



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN LINGKUNGAN KERJA DENGAN PERILAKU
CARING PERAWAT DI RS PGI CIKINI JAKARTA**

TESIS

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

Meilati Suryani

0806469672

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2010**

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Penelitian dengan Judul:

HUBUNGAN LINGKUNGAN KERJA DENGAN PERILAKU CARING PERAWAT DI RS PGI CIKINI JAKARTA

Telah diperiksa, disetujui dan dipertahankan di hadapan
Dewan Penguji Sidang Tesis pada Program Magister Ilmu Keperawatan
Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia

Depok, 19 Juli 2010

Pembimbing I



Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M. App.Sc, PhD

Pembimbing II



Dewi Gayatri, S.Kp., M.Kes

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Meilati Suryani

NPM : 0806469872

Tanda Tangan : 

Tanggal : 19 Juli 2010


HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Meilati Suryani
NPM : 0806469672
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan
dan Manajemen Keperawatan
Judul Tesis : Hubungan Lingkungan Kerja dengan Perilaku *Caring*
Perawat di RS PGI Cikini Jakarta


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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M. App.Sc, PhD ()

Pembimbing : Dewi Gayatri, S.Kp.,M.Kes ()

Penguji : Hanny Handiyani, S.Kp., M.Kep ()

Penguji : Luky Dwiantoro, S.Kp., M.Kep ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 19 Juli 2010

KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirobbil'alamin, puji dan syukur penulis panjatkan atas nikmat dan karunia yang telah dilimpahkan Allah SWT sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini dengan judul "Hubungan Lingkungan Kerja dengan Perilaku *Caring* di RS PGI Cikini Jakarta".

Dalam penyusunan hasil penelitian ini, penulis banyak mendapatkan bimbingan, dukungan dan arahan dari berbagai pihak. Untuk itu dalam kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Ibu Dewi Irawaty, M.A.,Ph.D selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Ibu Krisna Yetti, S.Kp.,M.App.Sc selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
3. Ibu Dra.Junaiti Sahar, S.Kp.,M.App.Sc.,Ph.D selaku pembimbing I yang telah memberikan banyak bimbingan selama penyusunan tesis
4. Ibu Dewi Gayatri, S.Kp.,M.Kes selaku pembimbing II yang telah memberikan banyak masukan dan arahan selama penyusunan tesis
5. Direktur RS PGI Cikini Jakarta yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan penelitian di RS PGI Cikini Jakarta
6. Ibu Evi Tambunan, S.Kep selaku Kepala Bidang Keperawatan RS PGI Cikini Jakarta yang telah membantu penulis selama penelitian berlangsung
7. Ibu Ida Juniati Sibarani beserta seluruh rekan perawat di Bidang Perawatan yang telah membantu penulis selama persiapan dan pelaksanaan penelitian.
8. Seluruh perawat dan pasien RS PGI Cikini Jakarta yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian

9. Suami tercinta Ujuh Juhana, S.H dan Anakku Azzura Aviero yang selalu siap membantu penulis menyelesaikan pendidikan
10. Kedua orangtua, Bapak Edo Suryana beserta Ibu Oyi Suryati dan seluruh keluarga besar yang selalu memberikan dukungan selama penulis menyelesaikan pendidikan
11. Unsur Pimpinan Institusi dan seluruh rekan di STIKes Budi Luhur Cimahi yang telah memberikan kesempatan dan mendukung penulis untuk melanjutkan pendidikan
12. Rekan-rekan mahasiswa Progam Pascasarjana Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan angkatan 2008 yang selalu memberikan dukungan dan motivasi selama penyusunan tesis
13. Semua pihak yang telah membantu penulis sehingga penyusunan tesis ini.

Akhir kata penulis ucapkan terima kasih atas bantuan semua pihak. Semoga semua bantuan yang diberikan kepada penulis mendapatkan balasan dari Allah SWT. Amin.

Depok, Juli 2010

Penulis

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

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

Nama : Meilati Suryani
NPM : 0806469672
Program Studi : Magister Keperawatan Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Fakultas : Fakultas Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

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

Hubungan Lingkungan Kerja dengan Perilaku *Caring* Perawat di RS PGI Cikini Jakarta.

