasi, masukan, dan arahan.
4. Ir. Yusron Nasution, M.KM, sebagai pembimbing II, yang telah memberikan pengarahannya dan masukannya.
5. Mama dan keluarga Citeureup yang telah memberikan dukungan, perhatian, dan kasih sayangnya.
6. Suami dan anak-anakku tercinta yang senantiasa memberikan doa, dukungan, perhatian dengan keiklasan dan kesabaran serta selalu memberikan inspirasi.

7. Almarhum Tarisa Rida Amalia, putri mungilku yang telah menemani penulis dari awal hingga akhir pendidikan. Tesis ini penulis persembahkan untukmu.
8. Teman-teman manajemen angkatan 2007, terima kasih atas perhatian dan semangatnya.

Peneliti berharap mendapatkan masukan dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan tesis ini.



Jakarta, Juli 2009

Penulis

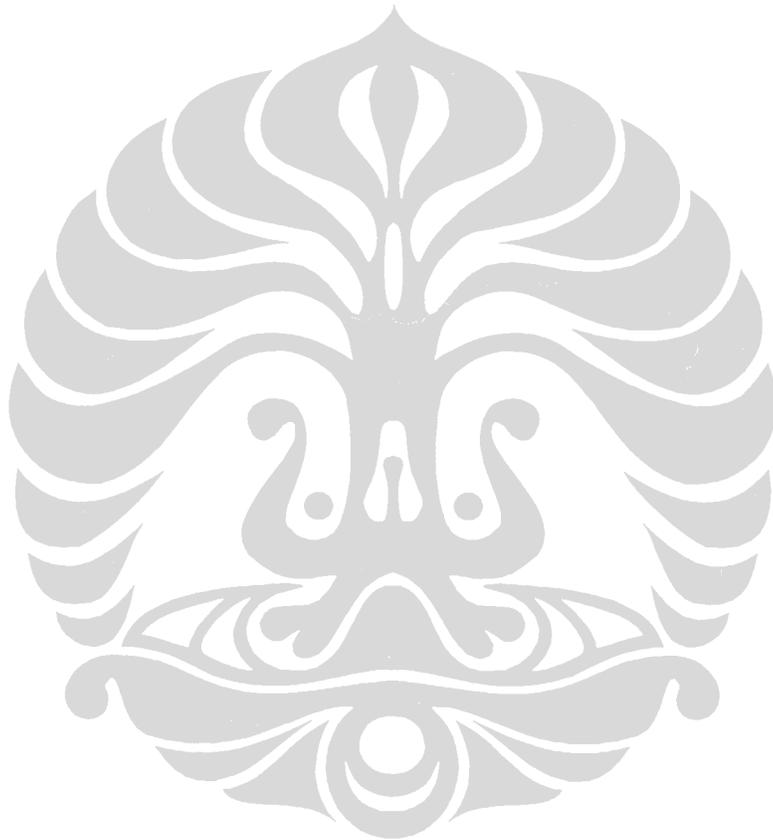
DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR SKEMA	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	8
C. Tujuan Penelitian.....	9
D. Manfaat Penelitian.....	9
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep <i>Caring</i>	11
B. Konsep Kinerja.....	27
C. Kerangka Pikir Teoritis.....	43
BAB III : KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DEFINISI OPERASIONAL	
A. Kerangka Konsep	44
B. Hipotesis.....	45
C. Definisi Operasional.....	46
BAB IV : METODE PENELITIAN	
A. Rancangan Penelitian.....	50
B. Populasi dan Sampel.....	50
C. Tempat Penelitian.....	51
D. Waktu Penelitian.....	51
E. Etika Penelitian.....	52
F. Alat Pengumpulan Data.....	52
G. Prosedur Pengumpulan Data.....	55
H. Rencana Analisis Data.....	56
BAB V : HASIL PENELITIAN	
A. Analisis Univariat	56
B. Analisis Bivariat	59
C. Analisis Multivariat	63
BAB VI : PEMBAHASAN	
A. Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian.....	67
B. Keterbatas Penelitian	81
C. Implikasi untuk Keperawatan.....	82
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

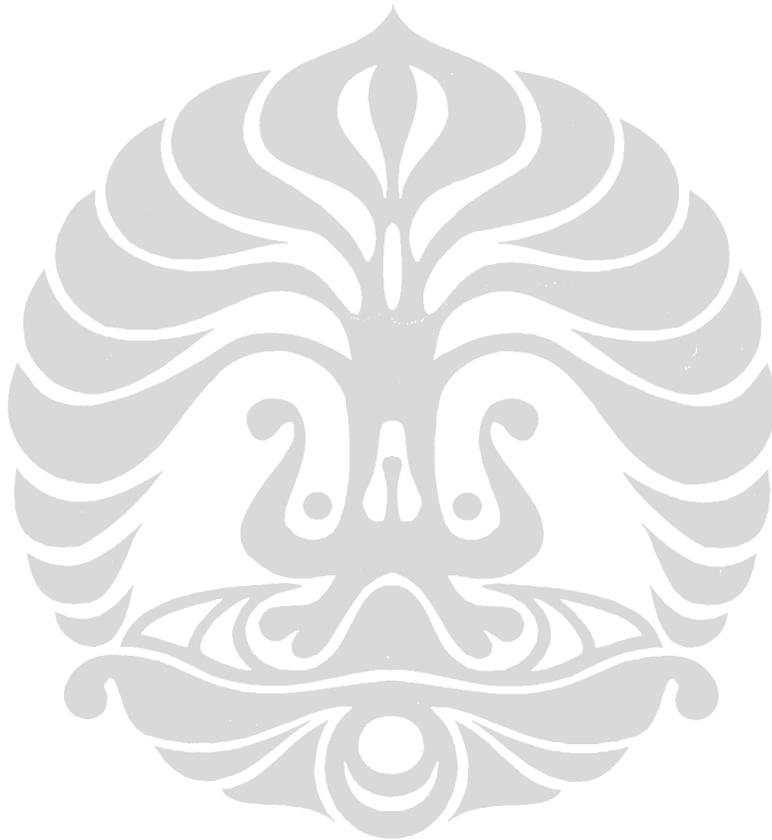
Tabel	hal
3.1 Definisi Operasional	45
4.1 Uji Statistik pada Analisa Univariat	57
4.2 Uji Statistik pada Analisa Bivariat	58
5.1 Distribusi responden menurut umur dan masa kerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bandung 22 – 30 Juni 2009 (n=43)	70
5.2 Distribusi responden menurut jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan status perkawinan perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bandung 22 – 30 Juni 2009 (n=43)	71
5.3 Distribusi responden menurut kepemimpinan, struktur organisasi, imbalan, dan desain kerja yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bandung 22 – 30 Juni 2009 (n=43)	72
5.4 Distribusi perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bandung 22 – 30 Juni 2009 (n=43)	73
5.5 Distribusi perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana berdasarkan indikator <i>caring</i> Larson di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bandung 22 – 30 Juni 2009 (n=43)	73
5.6 Hubungan faktor individu (usia dan lama kerja) dengan perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bandung 22 – 30 Juni 2009 (n=43).....	74
5.7 Hubungan faktor individu (jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan status perkawinan) dengan perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bandung 22 – 30 Juni 2009 (n=43)	75
5.8 Hubungan faktor organisasi (kepemimpinan, struktur organisasi, imbalan, dan desain kerja) dengan perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bandung 22 – 30 Juni 2009 (n=43).....	76

5.9 Analisis bivariat regresi logistik sederhana faktor individu dan faktor organisasi dengan perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bandung 22 – 30 Juni 2009 (n=43).....	78
5.10 Analisis multivariat regresi logistik sederhana faktor individu dan faktor organisasi dengan perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bandung 22 – 30 Juni 2009 (n=43).....	80



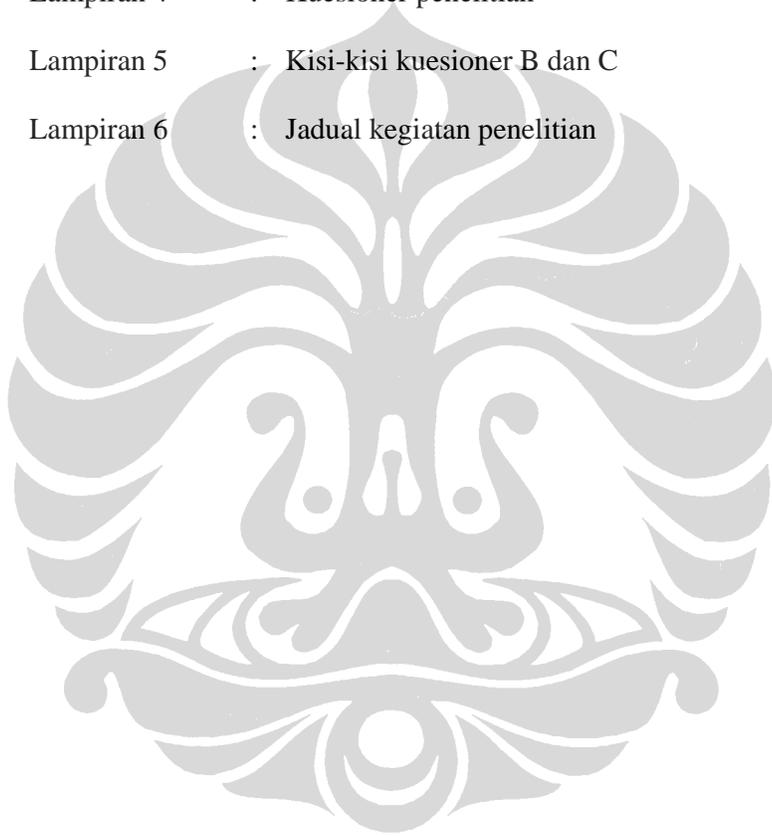
TABEL SKEMA

2.1 Diagram Skematis Faktor Individu dan Faktor Organisasi dengan Perilaku <i>Caring</i> Perawat.....	43
3.1 Skema Kerangka Konsep Penelitian.....	45



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Surat ijin penelitian
- Lampiran 2 : Lembar penjelasan tentang penelitian (perawat pelaksana)
- Lampiran 3 : Lembar persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 4 : Kuesioner penelitian
- Lampiran 5 : Kisi-kisi kuesioner B dan C
- Lampiran 6 : Jadwal kegiatan penelitian



RIWAYAT HIDUP PENELITI

Nama : Eva Supriatin, S.Kp

Tempat Tanggal Lahir : Bandung, 22 Oktober 1975

Alamat Rumah : Komplek Giri Mekar Jl Giri Mekar Atas II Blok C
No. 18

Asal institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas ARS
Internasional Bandung

Riwayat Pendidikan : 1. PSIK-FK UNPAD, lulus tahun 1999
2. SMUN 7 Bandung, lulus tahun 1994

Riwayat Pekerjaan : Universitas ARS Internasional 2000-sekarang



SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiat sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Universitas Indonesia. Jika di kemudian hari ternyata saya terbukti melakukan plagiat, maka saya dijatuhkan oleh Universitas Indonesia.



Depok, Juli 2009

Eva Supriatin

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Juli 2009

Eva Supriatin

**Hubungan Faktor Individu dan Faktor Organisasi dengan Perilaku Caring
Perawat di RSUD Kota Bandung.**

xii + 101 hal + 6 lampiran

Abstrak

Perilaku *caring* perawat pelaksana dalam asuhan keperawatan, merupakan kinerja perawat yang dipengaruhi oleh faktor individu dan faktor organisasi. Perilaku *caring* perawat akan membantu menolong klien dalam meningkatkan perubahan positif dalam aspek fisik, psikologis, spiritual, dan sosial. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi bagaimana hubungan faktor individu dan faktor organisasi dengan perilaku *caring* perawat di instalasi rawat inap RSUD Kota Bandung. Desain penelitian ini adalah deskriptif korelasi dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian ini adalah seluruh perawat pelaksana di 4 (empat) ruang rawat inap. Jumlah sampel penelitian ini adalah 43 perawat dilakukan secara total sampling. Analisa data dimulai dari uji univariat, bivariat dan dilanjutkan dengan uji multivariat. Hasil penelitian ini adalah ada hubungan usia ($p=0,027$), masa kerja ($p=0,001$), kepemimpinan ($p=0,005$), struktur organisasi ($p=0,001$), imbalan ($p=0,037$), dan desain kerja ($p=0,006$) dengan perilaku *caring* perawat. Saran dari temuan ini adalah perlu adanya pembinaan yang terprogram dan berkesinambungan baik yang berkaitan dengan kepemimpinan kepala ruangan, peninjauan ulang struktur organisasi, dan maupun perilaku *caring* bagi perawat.

Kata kunci : faktor individu, faktor organisasi , perilaku *caring* perawat

Daftar Pustaka : 33 (1991-2007)

**POSTGRADUATE PROGRAM FACULTY OF NURSING
LEADERSHIP AND NURSING MANAGEMENT
UNIVERSITY OF INDONESIA**

Thesis, July 2009

Eva Supriatin

The Relationship Individual Factor and Organisation Factor between Nurse Caring Behaviour in the Ward of RSUD Kota Bandung .

xii + 101 pages + 6 enclosures

Abstract

This research is merely correlational descriptive design which purposed to identify on correlation of individual factor and organisation factor with nurse caring behaviour at Treatment Instalationt at RSUD Kota Bandung. The population of this research are thoroughly staff nurses at 4 treatment room unit. Number of research samples are 43 nurses totally conducted. Data analysis are initiated from univariat test, bivariat and proceeded with multivariate tests. The results describe that there is a significant correlation among individual factors (age and experience) and organisation factor (leadership, compensation, organisation structure, and job desain) with nurse caring behaviour. The Head of Room Unit as a leader should posses a high ability to empowering others, in line with that a responsibility. Organisation structure that must be see. Nurse as public service agents need to improve quality and quantity during performing their duty and responsible, they need to provide opportunity to attending skill development training. Further research recommendation should be conducted in depth review by nurse caring behaviours.

Keyword : Individual Factor, Organisation Factor, Nurse Caring Behaviour

Biblioraphy : 33 (1991 – 2007)

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, I. (2002). Perilaku Caring Perawat dan Hubungannya dengan Kepuasan Klien di Instalasi Rawat Inap Bedah Dewasa di Rumah Sakit Dr. Mohammad Hoesin Palembang.
<http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/metadatapdf.jsp?id=70660>.
Diperoleh 29 april, 2009.
- Aminudin, T.Y. (2004) Hubungan Iklim kerja dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu. Tesis program Magister Ilmu Keperawatan FIK.UI. Tidak dipublikasikan.
- Dessler, G. (1997) Manajemen Sumber Daya Manusia. Terjemahan (1 ed), Jakarta : PT Prentallindo
- De Wit,S. (2005). *Fundamental concepts and skill for nursing*, 2nd ed. Philadelphia:Elsevier Inc.
- Gadow. (1990). *Existential advocacy: Phylosophical foundation of nursing (nursing image and ideas)*. New york: Springer Publishing co.
- Gillies, D.,A. (1994). *Nursing management a system approach*. 3th ed. Philadelphia: WB Saunders
- Gibson, J.L. (1997). Organisasi : Perilaku, Struktur, Proses. Edisi kedelapan. (Nunuk. A, Penerjemah). Jakarta : Binarupa Aksara
- Gibson, J.L.,Ivancevich,J.M.,Donnelly,J.H. (1996) Organisasi : Perilaku, Struktur, Proses. Edisi kelima (Soekrisno. A, penerjemah). Jakarta: Erlangga
- Gitosudarmo,I & Sudita, I.Y. (2000) Perilaku Organisasi. Edisi Pertama. Yogyakarta : BPF
- Gitosudarmo,I. (1997). Prinsip Dasar Manajemen, Edisi ketiga, Yogyakarta : BPF
- Greenhalgh, Kyngas, dan Vanhanen. (1998). *Nurse Caring Behaviour*, Journal of Advanced Nursing, 27, 927-932.
- Hasibuan,M.S.P. (2003) Manajemen Sumber Daya Manusia (edisi revisi). Jakarta : PT Bumi Aksara
- Huber, D. (1996). *Leadership and nursing care management*. Philadelphia: WB Saunders Company.
- Kusuma, A. (2003) Sistem Kompensasi dan Motivasi Kerja Perawat di RS Delta Surya Sidoarjo. <http://adln.lib.unair.ac.id> diperoleh tanggal 7 Mei, 2009

- Muhasidah. (2002). Hubungan Tehnik & Frekuensi Kegiatan supervisi kepala Ruangan dengan Pelaksanaan Caring oleh Perawat Pelaksana di Ruang rawat RS Sumber Waras Jakarta. Tesis program Magister Ilmu Keperawatan FIK.UI. Tidak dipublikasikan.
- Nomiko, D. (2007) Faktor-Faktor yang Berkontribusi terhadap Kinerja Perawat Pelaksanan di ruang rawat Inap RSJ Jambi. Tesis program Magister Ilmu Keperawatan FIK.UI. Tidak dipublikasikan.
- Nurhaeni (2001) Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Perawat Pelaksana di RSJ Makasar. Tesis program Magister Ilmu Keperawatan FIK.UI. Tidak dipublikasikan.
- Rahayu, S. (2001). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Sikap Caring yang dipersepsi oleh Perawat Pelaksana di Ruang rawat inap RSUP Persahabatan Jakarta. Tesis program Magister Ilmu Keperawatan FIK.UI. Tidak dipublikasikan.
- Lande, R. (2008) Hubungan Karakteristik Individu dan Organisasi Dengan Kinerja Asuhan Keperawatan Perawat Menurut Persepsi Perawat di Rumah Sakit Elim Rantepao Kabupaten Tana Toraja. <http://marsunhas.wordpress.com>. Diperoleh tanggal 29 April, 2009.
- Robbins, S.P. (1998). Perilaku Organisasi, konsep, kontroversi dan aplikasi. Edisi kedelapan, Jakarta : PT. Prenhallindo.
- Rusmiati (2008). Hubungan lingkungan organisasi dan karakteristik perawat dengan kinerja perawat pelaksana di ruangan rawat inap rumah sakit umum pusat persahabatan Jakarta. Tesis program Magister Ilmu Keperawatan FIK.UI. Tidak dipublikasikan.
- Samsudin, S. (2005) Manajemen Sumber Daya Manusia. Bandung : CV Pustaka Setia
- Siagian, S.P. (1999) Manajemen Sumber daya Manusia. Jakarta : Bumi Aksara.
- _____ (2000). Teori & Praktek Kepemimpinan (cetakan kelima). Jakarta. PT. Rineke Cipta.
- Stuart, G.W, & Laraia, M.T. (2001). *Principle and Practice of Psychiatryc nursing* (6 th.ed). St.Louis : Mosby, Inc.
- Supriatin, E. (2008). Laporan Residensi Manajemen di RSUD Kota Bandung. Tidak dipublikasikan
- Suriat,N.I.G.A. (2002). Hubungan kepemimpinan efektif kepala ruangan dengan perilaku kerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokimial di ruang rawat inap RS Persahabatan Jakarta. Tesis program Magister Ilmu Keperawatan FIK.UI. Tidak dipublikasikan.

Swansburg, R.C. (2000). Pengantar Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan untuk Perawat Klinis. Terjemahan Nurachmah, E. Jakarta : EGC.

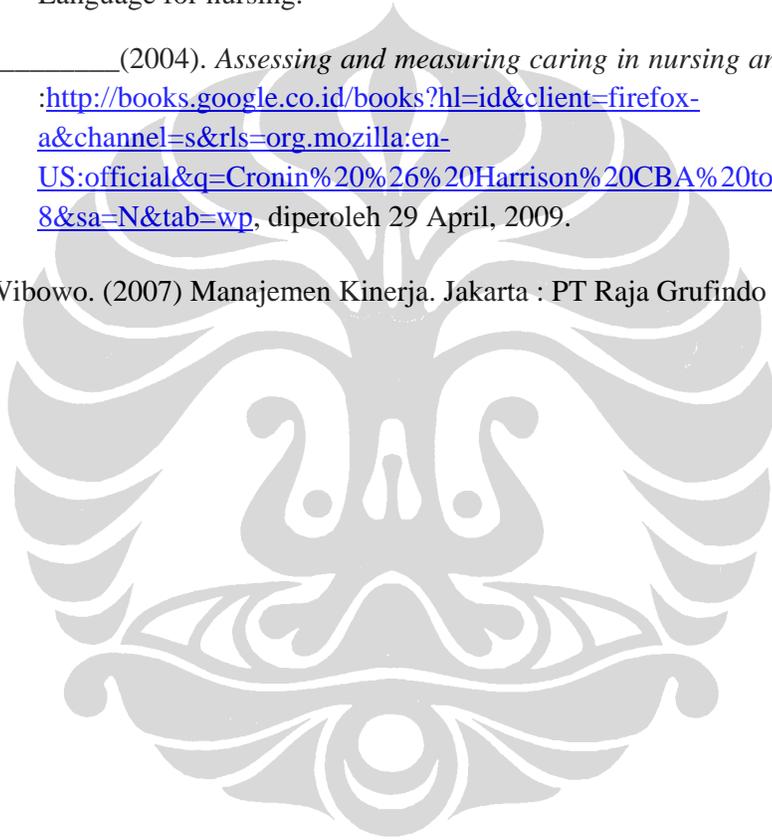
Swansburg, RC & Swansburg, RJ (1999). *Introductory management and leadership for nurse* (2.nd.ed) Boston : Jones and Bartlet Publishers.

Tomey,A.,M.(1994). *Nursing theorist and their work*, 3 ed. St. Louis: Mosby

Watson, J. (1998). *Nursing: Human science and human care*. New York: national Language for nursing.

_____ (2004). *Assessing and measuring caring in nursing and health science*. Dari <http://books.google.co.id/books?hl=id&client=firefox-a&channel=s&rls=org.mozilla:en-US:official&q=Cronin%20%26%20Harrison%20CBA%20tool&um=1&ie=UTF-8&sa=N&tab=wp>, diperoleh 29 April, 2009.

Wibowo. (2007) *Manajemen Kinerja*. Jakarta : PT Raja Grufindo Persada



LEMBAR PENJELASAN TENTANG PENELITIAN (PERAWAT)

Kepada Yth :

Calon Responden

Teman Sejawat di RSUD Kota Bandung

Dengan hormat,

Saya Eva Supriatin, NPM: 0706254393, mahasiswa Program Pascasarjana Kekhususan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia bermaksud mengadakan penelitian tentang “Hubungan Faktor Individu dan faktor Organisasi dengan Perilaku *Caring* Perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung”. Data yang diperoleh akan direkomendasikan sebagai landasan rumah sakit dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan

Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan sesuatu yang berdampak negatif terhadap teman sejawat maupun institusi. Peneliti sangat menghargai hak-hak responden dengan cara menjamin kerahasiaan identitas dan informasi yang saudara berikan akan dijaga dan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian ini. Untuk itu peneliti sangat mengharapkan partisipasi teman sejawat dalam penelitian ini dan sebagai tanda setuju mohon kesediannya menandatangani lembar persetujuan dan mengisi kuesioner yang saya bagikan. Atas kesediaan dan bantuannya diaturkan terima kasih.

Bandung, April, 2009

Peneliti

Eva Supriatin

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertandatangan di bawah ini setelah membaca dan memahami penjelasan tentang surat pengantar responden, saya menyatakan bersedia menjadi responden yang dilakukan oleh mahasiswa Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang sedang melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Faktor individu dan Faktor Organisasi dengan Perilaku *Caring* Perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung”.

Saya memahami bahwa keikutsertaan saya sebagai responden dalam penelitian ini bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan di RSUD Kota Bandung ini. Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak berdampak negatif bagi saya.

Bandung, April, 2009

Tanda tangan Responden

(.....)

KUESIONER

**HUBUNGAN FAKTOR INDIVIDU DAN FAKTOR ORGANISASI DENGAN
PERILAKU *CARING* PERAWAT DI INSTALASI RAWAT INAP RSUD KOTA
BANDUNG**



Oleh :

EVA SUPRIATIN

0706254393

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2009**

KUESIONER PENELITIAN

KUESIONER A : FAKTOR INDIVIDU

Petunjuk :

Isilah jawaban pada pertanyaan dibawah ini atau berikan tanda check list (√) pada kolom jawaban yang Bapak/ Ibu/ Sdr/ I pilih. Data ini akan dirahasiakan dan hanya dibaca oleh peneliti.

No. Responden : (Diisi oleh peneliti)

No	PERNYATAAN	JAWABAN
1	Usiatahun
2	Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
3	Tingkat Pendidikan	<input type="checkbox"/> SPK <input type="checkbox"/> D3 Keperawatan <input type="checkbox"/> S1 keperawatan
4	Status Perkawinan	<input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Belum menikah
5	Masa Kerja tahun

KUESIONER B : FAKTOR ORGANISASI

Petunjuk :

Pernyataan berikut ini merupakan pernyataan tentang variabel organisasi yang berhubungan dengan perilaku *caring* perawat.

1. Pilihlah salah satu alternatif jawaban yang saudara anggap paling sesuai dengan kenyataan yang saudara hadapi, dengan ketentuan :

SS= Sangat Setuju

S = Setuju

TS= Tidak Setuju

STS = Sangat Tidak Setuju

2. Berikan tanda check list (√) pada kolom jawaban yang Bapa/ Ibu/ Sdr/ I pilih. Data ini akan dirahasiakan dan hanya dibaca oleh peneliti.
3. Semua pertanyaan mohon dijawab seluruhnya

No. Responden : (Diisi oleh peneliti)

No	Pernyataan	SKALA			
		SS	S	TS	STS
A	Kepemimpinan kepala ruangan menurut saya :				
1	Mendistribusikan tugasnya secara tidak merata pada setiap staff				
2	Mendelegasikan askep kepada perawat pelaksana				
3	Memberikan umpan balik tentang perilaku <i>caring</i> setelah perawat pelaksana melaksanakan tugas-tugas keperawatan				
4	Berperilaku tidak adil kepada perawat pelaksana				
5	Menciptakan komunikasi yang terbuka dengan perawat pelaksana dalam mewujudkan pelayanan <i>caring</i> .				
6	Tidak Memberikan penilaian tentang perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana				
7	Memberikan masukan kepada perawat pelaksana tentang bagaimana perilaku <i>caring</i> dilakukan				
8	Membuat pertemuan secara berkala dengan perawat pelaksana secara berkesinambungan untuk melakukan koordinasi				
B	Struktur Organisasi di ruangan menurut saya,				
9	Belum membentuk sebuah kelompok kerja				
10	Setiap orang mengetahui tupoksi masing-masing				
11	Belum memberikan batas kewenangan yang jelas dalam melaksanakan pelayanan keperawatan ada				
12	Menggambarkan pembagian tugas yang tidak jelas untuk masing-masing individu				

No	Pernyataan	SKALA			
		SS	S	TS	STS
		(4)	(3)	(2)	(1)
13	Memiliki aturan yang jelas dan mudah dilaksanakan dalam keorganisasian di ruangan				
14	Memiliki Standar Operasional Prosedur (SOP) untuk pelaksanaan <i>caring</i> asuhan keperawatan.				
15	Memiliki Standar Asuhan Keperawatan (SAK) untuk pelaksanaan <i>caring</i> .				
16	Menerapkan peraturan dan kebijakan tentang <i>caring</i> di RS tidak konsisten				
C	Imbalan yang saya terima adalah				
17	Gaji yang tidak mencukupi kebutuhan saya setiap bulannya				
18	Penghasilan yang dapat memotivasi saya untuk meningkatkan <i>caring</i> kepada klien				
19	Tidak adanya perhatian dari RS berupa penghargaan bagi karyawan yang berprestasi dalam pelayanan <i>caring</i> pada klien				
20	Pujian dari atasan sehingga saya termotivasi memberikan <i>caring</i> pada klien				
21	Penghasilan yang tidak sesuai dengan prestasi kerja seseorang				
22	Penghargaan tertulis dari RS kepada karyawan sehingga dapat meningkatkan semangat kerja				
23	Insentif yang tidak memadai untuk pekerjaan di luar tugas pokok				
24	Kesempatan untuk meningkatkan pendidikan bagi karyawannya yang berperilaku <i>caring</i> pada klien				
D	Desain Pekerjaan yang saya dapatkan adalah				
25	Tugas yang tidak sesuai dengan kemampuan yang saya miliki				
26	Tugas medik yang menyita waktu saya untuk fokus pada <i>caring</i> perawat				
27	Uraian tugas yang telah ditetapkan				
28	Otonomi saya dalam melakukan <i>caring</i> pada klien yang dibatasi oleh peraturan yang berlaku di RS				
29	Kewenangan untuk membuat keputusan terkait bagaimana proses <i>caring</i> dikerjakan				
30	Memberikan <i>caring</i> kepada pasien sesuai dengan tugas saya sebagai perawat pelaksana.				
31	Bimbingan dari kepala ruangan dalam memberikan <i>caring</i> kepada klien secara berkala				
32	Kolaborasi dengan menjalin kerjasama semua anggota di ruangan dalam memberikan <i>caring</i> pada klien.				

KUESIONER C : PERNYATAAN TENTANG PERILAKU *CARING* PERAWAT DI RUANGAN

Petunjuk pengisian :

1. Pernyataan 1- 50 terdapat alternatif jawaban SL (Selalu), S (Sering), KD (Kadang-kadang), TP (Tidak Pernah)
2. Pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat dengan memberikan tanda (√) pada kolom sesuai jawaban.

No	Perilaku saya selama merawat klien	SKALA			
		SL	S	KD	TP
1	Saya menemui pasien untuk menawarkan bantuan, misalnya menghilangkan rasa sakit, menggosok punggung klien, mengompres, dan lain-lain				
2	Saya kurang memberikan perhatian kepada klien seperti menyapa klien, dan menanyakan kondisi klien				
3	Saya memberikan perawatan dan pengobatan pada klien dengan tepat waktu				
4	Saya menemui pasien yang menjadi tanggung jawab selama dinas minimal 2x				
5	Saya memberikan respon yang cepat terhadap panggilan klien				
6	Saya menyarankan pada klien untuk memanggil perawat apabila klien mengalami kesulitan				
7	Saya tidak memberitahukan pasien mengenai sistem pendukung yang berlaku seperti tim pertolongan pertama, atau bantuan pada klien dengan penyakit tertentu				
8	Saya membantu klien memberikan informasi yang memadai tentang penyakitnya				
9	Saya tidak mengajarkan pada klien cara untuk merawat diri sendiri, setiap kali memungkinkan				
10	Saya tidak menyarankan kepada klien untuk bertanya pada dokternya				
11	Saya jujur pada klien tentang kondisi kesehatannya				
12	Saya memberikan kenyamanan yang mendasar, seperti pencahayaan, ketenangan (kontrol suara), selimut yang memadai, dan tempat tidur yang bersih.				
13	Saya tidak sabar dengan kondisi klien yang gawat				
14	Saya adalah perawat ramah				
15	Saya senantiasa mendampingi klien saat klien membutuhkan				
16	Saya adalah perawat yang tidak suka mendengarkan keluhan, perasaan, dan masukan dari klien				
17	Saya adalah perawat yang jarang berbicara dengan klien				
18	Saya melibatkan keluarga klien atau orang yang dianggap berarti kedalam perawatan klien				

No	Perilaku perawat selama merawat klien	SKALA			
		SL	S	KD	TP
19	Jika dinas malam saya tidak meluangkan waktu untuk membantu klien agar dapat beristirahat				
20	Saya mengatur pemeriksaan klien, membatasi pengunjung, dan menjamin rahasia pribadi klien				
21	Saya kurang memberikan perhatian kepada klien dalam masa kritis atau masa kritisnya sudah lewat				
22	Saya jarang membantu klien membangun hasil akhir yang realistis/ nyata				
23	Saya mendiskusikan kondisi klien pada waktu yang tepat				
24	Saya menyadari bahwa klien mempunyai hak atas dirinya				
25	Saya tidak pernah memotivasi klien untuk bertanya pada perawat, pertanyaan apapun yang mungkin klien miliki/ yang ingin ditanyakan				
26	Saya selalu mendahulukan kepentingan klien				
27	Saya tidak pernah menanyakan nama panggilan klien pada klien				
28	Saya memiliki pendekatan yang konsisten dengan klien				
29	Saya selalu memperkenalkan diri kepada klien				
30	Saya tidak melakukan tindakan dengan sesuai dan profesional dalam penampilannya sebagai perawat				
31	Saya senantiasa memastikan jadwal yang telah disepakati. Misalnya rongent, prosedur pemeriksaan, dll.				
32	Saya adalah perawat yang kurang disiplin				
33	Saya tahu cara memberikan suntikan i.v dan tahu cara memasang alat-alat seperti infus, mesin penghisap lendir, dll				
34	Saya adalah perawat yang tenang dalam melakukan tindakan dan menghadapi situasi apapun				
35	Saya kurang memberikan perawatan fisik yang baik pada klien				
36	Saya tidak pernah memastikan kepada orang-orang yang dekat dengan klien tentang cara merawat klien di rumah				
37	Saya adalah perawat yang mengetahui waktu yang tepat untuk memanggil dokter				

Kisi-kisi instrumen Faktor Organisasi

No	Variabel Organisasi	Sub Variabel	No. Pernyataan
1	Kepemimpinan	<p>a. Mengarahkan perawat pelaksana pada perilaku <i>caring</i> (penugasan yang jelas dan adil, memberikan umpan balik, aturan yang jelas, komunikasi terbuka)</p> <p>b. Mengawasi perawat pelaksana dalam berperilaku <i>caring</i> (memeriksa, menilai, memperbaiki)</p> <p>c. Mengkoordinasikan kinerja perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana (membuat pertemuan kelompok kerja secara berkala dan berkesinambungan)</p>	<p>Pertanyaan positif 2,3,5,7.</p> <p>Pertanyaan negatif 1,4,6,8</p>
2	Struktur organisasi	<p>a. Adanya Kejelasan kelompok kerja yang tergambar dalam struktur organisasi di ruangan</p> <p>b. Adanya kejelasan tugas dan wewenang masing-masing individu dalam struktur organisasi</p> <p>c. Adanya kejelasan aturan dalam struktur organisasi</p> <p>d. Adanya prosedur teknis dalam menjalankan kegiatan/ tugas keperawatan</p>	<p>Pertanyaan positif 10,13,14,15</p> <p>Pertanyaan negatif 9,11,12,16</p>
3	Imbalan	<p>penghasilan yang diperolehnya berupa balas jasa (finansial, meliputi gaji, insentif dan non finansial, meliputi penghargaan), yang mendukung terhadap perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana</p>	<p>Pertanyaan positif 18,20,22,24</p> <p>Pertanyaan negatif 17,19,21,23</p>
4	Desain kerja	<p>a. Cakupan pekerjaan (Banyaknya tugas yang dilakukan perawat pelaksana sesuai perannya)</p> <p>b. Kedalaman pekerjaan (Keleluasaan perawat pelaksana menentukan bagaimana perilaku <i>caring</i> dikerjakan)</p> <p>c. Hubungan pekerjaan (keterkaitan kerja antara kepala ruangan dengan perawat pelaksana dan antara sesama perawat pelaksana)</p>	<p>Pertanyaan positif 27,29,30,32</p> <p>Pertanyaan negatif 25,26,28,31</p>

	yang dibutuhkan dalam memberikan <i>caring</i> kepada klien)	
--	--	--

Kisi-kisi instrumen Pelaksanaan Perilaku Caring Perawat Pelaksana

No	Variabel Caring	No. Pernyataan
1	<i>Accessible</i> (Perilaku perawat yang menunjukkan kesediaan dan kesiapan)	Pertanyaan positif 1,3,5,6,4 Pertanyaan negatif 2
2	<i>Explain and fasilatates</i> (Kemampuan perawat untuk memberikan penjelasan dan memediasi klien)	Pertanyaan positif 8 Pertanyaan negatif 7,9,10
3	<i>Comfort,</i> (Kemampuan perawat untuk memenuhi kenyamanan klien)	Pertanyaan positif 11,12,14,15,18 Pertanyaan negatif 13,16,17
4	<i>Anticipates,</i> (Kemampuan perawat untuk melakukan tindakan pencegahan)	Pertanyaan positif 20 Pertanyaan negatif 19
5	<i>Trusting relationship</i> (Kemampuan perawat membina hubungan)	Pertanyaan positif 23,24,26,28,29 Pertanyaan negatif 21,22,25,27
6	<i>Monitors and follows</i> (Kemampuan perawat dalam memberikan bantuan dan pengawasan)	Pertanyaan positif 31,33,34,37 Pertanyaan negatif 30,32,35,36

JADUAL KEGIATAN PENELITIAN

No	KEGIATAN	BULAN																			
		APRIL					MEI				JUNI				JULI						
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
1	Penyusunan Proposal																				
2	Seminar proposal																				
3	Uji Coba Instrumen																				
4	Pelaksanaan Penelitian																				
5	Pengolahan dan Analisa data																				
6	Seminar Hasil Penelitian																				
7	Penyusunan Laporan Akhir																				
8	Ujian Akhir																				
9	Pengumpulan Laporan Thesis																				

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Era globalisasi yang sedang dan akan dihadapi di bidang kesehatan menimbulkan secercah harapan akan peluang meningkatnya pelayanan kesehatan. Terbukanya pasar bebas memberikan pengaruh yang penting dalam meningkatkan kompetisi di sektor kesehatan. Persaingan antar rumah sakit memberikan pengaruh dalam manajemen rumah sakit baik milik pemerintah, swasta, dan asing dengan tujuan akhir adalah untuk meningkatkan pelayanan. Tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang memadai semakin meningkat dan turut memberikan warna di era globalisasi dan memacu rumah sakit untuk memberikan layanan terbaiknya agar tidak dimarginalkan oleh masyarakat.

Pelayanan kesehatan di Rumah Sakit merupakan bentuk pelayanan yang diberikan kepada klien oleh multidisiplin termasuk tim keperawatan. Tim keperawatan merupakan anggota tim kesehatan di garis terdepan yang menghadapi masalah klien selama 24 jam secara terus menerus, oleh karena itu diperlukan SDM keperawatan yang berkualitas tinggi, yang tanggap dan responsive terhadap situasi yang ada (Gillies, 1994).

Perawat memiliki peran yang sangat besar dalam menentukan kualitas pelayanan keperawatan dan citra rumah sakit karena 90% pelayanan kesehatan di rumah sakit diberikan oleh perawat (Huber, 1996). Oleh karena itu perawat

harus ahli dalam menggunakan proses keperawatan mulai dari pengkajian, perencanaan, tindakan hingga evaluasi dalam praktik keperawatan untuk menerapkan *caring*. Apabila perawat ingin menempatkan *caring* sebagai inti dalam praktik keperawatan maka harus berjuang secara terus menerus mengajarkan dan mensosialisasikan konsep *caring* dalam praktik keperawatan/ pelatihan kesehatan kepada semua masyarakat.

Rubinfeld (1999, dalam Watson, 1998) mendefinisikan *caring* adalah memberikan pengasuhan (perawatan), dukungan emosional kepada klien, keluarga atau kerabatnya secara verbal maupun non verbal, hal ini dilakukan dengan rasa peduli, hormat, dan menghargai orang lain. *Caring* adalah esensi dari keperawatan dan merupakan fokus serta sentral dari praktik keperawatan yang dilandaskan pada nilai-nilai kebaikan, perhatian, kasih terhadap diri sendiri dan orang lain serta menghormati keyakinan spiritual klien. Oleh karena itulah *caring* dikatakan sebagai jantungnya dalam praktik keperawatan.

Leinenger (1997, dalam Watson, 2004) mengatakan bahwa perilaku *caring* dapat terlihat pada perawat antara lain memberi rasa nyaman, perhatian, kasih sayang, peduli, pemeliharaan kesehatan, memberi dorongan, empati, minat, cinta, percaya, melindungi, kehadiran, mendukung, memberi sentuhan, dan siap membantu serta mengunjungi klien. Meskipun demikian, *caring* bukan semata-mata perilaku. *Caring* adalah perilaku yang memiliki makna dan memotivasi tindakan (Tomey, 1994). *Caring* yang didefinisikan sebagai tindakan, bertujuan memberikan asuhan fisik dan perhatian emosi sambil meningkatkan rasa aman dan keselamatan klien. Sikap ini diberikan melalui

kejujuran, kepercayaan, dan niat baik. Perilaku *caring* perawat akan membantu menolong klien dalam meningkatkan perubahan positif dalam aspek fisik, psikologis, spiritual, dan sosial.

Kenyataan yang dihadapi saat ini di sebagian besar rumah sakit baik pemerintah, swasta, di kota, maupun di daerah, kebanyakan perawat terlibat secara aktif dan memusatkan diri pada fenomena medik seperti cara diagnostik dan cara pengobatan. Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi medik, memaksa perawat memberikan perhatian lebih pada tugas-tugas *cure* daripada *care*. Beberapa perawat tidak mempunyai waktu untuk mendengarkan pasien, memberi dukungan, kenyamanan, dan tindakan *caring* lainnya. Hal ini disebabkan karena tanggung jawab perawat pada dokter yaitu mengerjakan tugas-tugas dokter. Pendapat klise yang saat ini berkembang di masyarakat bahwa perawat adalah pembantu dokter.

Beberapa bukti empirik yang mendukung kepada kurangnya perilaku *caring* perawat yaitu hasil penelitian yang dilakukan oleh Greenhalgh, Kyngas, dan Vanhanen (1998), penelitian yang berjudul *Nurse Caring Behaviours* yang bertujuan untuk menelaah perilaku perawat yang bekerja di ruang perawatan umum, menunjukkan bahwa perawat lebih menekankan perilaku *caring* fisik daripada afektif. Artinya perawat lebih fokus pada pelayanan pemenuhan kebutuhan biologis sementara kebutuhan lainnya kurang diperhatikan. Hal ini dikemukakan pula oleh Agustin (2002) dalam penelitiannya tentang *caring* perawat, di mana perawat yang tidak berperilaku *caring* sebesar 48,5%. Penelitian Byrne dan Heyman (1997, dalam Nyoman, 2008) menemukan

bahwa pasien yang di rawat inap sebagai besar mengalami stres dan faktor komunikasi perawat diperkirakan sebagai faktor pemberat.

Hal tersebut terjadi dikarenakan perawat lebih banyak berfokus pada kinerja medik atau teknik keperawatan (pelaksanaan fungsi *dependent* atau fungsi pelimpahan dari dokter), padahal pasien lebih mengharapkan kinerja perawat sesuai normatifnya, yaitu lebih berfokus pada aspek yang berkaitan dengan dimensi non tehnik keperawatan (fungsi *independent*). Kondisi tersebut diperkuat oleh lingkungan kerja yang kurang mendukung perawat terhadap kinerja *caring* perawat. Hal ini menunjukkan bahwa perilaku *caring* dipengaruhi pula oleh faktor lain selain faktor individu perawat.

Kinerja (prestasi kerja) adalah hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seseorang pegawai dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya (Mangkunegara, 2000). Kinerja perawat pelaksana adalah perilaku kerja/ prestasi kerja/ kegiatan perawat pelaksana sesuai dengan tugas yang harus dicapai. Penelitian kinerja perawat pelaksana yang dilakukan oleh Suriat (2002), diperoleh hasil 65,6% perawat pelaksana sudah menciptakan kinerja lingkungan fisik, mental, sosiokultural, dan spiritual yang *supportif, protektif, dan korektif*. Kinerja perawat dalam merawat pasien dengan menciptakan lingkungan fisik, mental, sosiokultural, dan spiritual termasuk ke dalam perilaku *caring* dalam asuhan keperawatan.

Perilaku *caring* perawat pelaksana dalam asuhan keperawatan, merupakan kinerja perawat yang dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu faktor individu, faktor

organisasi dan faktor psikologis (Gibson, 1997). Faktor individu terdiri dari kemampuan dan keterampilan, latar belakang pribadi, dan demografis. Kemampuan dan keterampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja individu. Sedangkan faktor demografis mempunyai pengaruh yang tidak langsung.

Faktor psikologis terdiri dari persepsi, sikap, kepribadian, belajar, dan motivasi. Motivasi terbentuk dari sikap (*attitude*) seorang pegawai dalam menghadapi situasi kerja. Motivasi merupakan kondisi yang menggerakkan diri pegawai terarah untuk mencapai tujuan kerja. Sikap mental merupakan kondisi mental yang mendorong seseorang untuk berusaha mencapai potensi kerja secara maksimal. Mc Cleland (1997, dalam Mangkunegara, 2008) berpendapat bahwa “Ada hubungan yang positif antara motif berprestasi dengan pencapaian kerja”. Motif berprestasi adalah suatu dorongan dalam diri seseorang untuk melakukan suatu kegiatan atau tugas dengan sebaik baiknya agar mampu mencapai prestasi kerja (kinerja) dengan predikat terpuji. Faktor ini banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman kerja sebelumnya, dan demografis.

Faktor organisasi menurut Gibson (1997), terdiri dari variabel sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, dan desain pekerjaan. Menurut Dessler (1997), variabel imbalan akan berpengaruh terhadap variabel motivasi, yang pada akhirnya secara langsung mempengaruhi kinerja individu. Penelitian Robinson dan Larsen (1990) terhadap para pegawai penyuluh kesehatan pedesaan di Columbia menunjukkan bahwa pemberian imbalan mempunyai

pengaruh yang lebih besar terhadap kinerja pegawai dibanding pada kelompok pegawai yang tidak mendapatkan imbalan. Mengingat sifatnya yang dapat mendorong pegawai untuk peningkatan kinerja individu dalam organisasi, menuntut para manajer untuk mengambil pendekatan tidak langsung, menciptakan motivasi melalui suasana organisasi yang mendorong para pegawai untuk lebih produktif. Suasana ini tercipta melalui pengelolaan faktor-faktor organisasi dalam bentuk pengaturan sistem imbalan, struktur, desain pekerjaan, serta pemeliharaan komunikasi melalui praktek kepemimpinan yang mendorong rasa saling percaya.

Berdasarkan hasil penelitian Rusmiati (2008), menunjukkan bahwa peran serta individu, dan lingkungan kerja (organisasi) sangatlah berpengaruh terhadap pelaksanaan tugas pokok keperawatannya dengan nilai signifikan 0.000; dan 0,000. Sedangkan hasil penelitian Lande (2008) menunjukkan bahwa adanya hubungan signifikan dari semua variabel faktor organisasi dengan kinerja asuhan keperawatan perawat ($P < 0,05$) sedangkan variabel faktor karakteristik individu tidak ada hubungan yang signifikan dengan kinerja asuhan keperawatan perawat ($P > 0,05$).