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, pengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 19 Juli 2010

Yang menyatakan



(Meilati Suryani)

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

Tesis, Juli 2010

Meilati Suryani

Hubungan Antara Lingkungan Kerja Dengan Perilaku *Caring* Perawat di RS PGI
Cikini Jakarta

ix + 120 halaman + 26 tabel + 3 skema + 10 lampiran

Abstrak

Perilaku *caring* perawat selain ditentukan oleh faktor individu juga didukung oleh lingkungan kerja yang baik. Penelitian ini untuk mengetahui hubungan lingkungan kerja dengan perilaku *caring*. Jenis penelitian deskriptif korelasi dengan sampel 95 pasien dan 95 perawat. Persentase perawat yang berperilaku *caring tinggi* menurut persepsi pasien adalah 53%. Hasil analisis menggunakan uji *Chi Square* menyatakan pengaturan beban kerja dan pengembangan profesional berhubungan dengan perilaku *caring* ($p = 0,000$). Perawat perlu meningkatkan kompetensi dan komunikasi dengan pasien. Rumah sakit perlu meninjau kembali kebutuhan tenaga dan beban kerja perawat, menjadikan *caring* sebagai salah satu komponen penilaian kinerja perawat, meningkatkan *role model* kepala ruangan.

Kata kunci, lingkungan kerja, perilaku *caring* perawat, persepsi pasien
Daftar pustaka : 72 (1994-2010)

**POSTGRADUATE PROGRAM
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS INDONESIA**

Thesis, July 2010

Meilati suryani

**The Relationship Between Work Environment With Nursing Caring Behavior in
PGI Cikini Hospital Jakarta**

xiv + 120 pages + 26 tables + 3 schemes + 8 appendixes

Abstract

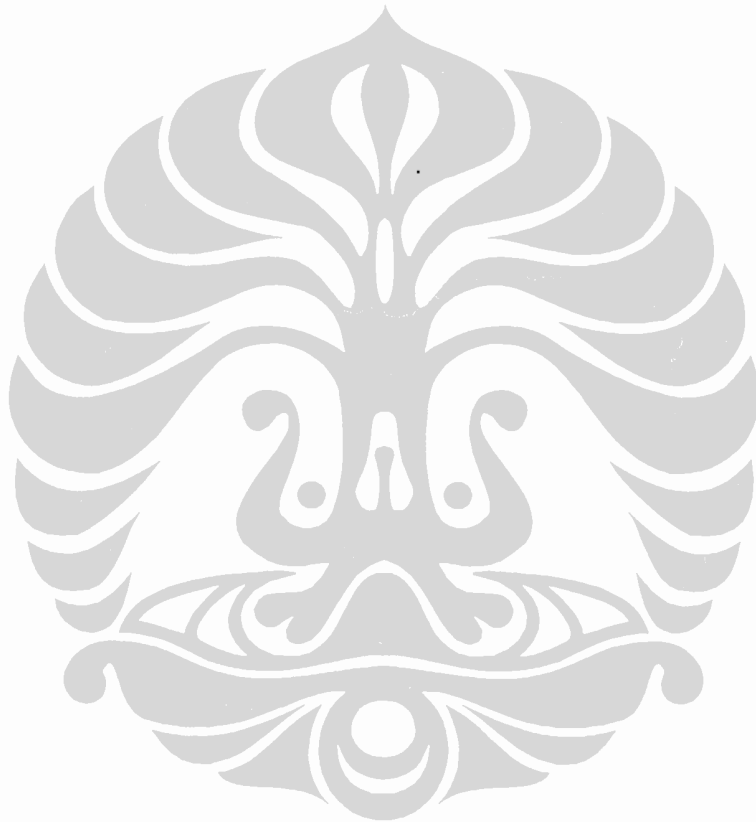
Caring nurse behavior not only determined by individual factor but also supported by good work environment. This research was to recognize the relationship between work environment and nursing caring behavior according to patient's perception. This is descriptive correlation with 95 patient and 95 nurse as samples. According to patient's perception, as much as 53% of nurses are caring. The result showed that professional development and workload management are significantly associated with nursing caring behavior ($p=0.000$). Nurse require to improve communication skill. The hospital require improve head nurse as role model, make caring as component for nursing appraisal performance, asses the need for nursing workload and staffing.