Sistim peningkatan kinerja harus diatur dengan baik agar dapat meningkatkan kinerja seorang perawat, ini artinya bahwa faktor individu dan sistem manajemen kinerja organisasilah yang akan membantu untuk meningkatkan kinerja perawat yang akan diimplementasikan melalui tugas pokoknya. Kualitas kehidupan kerja akan tercipta dengan baik jika ada dukungan

individu dan lingkungan kerja yang kondusif, sehingga apa yang menjadi keinginannya dapat tercapai.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Bandung adalah rumah sakit tipe C yang berlokasi di Bandung Timur. Berdasarkan SK Menkes No. 1373/Menkes/SK/XII/98 memiliki status akreditasi penuh tingkat dasar dari departemen kesehatan RI (SK.Menkes RI No. : YM.01/III/1148/2007). Kapasitas tempat tidur sejumlah 150 TT. Berdasarkan data bulan Januari-Maret 2009, rata-rata kunjungan pasien masuk rawat inap per hari sebanyak 26 orang dengan laju penggunaan tempat tidur (BOR) 69,97%. Instalasi rawat inap terdiri dari ruang rawat inap anak dengan rata-rata rasio perawat dengan klien 1 : 12, di ruang dalam ; 1 : 14 , di ruang bedah ; 1 : 5, ruang kebidanan 1 : 18 ; dan ruang perinatal 1 : 18. Melihat rasio tersebut tampak adanya ketidakseimbangan rasio perawat dengan klien, distribusi perawat yang tidak merata di setiap ruang rawat inap.

Kinerja perawat yang ditinjau dari perilaku *caring* dalam asuhan keperawatan dapat dievaluasi melalui kotak saran berdasarkan data dari hasil praktik residensi pada bulan November 2008 diperoleh saran-saran klien diantaranya perawat hendaknya lebih gesit dalam memenuhi panggilan klien, lebih ramah, dan lebih sopan dalam berhadapan dengan klien. Hasil wawancara pada November 2008 dengan beberapa perawat di ruangan rawat inap, perawat bekerja sebatas rutinitas, jenjang karir yang tidak jelas, sistem insentif yang kurang memadai, dan kurang mendapatkan perhatian dari pimpinan. Hasil pengamatan peneliti selama praktek di ruang rawat inap RSUD kota Bandung sepanjang tahun 2008, ditemukan perawat jarang menyapa klien, tidak

menanyakan kondisi klien, lebih banyak melakukan tindakan medis (kedokteran), sistem *reward dan punishment* yang tidak jelas, uraian tugas tidak jelas, dan kurang optimalnya supervisi sebagai *controlling* dari manajemen keperawatan.

Kondisi di atas sangat berpengaruh terhadap kualitas rumah sakit, karena salah satu indikator kualitas sebuah rumah sakit adalah kepuasan pasien. Kondisi di atas tidak dapat dibiarkan tanpa ada perbaikan terhadap pelayanan yang diberikan khususnya pelayanan keperawatan. Evaluasi dan konsolidasi bidang keperawatan harus dilakukan. Oleh karena itu agar perencanaan perbaikan dan peningkatan pelayanan keperawatan tepat sesuai dengan penyebab masalahnya, diperlukan data-data yang dapat dipertanggung jawabkan kebenarannya.

Berdasarkan data di atas dan sampai saat ini belum ada penelitian hubungan faktor individu dan faktor organisasi dengan perilaku *caring* perawat di instalasi rawat inap RSUD Kota Bandung, maka peneliti menganggap perlu dilakukan penelitian tersebut.

B. Rumusan Masalah

Watson (2004), menyatakan *caring* adalah esensi dari keperawatan dan merupakan fokus serta sentral dari praktik keperawatan yang dilandaskan pada nilai-nilai kebaikan, perhatian, kasih terhadap diri sendiri dan orang lain, serta menghormati keyakinan spiritual klien. Kinerja perawat dalam merawat pasien merupakan perilaku *caring* dalam asuhan keperawatan yang dipengaruhi oleh

tiga faktor, yaitu faktor individu, faktor organisasi dan faktor psikologis (Gibson, 1997).

Berdasarkan kotak saran yang diperoleh dari klien yang dirawat di ruang rawat inap RSUD kota Bandung, menunjukkan kebutuhan klien akan dukungan perawat sangatlah tinggi. Pasien menginginkan perawat yang senantiasa *care* kepada dirinya, tidak hanya sibuk dengan tugas *cure*. Perlu penelaahan lebih jauh mengenai faktor yang paling berhubungan dengan perilaku *caring* dalam asuhan keperawatan. Faktor individu dan organisasi merupakan faktor yang menentukan terhadap kinerja perawat, khususnya perilaku *caring* perawat.

Oleh karena itu, penelitian ini akan mencari jawaban terhadap pertanyaan penelitian tentang apakah ada hubungan antara faktor individu dan faktor organisasi dengan perilaku *caring* perawat di instalasi rawat inap RSUD Kota Bandung.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Teridentifikasi hubungan antara faktor individu dan faktor organisasi dengan perilaku *caring* perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung.

2. Tujuan Khusus

- a. Teridentifikasi perilaku *caring* perawat di instalasi rawat inap RSUD Kota Bandung
- b. Teridentifikasi hubungan faktor individu yaitu karakteristik demografi perawat yang meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja, pengalaman kerja, dan status perkawinan di instalasi rawat inap RSUD Kota Bandung
- c. Teridentifikasi hubungan faktor organisasi (RS) yang meliputi kepemimpinan, imbalan, struktur organisasi, dan desain pekerjaan di instalasi rawat inap RSUD Kota Bandung

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Manajemen Rumah Sakit

- a. Dijadikan bahan masukan untuk mengevaluasi kinerja perawat dilihat dari pelaksanaan perilaku *caring* perawat di instalasi rawat inap RSUD Kota Bandung
- b. Dijadikan bahan pertimbangan bagi pihak RS untuk membuat standar perilaku *caring* sebagai acuan dalam penilaian kinerja/ *performance* perawat.

2. Bagi profesi keperawatan

Dijadikannya bahan evaluasi kinerja perawat ditinjau dari perilaku *caring* perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.

3. Bagi Peneliti

Meningkatkan kemampuan dalam menganalisa sebuah permasalahan dengan menggunakan cara berfikir yang ilmiah.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menguraikan beberapa konsep dan teori serta penelitian terkait yang melandasi penelitian ini. Konsep yang akan dibahas adalah konsep kinerja meliputi faktor individu, faktor organisasi, dan konsep *caring*.

A. Konsep Caring

1. Pengertian

Caring diartikan oleh Rubenfeld (1999) adalah memberikan pengasuhan (perawatan), dukungan emosional kepada klien, keluarga atau kerabatnya secara verbal maupun non verbal. Larson dalam Greenhalgh et al (1998), mengatakan *caring* adalah asuhan yang diberikan secara terus menerus difokuskan pada perawatan fisik maupun mental dan meningkatkan rasa aman klien. *Caring* atau kepedulian dapat juga diartikan memperhatikan atau menghormati seseorang dan bertanggung jawab terhadap seseorang. Banyak ahli keperawatan yang mengatakan bahwa *caring* merupakan “heart” profesi keperawatan. *Caring* sebagai komponen yang fundamental dari keperawatan, merupakan fokus sentral dan unik dari keperawatan

Barnum (1998) dan Melleis (1997), menjelaskan makna secara lebih luas dari *caring* yang terdiri dari 5 (lima) konsep. Pertama *caring as human trait*, yang berarti *caring* merupakan kebiasaan atau sifat dari manusia

berdasarkan pada kepribadian, psikologis, atau budaya. Konsep *caring* yang kedua, *caring as moral imperative*, yang artinya *caring* berhubungan dengan aspek moral yang penting sebagai esensi dari keperawatan yang menghargai martabat orang lain sebagai manusia. Konsep ketiga dari *caring*, *caring as affect* yang dimanifestasikan dengan emosional, empati, dan mengabdikan pada pekerjaan. Konsep *caring* ke empat *caring an interpersonal interaction*, yang artinya perawat dalam memberikan asuhan selalu berinteraksi dengan klien dan keluarganya yang merupakan esensi dari *caring*. Konsep yang terakhir *caring a therapeutic intervention*, yang artinya *caring* merupakan terapi keperawatan (*therapeutic nursing*).

Caring melekat pada tujuan hubungan saling membantu, karena sangat tidak mungkin seseorang dapat memberi bantuan secara efektif tanpa adanya *caring*. Nurachmah (2001), menjelaskan bahwa *caring* adalah inti dari keperawatan dan merupakan fokus sentral serta menyatu dalam praktik keperawatan. *Caring* adalah sikap responsif dan bertanggung jawab dalam rangka memenuhi harapan klien. Hubungan interaksi yang dibangun antara perawat-klien adalah hubungan *caring* merupakan landasan komunikasi terapeutik dan sentuhan kasih sayang. Dan *caring* bersifat manusiawi karena asuhan diberikan secara individual.

Perilaku *caring* dapat dipersepsikan berbeda-beda pada setiap klien atau lingkungan tempat di mana klien mendapatkan pelayanan keperawatan. Hasil riset Kimle (2003), tentang persepsi klien terhadap perilaku *caring* perawat di Unit Gawat Darurat untuk kategori karatif *humanistic/ Faithhope/ sensitivity*. yang dimaksud perilaku *caring* oleh klien apabila perawat menjawab pertanyaan dengan cepat, mengetahui apa yang mereka (perawat) lakukan, perawat tahu menggunakan alat-alat, perawat tahu cara injeksi, mengganti balutan, dll, benar-benar mendengarkan apabila klien berbicara, memberi obat nyeri ketika klien kesakitan, memberikan informasi kepada keluarga klien tentang perkembangan klien.

Sedangkan perilaku *caring* berdasarkan persepsi perawat dari hasil penelitian Green, Vanhanen & Kyngas (1998), tentang *nurse caring behaviours* menganalisa bahwa perawat lebih menekankan pada perilaku *caring* fisik daripada afektif. Hal ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan Rahayu (2001) mengenai sikap *caring* perawat pelaksana di instalasi rawat inap didapatkan sikap *caring* perawat pelaksana masih rendah, yaitu 48,5% (89 dari n = 185). Sikap *caring* perawat ini diperoleh dari jawaban pertanyaan yang menggambarkan persepsi perawat pelaksana dalam mengaplikasikan 10 faktor karatif perawat pada kegiatan asuhan keperawatan.

2. Konsep Caring Menurut Watson

Teori *caring* menurut Watson (1979, dalam George, 1990), adalah suatu istilah dalam keperawatan, mewakili semua faktor yang digunakan perawat untuk memberi pelayanan kesehatan pada kliennya. *Caring* merupakan ilmu tentang manusia, bukan hanya sebagai perilaku, namun merupakan suatu cara sehingga sesuatu menjadi berarti dan memberi motivasi untuk berbuat. Selanjutnya Watson menyatakan *caring* tidak dapat diturunkan dari satu generasi kegenerasi berikutnya melalui genetika, melainkan melalui budaya profesi. Watson juga mendefinisikan *curing* sebagai istilah medical yang diartikan sebagai menghilangkan atau menyembuhkan penyakit, sehingga digambarkan perbedaan antara keperawatan dan kedokteran. *Caring* merupakan inti etika dan filosofi praktek keperawatan. Marinner (1986, dalam Nurachmah, 2000).

Dalam praktek keperawatan, Watson mengemukakan 10 faktor karatif, yaitu 10 sifat dari karakter perawat yang menjelaskan bagaimana *caring* dimanifestasikan sebagai esensi dan inti keperawatan. Faktor karatif yang pertama adalah membentuk dan bertindak berdasarkan sistem nilai yang *altruistik* dan manusiawi. Perawat menumbuhkan rasa puas karena mampu memberikan sesuatu kepada klien. Selain itu, perawat juga memperlihatkan kemampuan diri dengan memberikan pendidikan kesehatan pada klien.

Hal ini sesuai dengan pandangan Watson (1998) tentang manusia yaitu individu merupakan totalitas dari bagian-bagian yang memiliki harga diri didalam dan dari dirinya yang memerlukan perawatan, penghormatan, dipahami dan kebutuhan untuk dibimbing. Disamping itu lingkungan perawat yang memiliki sifat *caring* dapat meningkatkan dan membangun potensi seseorang untuk membuat pilihan tindakan terbaik bagi dirinya.

Manifestasi dari perilaku *caring altruistik* dan manusiawi adalah memanggil nama klien dengan nama yang paling disukai, memenuhi dan merespon panggilan klien dengan segera, menghormati dan melindungi *privacy* klien, menghargai dan menghormati pendapat dan keputusan klien, menghargai dan mengakui sistem nilai klien, melakukan pengakuan terhadap kebutuhan klien. Perilaku ini dilakukan perawat pada saat pengkajian, perencanaan, tindakan, dan evaluasi.

Faktor karatif kedua adalah menanamkan keyakinan dan harapan. Dilakukan dengan cara memfasilitasi dan meningkatkan asuhan keperawatan yang holistik. Disamping itu perawat meningkatkan perilaku klien dalam mencari pertolongan kesehatan dan membantu memahami alternatif terapi yang diberikan, memberi keyakinan akan adanya kekuatan penyembuhan atau kekuatan spiritual dan penuh pengharapan (Goerge, 1995; Stuart & Laraia, 2001; Tomey 1994).

Manifestasi perilaku *caring* perawat berdasarkan pengertian di atas adalah memberi motivasi kepada klien untuk terus berusaha mencari pengobatan dan perawatan, melaksanakan perawatan dengan kepedulian yang tinggi, menganjurkan klien untuk terus berdoa demi kesembuhannya, menunjukkan sikap yang hangat, kesan mendalam pada klien

Faktor karatif ketiga adalah menanamkan kepekaan terhadap diri sendiri dan kepada orang lain. Perawat harus bisa belajar menghargai kesensitifan dan perasaan klien, sehingga ia sendiri dapat menjadi sensitif, murni, dan bersikap wajar pada orang lain. Penerimaan terhadap perasaan diri merupakan kualitas personal yang harus dimiliki perawat sebagai seorang yang memberi bantuan kepada klien (Stuart & Laraia, 2001).

Manifestasi perilaku *caring* berdasarkan kepekaan terhadap orang lain adalah menunjukkan sikap tenang dan sabar, menemani atau mendampingi klien, menawarkan bantuan dan memenuhi kebutuhan klien. Memahami perilaku klien baik perilaku positif maupun negatif dengan mengidentifikasi kebutuhan psikologis klien, karena gangguan biologis dapat disebabkan oleh adanya gangguan psikologis atau disebabkan oleh gangguan psikologis.

Faktor karatif keempat adalah menumbuhkan hubungan saling membantu dan saling percaya. Perawat memberikan informasi dengan jujur, dan

memperlihatkan sikap empati yaitu turut merasakan apa yang dialami klien. Sikap ini merupakan hubungan saling menguntungkan dan sangat penting bagi terbentuknya *transcultural caring* atau bersikap *caring* antara perawat dan klien yang dapat meningkatkan penerimaan perwujudan perasaan baik positif maupun negatif. Hubungan ini menyangkut 3 hal yaitu: kecocokan yang meliputi kesesuaian dengan kenyataan, kejujuran, ketulusan (tidak minta imbalan) dan nyata ; *non possessive warmth* ditunjukkan dengan bicara dengan volume rendah, rileks, sikap terbuka, dan ekspresi wajah sesuai dengan komunikasi orang lain. (Tomey, 1994; Goerge, 1995; Stuart & Laraia, 2001).

Manifestasi perilaku *caring* berdasarkan hubungan saling membantu dan saling percaya adalah mengucapkan salam dan memperkenalkan diri serta menyepakati dan menepati kontrak yang dibuat bersama, mempertahankan kontak mata, berbicara dengan suara lembut, posisi berhadapan, menjelaskan prosedur, mengorientasikan klien baru, melakukan terminasi, perawat memberikan informasi dengan jujur, dan memperlihatkan sikap empati yaitu turut merasakan apa yang dirasakan klien.

Faktor karatif kelima adalah Meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan dan emosi baik positif maupun negative dengan memberikan waktunya melalui mendengarkan semua keluhan dan perasaan klien.

Tujuan dari sikap ini adalah untuk menciptakan hubungan perawat – klien yang terbuka, saling menghargai perasaan dan pengalaman perawat, klien, dan keluarga. Perawat harus memahami dan menerima pikiran dan perasaan baik positif maupun negatif yang berbeda pada situasi yang berbeda.

Manifestasi perilaku *caring* berdasarkan meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan dan emosi baik positif maupun negatif klien adalah memberi kesempatan pada klien untuk mengekspresikan perasaannya kepada perawat, perawat mengungkapkan penerimaannya terhadap klien, mendorong klien untuk mengungkapkan harapannya, dan menjadi pendengar yang aktif. Hal ini dibutuhkan kesiapan mental maupun fisik dari perawat. Tahap pra interaksi dalam membina hubungan terapeutik keperawatan harus dipersiapkan oleh perawat tersebut.

Faktor kreatif keenam, menggunakan metode penyelesaian masalah tentang *caring* dengan kreatif dan individualistik. Perawat menggunakan metode proses keperawatan dalam menyelesaikan masalah dalam pengambilan keputusan secara sistematis. Manifestasi perilaku *caring* berdasarkan metode penyelesaian masalah tentang *caring* dengan kreatif dan individualistik adalah melakukan proses keperawatan sesuai masalah klien, memenuhi kebutuhan klien, melibatkan klien, menetapkan rencana

keperawatan bersama klien, melibatkan klien dan keluarga dalam setiap tindakan dan evaluasi tindakan.

Faktor karatif ketujuh adalah meningkatkan proses pembelajaran interpersonal, sehingga tanggung jawab tentang kesehatannya ada pada klien (*self care*). *Caring* akan lebih efektif bila dilakukan melalui hubungan interpersonal sehingga dapat memberikan asuhan mandiri, menetapkan kebutuhan personal, dan memberikan kesempatan untuk pertumbuhan personal klien.

Manifestasi perilaku *caring* berdasarkan proses pembelajaran interpersonal adalah menciptakan lingkungan yang kondusif untuk pemberian pendidikan kesehatan sesuai kebutuhan klien, menjelaskan keluhan secara rasional dan ilmiah, meyakinkan klien tentang kesediaan perawat untuk memberikan informasi.

Faktor karatif kedelapan, menciptakan lingkungan fisik, mental, sosial, dan spiritual yang bersifat *supportif, protektif, dan korektif*. Perawat perlu mengenali lingkungan internal dan eksternal klien terhadap kesehatan kondisi penyakit klien. Manifestasi perilaku *caring* menciptakan lingkungan fisik, mental, sosial, dan spiritual yang bersifat *supportif, protektif, dan korektif*, adalah menyetujui keinginan klien dan memfasilitasi klien untuk bertemu dengan pemuka agama dan menghadiri

pertemuannya, bersedia mencari alamat atau menghubungi keluarga terdekat yang ingin ditemui klien, menyediakan tempat tidur bersih dan rapih, menjaga kebersihan dan ketertiban ruangan perawatan.

Faktor karatif kesembilan adalah memenuhi kebutuhan dasar manusia dengan penuh penghargaan dalam rangka mempertahankan keutuhan dan martabat manusia. Perawat perlu mengenali kebutuhan komprehensif diri dan klien. Pemenuhan kebutuhan yang paling mendasar dicapai terlebih dahulu sebelum beralih ke tingkat selanjutnya. Kebutuhan klien yang paling rendah adalah biofisikal misalnya makan, minum, eliminasi, dll. Kebutuhan tinggi adalah psikososial yaitu kemampuan aktifitas dan sexual. Kebutuhan aktualisasi yang tertinggi dari kebutuhan intra dan interpersonal.

Manifestasi perilaku *caring* berdasarkan kebutuhan dasar manusia dengan penuh penghargaan dalam rangka mempertahankan keutuhan dan martabat manusia adalah bersedia memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari (ADL) dengan tulus dan menyatakan perasaan bangga dapat menolong klien, menghargai dan menghormati *privacy* klien, menunjukkan kepada klien bahwa klien orang yang pantas dihormati dan dihargai.

Faktor karatif kesepuluh adalah menghargai kekuatan-kekuatan yang ada dalam kehidupan, terbuka pada *eksistensial-fenomenologikal*, dan dimensi

spiritual caring serta penyembuhan yang tidak dapat dijelaskan secara utuh dan ilmiah. *Fenomenologi* yaitu tentang data serta situasi yang membantu pemahaman klien terhadap fenomena. Psikologi *eksistensial* adalah keberadaan ilmu tentang manusia yang digunakan untuk menganalisa *fenomenologi*. Watson mengatakan hal ini sulit dipahami termasuk dalam hal ini adalah pengalaman berfikir dan memprofokasi untuk pemahaman yang lebih baik tentang diri sendiri (Tomey, 1994; Goerge, 1995).

Manifestasi perilaku *caring* berdasarkan mengizinkan untuk terbuka *eksistensial fenomenological* agar pertumbuhan diri dan kematangan jiwa klien dapat dicapai adalah memberi kesempatan kepada klien dan keluarga untuk melakukan hal-hal yang bersifat ritual, memfasilitasi klien dan keluarga dalam keinginannya untuk melakukan terapi alternatif sesuai pilihannya, memotivasi klien dan keluarga untuk berserah diri kepada Tuhan Yang Maha Esa, menyiapkan klien dan keluarga saat menghadapi fase berduka. Mengizinkan terjadinya tekanan yang bersifat fenomenologis agar pertumbuhan diri dan kematangan jiwa klien dapat dicapai. Terkadang seorang klien perlu dihadapkan pada pengalaman/pemikiran yang bersifat profokatif. Tujuannya adalah agar dapat meningkatkan pemahaman lebih mendalam tentang diri sendiri.

Kesepuluh faktor karatif ini perlu selalu dilakukan oleh perawat agar semua aspek dalam diri klien dapat tertangani sehingga asuhan keperawatan profesional dan bermutu dapat diwujudkan. Selain itu, melalui penerapan faktor karatif ini perawat juga dapat belajar untuk lebih memahami diri sebelum memahami orang lain. Keperawatan merupakan suatu proses interpersonal yang terapeutik dan signifikan. Inti dari asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien adalah hubungan perawat-klien yang bersifat profesional dengan penekanan pada bentuknya interaksi aktif antara perawat dan klien. Hubungan ini diharapkan dapat memfasilitasi partisipasi klien dengan memotivasi keinginan klien untuk bertanggung jawab terhadap kondisi kesehatannya.

Watson (1979, dalam George, 1990), juga mengemukakan tujuh asumsi dasar tentang *caring*, a) *Caring* dapat efektif bila ditunjukkan dan dipraktekkan dalam hubungan interpersonal; b) *Caring* memuat 10 faktor caratif yang menghasilkan kepuasan klien dan pemenuhan kebutuhan klien; c) *Caring* yang efektif meningkatkan pertumbuhan individu dan keluarga; d) *Caring* memberi respon menerima seseorang bukan hanya ia tahu tapi juga untuk apa dan apa yang akan terjadi padanya, dapat memberi kesempatan seseorang memilih yang terbaik bagi dirinya; e) *Caring* lebih pada healthogenic ketimbang curing. Praktek *caring* menyatukan pengetahuan biofisikal dengan pengetahuan perilaku

manusia; f) Lingkungan *caring* meliputi perkembangan yang potensial yang membentuk atau meningkatkan kesehatan dan perawatan bagi yang sakit. Keilmuan tentang *caring*, bagaimanapun melengkapi ilmu tentang pengobatan (*curing*); g) Praktek *caring* adalah sentral bagi praktek keperawatan.

3. Karakteristik *caring*

Karakteristik *Caring* menurut Rogers (1961, dalam Sudarsono, 2001) adalah a) *Be ourselves*, sebagai manusia harus jujur, dapat dipercaya, tidak tergantung pada orang lain. Artinya bahwa setiap orang harus menjadi diri sendiri dan mandiri; b) *Clarity*, keinginan untuk terbuka dengan orang lain; c) *Respect*, selalu menghargai orang lain. Belajar menerima dan memahami orang lain dan belajar menjadi makhluk sosial; d) *Separatenes*, dalam *caring* tidak berarti terbawa dalam depresi atau ketakutan orang lain. Tatap dalam kondisi waspada dengan mempersiapkan diri secara fisik dan psikologi; e) *Freedom*, adalah memberi kebebasan pada orang lain untuk mengekspresikan perasaannya; f) *Emphaty*, dengan memahami perasaan klien tetapi dirinya tidak hanyut oleh perasaan tersebut baik secara emosional maupun fisik. g) *Communication*, komunikasi verbal dan non verbal harus menunjukkan keselarasan h) *Evaluation*, dilakukan bersama-sama perawat dan klien.

Karakteristik *Caring* menurut Leininger (1984) terbagi menjadi 3 (tiga) yaitu : a) Profesional *caring*, yaitu sebagai perwujudan kemampuan kognitif. Perawat dalam bertindak terhadap respon yang ditunjukkan klien berlandaskan ilmu, sikap, dan keterampilan profesional, sehingga dalam memberikan bantuan terhadap klien sesuai dengan kebutuhan masalah dan tujuan yang telah ditetapkan perawat dan klien; b) Scientific *caring*, segala keputusan dan tindakan dalam memberi asuhan berdasarkan pengetahuan yang dimiliki perawat; c) Humanistic *caring*, proses bantuan kepada orang lain yang bersifat kreatif, intuitif atau kognitif yang didasarkan pada filosofis, fenomenologik, perasaan subyektif dan obyektif.

4. Aktifitas yang Menunjukkan Perilaku *Caring* Perawat

Menurut Wolf, et al (1994) telah mengembangkan daftar inventarisasi perilaku *caring* perawat, ia menuliskan secara berturut 10 peringkat perilaku yang menunjukkan *caring* perawat. Ke sepuluh perilaku tersebut meliputi; a. Mendengar dengan penuh perhatian; b. Memberi rasa nyaman; c. Berkata jujur; d. Memiliki kesabaran; e. Bertanggung jawab; f. Memberikan informasi sehingga klien dapat mengambil keputusan; g. Memberikan sentuhan; h. Menunjukkan sensitifitas; i. Menunjukkan rasa hormat terhadap klien; j. Memanggil klien dengan namanya.

5. Cara Mengukur *Caring*

- 1) Watson dan Lea dalam Watson (2004) telah mengembangkan *Caring Dementia Inventory* (CDI) untuk meneliti perilaku perawat (perilaku *caring*), dengan 25 daftar dimensi *caring*.
- 2) Wolf et al. (1994) menggambarkan dimensi perilaku *caring* dalam study mengembangkan instrumennya. Menggunakan 4 skala likert. Dengan formasi klien 263 orang dan perawat 278 orang dilengkapi *Caring Behavior Inventory* (CBI). Wolf et al. membuat konsep lima kategori karatif dalam penelitian mereka dan lima kategori karatif atau dimensi perilaku *caring*, meliputi: Kategori 1) mengakui keberadaan manusia; Kategori 2) menanggapi dengan rasa hormat; Kategori 3) pengetahuan dan keterampilan profesional; Kategori 4) menciptakan hubungan positif.
- 3) Cronin & Harrison (1998), mengembangkan *The Caring Behavior Assessment* (CBA) tool. Digunakan untuk mengkaji perilaku *caring*.
- 4) Larson (1998) dengan *Care Q (The Nurse Behaviour Caring Study)* untuk mempersepsikan perilaku *caring* perawat. Dilakukan pada dua sampel perawat profesional (n=57 & n = 112) merawat klien kanker. Perawat mengidentifikasi perilaku yang penting adalah mendengarkan, sentuhan, kesempatan mengekspresikan perasaan, komunikasi dan melibatkan klien dalam perencanaan keperawatannya. Dengan menggunakan 50 perilaku *caring* pada kuesioner dibagi dalam 6 variabel yaitu, kemudahan diakses, penjelasan dan peralatan, rasa

nyaman, antisipasi, hubungan saling percaya, serta bimbingan dan pengawasan.

Enam indikator perilaku *caring* perawat (Watson, 2004) adalah sebagai berikut :

- a. *Accessible*, perilaku perawat yang menunjukkan kesediaan dan kesiapan untuk selalu membantu klien dan keluarganya dalam mengatasi masalah kesehatan/keperawatan.
- b. *Explain and facilitates*, kemampuan perawat untuk :
memberikan penjelasan berkaitan dengan perawatan klien, memberikan pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga, membantu klien dalam proses pengambilan keputusan atas tindakan yang akan dilakukan terhadap klien, melindungi klien dari praktek yang merugikan klien, menjadi mediator antar klien dengan anggota tim kesehatan lainnya.
- c. *Comfort*, kemampuan perawat untuk memenuhi kebutuhan dasar klien meliputi fisik dan emosional dengan penuh penghargaan.
- d. *Anticipates*, kemampuan perawat untuk melakukan tindakan pencegahan komplikasi dan mengantisipasi perubahan-perubahan yang tidak diinginkan dari kondisi klien, dengan demikian perawat dapat menyiapkan apa yang mungkin dibutuhkan bila hal yang tidak diinginkan terjadi.

- e. *Trusting relationship*, kemampuan perawat membina hubungan interpersonal dengan klien, menunjukkan rasa tanggung jawab terhadap klien dan selalu memahami klien sesuai kondisinya.
- f. *Monitors and follows*, kemampuan perawat dalam mengawasi dan menunjukkan kemampuan professional dan menjamin keamanan tindakan keperawatan yang didelegasikan kepada orang lain dengan bimbingan dan pengawasan.

B. Konsep Kinerja

Kinerja (*performance*) menjadi isu dunia saat ini. Hal tersebut terjadi sebagai konsekuensi tuntutan masyarakat terhadap kebutuhan akan pelayanan prima atau pelayanan yang bermutu tinggi. Mutu tidak terpisahkan dari standar, karena kinerja diukur berdasarkan standar.

Kinerja dalam organisasi merupakan jawaban dari berhasil atau tidaknya tujuan organisasi yang telah ditetapkan. Para atasan atau manajer sering tidak memperhatikan kecuai sudah amat buruk atau segala sesuatu jadi serba salah. Terlalu sering manajer tidak mengetahui betapa buruknya kinerja telah merosot sehingga perusahaan/ instansi menghadapi krisis yang serius. Kesan – kesan buruk organisasi yang mendalam berakibat dan mengabaikan tanda – tanda peringatan adanya kinerja yang merosot.

Melalui kinerja klinis perawat, diharapkan dapat menunjukkan kontribusi profesionalnya secara nyata dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan, yang berdampak terhadap pelayanan kesehatan secara umum pada organisasi tempatnya bekerja, dan dampak akhir bermuara pada kualitas hidup dan kesejahteraan masyarakat,

1. Pengertian

Kinerja adalah sebuah kata dalam bahasa Indonesia dari kata dasar "kerja" yang menterjemahkan kata dari bahasa asing prestasi. Bisa pula berarti hasil kerja. Ada beberapa pendapat tentang teori kinerja, kinerja menurut Mangkunegara (2000) adalah hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seseorang pegawai dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya. Sulistiyani (2003) mengemukakan kinerja seseorang merupakan kombinasi dari kemampuan, usaha dan kesempatan yang dapat dinilai dari hasil kerjanya. Hasibuan (2001) mengemukakan kinerja (prestasi kerja) adalah suatu hasil kerja yang dicapai seseorang dalam melaksanakan tugas tugas yang dibebankan kepadanya yang didasarkan atas kecakapan, pengalaman dan kesungguhan serta waktu.

John Witmore (1995, dalam *Coaching for Performance* 1997) kinerja adalah pelaksanaan fungsi-fungsi yang dituntut dari seorang atau suatu perbuatan, suatu prestasi, suatu pameran umum keterampilan. Kinerja

merupakan penampilan hasil kerja pegawai baik secara kuantitas maupun kualitas. Kinerja dapat berupa penampilan kerja perorangan maupun kelompok (Ilyas, 1993).

Kesimpulan kinerja berdasarkan uraian diatas adalah suatu kondisi yang harus diketahui dan dikonfirmasi kepada pihak tertentu untuk mengetahui tingkat pencapaian hasil suatu instansi dihubungkan dengan visi yang diemban suatu organisasi atau perusahaan serta mengetahui dampak positif dan negatif dari suatu kebijakan operasional

Merujuk pada beberapa penjelasan mengenai pengertian kinerja, kinerja perawat pelaksana adalah perilaku kerja/ prestasi kerja/ kegiatan perawat pelaksana sesuai dengan tugas yang harus dicapai. Penelitian kinerja perawat pelaksana yang dilakukan oleh Suriat (2002), diperoleh hasil 65,6% perawat pelaksana menciptakan kinerja lingkungan fisik, mental, sosiokultural dan spiritual yang *supportif, protektif, dan korektif*.

2. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja

Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja seseorang menurut Casio (1998, dalam Mangkunegara, 2005), meliputi: a) faktor dari dalam diri individu, terdiri: faktor fisik dan psikis, dan b) faktor di luar individu, terdiri: lingkungan kerja, fasilitas yang tersedia, pendidikan dan motivasi kerja.

Simamora (1995) mengemukakan ada tiga aktor yang mempengaruhi kinerja (performance) : 1) Faktor individual, meliputi: Kemampuan dan keahlian, Latar belakang, Demografi; 2) Faktor psikologis, meliputi: Persepsi, *Attitude*, *Personality*, Pembelajaran, Motivasi; 3) Faktor organisasi, meliputi: Sumber daya, Kepemimpinan, Penghargaan, Struktur, *Job design*.

Mangkunegara (2005) mengatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja adalah: 1) Faktor individu, secara psikologis, individu yang normal adalah individu yang memiliki integritas yang tinggi antara fungsi psikis dan fisik, maka individu tersebut memiliki konsentrasi yang baik. Konsentrasi yang baik ini yang merupakan modal utama individu manusia untuk mampu mengelola dan mendayagunakan potensi dirinya secara optimal dalam melaksanakan kegiatan atau aktivitas kerja sehari-hari dalam mencapai tujuan organisasi. Konsentrasi individu dalam bekerja dipengaruhi oleh kemampuan potensi, yaitu kecerdasan pikiran/ Intelegensi Quotient (IQ) dan kecerdasan emosi/ Emotional Quotient (EQ).

Individu yang mampu bekerja dengan penuh konsentrasi apabila ia memiliki tingkat intelegensi minimal normal (*average*, *above average*, *superior*, *very superior*, dan *gifted*) dengan tingkat kecerdasan emosi

baik (tidak merasa bersalah berlebihan, tidak mudah marah, tidak mudah dengki, tidak benci, tidak iri hati, tidak dendam, tidak sombong, tidak minder, tidak cemas, memiliki pandangan dan pedoman hidup yang jelas berdasarkan kitab sucinya);

2). Faktor lingkungan Organisasi, Faktor lingkungan organisasi sangat menunjang terhadap pencapaian prestasi kerja individu. Faktor lingkungan organisasi yang dimaksud adalah uraian jabatan yang jelas, autoritas yang memadai, target kerja yang menantang, pola komunikasi kerja yang efektif, hubungan kerja harmonis, iklim kerja respek dan dinamis, peluang berkarier, dan fasilitas kerja yang relatif memadai.

Gibson (1997) mengemukakan ada 3 faktor yang berpengaruh terhadap kinerja :

1) Faktor Individu

Variabel individu dikelompokkan pada sub variabel kemampuan dan keterampilan, latar belakang dan demografis. Sub variabel kemampuan dan keterampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku dan individu. Sub variabel demografis, menurut (Gibson, 1997), mempunyai efek tidak langsung pada perilaku dan kinerja individu, namun, karakteristik demografik merupakan hal yang penting diketahui oleh pimpinan atau seorang dalam memotivasi dan meningkatkan kinerjanya. Karakteristik

demografik meliputi usia, jenis kelamin, latar belakang pendidikan, masa kerja, dan status perkawinan.

a. Usia

Usia berkaitan erat dengan tingkat kedewasaan/ maturitas seseorang. Semakin tinggi usia semakin mampu menunjukkan kematangan jiwa dan semakin dapat berfikir rasional, semakin bijaksana, mampu mengendalikan emosi dan semakin terbuka terhadap pandangan orang lain. Deslerr (1998) mengemukakan usia produktif adalah usia 25 – 30 tahun dimana pada tahap ini merupakan penentu seseorang untuk memilih bidang pekerjaan yang sesuai bagi karir individu tersebut.

Robbins (1998) mengemukakan ada 3 alasan yang selama dasa warsa mendatang berkembang antara kinerja dan umur, yaitu ; 1) ada keyakinan meluas bahwa kinerja merosot dengan semakin meningkatnya umur, 2) Realitas bahwa angkatan kerja menua, 3) Perundangan Amerika yang baru menyatakan bahwa pensiun yang bersifat perintah dianggap sebagai bentuk pelanggaran hukum.

Siagian (1995) mengatakan semakin lanjut usia seseorang semakin meningkat pula kedewasaan teknisnya, demikian pula psikologis, menunjukkan kematangan jiwa. Usia yang semakin meningkat akan meningkatkan pula kebijaksanaan kematangan seseorang dalam mengambil keputusan, berfikir rasional, mengendalikan emosi, dan

bertoleransi terhadap pandangan orang lain, berarti kinerja orang itu juga meningkat. Penelitian ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Purnomowati (1983), bahwa ada korelasi positif antara usia dengan motivasi kerja.

b Jenis kelamin.

Studi-studi psikologis menjumpai bahwa perempuan lebih mematuhi otoritas (Robbins, 1998). Banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya peningkatan peran perempuan. Siagian (1999), mengemukakan secara sosial budaya, pegawai perempuan yang berumah tangga akan memiliki tugas tambahan, hal ini dapat menyebabkan kemangkiran yang lebih sering dibandingkan pegawai laki-laki. Pendapat ini didukung oleh data-data empirik baik dari dalam negeri maupun luar negeri.

Penelitian Green, Vanhanen & Kyngas (1998), tentang *nurse caring behaviours* menganalisa bahwa terdapat hubungan antara jenis kelamin perawat dengan perilaku *caring*, dimana perawat wanita lebih *caring* pada diri sendiri dan orang lain, membangun hubungan saling percaya dengan klien, dan memberikan rasa nyaman yang lebih baik dibandingkan dengan perawat pria. Penelitian lain mengatakan tidak ada perbedaan kinerja perawat laki-laki dengan

perawat perempuan. Penelitian ini dilakukan oleh Asman (2001), Aminuddin (2002), dan Panjaitan (2002).

Hasil penelitian tersebut diperkuat oleh pendapat yang dikemukakan oleh Robbins (2001) yang menyatakan tidak ada perbedaan laki-laki dan perempuan dalam kemampuan memecahkan masalah, keterampilan analitis, dorongan kompetitif, motivasi, sosialitas, dan kemampuan belajar.

c Pendidikan.

Latar belakang pendidikan mempengaruhi kinerja. Hal ini dikemukakan oleh Siagian (1999) yang mengatakan bahwa tingkat pendidikan perawat mempengaruhi kinerja perawat yang bersangkutan. Tenaga keperawatan yang berpendidikan tinggi kinerjanya akan lebih baik karena telah memiliki pengetahuan dan wawasan yang lebih luas dibandingkan dengan perawat yang berpendidikan lebih rendah. Perawat dengan pendidikan lebih tinggi diharapkan dapat memberikan sumbangsih berupa saran-saran yang bermanfaat terhadap manajer keperawatan dalam upayanya meningkatkan kinerja perawat. Selain itu juga pendidikan perawat yang tinggi akan lebih memudahkan perawat dalam memahami tugas.

Green (1980), mengatakan bahwa faktor pendidikan mempengaruhi perilaku kerja. Makin tinggi pendidikan akan berhubungan positif terhadap perilaku kerja seseorang.

d) Status perkawinan.

Status perkawinan seseorang berpengaruh terhadap perilaku seseorang dalam kehidupan organisasinya, baik secara positif maupun negatif (Siagian, 1995). Karyawan yang menikah lebih banyak absen, mengalami pergantian yang lebih rendah dan lebih puas dengan hasil pekerjaan daripada teman sekerjanya yang belum menikah (Robbins, 1998). Berdasarkan hal tersebut jelaslah bahwa status perkawinan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kinerja perawat.

e) Masa kerja.

Masa kerja adalah lama seorang perawat bekerja pada suatu organisasi yaitu dari mulai perawat itu resmi dinyatakan sebagai pegawai/ karyawan suatu rumah sakit. Robbins (1998); Siagian (1999) mengatakan bahwa lama kerja dan kepuasan berkaitan secara positif. Semakin lama seseorang bekerja semakin terampil dan akan lebih berpengalaman dalam melaksanakan pekerjaannya.

Djajoesman (1996), menyatakan bahwa ada hubungan antara masa kerja dan motivasi kerja yang nantinya akan mempengaruhi kinerja perawat.

Peneliti lain (Purnomowati, 1983) memperkuat pendapat ini, ia mengemukakan bahwa ada korelasi positif antara masa kerja dengan motivasi kerja perawat. Berdasarkan hal tersebut maka masa kerja perawat pada suatu rumah sakit merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap peningkatan kinerja perawat.

2) Faktor Psikologi

Variabel Psikologik merupakan hal yang kompleks dan sulit diukur, terdiri dari subvariabel persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Gibson (1987) menyatakan sukar untuk mencapai kesepakatan tentang pengertian dari berbagai variabel tersebut, karena sikap individu masuk dan bergabung dalam organisasi kerja yang berbeda satu dengan lainnya baik dari segi usia, etnis, latar belakang budaya, maupun keterampilan. Faktor ini menurut Gibson (1987) banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman kerja sebelumnya, dan karakteristik demografis. Faktor psikologis ini merupakan hal yang kompleks dan sulit diukur, dan dapat dijelaskan sebagai berikut:

a Sikap

Sikap merupakan pernyataan atau pertimbangan evaluatif mengenai obyek, orang atau kelompok, dan peristiwa yang bersifat relatif tahan lama, terhadap isu-isu tertentu (Irwanlo et all, 1993). Sikap mencerminkan bagaimana seseorang merasakan sesuatu. Kekuatan sikap terlihat

melalui motivasi, pengalaman, tujuan, dan kebutuhan seseorang. Hal ini sejalan dengan definisi yang dikemukakan oleh Wiryawarn (1985) yang mengemukakan bahwa sikap adalah kesiapan seseorang untuk bertindak secara tertentu terhadap hal-hal tertentu. Dalam pelayanan keperawatan sikap memegang peran sangat penting, karena dapat berubah dan dibentuk sehingga dapat mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja perawat.

b) Persepsi.

Persepsi adalah proses mental yang terjadi pada diri manusia yang akan menunjukkan bagaimana penginderaan (melihat, mendengar, merasakan, mencium, serta meraba) terhadap hal yang terjadi disekitaraya (Widayatun, 1999), menurut Robbins (1995), persepsi adalah suatu proses dimana individu-individu mengorganisasikan dan menafsirkan kesan-kesan indra mereka agar memberikan makna bagi lingkungan mereka. Selanjutnya dikatakan karakteristik pribadi lebih berpengaruh terhadap persepsi (sikap, motif, kepentingan, atau niat, pengalaman masa lalu dan pengharapan).

c) Motivasi

Richard, J. Stilman (1988: 319) mengemukakan; " *Fails wider today's conditions to provide effective motivations of human effort toward organizational obyektives*". Pendapat ini merupakan bagian dari

kegiatan perilaku individu dalam proses perilaku organisasi yang memandang bahwa kekurangan-kekurangau pada saat sekarang dapat dijadikan kesempatan yang efektif untuk memberikan motivasi kepada pegawai dalam pencapaian tujuan organisasi.

d) Penghargaan.

Yulk (1994) mengemukakan bahwa penghargaan atau *reward* adalah pemberian manfaat-manfaat yang nyata (*tangible benefits*) kepada seseorang karena kinerja yang efektif, keberhasilan yang signifikan dan bantuan yang bermanfaat. Tujuan dari sistem penghargaan adalah untuk menarik dan mempertahankan sumber daya manusia karena organisasi memerlukannya dalam rangka mencapai sasaran-sasaran organisasi dan untuk mempertahankan jasa-jasa karyawan serta menjaga tingkat prestasinya

Penghargaan tidak hanya dibatasi pada pemberian upah, gaji, bonus, komisi, dan promosi yang dapat menimbulkan motivasi ekstrinsik, tetapi juga mencakup penghargaan non fisik untuk memuaskan kebutuhan psikologis yang merupakan faktor motivasi instrinsik. Pimpinan atau manajer keperawatan yang baik selalu memberikan penghargaan kepada bawahan ketika mereka menyelesaikan tugas-tugasnya dengan baik. Penghargaan tersebut tidak selalu berupa materi, tetapi dapat berupa ucapan terima kasih, dan pujian.

3) Faktor Organisasi

Organisasi adalah kesatuan (*entity*) sosial yang dikordinasikan secara sadar, yang tersusun atas dua orang atau lebih, yang berfungsi atas dasar yang relatif terus menerus untuk mencapai suatu tujuan atau seperangkat tujuan bersama (Robbin, 1998). Variabel Organisasi menurut Gibson (1987, dalam Ilyas 1999) berefek tidak langsung terhadap perilaku dan kinerja individu. Variabel organisasi yang mempengaruhi perilaku dan kinerja seseorang yaitu: sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan.

a. Sumber Daya

Masukan pada sebuah organisasi terdiri dari 2 (dua) sumber daya yaitu sumber daya manusia dan Sumber daya alam. Pada sistem organisasi Rumah Sakit sumber daya manusia terdiri dari tenaga profesional, non profesional, staf administrasi dan pasien, sedangkan sumber daya alam antara lain: uang, metode, peralatan, dan bahan-bahan.

b. Kepemimpinan,

Kepemimpinan adalah kemampuan mempengaruhi orang lain. Pada organisasi, kepemimpinan terletak pada usaha mempengaruhi aktivitas orang lain individu atau kelompok melalui komunikasi untuk mencapai tujuan organisasi dan prestasi (Agarwal: 1982, Brone & Kurtz: 1984, Anoraga: 1995, Swansburg & Swansburg: 1999).

Hasil penelitian oleh Aminudin (2001) pada 80 perawat pelaksana di RSUD dr M. Yunus Bengkulu, mengemukakan adanya hubungan antara kepemimpinan dengan kinerja (P value : 0,002). Bennis (1990, dalam Swansburg, 1995) melalui riset dan observasinya mendefinisikan empat kompetensi untuk kepemimpinan yang dinamis dan efektif, meliputi manajemen perhatian, manajemen arti, manajemen kepercayaan, dan manajemen diri sendiri.