Keyword: nursing caring behavior, patient's perception, work environment,
References : 72 (1994-2010)

DAFTAR ISI

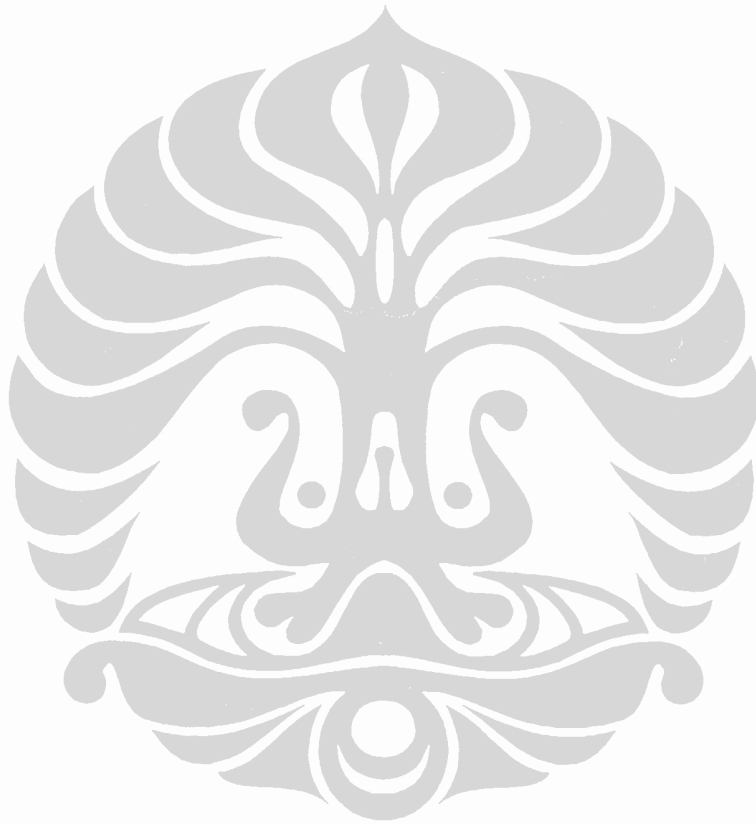
| | |
|---------------------------------------------------------------------|-----|
| HALAMAN JUDUL | i |
| LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS | ii |
| LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN..... | iii |
| KATA PENGANTAR | iv |
| LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH..... | vi |
| ABSTRAK | vii |
| DAFTAR ISI | ix |
| DAFTAR SKEMA .. | xi |
| DAFTAR TABEL | xii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xiv |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 12 |
| 1.3 Tujuan Penelitian..... | 13 |
| 1.4 Manfaat Penelitian..... | 14 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | |
| 2.1 Fungsi Manajemen Keperawatan..... | 16 |
| 2.2 Konsep Perilaku..... | 23 |
| 2.3 Konsep <i>Caring</i> | 26 |
| 2.4 Konsep Lingkungan Kerja..... | 43 |
| BAB III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DEFINISI OPERASIONAL | |
| 3.1 Kerangka Konsep | 54 |
| 3.2 Hipotesis..... | 56 |
| 3.3 Definisi Operasional..... | 57 |
| BAB IV METODE PENELITIAN | |
| 4.1 Desain Penelitian..... | 63 |
| 4.2 Populasi dan Sampel..... | 64 |
| 4.3 Tempat Penelitian..... | 66 |
| 4.4 Waktu Penelitian..... | 66 |
| 4.5 Etika Penelitian..... | 66 |
| 4.6 Alat Pengumpulan Data | 69 |
| 4.7 Validitas dan Reliabilitas | 70 |
| 4.8 Pengumpulan Data | 74 |
| 4.9 Pengolahan Data | 75 |
| 4.10 Analisis Data | 76 |
| BAB V HASIL PENELITIAN | |
| 5.1 Analisis Univariat..... | 80 |
| 5.2 Analisis Bivariat..... | 85 |

| | |
|------------------------------------------|-----|
| 5.3 Analisis Multivariat | 87 |
| BAB VI PEMBAHASAN | |
| 6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil | 97 |
| 6.2 Keterbatasan Penelitian..... | 115 |
| 6.3 Implikasi Hasil Penelitian..... | 115 |
| BAB VII SIMPULAN DAN SARAN | |
| 7.1 Simpulan | 118 |
| 7.2 Saran..... | 119 |
| DAFTAR PUSTAKA | 120 |
| LAMPIRAN | |



DAFTAR SKEMA

| | |
|--------------------------------------|----|
| 2.1 Konsep Perilaku | 22 |
| 2.2 Kerangka Teori Penelitian | 53 |
| 3.1 Kerangka Konsep Penelitian | 55 |