Kompetensi pertama yaitu manajemen perhatian berarti seorang pemimpin mempunyai visi. Ia memiliki orientasi dan tujuan yang jelas dalam melakukan pekerjaan. Kompetensi yang kedua adalah manajemen kepercayaan yaitu kemampuan seorang pemimpin dalam menerima secara terbuka dan positif dengan memberikan kesempatan kepada staf untuk menggali perasaan, kritikan, dan menyuarakan reaksi yang negatif secara terbuka. Adanya komunikasi dan tatap muka antara pemimpin perawat dengan staf perawat sangat dibutuhkan untuk membangun interaksi, kepercayaan, dan kejelasan. Kompetensi yang ketiga adalah manajemen keadilan, yang dihubungkan dengan kemampuan untuk diandalkan. Perawat menghormati pemimpin yang penilaiannya benar dan konsisten, dan yang keputusannya didasarkan pada keadilan, kesamaan hak, dan kejujuran. Kompetensi yang keempat adalah manajemen diri sendiri, yaitu mengetahui keterampilan diri sendiri dan menggunakan keterampilan tersebut secara efektif.

Prinsip kepemimpinan (Swanburg, 1999) adalah 1) Mengarahkan, menggunakan tugas, perintah, spesifikasi, kebijaksanaan, prosedur, aturan, peraturan, standar, pendapat, saran / pertanyaan. Artinya seorang pemimpin harus membuat aturan main yang jelas baik secara tertulis, dengan demikian perawat dalam melakukan tindakan dan bekerja dapat bertanggung jawab dan bertanggung gugat. 2) Mengawasi, meliputi memeriksa, menilai, dan memperbaiki kinerja pegawai. Artinya seorang pemimpin harus memberikan umpan balik pada anak buahnya baik secara lisan maupun tulisan. Umpan balik merupakan salah satu bentuk evaluasi dalam menilai kinerja staf oleh pimpinan; 3) Mengkoordinasikan, meliputi pertukaran informasi dan mengadakan pertemuan kelompok kerja. Hal ini diperlukan oleh seorang pemimpin dalam membentuk kerjasama tim (*team work*) agar lebih solid dan terkoordinir.

Uraian di atas dapat disimpulkan kinerja perawat pelaksana dipengaruhi oleh proses kepemimpinan yang dilaksanakan oleh kepala ruangan sebagai manajer langsung di ruangan. Jika manajer melibatkan staf /pelaksana dalam pencapaian tujuan organisasi, diharapkan kinerja perawat pelaksana semakin optimal.

c) Imbalan.

Desler dalam Hasibuan (2003), Samsudin (2005), dan Wibowo (2007) mengutarakan imbalan/ kompensasi mengandung makna

pembayaran/ imbalan baik langsung dan tidak langsung yang diterima karyawan sebagai hasil dari kinerja. Kinerja seseorang akan meningkat ketika ia merasa diperlakukan adil baik antar pekerja maupun dalam pemberian imbalan/ penghargaan. Tetapi semangat kerja akan menurun bila kontribusi pekerja tidak dihargai dengan imbalan/ kompensasi yang tidak seimbang.

Prawirosentono (1999) mengatakan kinerja seorang pegawai akan baik, jika pegawai mempunyai keahlian yang tinggi, kesediaan untuk bekerja, adanya imbalan/upah yang layak dan mempunyai harapan masa depan. Penelitian Robinson dan Larsen (1990) terhadap para pegawai penyuluh kesehatan pedesaan di Columbia menunjukkan bahwa pemberian imbalan mempunyai pengaruh yang lebih besar terhadap kinerja pegawai dibanding pada kelompok pegawai yang tidak diberi imbalan. Penelitian Asman (2001), Aminudin (2002) dan Widaningsih (2002), mengemukakan pula bahwa ada hubungan imbalan dengan kinerja perawat pelaksana di rumah sakit.

Pemberian imbalan tidak selalu dalam bentuk uang, sebab bentuk materil ini akan sampai titik jenuh. Manajer keperawatan harus memperhatikan pemberian imbalan non materil misalnya suasana kerja yang kondusif, kesempatan pengembangan kreativitas, syarat kerja yang tidak terlalu ketat dan kondisi kerja yang lebih manusiawi, Bila

pemberian imbalan digunakan secara efektif oleh manajer maka dapat mempengaruhi perilaku karyawan dalam pencapaian tujuan organisasi (Anoraga, 19SS).

Samsudin (2005) menyatakan pemberian kompensasi bertujuan untuk:

1) pemenuhan kebutuhan ekonomi karyawan; 2) Meningkatkan produktifitas kerja; 3) Memajukan organisasi; 4) Menciptakan keseimbangan dan keadilan. Karyawan perlu mendapatkan kepastian menerima gaji sebagai jaminan bagi diri dan keluarga yang menjadi tanggungannya. Pemberian kompensasi yang baik akan mendorong karyawan bekerja secara produktif, dan organisasi yang sukses dapat terlihat dari besarnya kompensasi yang diberikan organisasi. Kompensasi berhubungan dengan persyaratan yang harus dipenuhi karyawan pada jabatannya sehingga tercipta keseimbangan input dan output.

Kompensasi merupakan pemberian balas jasa baik secara langsung berupa uang (*finansial*) maupun tidak langsung berupa penghargaan (*non finansial*). Bila seseorang menggunakan pengetahuan, keterampilan, tenaga, dan sebagian waktunya untuk berkarya pada suatu organisasi, maka dilain pihak ia mengharapkan kompensasi/ imbalan tertentu.

Simamora (2004) menyatakan ada 2 kategori imbalan, yaitu imbalan instrinsik dan ekstrinsik. Imbalan instrinsik adalah imbalan yang dinilai oleh mereka sendiri meliputi perasaan kompetensi pribadi, perasaan pencapaian pribadi, tanggung jawab dan otonomi pribadi, perasaan pertumbuhan dan pengembangan diri, status, dan kepentingan kerja. Imbalan ekstrinsik sebagian besar dikendalikan dan dibagikan secara langsung oleh orang lain untuk mempengaruhi perilaku dan kinerja anggotanya, meliputi: gaji, tunjangan karyawan, sanjungan, pengakuan formal, promosi, hubungan sosial, lingkungan kerja, dan pembayaran insentif.

d) Struktur Organisasi.

Struktur organisasi adalah bagaimana tugas pekerjaan secara formal dibagi, dikelompokkan, dan dikoordinasikan (Robbins, 2003). Struktur organisasi menunjukkan cara suatu kelompok dibentuk, garis komunikasi, dan hubungan otoritas serta pembuatan keputusan (Marquis & Huston, 2000). Struktur organisasi menunjukkan garis kewenangan dan rentang kendali dari suatu organisasi yang akan menentukan kegiatan dan hubungan serta ruang lingkup tanggung jawab dan peran masing-masing individu (Soekanto, 1994 dalam Anoraga, 1995).

Kinerja perawat dipengaruhi juga oleh struktur organisasi yang telah ditetapkan, tugas dan wewenang yang jelas, aturan yang jelas, dan

prosedur teknis dalam mengoptimalkan kinerja. Struktur organisasi menggambarkan garis komando, garis kewenangan, dan garis koordinasi dalam sebuah organisasi untuk memberikan arah dalam melakukan tugas.

e) Desain Pekerjaan.

Desain pekerjaan menguraikan cakupan, kedalaman dan tujuan dari setiap pekerjaan yang membedakan antara pekerjaan yang satu dengan pekerjaan lainnya, Tujuan pekerjaan dilaksanakan melalui analisis kerja, dimana para manajer menguraikan pekerjaan sesuai dengan aktivitas dituntut agar membuahkan hasil (Gisoti & Donnelly, 1990).

Gibson (1997) menjelaskan desain pekerjaan mengacu pada proses yang diterapkan pada menejer untuk memutuskan tugas pekerjaan dan wewenang. Desain pekerjaan merupakan upaya seorang menejer mengklasifikasikan tugas dan tanggung jawab dari masing-masing individu. Gitosudarmo (2000) menambahkan bahwa desain pekerjaan berpengaruh terhadap efektifitas organisasi. Pekerjaan yang dirancang dengan baik akan meningkatkan motivasi yang merupakan faktor penentu produktivitas seseorang maupun organisasi. Kepuasan kerja dipengaruhi oleh tuntutan pekerjaan dan sejauh mana tuntutan tugas tersebut sesuai dengan kemampuan seseorang . Desain kerja meliputi :

1) Cakupan pekerjaan

Gibson (1997) mengemukakan cakupan pekerjaan adalah jumlah tugas yang dikerjakan oleh seseorang. Semakin besar jumlah tugas yang dilakukan, semakin lama waktu yang diperlukan untuk menyelesaikannya.

2) Kedalaman Pekerjaan

Menurut Gibson (2006), kedalaman pekerjaan adalah jumlah kebijakan yang dimiliki individu untuk menentukan aktivitas pekerjaan dan hasil pekerjaan. Sedangkan menurut Gitosudarmo (2000) kedalaman pekerjaan berkaitan dengan kadar sejauhmana seseorang dapat mengendalikan tugasnya. Apabila kepada para pekerja ditentukan tujuan dan tugas pokoknya kemudian diberikan sepenuhnya kepada pekerja untuk menentukan cara yang terbaik untuk melaksanakannya, maka kedalaman pekerjaannya meningkat, sebaliknya apabila menejer mengorganisir pekerjaan dengan sangat rinci, menetapkan standar pekerjaan dengan kaku dan pengawasan dilakukan dengan ketat, maka kedalaman pekerjaan menurun.

3) Hubungan Pekerjaan

Gibson (1996) mendefinisikan hubungan pekerjaan adalah hubungan antara pribadi yang diperlukan atau yang dimungkinkan bagi pekerjaan. Hubungan pekerjaan ditentukan

oleh menejer untuk mengkoordinasikan sesuai dengan tujuan organisasi. Kepentingan ini yang menentukan sifat dan luas hubungan kerja dari pemegang pekerjaan baik secara individu maupun kelompok. Gibson (1997) menambahkan bahwa semakin lebar rentang kendali, semakin besar kelompok dan konsekuensi maka semakin sulit mendapatkan persahabatan atau hubungan kekeluargaan. Organisasi dalam kelompok besar pada umumnya kurang terjalin komunikasi dan interaksi secara cukup untuk membentuk ikatan interpersonal, dibandingkan organisasi dengan kelompok kecil. Tanpa komunikasi organisasi tidak dapat membentuk kelompok kerja yang kohesif. Dasar dibentuknya departementalisasi yang dipilih menejer, mempunyai implikasi penting bagi hubungan pekerjaan. Dalam departemen yang memiliki latar belakang anggota homogen dari aspek pendidikan dan ketrampilan akan lebih mudah menetapkan hubungan sosial yang memuaskan.

C. Kerangka Pikir Teoritis

Caring dalam asuhan keperawatan merupakan bagian dari bentuk kinerja perawat dalam merawat pasien. Secara teoritis ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi kinerja tenaga kesehatan diantaranya variabel individu, variabel organisasi dan psikologis. Variabel individu dikelompokkan pada sub

variabel kemampuan dan keterampilan, latar belakang dan demografis. (Gibson, 1997),

Variabel Psikologik merupakan hal yang kompleks dan sulit diukur, terdiri dari subvariabel persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Gibson (1997)

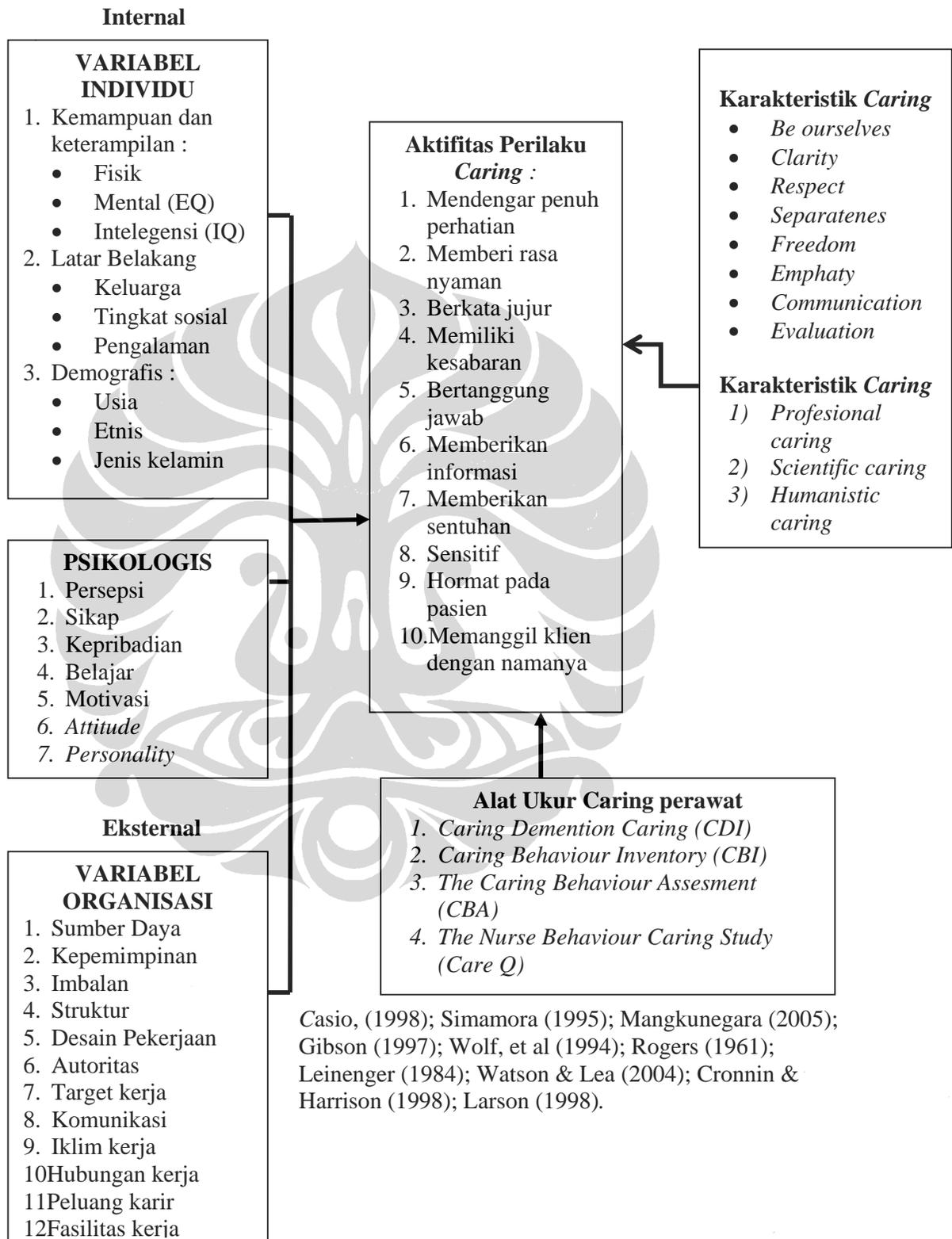
Variabel Organisasi menurut Gibson (1997) berefek tidak langsung terhadap perilaku dan kinerja individu. Variabel organisasi digolongkan dalam subvariabel meliputi sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, dan desain pekerjaan.

Ketiga kelompok variabel tersebut mempengaruhi perilaku kerja sehingga akhirnya mempengaruhi kinerja. Perilaku yang berhubungan dengan kinerja adalah yang berkaitan dengan tugas-tugas pekerjaan yang harus diselesaikan untuk mencapai sasaran suatu jabatan sesuai dengan uraian tugas yang telah ditetapkan.

Gibson (1997), menyampaikan model teori kinerja dan melakukan analisis terhadap sejumlah variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu.

Kerangka teoritis tampak pada skema 2.1 berikut ini:

2.1 Diagram Skematis Faktor Individu dan Faktor Organisasi dengan Perilaku *Caring* Perawat



BAB III

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS PENELITIAN DAN DEFINISI OPERASIONAL

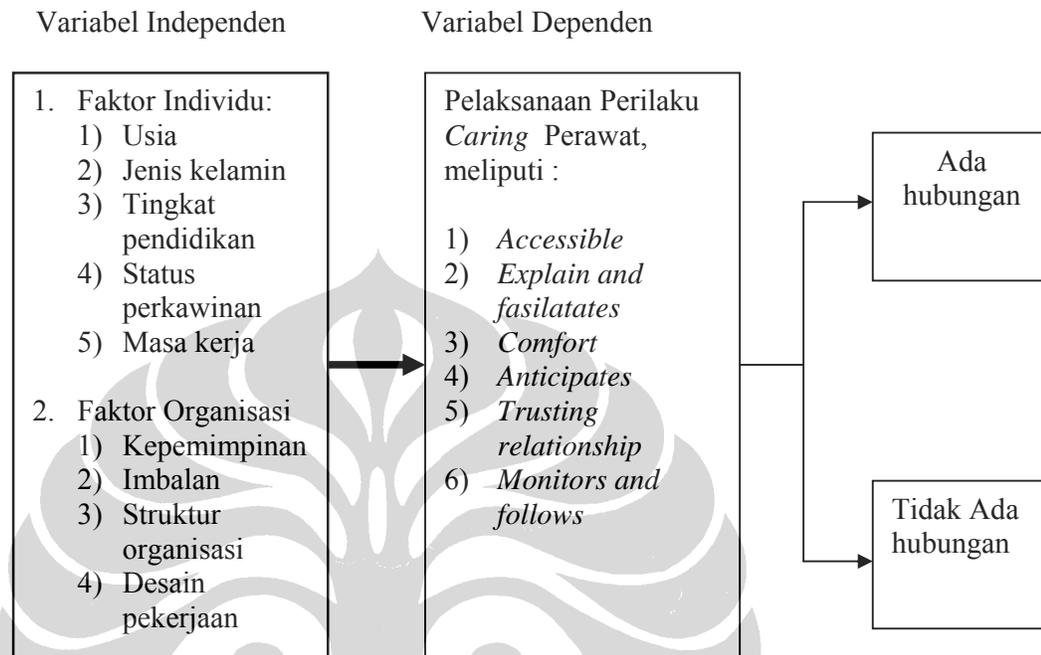
A. Kerangka Konsep

Berdasarkan kajian literatur pada tinjauan pustaka, maka diperoleh gambaran bahwa *caring* dalam asuhan keperawatan merupakan bagian dari bentuk kinerja perawat dalam merawat pasien.

Variabel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Variabel bebas (*independent*) adalah Faktor individu, meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan, dan masa kerja, dan Faktor Organisasi, meliputi kepemimpinan, imbalan, struktur organisasi dan desain pekerjaan. (Gibson, 1997). Faktor psikologi tidak diteliti karena Variabel psikologik merupakan hal yang kompleks dan sulit diukur, terdiri dari subvariabel persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Gibson (1997) menyatakan sukar untuk mencapai kesepakatan tentang pengertian dari berbagai variabel tersebut, karena sikap individu masuk dan bergabung dalam organisasi kerja yang berbeda satu dengan lainnya baik dari segi usia, etnis, latar belakang budaya, maupun keterampilan.
2. Variabel terikat (*dependent*) adalah perilaku *caring* perawat berdasarkan 6 (enam) indikator perilaku *caring* perawat menurut Larson (1998), meliputi *Accessible, Explain and fasilatates, Comfort, Anticipates, Trusting, dan relationship, Monitors and follow* .

3.1 Skema Kerangka Konsep Penelitian



B. Hipotesis Penelitian

1. *Hipotesis Mayor*: Ada hubungan antara faktor individu dan faktor organisasi dengan perilaku *caring* perawat di instalasi rawat inap RSUD Kota Bandung
2. *Hipotesis Minor*:
 - a. Ada hubungan antara faktor individu (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan, dan masa kerja) dengan perilaku *caring* perawat di instalasi rawat inap RSUD Kota Bandung

- b. Ada hubungan antara faktor organisasi (kepemimpinan, imbalan, struktur organisasi, desain pekerjaan) dengan perilaku *caring* perawat di instalasi rawat inap RSUD Kota Bandung

C. Definisi Operasional

Untuk memberikan pemahaman yang sama tentang pengertian variabel yang akan diukur dan untuk menentukan metode penelitian yang akan digunakan dalam analisis data, maka dibuat definisi operasional dari masing-masing variabel yang dapat dilihat pada tabel 3.1

Tabel 3.1 Definisi Operasional

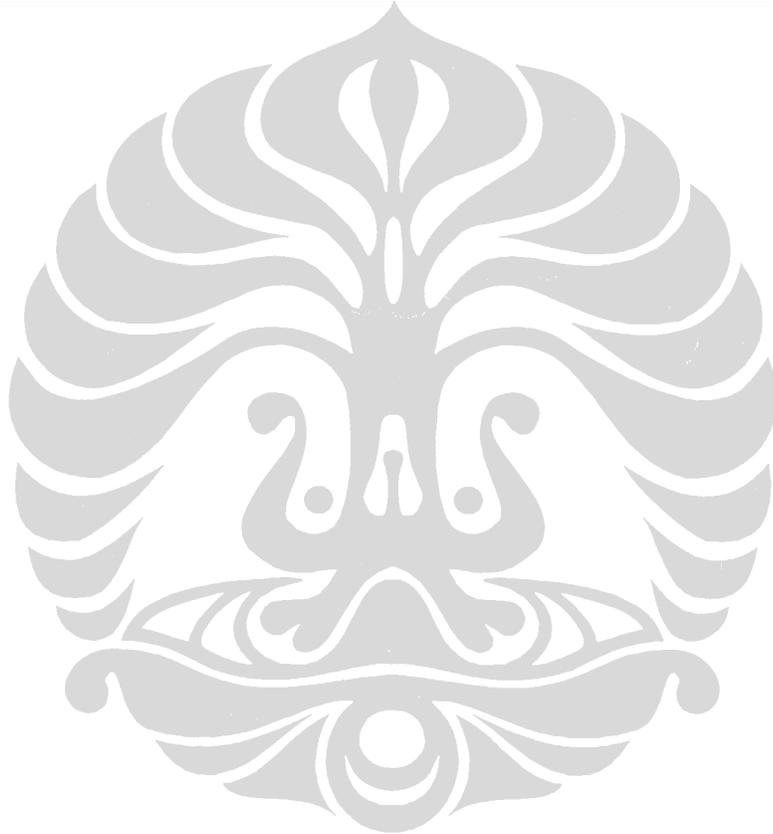
No	Variabel/ Subvariabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Variabel Independen				
	Faktor Individu				
	1) Usia	Usia perawat dihitung sejak tanggal kelahiran hingga ulang tahun terakhir pada saat mengisi kuesioner	Diukur dengan kuesioner A	Jumlah usia dalam tahun	Interval
	2) Jenis kelamin	Karakteristik perawat tentang jenis kelamin yang terdiri dari "laki-laki" dan "perempuan"	Diukur dengan kuesioner A	Pengelompokan : 0 = perempuan 1 = laki-laki	Nominal
	3) Tingkat pendidikan	Pendidikan formal perawat yang terakhir diikuti dan telah selesai dibuktikan dengan tanda lulus dari institusi	Diukur dengan kuesioner A	Pengelompokan : 0 = SPK 1 = D3 2 = S1	Ordinal

No	Variabel/ Subvariabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
		pendidikan tersebut			
4)	Status perkawinan	Status perkawinan perawat yang terdiri dari menikah dan belum menikah	Diukur dengan kuesioner A	Pengelompokan: 0 = belum menikah 1 = menikah	Nominal
5)	Masa kerja	Lamanya perawat bekerja di instalasi rawat inap RSUD Kota Bandung	Diukur dengan kuesioner A	Lama kerja perawat dalam tahun	Interval
Faktor Organisasi					
1)	Kepemimpinan	Persepsi perawat pelaksana tentang proses kepemimpinan kepala ruangan meliputi : a. Mengarahkan perilaku <i>caring</i> (penugasan yang jelas dan adil, memberikan umpan balik, aturan yang jelas, komunikasi terbuka) b. Mengawasi perilaku <i>caring</i> (memeriksa, menilai, memperbaiki) c. Mengkoordinasikan perilaku <i>caring</i> (membuat pertemuan kelompok kerja secara berkala dan berkesinambungan	Diukur dengan kuesioner B 4 butir Pertanyaan positif skor : 4 = sangat setuju, 3 = setuju, 2 = tidak setuju, 1 = sangat tidak setuju. 4 butir Pertanyaan negatif skor : 4 = sangat tidak setuju, 3 = tidak setuju, 2 = setuju, 1 = sangat setuju	1. Kurang (\leq mean) 2. Baik ($>$ mean)	Ordinal

No	Variabel/ Subvariabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
2)	Struktur organisasi	Persepsi perawat tentang : a. Kejelasan Tugas dan wewenang masing-masing individu berdasarkan struktur organisasi di ruangan b. Dalam SOP (Standar Operasional Perawat) memasukkan unsur <i>caring</i> c. Dalam SOK(Standar Operasional Kerja) memasukkan unsur <i>caring</i> d. Peraturan dan kebijakan tentang penerapan <i>caring</i> perawat di RS	Diukur dengan kuesioner B 4 butir pertanyaan positif skor : 4 = sangat setuju, 3 = setuju, 2 = tidak setuju, 1 = sangat tidak setuju. 4 butir pertanyaan negatif skor : 4 = sangat tidak setuju, 3 = tidak setuju, 2 = setuju, 1 = sangat setuju	1. Kurang (\leq mean) 2. Baik (\geq mean)	Ordinal
3)	Imbalan	Persepsi perawat tentang imbalan yang mendukung perilaku <i>caring</i> dalam bentuk : a. Immateriil (suasana kerja yang kondusif, kesempatan pengembangan, syarat kerja yang tidak terlalu ketat dan kondisi kerja yang lebih manusiawi) b. Materiil (gaji, insentif sesuai dengan kinerja perawat)	Diukur dengan kuesioner B 4 butir pertanyaan positif skor : 4 = sangat setuju, 3 = setuju, 2 = tidak setuju, 1 = sangat tidak setuju 4 butir pernyataan negatif, skor kebalikan dari pernyataan positif.	1. Kurang (\leq mean) 2. Baik (\geq mean)	Ordinal

No	Variabel/ Subvariabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
4)	Desain kerja	Persepsi perawat tentang : a. Adanya uraian tugas yang mengarah kepada <i>caring</i> b. Uraian tugas yang mudah dipahami dan dilaksanakan oleh perawat untuk berperilaku <i>caring</i>	Diukur dengan kuesioner B 4 pertanyaan positif skor : 4 = sangat setuju, 2 = tidak setuju, 1 = sangat tidak setuju. 4 pertanyaan negatif skor : 4 = sangat tidak setuju, 3 = tidak setuju, 2 = setuju, 1 = sangat setuju	1. Kurang (\leq mean) 2. Baik (\geq mean)	Ordinal
2	Variabel Dependent : Perilaku <i>caring</i> perawat	Persepsi perawat pelaksana terhadap perilaku <i>caring</i> yang dilakukan oleh dirinya kepada klien selama menjadi perawat di ruang rawat inap dengan menggunakan 6 (enam) indikator perilaku <i>caring</i> perawat, <i>Care Q</i> (<i>The Nurse Behaviour Caring Study</i>) Larson, meliputi : <i>Accessible</i> (kesiapan membantu), <i>Explain and fasilatates</i> (penjelasan dan kemudahan), <i>Comfort</i> (memberikan rasa nyaman), <i>Anticipates</i> (tindakan antisipasi),	Alat ukur menggunakan kuesioner C. Terdiri dari 50 item pernyataan perilaku <i>caring</i> , dengan menggunakan skala likert : Pertanyaan positif skor : 4 = selalu 3 = sering 2 = kadang-kadang 1 = tidak pernah Pertanyaan negatif skor : 4 = tidak pernah 3 = kadang-kadang	1. Kurang (\leq mean) 2. Baik (\geq mean)	Ordinal

No	Variabel/ Subvariabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
		<i>Trusting dan relationship</i> (membina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga), <i>Monitors and follow</i> (pemantauan dan keberlanjutan) .	2 = sering 1 = selalu		



BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Rancangan penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian korelasi deskriptif (*descriptive correlational*) dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*, di mana variabel independen dan variabel dependen dilakukan pengukuran sekaligus dalam waktu bersamaan (Arikunto, 2002).

Penelitian ini bertujuan melihat hubungan antara faktor individu dan faktor organisasi dengan perilaku *caring* perawat berdasarkan 6 kategori menurut teori Larson.

B. Populasi dan Sampel

a) Populasi

Populasi adalah keseluruhan individu yang menjadi acuan terhadap hasil penelitian yang akan dilakukan (Arikunto, 2005). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh perawat pelaksana instalasi rawat inap RSUD Kota Bandung sejumlah 43 orang

b) Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah perawat pelaksana instalasi rawat inap RSUD Kota Bandung. Teknik sampling yang digunakan adalah *total sampling*. Jumlah sampel pada penelitian ini adalah 43 perawat.

C. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Instalasi rawat inap RSUD Kota Bandung meliputi ruang rawat inap penyakit dalam, ruang rawat inap anak, ruang rawat inap bedah, ruang rawat inap peri kelas II dan kelas III. Alasan menggunakan instalasi rawat inap karena aktivitas perawat 24 jam bersama klien adalah di ruang rawat inap. Sedangkan alasan menggunakan RSUD Kota Bandung karena rumah sakit umum negeri daerah satu-satunya di wilayah Bandung Timur, sehingga RS ini menjadi andalan dan rujukan bagi masyarakat khususnya wilayah Bandung Timur dengan tarif yang sangat mudah dijangkau oleh masyarakat. Selain itu alasan menggunakan RSUD Kota Bandung ini, yaitu pada saat peneliti melakukan residen di RSUD Kota Bandung tersebut, berdasarkan hasil observasi banyak ditemukan perawat tidak *caring*, banyaknya keluhan dari klien tentang kurang peduli dan sigapnya tindakan perawat, banyak ditemukan variabel yang menghambat perilaku *caring* perawat.

D. Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan setelah memperoleh persetujuan dari pembimbing dan ijin secara lisan dari direktur RSUD Kota Bandung melalui diklat keperawatan, UD dr. Haryoto Lumajang melalui Kepala Bidang Perawatan dan bagian pendidikan pelatihan keperawatan, sambil menunggu proses penyelesaian ijin penelitian mulai pada 22 – 30 Juni 2009.

E. Etika Penelitian

Penelitian mengajukan permohonan ijin penelitian ke direktur RSUD kota Bandung. Ada aspek etik yang dijalankan dalam penelitian ini, responden dilindungi dengan memperhatikan aspek *self determination, privacy and anonymity, confidentiality, protection from discomfort* (Polit, Beck & Hungler, 2006).

1. *Self Determination*

Responden diberi kebebasan menentukan untuk ikut penelitian secara sukarela setelah dijelaskan tujuan dan akibat yang mungkin muncul dari penelitian. Masing-masing responden yang setuju mengikuti penelitian bersedia menandatangani *informed concerned* yang disediakan.

2. *Privacy and Anonymity*

Peneliti mempertahankan *anonymity* dan kerahasiaan pada saat pengumpulan data dengan tidak menuliskan atau mencantumkan nama responden, dan sebagai gantinya peneliti menggunakan nama kode nomor pada setiap responden

3. *Confidentiality*

Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dan informasi yang diberikan. Semua catatan tentang karakteristik responden yang telah diberikan sebagai dokumentasi hasil penelitian

F. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data dalam penelitian ini adalah instrumen berupa kuesioner. Kuesioner ini diklasifikasikan dalam kuesioner A untuk faktor individu responden, kuesioner B untuk mengukur faktor organisasi, dan kuesioner C untuk mengukur perilaku *caring* perawat pelaksana.

Berikut ini penjelasan tentang alat pengumpul data:

1. Kuesioner A.

Kuesioner A merupakan kuesioner yang berisi faktor individu, yaitu data-data karakteristik perawat pelaksana yang merupakan data primer yang dibuat sendiri oleh peneliti, meliputi; usia, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, dan masa kerja. Pertanyaan disertakan menjadi satu dalam lembaran kuesioner yang tersedia. Hasil pengumpulan data untuk variabel umur dan masa kerja tidak dikategorikan. Sedangkan variabel jenis kelamin dikategorikan menjadi laki-laki dan perempuan; pendidikan dikategorikan SPK, D3 keperawatan, S1 keperawatan; dan status pernikahan dikategorikan menikah dan belum menikah dengan memberi tanda *check list* (✓).

2. Kuesioner B

Kuesioner B merupakan kuesioner tentang faktor organisasi, meliputi pernyataan kepemimpinan kepala ruangan, struktur organisasi, imbalan, dan desain kerja. kuesioner kepemimpinan dikembangkan dari konsep Gillies (1994); Swanburg (2000). Kuesioner struktur organisasi dikembangkan peneliti dari Huber (2000); Tappen (2004); Terry (1994). Kuesioner

imbangan dikembangkan peneliti dari konsep Samsudin (2006). Kuesioner desain kerja dikembangkan peneliti dari konsep Gillies (1994); Swanburg (2000).

Kepemimpinan terdiri dari 8 pernyataan, pernyataan positif 4 buah (no 2,3,5,7) dan pernyataan negatif 4 buah (no 1,4,6,8). Struktur organisasi terdiri dari 8 pernyataan, pernyataan positif 4 buah (no 10,13,14,15) dan pernyataan negatif 4 buah (no 9,11,12,16). Imbalan terdiri dari 8 pernyataan, pernyataan positif 4 buah (no 18,20,22,24) dan pernyataan negatif 4 buah (no 17, 19,21,23). Desain kerja terdiri dari 8 pernyataan, pernyataan positif 4 buah (no 27,29,30,32) dan pernyataan negatif 4 buah (no 25,26,28,31).

Alternatif jawaban pada kuesioner B terdiri dari pernyataan yang bersifat positif dan pernyataan yang bersifat negatif. Pernyataan pada kuesioner menggunakan skala Likert dari skala 1-4 dengan kriteria penilaian pada pernyataan positif yaitu nilai 1 untuk Sangat Tidak Setuju (STS), nilai 2 untuk Tidak Setuju (TS), nilai 3 untuk Setuju (S), dan nilai 4 untuk Sangat Setuju (SS). Sedangkan pernyataan negatif nilai 4 untuk Sangat Tidak Setuju (STS), nilai 3 untuk Tidak Setuju (TS), nilai 2 untuk Setuju (S), dan nilai 1 untuk Sangat Setuju (SS).

3. Kuesioner C

Kuesioner C berisikan tentang penampilan perilaku perawat yang akan dipersepsikan oleh perawat pelaksana yang bekerja di ruang rawat inap.

Disusun berdasarkan *Care Q (The Nurse Behaviour Caring Study)* Larson (1998, dalam Watson 2004). *Care-Q* mengandung 50 perilaku caring yang dikelompokkan ke dalam 6 subskala, meliputi *Accessible* (perilaku perawat yang menunjukkan kesediaan dan kesiapan) terdiri dari 6 pertanyaan (no 1,3,5,6,4 pertanyaan positif; no 2 pertanyaan negatif); *Explain and facilitates* (Kemampuan perawat untuk memberikan penjelasan dan memediasi klien) terdiri dari 4 pertanyaan (no 8 pertanyaan positif; no 7,9,10 pertanyaan negatif); *Comfort* (Kemampuan perawat untuk memenuhi kenyamanan klien) terdiri dari 8 pertanyaan (no 11,12,14,15,18 pertanyaan positif; no 13,16,17 pertanyaan negatif); *Anticipates* (Kemampuan perawat untuk melakukan tindakan pencegahan) terdiri dari 2 pertanyaan (no 20 pertanyaan positif; no 19 pertanyaan negatif); *Trusting relationship* (Kemampuan perawat membina hubungan) terdiri dari 9 pertanyaan (no 23,24,26,28,29 pertanyaan positif; no 21,22,25,27 pertanyaan negatif); *Monitors and follows* (Kemampuan perawat dalam memberikan bantuan dan pengawasan) terdiri dari 8 pertanyaan (no 31,33,34,37 pertanyaan positif; no 30,32,35,36 pertanyaan negatif).

Instrumen ini digunakan oleh peneliti dengan alasan instrumen ini sudah teruji di dalam menilai perilaku *caring*, lebih sederhana, dan *aplikated* sesuai dengan kondisi lapangan. Pernyataan dalam kuesioner pelaksanaan *caring* dibuat dalam bentuk pernyataan positif (*favorable*) menggunakan skala Likert 1-4 dengan kriteria penilaian pada pertanyaan positif yaitu SL= selalu, jika kegiatan tidak pernah dilakukan diberi nilai 4; S= sering,

jika kegiatan sebagian besar dilakukan diberi nilai 3; KD= kadang-kadang, jika kegiatan hanya sewaktu-waktu dilakukan diberi nilai 2; dan TP= tidak pernah, jika kegiatan tidak dilakukan diberi nilai 1. Kriteria penilaian untuk pertanyaan negatif (*unfavorable*) merupakan kebalikan dari pertanyaan positif.

Sebelum alat pengumpulan data penelitian ini digunakan untuk mengukur variabel, peneliti telah melakukan uji coba kuesioner pada 30 perawat di RSUD Cibabat Cimahi tanggal 18-19 Juni 2009. Uji validitas dilakukan dengan menggunakan uji korelasi pearson product moment (r) yaitu membandingkan antara skor nilai setiap item pertanyaan dengan skor total kuesioner. Untuk melihat nilai korelasi tiap-tiap pertanyaan signifikan, maka nilai r hitung dibandingkan dengan nilai r tabel. Masing-masing nilai signifikan dari item pertanyaan dibandingkan nilai r tabel pada tingkat kemaknaan 5 %, jika lebih besar maka item pertanyaan tersebut valid atau sah (Notoatmodjo, 2005).

Validitas isi dilakukan dengan melihat bahasa dan susunan kata yang digunakan. Validitas konstruk dilakukan dengan uji korelasi (r) yang lebih dari r tabel : 0,361 berarti item pernyataan tersebut valid. Uji reliabilitas dilakukan setelah hasil uji validitas kuesioner uji coba valid. Caranya dengan membandingkan nilai r hasil dengan r tabel, pada uji ini nilai r hasil adalah nilai Alpha Cronbach. Koefisien reliabilitas (α) terletak antara

0,800-0,900 berarti kuat, tetapi bila di atas 0,500 dianggap masih reliabel (Burn & Grove, 1993).

G. Hasil Uji Coba Alat Pengumpul Data

Uji coba dilakukan pada tanggal 18-19 Juni 2009 pada 30 perawat pelaksana di RSUD Cibabat Cimahi, yang mempunyai karakteristik responden yang mendekati sama. Validitas isi dilakukan dengan melihat bahasa dan susunan kata yang digunakan. Validitas konstruk dilakukan dengan uji korelasi (r), dimana nilai $r > r$ tabel (0,361), artinya item pernyataan tersebut valid. Setelah dilakukan uji coba, peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas dengan menganalisis di komputer.

Hasil revisi untuk pernyataan yang tidak valid untuk masing-masing variabel sebagai berikut :

1. Pernyataan tentang variabel kepemimpinan ada 8 butir, didapatkan r alpha= 0,316, ada pernyataan yang tidak valid yaitu no 2 dan 3. Peneliti melakukan revisi terhadap pernyataan yang tidak valid. Pernyataan no 2, kata “berperilaku caring” diubah menjadi “askep” kemudian ditambahkan kata “kepada perawat pelaksana”. Pernyataan no 3, ditambahkan kata “tentang” setelah kata “umpan balik”.
2. Pernyataan tentang variabel struktur variabel ada 8 butir, didapatkan r alpha=0,213, ada pernyataan yang tidak valid yaitu no 10. Peneliti

melakukan revisi kalimat “pembagian aktifitas pekerjaan” menjadi kata “tupoksi”.

3. Pernyataan tentang variabel imbalan ada 8 butir, didapatkan $r_{\alpha} = 0,141$ ada pernyataan yang tidak valid dan tidak reliabel yaitu no 22 dan 24. Peneliti melakukan revisi terhadap pernyataan yang tidak valid. Pernyataan no 22 kata “secara” dihilangkan setelah kata “penghargaan” menjadi “penghargaan tertulis”. Pernyataan no 24 kata “berprestasi” dihilangkan menjadi “berperilaku caring”.
4. Pernyataan tentang variabel desain kerja ada 8 butir, didapatkan $r_{\alpha} = 0,117$ ada pernyataan tidak valid yaitu no 26,27. Peneliti melakukan revisi terhadap pernyataan yang tidak valid. Pernyataan no 26 kalimat “waktu yang lama” menjadi “menyita waktu”. Pernyataan no 27 kalimat “tugas berdasarkan” menjadi “uraian tugas”
5. Pernyataan tentang variabel perilaku *caring* ada 50 butir, didapatkan $r_{\alpha} < 0,304$. Ada pernyataan yang tidak valid yaitu no 9,14,17,23,25,26,27,29,32,33,37,38,42. Peneliti membuang pernyataan tersebut karena secara substansi sudah terwakili oleh pernyataan yang lainnya.

H. Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data yang dilaksanakan oleh peneliti adalah:

1. Prosedur Administratif

- a. Mengajukan ijin uji validitas dan reliabilitas kuesioner penelitian ke RSUD Cibabat Cimahi Bandung, pada tanggal 18-19 Juni 2009
- b. Mengajukan Ijin penelitian ke Pemda Kotamadya Bandung, kemudian menyerahkan ijin tersebut ke direktur RSUD Kota Bandung.
- c. Menyiapkan kelengkapan data dan instrument penelitian

2. Prosedur Teknis

- 1) Koordinasi dengan kepala bidang keperawatan dan diklat keperawatan tentang persiapan pelaksanaan penelitian pada tanggal 19 Juni 2009
- 2) Peneliti menjelaskan latarbelakang, tujuan dan manfaat penelitian pada kepala ruang penyakit dalam, penyakit bedah, perinatal, dan ruang anak-anak di RSUD Kota Bandung tanggal 20 Juni 2009. Kemudian, dibantu oleh kepala ruang, peneliti memberikan penjelasan mengenai maksud, tujuan dan manfaat penelitian kepada perawat pelaksana, selanjutnya responden menandatangani lembar persetujuan.
- 3) Peneliti membuat kontrak waktu dengan perawat-perawat yang sudah menandatangani *informed consent* untuk berkumpul disuatu ruangan dan mengisi kuesioner yang diberikan oleh peneliti.
- 4) Responden berkumpul setelah dinas pagi dan berkumpul di suatu ruangan, peneliti mendampingi responden agar dapat menjelaskan jika ada pernyataan yang kurang jelas. Lama pengisian untuk kuesioner adalah 15 – 30 menit, dari mulai tanggal 22 – 30 Juni 2009.

I. Analisis Data

Kegiatan analisis data terdiri dari pengolahan data dan *entry* data berdasarkan empat tahapan pengolahan data dari Hastono (2007), yaitu:

1. *Editing*

Memeriksa ulang isian formulir atau kuesioner kelengkapan pengisian jawaban, kejelasan dan kesesuaian jawaban responden agar dapat diolah dengan baik.

2. *Coding*

Peneliti memberikan kode pada setiap jawaban dengan mengkonversi pernyataan ke dalam angka.

3. *Processing*

Peneliti meng-*entry* data ke paket program komputer semua kuesioner yang terisi penuh dan benar, dan sudah diberi kode.

4. *Cleaning*

Memeriksa kembali data yang telah dimasukkan ke dalam komputer untuk memastikan data telah bersih dari kesalahan baik pada waktu pemberian kode maupun pembersihan skor data. Semua data bersih dan tidak ditemukan *missing data*.

Tahap berikutnya adalah menganalisis data yang telah ada di komputer . Analisis data meliputi analisis univariat, bivariat, dan multivariat.

Analisa data dilakukan dengan menggunakan :

1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui gambaran mean, median, pada variabel individu dan faktor organisasi dan variabel perilaku *caring*.

Tabel 4.1. Uji statistik pada Analisa Univariat

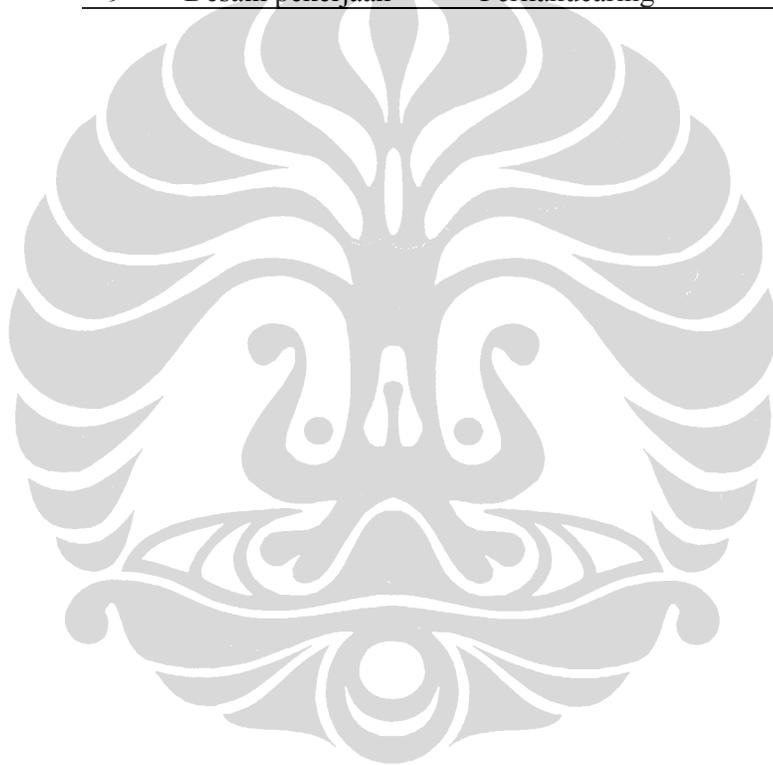
No	Variabel	Jenis Data	Cara Analisis
1	Faktor individu: 1) Usia 2) Lama Kerja 3) Status perkawinan 4) Jenis kelamin 5) Pendidikan	Numerik Numerik Kategorik Kategorik Kategorik	Rata-rata hitung (mean, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal) Distribusi frekuensi dengan ukuran presentase atau proporsi
2	Faktor organisasi 1) Kepemimpinan 2) Imbalan 3) Struktur organisasi 4) Desain pekerjaan	Kategorik Kategorik Kategorik Kategorik	Distribusi frekuensi dengan ukuran presentase atau proporsi
3	Perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana	Kategorik	Distribusi frekuensi dengan ukuran presentase atau proporsi

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel *independent* faktor individu dan faktor organisasi dengan variabel *dependent* perilaku *caring* perawat. Selibhnya analisis bivariat dapat dilihat pada tabel 4.2

Tabel 4.2 Analisis Bivariat Variabel Penelitian Hubungan faktor individu dan faktor organisasi dengan perilaku *caring* perawat

No	Variabel Independen	Variabel Dependen	Cara Analisis
1	Usia	Perilaku <i>caring</i>	Uji T Independent
2	Jenis kelamin	Perilaku <i>caring</i>	Chi Square
3	Tingkat pendidikan	Perilaku <i>caring</i>	Chi Square
4	Status perkawinan	Perilaku <i>caring</i>	Chi Square
5	Masa kerja	Perilaku <i>caring</i>	Uji T Independent
6	Kepemimpinan	Perilakucaring	Chi Square
7	Imbalan	Perilakucaring	Chi Square
8	Struktur orgsnisasi	Perilakucaring	Chi Square
9	Desain pekerjaan	Perilakucaring	Chi Square



BAB V

HASIL PENELITIAN

Bab ini menyajikan hasil penelitian yang telah dilaksanakan di RSUD Kota Bandung pada 22–30 Juni 2009. Kuesioner diberikan pada 43 responden yang semuanya adalah perawat pelaksana di instalasi rawat inap RSUD Kota Bandung. Hasil analisis dikelompokkan menjadi analisis univariat, bivariat, dan multivariat.