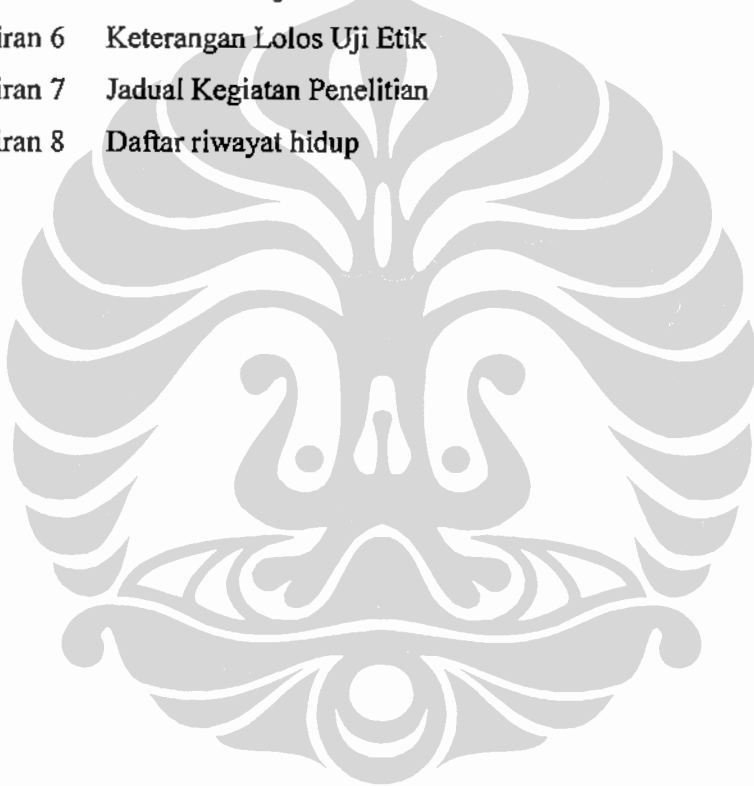
DAFTAR TABEL

| | | |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabel 1.1 | Kepuasan pasien ruang renal unit RS PGI Cikini Jakarta..... | 11 |
| Tabel 2.1 | Nilai <i>alpha cronhbach</i> subskala <i>caring</i> | 38 |
| Tabel 3.1 | Definisi operasional | 57 |
| Tabel 4.1 | Hasil uji validitas dan reliabilitas | 73 |
| Tabel 4.2 | Uji bivariat..... | 77 |
| Tabel 5.1 | Distribusi responden berdasarkan karakteristik perawat (jenis kelamin, umur, status pernikahan) ruang rawat inap RS PGI Cikini Jakarta, Juni 2010 | 80 |
| Tabel 5.2 | Analisis karakteristik perawat menurut lama kerja di RS PGI Cikini Jakarta, Juni 2010 | 81 |
| Tabel 5.3 | Distribusi responden berdasarkan karakteristik pasien (jenis kelamin, tingkat pendidikan) ruang rawat inap RS PGI Cikini Jakarta, Juni 2010 | 81 |
| Tabel 5.4 | Analisis karakteristik lama hari rawat pasien di RS PGI Cikini Jakarta, Juni 2010 | 82 |
| Tabel 5.5 | Distribusi responden menurut persepsi perawat terhadap lingkungan kerja di ruang rawat inap RS PGI Cikini Jakarta, Juni 2010 | 82 |
| Tabel 5.6 | Distribusi responden menurut persepsi perawat terhadap subvariabel lingkungan kerja di ruang rawat inap RS PGI Cikini Jakarta, Juni 2010 | 83 |
| Tabel 5.7 | Distribusi responden menurut persepsi pasien terhadap perilaku <i>caring</i> perawat di ruang rawat inap RS PGI Cikini Jakarta, Juni 2010 | 83 |
| Tabel 5.8 | Distribusi responden menurut persepsi pasien terhadap subvariabel perilaku <i>caring</i> perawat di ruang rawat inap RS PGI Cikini Jakarta, Juni 2010 | 84 |
| Tabel 5.9 | Hubungan lingkungan kerja dengan perilaku <i>caring</i> perawat di RS PGI Cikini Jakarta, Juni 2010 | 85 |
| Tabel 5.10 | Hasil analisis regresi logistik sederhana hubungan lingkungan kerja dengan perilaku <i>caring</i> perawat di RS PGI Cikini Jakarta, Juni 2010..... | 88 |
| Tabel 5.11 | Hasil analisis multivariat hubungan lingkungan kerja dengan perilaku <i>caring</i> perawat di RS PGI Cikini Jakarta, Juni 2010..... | 88 |