A. Analisis Univariat

1. Faktor Individu

Gambaran faktor individu meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan, dan masa kerja akan diuraikan pada tabel 5.1

Tabel 5.1
Distribusi responden menurut usur dan masa kerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bandung 22 – 30 Juni 2009 (n=43)

Variabel	Mean Median	Standar Deviasi	Minimum Maksimum	95%CI
Usia	28,70 28,00	3,66	22-43	27,57-29,82
Masa kerja	6,05 5,00	3,10	2-16	5,09-7,00

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa rata-rata usia perawat 28,7 tahun, usia termuda 22 tahun dan tertua 43 tahun. Rata-rata masa kerja perawat adalah 6,05 tahun dengan lama kerja tersingkat 2 tahun dan terlama 16 tahun.

Faktor individu responden berdasarkan jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan, dan status perkawinan dapat dilihat pada tabel 5.2

Tabel 5.2
Distribusi responden menurut jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan status perkawinan perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bandung 22 – 30 Juni 2009 (n=43)

Variabel	Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
1. Jenis Kelamin	a. Laki-laki	11	25,6
	b. Perempuan	32	74,4
2. Tingkat pendidikan	a. SPK	1	2,3
	b. D3 Keperawatan	39	90,7
	c. S1 Keperawatan	3	7
3. Status perkawinan	a. Menikah	34	79,1
	b. Belum menikah	9	20,9

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa sebagian besar perawat berjenis kelamin perempuan sebesar 74,4 %, berpendidikan D3 yaitu 90,7 %, dengan status perkawinan sebagian besar menikah sebanyak 79,1%.

2. Faktor Organisasi

Hasil penelitian tentang faktor organisasi yaitu kepemimpinan, struktur organisasi, imbalan, dan desain kerja dapat dilihat pada tabel 5.3

Tabel 5.3
Distribusi responden menurut kepemimpinan, struktur organisasi,
imbalan, dan desain kerja yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana
di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bandung
22 – 30 Juni 2009 (n=43)

Variabel	Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Kepemimpinan	Kurang	25	58,1
	Baik	18	41,9
Struktur organisasi	Kurang	22	51,2
	Baik	21	48,8
Imbalan	Kurang	20	46,5
	Baik	23	53,5
Desain Kerja	Kurang	27	62,8
	Baik	16	37,2

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa sebagian besar persepsi perawat pelaksana terhadap kepemimpinan kepala ruangan masih kurang sebanyak 25 orang (58,1%). Persepsi perawat pelaksana terhadap struktur organisasi di ruangan sebagian besar masih kurang sebanyak 22 orang (51,2%). Persepsi perawat pelaksana terhadap desain kerja sebagian besar di ruangan masih kurang sebanyak 27 orang (62,8%).

Berdasarkan tabel 5.3 tampak bahwa persepsi perawat pelaksana terhadap imbalan di ruangan lebih dari setengahnya baik yaitu 23 orang (53,5%).

3. Perilaku *Caring* Perawat Pelaksana

Hasil penelitian tentang perilaku *caring* perawat pelaksana dapat dilihat pada tabel 5.4

Tabel 5.4
Distribusi perilaku *caring* perawat pelaksana yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bandung 22 – 30 Juni 2009 (n=43)

Variabel	Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Perilaku <i>caring</i> perawat	Kurang	25	58,1
	Baik	18	41,9

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa sebagian besar perilaku *caring* perawat pelaksana masih kurang yaitu 25 orang (58,1%).

Tabel 5.5
Distribusi sub variabel perilaku *caring* perawat pelaksana yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bandung 22 – 30 Juni 2009 (n=43)

Sub Variabel	Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
<i>Accessible</i> (kesiapan membantu)	Kurang	20	46,5
	Baik	13	53,5
<i>Explain and fasilitates</i> (penjelasan dan kemudahan)	Kurang	14	32,6
	Baik	29	67,4
<i>Comfort</i> (memberikan rasa nyaman)	Kurang	24	55,8
	Baik	19	44,2
<i>Anticipates</i> (tindakan antisipasi)	Kurang	28	65,1
	Baik	15	34,9
<i>Trusting dan relationship</i> (membina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga)	Kurang	22	51,2
	Baik	21	48,8
<i>Monitors and follow</i> (pemantauan dan keberlanjutan) .	Kurang	26	60,5
	Baik	17	39,5

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa hampir seluruhnya dari sub variabel perilaku *caring* perawat pelaksana masih kurang, *Accessible* (kesiapan membantu) sejumlah 20 orang (46,5%), *Comfort* (memberikan rasa nyaman) sejumlah 24 orang (55,8%); *Anticipates* (tindakan antisipasi) 28 orang (65,1%); *Trusting dan relationship* (membina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga) 22 orang (51,2%); *Monitors and follow* (pemantauan dan keberlanjutan) 26 orang (60,5%).

B. Analisis Bivariat

1. Hubungan Faktor Individu dengan Perilaku *Caring* Perawat Pelaksana

Analisis bivariat yang digunakan adalah uji t independen untuk variabel usia dan masa kerja dengan perilaku *caring* perawat pelaksana (variabel numerik dan variabel kategorik). Sedangkan analisis bivariat yang digunakan untuk variabel jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan status perkawinan dengan perilaku *caring* perawat pelaksana adalah *chi square test* (variabel kategorik dan kategorik). Hasil penelitian dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.6
Hubungan faktor individu (usia dan lama kerja) dengan perilaku *caring*
perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bandung
22 – 30 Juni 2009 (n=43)

Variabel	n	Mean	SD	p value
Usia				
Perilaku <i>caring</i> kurang	25	27,5	2,06	0,027
Perilaku <i>caring</i> baik	18	30,3	4,71	
Masa kerja				
Perilaku <i>caring</i> kurang	25	4,6	1,5	0,001
Perilaku <i>caring</i> baik	18	8,0	3,7	

Hasil analisis dengan *t* independen pada derajat kepercayaan 95% menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara usia dengan perilaku *caring* perawat pelaksana dengan nilai $p = 0,027$ (nilai $p \leq 0,05$) dan terdapat hubungan bermakna masa kerja dengan perilaku *caring* perawat pelaksana dengan nilai $p = 0,001$ (nilai $p \leq 0,05$).

Tabel 5.7
Hubungan faktor individu (jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan status perkawinan) dengan perilaku *caring* perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bandung 22 – 30 Juni 2009 (n=43)

Variabel	Perilaku <i>Caring</i>		Nilai p	OR (95% CI)
	Kurang (n=25)	Baik (n=18)		
Jenis Kelamin				
Laki-laki	6 (54,5%)	5 (45,5%)	0,525	0,82 (0,21-3,27)
Perempuan	19 (59,5%)	13 (40,6%)		
Tingkat pendidikan				
SPK			0,398	
D3 Keperawatan	23 (59,0)	17 (41,0%)		
S1 Keperawatan	2 (66,7%)	1 (33,3%)		
Status perkawinan				
Menikah	20 (58,8%)	14 (41,2%)	0,860	1,14 (0,26-5,03)
Belum menikah	5 (55,6%)	4 (44,4%)		

Hasil analisis dengan *Chi square test* pada derajat kepercayaan 95% menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan bermakna antara jenis kelamin dengan perilaku *caring* perawat pelaksana ($p=0,525$) dan tidak terdapat hubungan bermakna tingkat pendidikan dengan perilaku *caring* perawat pelaksana ($p=0,398$). Kategori tingkat pendidikan SPK sejumlah 1 responden digabungkan ke dalam tingkat pendidikan D3 keperawatan. Terdapat pula hubungan bermakna antara status perkawinan dengan perilaku *caring* perawat pelaksana ($p=0,860$).

2. Hubungan Faktor Organisasi dengan Perilaku *Caring* Perawat Pelaksana

Analisis bivariat yang digunakan untuk variabel organisasi (kepemimpinan, struktur organisasi, imbalan, dan desain kerja) dapat dilihat pada tabel 5.8

Tabel 5.8
Hubungan faktor organisasi (kepemimpinan, struktur organisasi, imbalan, dan desain kerja) dengan perilaku *caring* perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Bandung 22 – 30 Juni 2009 (n=43)

Variabel	Perilaku <i>Caring</i>		Nilai p	OR (95% CI)
	Kurang (n=25)	Baik (n=18)		
Kepemimpinan			0,005	6,33(1,65-24,25)
Kurang	19 (76,0%)	6 (24,0%)		
Baik	6 (33,3%)	12 (66,7%)		
Struktur organisasi			0,001	9,00(2,19-37,00)
Kurang	18 (81,8%)	4 (18,2%)		
Baik	7 (33,3%)	14 (66,7%)		
Imbalan			0,037	3,9(1,06-14,39)
Kurang	15 (75,0%)	5 (25,0%)		
Baik	10 (43,5%)	13 (56,5%)		
Desain pekerjaan			0,006	6,29(1,61-24,57)
Kurang	20 (74,1)	7 (25,9%)		
Baik	5 (31,3)	11 (68,8%)		

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa hasil analisis dengan *chi square test* pada derajat kepercayaan 95% menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara persepsi perawat terhadap kepemimpinan kepala ruangan dengan perilaku *caring* perawat pelaksana ($p=0,005$). Analisis keeratan menunjukkan odds rasio (OR) 6,33 hal ini menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang memiliki persepsi kurang terhadap kepemimpinan kepala ruangan akan memiliki peluang 6,33 kali lebih besar untuk berperilaku *caring* kurang dibandingkan dengan perawat pelaksana yang memiliki persepsi baik terhadap kepemimpinan kepala ruangan.

Terdapat hubungan bermakna antara persepsi perawat pelaksana terhadap struktur organisasi dengan perilaku *caring* perawat pelaksana dengan nilai $p = 0,001$ (nilai $p \leq 0,05$) dan analisis keeratan menunjukkan odds rasio (OR) 9,00 hal ini menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang memiliki persepsi kurang terhadap struktur organisasi ruangan akan memiliki peluang 9,00 kali lebih besar untuk berperilaku *caring* kurang dibandingkan dengan perawat pelaksana yang memiliki persepsi baik terhadap struktur organisasi. Tampak pula adanya hubungan bermakna antara persepsi perawat pelaksana terhadap imbalan yang diterima dengan perilaku *caring* perawat pelaksana dengan nilai $p = 0,037$ (nilai $p \leq 0,05$) dan analisis keeratan menunjukkan odds rasio (OR) 3,9 hal ini menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang memiliki persepsi kurang terhadap imbalan yang diterima akan memiliki peluang 3,9 kali lebih besar untuk berperilaku *caring* kurang dibandingkan dengan perawat pelaksana yang memiliki persepsi baik terhadap imbalan.

Hasil analisis statistik menunjukkan pula bahwa terdapat hubungan bermakna antara persepsi perawat pelaksana terhadap desain pekerjaan dengan perilaku *caring* perawat pelaksana dengan nilai $p = 0,006$ (nilai $p \leq 0,05$) dan analisis keeratan menunjukkan odds rasio (OR) 6,29 hal ini menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang memiliki persepsi kurang terhadap desain pekerjaan akan memiliki peluang 6,29 kali lebih besar untuk berperilaku *caring* kurang dibandingkan dengan perawat pelaksana yang memiliki persepsi baik terhadap desain kerja.

BAB VI

PEMBAHASAN

A. Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian

Bab ini peneliti membahas hasil-hasil penelitian yang didapat dan membandingkannya dengan tinjauan pustaka, hasil-hasil penelitian terdahulu serta keterbatasan penelitian. Pada bagian bagian akhir bab ini juga menyajikan implikasi penelitian untuk keperawatan. Pembahasan hasil penelitian ditujukan pada sembilan variabel independen (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan, masa kerja, kepemimpinan, imbalan, struktur organisasi, dan desain pekerjaan) dalam hubungannya dengan perilaku *caring* perawat pelaksanaan di ruang rawat inap (variabel dependen).

1. Perilaku *Caring* Perawat Pelaksana

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar perilaku *caring* perawat pelaksana masih kurang yaitu 25 orang (58,1%). Hal ini sangat mungkin terjadi karena kebanyakan perawat terlibat secara aktif dan memusatkan diri pada fenomena medik seperti cara diagnostik dan cara pengobatan. Perawat disibukkan oleh kegiatan-kegiatan medik sehingga kekurangan waktu dalam memberikan perhatian pada tugas-tugas *care* pada klien.

Beberapa bukti empirik yang mendukung kepada kurangnya perilaku *caring* perawat yaitu hasil penelitian yang dilakukan oleh Green halgh, Vanhanen & Kyngas (1998), penelitian yang berjudul *Nurse Caring Behaviours* yang

bertujuan untuk menelaah perilaku perawat yang bekerja di ruang perawatan umum, menunjukkan bahwa perawat lebih menekankan perilaku *caring* fisik daripada afektif. Pemenuhan kebutuhan biologis menjadi fokus utama perawat sehingga kebutuhan lainnya seperti kebutuhan psikologis, sosial, dan spiritual klien kurang mendapat perhatian.

Penelitian lain yang memperkuat penelitian ini adalah penelitian Agustin (2002) dalam penelitiannya tentang *caring* perawat, di mana perawat yang tidak berperilaku *caring* sebesar 48,5% dan penelitian Byrne dan Heyman (1997, dalam Nyoman, 2008) yang menemukan pasien yang di rawat inap sebagai besar mengalami stres dan faktor komunikasi perawat diperkirakan sebagai faktor pemberat. Hal ini sangat ironi karena perawat tidak akan mungkin dapat membina hubungan yang terapeutik jika tidak didukung oleh komunikasi yang bersifat terapeutik. Komunikasi akan memberikan makna bagi siapapun, karena dengan komunikasi, tujuan tindakan keperawatan akan terfasilitasi, dan membantu dalam menyelesaikan masalah klien.

Asuhan keperawatan bermutu yang diberikan oleh perawat dapat dicapai apabila perawat dapat memperlihatkan sikap *caring* kepada klien. Dalam memberikan asuhan, perawat menggunakan keahlian, kata-kata yang lemah lembut, sentuhan, memberikan harapan, selalu berada disamping klien, dan bersikap *caring* sebagai media pemberi asuhan. (Barnum (1998) dan Melleis (1997). Para perawat dapat diminta untuk merawat, namun mereka tidak dapat diperintah untuk memberikan asuhan dengan menggunakan spirit *caring*.

Spirit *caring* seyogyanya harus tumbuh dari dalam diri perawat dan berasal dari hati perawat yang terdalam. Spirit *caring* bukan hanya memperlihatkan apa yang dikerjakan perawat yang bersifat tindakan fisik, tetapi juga mencerminkan siapa dia. Oleh karenanya, setiap perawat dapat memperlihatkan cara yang beradab ketika memberikan asuhan kepada klien.

Caring merupakan pengetahuan kemanusiaan, inti dari praktik keperawatan yang bersifat etik dan filosofikal. *Caring* bukan semata-mata perilaku. *Caring* adalah cara yang memiliki makna dan memotivasi tindakan (Tomey, A., M, 1994). *Caring* juga sebagai tindakan yang bertujuan memberikan asuhan fisik dan perhatikan emosi sambil meningkatkan rasa aman dan keselamatan klien (Carruth et all, 1999).

Sikap ini diberikan melalui kejujuran, kepercayaan, dan niat baik. Perilaku *caring* menolong klien meningkatkan perubahan positif dalam aspek fisik, psikologis, spiritual, dan sosial. Bersikap *caring* untuk klien dan bekerja bersama dengan klien dari berbagai lingkungan merupakan esensi keperawatan.

RSUD Kota Bandung merupakan rumah sakit tipe C yang sedang berkembang. Upaya yang dilakukan oleh rumah sakit dari mulai perbaikan fisik sampai dengan SDM sedang dilakukan oleh pihak RSUD Kota Bandung. Asumsi peneliti perilaku *caring* perawat kurang disebabkan jumlah perawat yang sangat terbatas dengan jumlah klien yang banyak (rasio perawat : klien

adalah 1 : 12-18) dan perawat belum memahami secara jelas makna yang sesungguhnya dari *caring*. Mulai dari arti *caring*, tujuan *caring*, spirit *caring*, sampai dengan tindakan *caring* seperti apa dan bagaimana.

Hampir seluruhnya dari sub variabel perilaku *caring* perawat pelaksana masih kurang, *Comfort* (memberikan rasa nyaman) sejumlah 24 orang (55,8%); *Anticipates* (tindakan antisipasi) 28 orang (65,1%); *Trusting dan relationship* (membina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga) 22 orang (51,2%); *Monitors and follow* (pemantauan dan keberlanjutan) 26 orang (60,5%). Hasil ini dapat dimengerti oleh peneliti karena berdasarkan hasil pengamatan peneliti, masih banyak perawat mengabaikan komunikasi terapeutik, sehingga hubungan yang terjalin pun tidak terapeutik. Hubungan perawat dan klien adalah suatu bentuk hubungan terapeutik/profesional dan timbal balik yang bertujuan untuk meningkatkan efektifitas hasil intervensi keperawatan melalui suatu proses pembinaan pemahaman tentang dua pihak yang sedang berhubungan. Hubungan profesional ini diprakasai oleh perawat melalui sikap empati dan keinginan berespon (*sense of responsiveness*) serta keinginan menolong klien (*sense of caring*).

2. Hubungan Faktor Individu (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan, dan masa kerja) dengan perilaku *caring* perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung

a. Usia dengan perilaku *caring* perawat

Analisis univariat menurut usia menunjukkan bahwa rata-rata perawat berumur 28,35 tahun. Usia termuda 22 tahun dan tertua 43 tahun. Hasil analisis bivariat dengan uji t independen diperoleh $p=0,027$ artinya terdapat hubungan bermakna antara umur dengan perilaku *caring* perawat. Data ini menunjukkan bahwa sebagian besar perawat di ruang rawat inap RSUD Kota Bandung berada pada usia produktif artinya pada usia ini memungkinkan perawat dalam masa kedewasaan dan kematangan.

Hal ini sesuai teori yang dikemukakan oleh Deslerr (1998), yaitu usia produktif adalah usia 25 – 30 tahun dimana pada tahap ini merupakan penentu seseorang untuk memilih bidang pekerjaan yang sesuai bagi karir individu tersebut. Usia 30 – 40 tahun merupakan tahap pematapan pilihan karir untuk mencapai tujuan. Sedangkan puncak karir terjadi pada usia 40 tahun. Menurut Siagian (1995), semakin lanjut usia seseorang semakin meningkat pula kedewasaan teknisnya, demikian pula psikologis, menunjukkan kematangan jiwa. Usia yang semakin meningkat akan meningkatkan pula kebijaksanaan kematangan seseorang dalam mengambil keputusan, berpikir rasional, mengendalikan emosi, dan bertoleransi terhadap pandangan orang lain, berarti kinerja orang itu juga meningkat.

Usia tersebut berkaitan erat dengan tingkat kedewasaan/ maturitas seseorang. Semakin tinggi usia semakin mampu menunjukkan kematangan jiwa dan semakin dapat berfikir rasional, semakin bijaksana, mampu mengendalikan emosi dan semakin terbuka terhadap pandangan orang lain. Perawat RSUD Kota Bandung memiliki modal dasar dalam mengembangkan SDM dilihat secara usia.

b. Masa kerja dengan perilaku *caring* perawat

Hasil analisis didapatkan bahwa rata-rata lama kerja perawat adalah 6,05 tahun dengan standar deviasi 3,10 tahun dengan lama kerja terpendek 2 tahun dan terlama 16 tahun. Hasil analisis dalam penelitian ini memperlihatkan terdapat hubungan bermakna masa kerja dengan perilaku *caring* perawat pelaksana dengan nilai $p = 0,001$ (nilai $p \leq 0,05$). Masa kerja adalah lama seorang perawat bekerja pada suatu organisasi yaitu dari mulai perawat itu resmi dinyatakan sebagai pegawai/ karyawan suatu rumah sakit. Robbins (1998); Semakin lama seseorang bekerja semakin terampil dan akan lebih berpengalaman dalam melaksanakan pekerjaannya.

Penelitian ini diperkuat oleh pendapat Djayoesman (1996), menyatakan bahwa ada hubungan antara masa kerja dan motivasi kerja yang nantinya akan mempengaruhi kinerja perawat. Peneliti lain (Purnomowati, 1983) memperkuat pendapat ini, ia mengemukakan bahwa ada korelasi positif antara masa kerja dengan motivasi kerja perawat.

Asumsi peneliti masa kerja perawat RSUD kota Bandung berpengaruh terhadap pengalaman kerja hal ini dapat dilihat tampak ada perawat senior dilapangan berdasarkan lama kerja yang dijadikan role model dan dijadikan acuan bagi perawat-perawat muda.

c. Jenis kelamin dengan perilaku *caring* perawat

Analisis univariat menurut jenis kelamin menunjukkan bahwa rata-rata perawat hampir seluruhnya berjenis kelamin perempuan, sebesar 74,4 %. Hasil analisis dengan *chi square test* pada derajat kepercayaan 95% menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan bermakna antara jenis kelamin dengan perilaku *caring* perawat pelaksana dengan nilai $p = 0,525$ (nilai $p > 0,05$). Penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Asman (2001), Aminuddin (2002), dan Panjaitan (2002), yang menyatakan bahwa tidak ada perbedaan kinerja perawat laki-laki dengan perempuan.

Hasil penelitian ini tidak didukung oleh hasil penelitian Green, Vanhanen & Kyngas (1998), tentang *nurse caring behaviours* menganalisa bahwa terdapat hubungan antara jenis kelamin perawat dengan perilaku *caring*, dimana perawat wanita lebih *caring* pada diri sendiri dan orang lain, membangun hubungan saling percaya dengan klien, dan memberikan rasa nyaman yang lebih baik dibandingkan dengan perawat pria.

Asumsi peneliti adanya perbedaan hasil penelitian sangat dimungkinkan karena adanya perbedaan budaya, kebiasaan, nilai, dan faktor lainnya. Saat

ini perbedaan *gender* sudah tidak berlaku di masyarakat. Perawat perempuan memiliki tugas dan kewajiban yang sama dengan perawat perempuan.

d. Tingkat pendidikan dengan perilaku caring perawat

Perawat di instalasi rawat inap RSUD Kota Bandung hampir seluruhnya berpendidikan D3 yaitu 90,7 %, dan tidak terdapat hubungan bermakna tingkat pendidikan dengan perilaku caring perawat pelaksana dengan nilai $p = 0,398$ (nilai $p > 0,05$). Hasil penelitian ini tidak sependapat dengan Siagian (1999) yang mengatakan bahwa tingkat pendidikan perawat mempengaruhi kinerja perawat yang bersangkutan. Tenaga keperawatan yang berpendidikan tinggi kinerjanya akan lebih baik karena telah memiliki pengetahuan dan wawasan yang lebih luas dibandingkan dengan perawat yang berpendidikan lebih rendah.

Asumsi peneliti, *Caring* merupakan ilmu tentang manusia, bukan hanya sebagai perilaku, namun merupakan suatu cara sehingga sesuatu menjadi berarti dan memberi motivasi untuk berbuat. Selanjutnya Watson menyatakan *caring* tidak dapat diturunkan dari satu generasi ke generasi berikutnya melalui genetika, melainkan melalui budaya profesi. Mewujudkan budaya *caring* kepada klien tidak hanya selalu melalui pendidikan tapi dapat diwujudkan melalui budaya profesi.

Asumsi peneliti spirit *caring* seyogyanya harus tumbuh dari dalam diri perawat dan berasal dari hati perawat yang terdalam. Spirit ini ada dalam diri setiap perawat, apapun tingkat pendidikannya. Setiap perawat berkewajiban memperlihatkan cara yang beradab ketika memberikan asuhan kepada klien. RSUD Kota Bandung baru saja selesai menyekolahkan perawat-perawat yang berpendidikan SPK, sehingga belum ada tampak perbedaan perawat berpendidikan SPK dengan D3 keperawatan.

e. Status perkawinan dengan perilaku caring perawat

Analisis univariat menurut status perkawinan sebagian besar menikah sebanyak 79,1%. Pada analisis bivariat tidak terdapat hubungan bermakna antara status perkawinan dengan perilaku caring perawat pelaksana dengan nilai $p = 0,860$ (nilai $p > 0,05$). Hasil ini sesuai dengan penelitian Rusdi (2001), Asman (2001), Rusmiati (2006), yang menyatakan tidak ada hubungan status pernikahan dengan kinerja.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan hasil penelitian Panjaitan (2002), Rivai (2003), dan Prawoto (2007) yang menemukan ada hubungan bermakna antara kinerja dengan status pernikahan. Hal ini didukung oleh pendapat Siagian (1995), status pernikahan seseorang berpengaruh terhadap perilaku seseorang dalam kehidupan organisasinya, baik secara positif maupun negatif karyawan yang menikah lebih banyak absen, mengalami pergantian

yang lebih rendah dan lebih puas dengan hasil pekerjaan daripada teman sekerjanya yang belum menikah (Robbins, 1998).

Peneliti berasumsi perilaku *caring* perawat yang menikah maupun yang belum sama saja. Hasil yang diberikan kepada klien yang di rawat di RSUD kota Bandung tidak berbeda dan diberikan apa adanya sesuai dengan kebiasaan sebelumnya yang pernah dilakukan dan budaya kerja yang ada di rumah sakit tersebut.

3. Hubungan Faktor Organisasi (kepemimpinan, struktur organisasi, imbalan, dan desain kerja) dengan perilaku *caring* perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung

a. Kepemimpinan dengan perilaku *caring* perawat

Hasil analisis univariat di dapatkan sebagian besar persepsi perawat pelaksana terhadap kepemimpinan kepala ruangan masih kurang sebanyak 25 orang (58,1%) dan terdapat hubungan bermakna antara persepsi perawat pelaksana terhadap kepemimpinan kepala ruangan dengan perilaku *caring* perawat pelaksana dengan nilai $p = 0,005$ (nilai $p \leq 0,05$) dan analisis keeratan menunjukkan odds rasio (OR) 6,33. Hal ini menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang memiliki persepsi kurang terhadap kepemimpinan kepala ruangan akan memiliki peluang 6,33 kali lebih besar berperilaku *caring* kurang dibandingkan dengan perawat pelaksana yang memiliki persepsi baik.

Penelitian didukung oleh penelitian Aminudin (2001) pada 80 perawat pelaksana di RSUD dr M. Yunus Bengkulu, mengemukakan adanya hubungan antara kepemimpinan dengan kinerja ($p:0,002$). Bennis (1990, dalam Swansburg, 1995) melalui riset dan observasinya mendefinisikan empat kompetensi untuk kepemimpinan yang dinamis dan efektif, meliputi manajemen perhatian, manajemen arti, manajemen kepercayaan, dan manajemen diri sendiri.

Kepemimpinan adalah kemampuan mempengaruhi orang lain. Pada organisasi, kepemimpinan terletak pada usaha mempengaruhi aktivitas orang lain individu atau kelompok melalui komunikasi untuk mencapai tujuan organisasi dan prestasi (Agarwal: 1982, Brone & Kurtz: 1984, Anoraga: 1995, Swansburg & Swansburg: 1999). Seorang kepala ruangan yang merupakan *first line manager* berfungsi sebagai seorang pemimpin yang akan mempengaruhi stafnya dalam berperilaku dan bekerja. Setiap kepala ruangan harus memiliki pengetahuan, sikap dan berperilaku sebagai seorang pemimpin dengan mengetahui prinsip dari kepemimpinan.

Prinsip kepemimpinan (Swansburg, 1999) adalah 1) Mengarahkan, menggunakan tugas, perintah, spesifikasi, kebijaksanaan, prosedur, aturan, peraturan, standar, pendapat, saran / pertanyaan. Artinya seorang pemimpin harus membuat aturan main yang jelas baik secara tertulis, dengan demikian perawat dalam melakukan tindakan dan bekerja dapat bertanggung jawab dan bertanggung gugat. 2) Mengawasi, meliputi memeriksa, menilai, dan

memperbaiki kinerja pegawai. Artinya seorang pemimpin harus memberikan umpan balik pada anak buahnya baik secara lisan maupun tulisan. Umpan balik merupakan salah satu bentuk evaluasi dalam menilai kinerja staf oleh pimpinan;

3) Mengkoordinasikan, meliputi pertukaran informasi dan mengadakan pertemuan kelompok kerja. Hal ini diperlukan oleh seorang pemimpin dalam membentuk kerjasama tim (*team work*) agar lebih solid dan terkoordinir.

Seorang pemimpin yang mengetahui prinsip dari kepemimpinan diharapkan memiliki kompetensi seorang pemimpin yang meliputi, kompetensi pertama yaitu manajemen perhatian berarti seorang pemimpin mempunyai visi. Ia memiliki orientasi dan tujuan yang jelas dalam melakukan pekerjaan. Kompetensi yang kedua adalah manajemen kepercayaan yaitu kemampuan seorang pemimpin dalam menerima secara terbuka dan positif dengan memberikan kesempatan kepada staf untuk menggali perasaan, kritikan, dan menyuarakan reaksi yang negatif secara terbuka. Adanya komunikasi dan tatap muka antara pemimpin perawat dengan staf perawat sangat dibutuhkan untuk membangun interaksi, kepercayaan, dan kejelasan. Kompetensi yang ketiga adalah manajemen kepercayaan, yang dihubungkan dengan kemampuan untuk diandalkan. Perawat menghormati pemimpin yang penilaiannya benar dan konsisten, dan yang keputusannya didasarkan pada keadilan, kesamaan hak, dan kejujuran. Kompetensi yang keempat adalah manajemen diri sendiri, yaitu mengetahui keterampilan diri sendiri dan menggunakan keterampilan tersebut secara efektif.

c. Struktur organisasi dengan perilaku caring perawat

Persepsi perawat pelaksana terhadap struktur organisasi di ruangan rawat inap RSUD kota Bandung sebagian besar masih kurang sebanyak 22 orang (51,2%) dan terdapat hubungan bermakna antara persepsi perawat pelaksana terhadap struktur organisasi ruangan dengan perilaku *caring* perawat pelaksana dengan nilai $p=0,001$ (nilai $p \leq 0,05$) dan analisis keeratan menunjukkan prevalensi rasio (OR) 9,00. Hal ini menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang memiliki persepsi kurang terhadap struktur organisasi ruangan akan memiliki peluang 0,09 kali lebih besar berperilaku *caring* perawat pelaksana yang kurang dibandingkan dengan perawat pelaksana yang memiliki persepsi baik.

Struktur organisasi adalah bagaimana tugas pekerjaan secara formal dibagi, dikelompokkan, dan dikoordinasikan (Robbins, 2003). Struktur organisasi menunjukkan cara suatu kelompok dibentuk, garis komunikasi, dan hubungan otoritas serta pembuatan keputusan. Struktur organisasi menunjukkan garis kewenangan dan rentang kendali dari suatu organisasi yang akan menentukan kegiatan dan hubungan serta ruang lingkup tanggung jawab dan peran masing-masing individu

Asumsi peneliti di instalasi rawat inap RSUD kota Bandung yang berkaitan dengan desain kerja, setiap orang banyak yang belum mengetahui tupoksinya masing-masing, sehingga tugas dan kewenangan masing-masing individu tidak jelas. Kepala ruangan memberikan tugas belum berdasarkan kemampuan dan

kesanggupan perawat pelaksana. Hal ini dikarenakan terbatasnya jumlah perawat pelaksana yang ada di setiap rawat inap. SOP dan SAK pun belum dijadikan sebagai acuan dalam melakukan pelayanan keperawatan, hal ini terlihat dalam melakukan tindakan keperawatan banyak yang tidak sesuai jika disesuaikan dengan SOP dan SAK rumah sakit.

d. Imbalan dengan perilaku *caring* perawat

Persepsi perawat pelaksana terhadap imbalan di ruangan rawat inap RSUD kota Bandung menunjukkan lebih dari setengahnya baik yaitu 23 orang (53,5%). Berdasarkan tabel 5.7 terlihat pula bahwa terdapat hubungan bermakna antara persepsi perawat pelaksana terhadap imbalan yang diterima dengan perilaku *caring* perawat pelaksana dengan nilai $p = 0,037$ (nilai $p \leq 0,05$) dan analisis keceratan menunjukkan odds rasio (OR) 3,9 hal ini menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang memiliki persepsi kurang terhadap imbalan yang diterima akan memiliki peluang 3,9 kali lebih besar berperilaku *caring* perawat pelaksana yang kurang dibandingkan dengan perawat pelaksana yang memiliki persepsi baik.

Desler dalam Samsudin (2005), Hasibuan (2003) dan Wibowo (2007) mengutarakan imbalan/ kompensasi mengandung makna pembayaran/ imbalan baik langsung dan tidak langsung yang diterima karyawan sebagai hasil dari kinerja. Kinerja seseorang akan meningkat ketika ia merasa diperlakukan adil baik antar pekerja maupun dalam pemberian imbalan/ penghargaan. Tetapi semangat kerja akan menurun bila

kontribusi pekerja tidak dihargai dengan imbalan/ kompensasi yang tidak seimbang

Menurut Prawirosentono (1999) kinerja seorang pegawai akan baik, jika pegawai mempunyai keahlian yang tinggi, kesediaan untuk bekerja, adanya imbalan/upah yang layak dan mempunyai harapan masa depan. Penelitian Robinson dan Larsen (1990) terhadap para pegawai penyuluh kesehatan pedesaan di Columbia menunjukkan bahwa pemberian imbalan mempunyai pengaruh yang lebih besar terhadap kinerja pegawai dibanding pada kelompok pegawai yang tidak diberi imbalan. Penelitian Asman (2001), Widaningsih (2002), dan Aminudin (2002) mengemukakan pula bahwa ada hubungan imbalan dengan kinerja perawat pelaksana di rumah sakit.

Pemberian imbalan tidak selalu dalam bentuk uang, sebab bentuk materil ini akan sampai titik jenuh. Manajer keperawatan harus memperhatikan pemberian imbalan non materil misalnya suasana kerja yang kondusif, kesempatan pengembangan kreativitas, syarat kerja yang tidak terlalu ketat dan kondisi kerja yang lebih manusiawi, Bila pemberian imbalan digunakan secara efektif oleh manajer maka dapat mempengaruhi perilaku karyawan dalam pencapaian tujuan organisasi (Anoraga, 19SS).

Asumsi peneliti perawat RSUD kota Bandung seluruhnya sudah diangkat menjadi pegawai negeri oleh pemda kotamadya Bandung. Sehingga

pendapatan insentifnya pun berubah. Hal ini dapat memperbaiki pemasukan finansial karyawan dan diharapkan dapat meningkatkan motivasi dan kinerja perawat dalam bekerja. Tetapi imbalan dalam bentuk non finansial masih belum mendapatkan. Pemberian penghargaan kepada perawat yang berprestasi, yang ramah dan *caring* belum dilakukan oleh pihak pimpinan. Pemberian kompensasi yang baik akan mendorong karyawan bekerja secara produktif, dan organisasi yang sukses dapat terlihat dari besarnya kompensasi yang diberikan organisasi. Bila seseorang menggunakan pengetahuan, keterampilan, tenaga, dan sebagian waktunya untuk berkarya pada suatu organisasi, maka ia akan mengharapkan kompensasi/ imbalan tertentu.

e. Desain pekerjaan dengan perilaku *caring* perawat

Persepsi perawat pelaksana terhadap desain kerja sebagian besar di ruangan masih kurang sebanyak 27 orang (62,8%), Hasil analisis statistik menunjukkan pula bahwa terdapat hubungan bermakna antara persepsi perawat pelaksana terhadap desain pekerjaan dengan perilaku *caring* perawat pelaksana dengan nilai $p=0,006$ (nilai $p \leq 0,05$) dan analisis keeratan menunjukkan prevalensi rasio (OR) 6,29 hal ini menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang memiliki persepsi kurang terhadap desain pekerjaan akan memiliki peluang 6,29 kali lebih besar berperilaku *caring* perawat pelaksana yang kurang dibandingkan dengan perawat pelaksana yang memiliki persepsi baik.

Desain pekerjaan menguraikan cakupan, kedalaman dan tujuan dari setiap pekerjaan yang membedakan antara pekerjaan yang satu dengan pekerjaan lainnya, Tujuan pekerjaan dilaksanakan melalui analisis kerja, dimana para manajer menguraikan pekerjaan sesuai dengan aktivitas dituntut agar membuahkan hasil (Gisoti & Donnelly, 1990).

Gibson (1997) menjelaskan desain pekerjaan mengacu pada proses yang diterapkan pada menejer untuk memutuskan tugas pekerjaan dan wewenang. Desain pekerjaan merupakan upaya seorang menejer mengklasifikasikan tugas dan tanggung jawab dari masing-masing individu. Desain pekerjaan berpengaruh terhadap efektifitas organisasi. Pekerjaan yang dirancang dengan baik akan meningkatkan motivasi yang merupakan faktor penentu produktivitas seseorang maupun organisasi.

Asumsi peneliti di instalasi rawat inap RSUD kota Bandung kurang dalam memberikan otonomi, kewenangan, dan bimbingan kepada perawat. Faktor senioritas menjadi penghambat, karena kepala ruangan tidak dapat melakukan apa-apa jika perawat senior sudah melakukan suatu tindakan tertentu, karena hal itu akan mempengaruhi perawat yang lainnya.

B. Keterbatasan Dalam Penelitian

1. Tehnik Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini merupakan persepsi perawat pelaksana. Pengumpulan data variabel independen dan dependen dengan

menyebarkan kuesioner, cenderung subyektif dan sangat tergantung pada kejujuran responden dalam memberikan informasi tanpa dipengaruhi perawat lain. Pengisian kuesioner oleh perawat memberikan subyektifitas terhadap penilaian tentang perilaku caring perawat.

2. Jumlah sampel yang hanya berjumlah 43 orang perawat pelaksana, menyebabkan hasil penelitian ini tidak dapat digeneralisasikan bagi rumah sakit-rumah sakit di kota Bandung.

C. Implikasi untuk Keperawatan

1. Implikasi terhadap Pelayanan Keperawatan

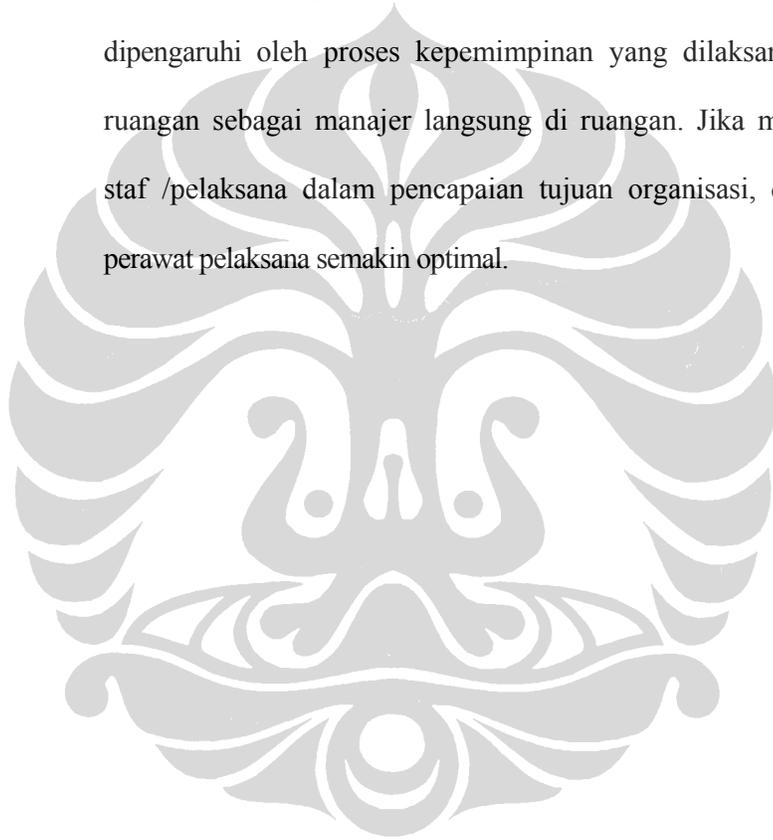
Penelitian ini diharapkan berdampak positif dan dapat menjadi masukan bagi pelayanan keperawatan khususnya dalam rangka upaya meningkatkan perilaku saring perawat. Penelitian ini menemukan bahwa variabel kepemimpinan berkontribusi terhadap pelaksanaan caring perawat pelaksana. Kompetensi pemimpin, yaitu kompetensi kepala ruangan sangat mempengaruhi perilaku caring perawat pelaksana. Pihak rumah sakit hendaknya lebih memperhatikan dan memprioritaskan kompetensi seseorang untuk menjadi kepala ruangan, sebagai manager first line yang harus dapat berperan sebagai pemimpin. Kepala ruangan tersebut mampu berperan sebagai role model untuk memotivasi perawat pelaksana dalam bekerja.

Kepala ruangan dituntut mampu meningkatkan profesionalisme dalam pelayanan keperawatan sehingga mutu pelayanan bukan saja dapat dipertahankan tapi bisa terus meningkat sampai tercapai derajat kepuasan tertinggi bagi penerima jasa pelayanan keperawatan dan pelaksana pelayanan. Bennis (1990, dalam Swansburg, 1995) melalui riset dan observasinya mendefinisikan empat kompetensi untuk kepemimpinan yang dinamis dan efektif, meliputi manajemen perhatian, manajemen arti, manajemen kepercayaan, dan manajemen diri sendiri.

Kompetensi pertama yaitu manajemen perhatian berarti seorang pemimpin mempunyai visi. Ia memiliki orientasi dan tujuan yang jelas dalam melakukan pekerjaan. Kompetensi yang kedua adalah manajemen kepercayaan yaitu kemampuan seorang pemimpin dalam menerima secara terbuka dan positif dengan memberikan kesempatan kepada staf untuk menggali perasaan, kritikan, dan menyuarakan reaksi yang negatif secara terbuka. Adanya komunikasi dan tatap muka antara pemimpin perawat dengan staf perawat sangat dibutuhkan untuk membangun interaksi, kepercayaan, dan kejelasan. Kompetensi yang ketiga adalah manajemen kepercayaan, yang dihubungkan dengan kemampuan untuk diandalkan. Perawat menghormati pemimpin yang penilaiannya benar dan konsisten, dan yang keputusannya didasarkan pada keadilan, kesamaan hak, dan kejujuran. Kompetensi yang keempat adalah manajemen diri sendiri, yaitu mengetahui keterampilan diri sendiri dan menggunakan keterampilan tersebut secara efektif.

Prinsip kepemimpinan (Swanburg, 1999) Mengarahkan, menggunakan tugas, perintah, spesifikasi, kebijaksanaan, prosedur, aturan, peraturan, standar, pendapat, saran / pertanyaan; 2) Mengawasi, meliputi memeriksa, menilai, dan memperbaiki kinerja pegawai; 3) Mengkoordinasikan, meliputi pertukaran informasi dan mengadakan pertemuan kelompok kerja.

Berdasarkan pengertian tersebut disimpulkan kinerja perawat pelaksana dipengaruhi oleh proses kepemimpinan yang dilaksanakan oleh kepala ruangan sebagai manajer langsung di ruangan. Jika manajer melibatkan staf /pelaksana dalam pencapaian tujuan organisasi, diharapkan kinerja perawat pelaksana semakin optimal.



BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan pada bab sebelumnya, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Perawat pelaksana di instalasi rawat inap RSUD kota Bandung sebagian besar perawat pelaksana berperilaku *caring* kurang sebanyak 25 orang (58,1%).
2. Ada hubungan bermakna antara usia dan masa kerja dengan perilaku *caring* perawat (nilai $p \leq 0,05$) dan tidak ada hubungan bermakna jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan status perkawinan (nilai $p \geq 0,05$) dengan perilaku *caring* perawat pelaksana di instalasi rawat inap RSUD kota Bandung.
3. Ada hubungan kepemimpinan kepala ruangan, struktur organisasi, imbalan, dan desain kerja dengan perilaku *caring* perawat pelaksana (nilai $p \leq 0,05$) di instalasi rawat inap RSUD kota Bandung.

B. Saran-saran

Beberapa saran yang dapat diberikan kepada pihak-pihak terkait dengan perilaku *caring* perawat pelaksana adalah sebagai berikut :

1. Direktur RSUD Kota Bandung

- a. Perlu dukungan kebijakan atas perilaku *caring* perawat kedalam pelayanan asuhan keperawatan dalam upaya meningkatkan kinerja perawat dan peningkatan mutu pelayanan keperawatan.
- b. Perlu dimasukkan item *caring* perawat ke dalam penilaian kinerja perawat dalam rangka meningkatkan motivasi perawat dalam bekerja

2. Bidang Keperawatan RSUD Kota Bandung

- a. Adanya pembinaan yang intensif baik dalam bentuk pelatihan maupun studi kasus kepada para kepala ruangan yang berkaitan dengan kepemimpinan, karena kepala ruang adalah *first liner manager* dalam keperawatan.
- b. Membuat program dalam bentuk kegiatan bagi seluruh perawat agar dapat membangun sikap dan perilaku *caring* perawat.
- c. Mengevaluasi perilaku *caring* perawat dengan melibatkan kepala ruangan, baik secara tertulis maupun dalam bentuk observasi.
- d. Menyusun penilaian kinerja berdasarkan perilaku *caring* yang objektif
- e. Membuat deskripsi atau gambaran serta uraian kerja yang jelas.
- f. Meninjau ulang struktur organisasi di masing-masing ruangan