| | | |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabel 5.12 | Model akhir hasil analisis multivariat hubungan lingkungan kerja dengan perilaku <i>caring</i> perawat di RS PGI Cikini Jakarta, Juni 2010..... | 89 |
| Tabel 5.13 | Hasil analisis regresi logistik sederhana hubungan variabel konfonding dengan perilaku <i>caring</i> perawat di RS PGI Cikini Jakarta, Juni 2010..... | 89 |
| Tabel 5.14 | Hasil analisis multivariat hubungan faktor konfonding dengan perilaku <i>caring</i> perawat di RS PGI Cikini Jakarta, Juni 2010..... | 90 |
| Tabel 5.15 | Hasil analisis multivariat hubungan faktor konfonding dengan perilaku <i>caring</i> perawat di RS PGI Cikini Jakarta, Juni 2010..... | 90 |
| Tabel 5.16 | Model interaksi perilaku <i>caring</i> perawat di RS PGI Cikini Jakarta, Juni 2010..... | 91 |
| Tabel 5.17 | Hasil analisis hubungan lingkungan kerja (pengaturan beban kerja, pengembangan professional), umur pasien dan lama rawat pasien dengan perilaku <i>caring</i> perawat di RS PGI Cikini Jakarta, Juni 2010 | 91 |
| Tabel 5.18 | Pemodelan hubungan lingkungan kerja perawat dengan perilaku <i>caring</i> perawat di RS PGI Cikini Jakarta, Juni 2010 | 92 |
| Tabel 5.19 | Seleksi variabel kandidat konfonding | 93 |
| Tabel 5.20 | Model akhir hubungan lingkungan kerja dengan perilaku <i>caring</i> perawat di RS PGI Cikini Jakarta, Juni 2010..... | 94 |

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Kisi-kisi Instrumen Penelitian
- Lampiran 2 Instrumen Penelitian
- Lampiran 3 Permohonan Ijin Uji Instrumen Penelitian
- Lampiran 4 Surat Ijin Melakukan Uji Instrumen Penelitian
- Lampiran 5 Permohonan Ijin Penelitian
- Lampiran 6 Keterangan Lolos Uji Etik
- Lampiran 7 Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran 8 Daftar riwayat hidup



BAB I

Uraian bab ini meliputi latar belakang alasan perlunya penelitian ini dilakukan, rumusan masalah, tujuan dan manfaat penelitian. Rumusan masalah menjelaskan pertanyaan mendasar tentang penelitian ini. Tujuan penelitian terdiri dari tujuan umum dan tujuan khusus. Manfaat penelitian terdiri dari manfaat untuk pelayanan keperawatan dan manfaat untuk perkembangan ilmu keperawatan.

1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan di Indonesia merupakan salah satu subsistem dari pembangunan nasional secara keseluruhan. Pembangunan kesehatan sendiri memiliki tujuan seperti yang diungkapkan dalam UU Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 bahwa pembangunan kesehatan di Indonesia merupakan salah satu upaya dari pembangunan nasional yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Untuk mencapai tujuan tersebut maka diperlukan sumber daya kesehatan yang unggul yang terdiri dari berbagai disiplin ilmu kesehatan salah satunya tenaga keperawatan.

Tenaga keperawatan mempunyai daya unkit yang besar dalam pelayanan keperawatan karena didukung oleh proporsi tenaga terbesar dibandingkan dengan tenaga kesehatan yang lain (Depkes, 2006). Keperawatan sebagai profesi dan perawat sebagai tenaga profesional bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan keperawatan sesuai kompetensi dan kewenangan yang dimiliki secara mandiri maupun bekerjasama dengan anggota tim kesehatan lain. Oleh karena itu pelayanan keperawatan merupakan bagian yang sangat penting dalam mencapai tujuan pembangunan bidang kesehatan.

Pelayanan keperawatan saat ini dihadapkan pada berbagai tantangan untuk dapat membuktikan sebagai profesi yang diperhitungkan. Pengakuan yang baik dari masyarakat terhadap profesi keperawatan dibuktikan dengan kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan. Kegiatan melakukan kajian terhadap kepuasan pasien merupakan hal yang penting dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan karena merupakan salah satu indikator mutu pelayanan keperawatan. Pohan (2006) mengemukakan bahwa survey kepuasan pasien menjadi penting dan perlu dilakukan bersamaan dengan pengukuran dimensi mutu layanan kesehatan yang lain.

Kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan lebih didasarkan pada perilaku *caring* perawat seperti sikap yang ramah, respon cepat terhadap kebutuhan pasien, mendahulukan kepentingan pasien serta mau mendengarkan keluhan pasien. Menurut Azwar (1996) menegaskan bahwa bagi pasien mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada dimensi ketanggapan petugas dalam memenuhi kebutuhan pasien, kelancaran komunikasi antara petugas dengan pasien, keprihatinan serta keramahan petugas dalam melayani pasien dan atau kesembuhan penyakit yang sedang diderita oleh pasien.

Perilaku *caring* sendiri memiliki beberapa pengertian Perilaku *caring* perawat oleh pasien diartikan sebagai sikap yang ramah, respon cepat terhadap kebutuhan pasien, serta mau mendengarkan keluhan pasien. Beberapa ahli keperawatan mengartikan *caring* sebagai proses interaksi atau hubungan antar manusia, *caring* sebagai ciri atau karakter dari manusia, serta *caring* sebagai kewajiban moral dari perawat. Pengertian *caring* sebagai hubungan interaksi manusia dijelaskan oleh Watson (2002, dalam Suliman et al, 2009), bahwa *caring* adalah hubungan antara manusia dan merupakan pengalaman yang dalam dari hubungan tersebut. Paley (2001, dalam Liu 2004) menyatakan *caring* sebagai proses pertukaran pikiran dan perasaan yang terjadi antara perawat dan pasien di mana dalam proses tersebut terjadi kerja sama, pembelajaran dan pengajaran.

Proses interaksi *caring* antara perawat dan pasien tersebut terdapat serangkaian aktivitas atau kegiatan untuk membantu pasien serta serangkaian sikap atau *attitude* yang diharapkan oleh pasien dapat dilakukan oleh perawat pada saat melakukan asuhan keperawatan. Pengertian ini disampaikan oleh Fitzpatrick (1991, dalam Rafii, 2007) yang menjelaskan bahwa perilaku *caring* yang diharapkan oleh pasien terhadap perawat mencakup kepribadian yang ramah, dedikasi terhadap tugas, mengetahui pasien secara keseluruhan, respon yang cepat terhadap kebutuhan pasien serta waktu yang cukup dalam memberikan asuhan keperawatan. Brilowsky dan Wendler (2005) menjelaskan *caring* sebagai serangkaian atribut yang terdiri dari *relationship* (hubungan antar manusia), *action* (tindakan), *attitude* (sikap), *acceptance* (penerimaan terhadap kondisi pasien) serta *variability* (bervariasi tergantung kebudayaan).

Pengertian *caring* oleh Gout (1996, dalam Wilkin & Slevin, 2004), adalah proses membantu yang terdiri dari serangkaian tindakan yang dimulai dengan menentukan tujuan dan diakhiri dengan implementasi tindakan. Proses membantu dalam asuhan keperawatan didasarkan pengetahuan dan perubahan dalam perilaku pasien. Perilaku *caring* merupakan perilaku manusia yang meliputi aspek *kognitif*, *activities* dan *attitudes*.

Watson (2007) mendefinisikan *caring* sebagai proses yang meliputi pengetahuan dan tindakan yang digambarkan dalam sepuluh faktor karatif yang dapat digunakan untuk mengukur perilaku *caring* dalam situasi klinik. Sepuluh faktor karatif tersebut terdiri dari: a) Membentuk dan menghargai sistem nilai humanistik dan altruistik, b) Menanamkan sikap penuh pengharapan, c) Menanamkan sensitifitas terhadap diri sendiri dan orang lain, d) Mengembangkan hubungan saling percaya dan saling membantu, e) Meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan positif dan negatif, f) Menggunakan metoda sistematis dalam pemecahan masalah dengan menumbuhkan kemampuan pengambilan keputusan pada klien dan keluarga, g) Meningkatkan proses belajar-mengajar interpersonal, h) Menciptakan lingkungan fisik, mental, sosiokultural dan spiritual yang suportif, protektif

dan korektif, i) Membantu memenuhi kebutuhan dasar manusia, serta j) Menghargai adanya kekuatan existensial-phenomenologikal-spiritual.

Jika kita melihat pengertian *caring* yang sudah diuraikan diatas maka prinsip *caring* ini merefleksikan hakekat dari keperawatan. Seperti yang diungkapkan oleh Lokakarya Keperawatan tahun 1983 menyatakan bahwa Keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan berbentuk pelayanan biopsikososial dan spiritual yang komprehensif ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh rentang kehidupan manusia. Menurut pengertian tersebut, keperawatan memberikan pelayanan tidak hanya kepada pemenuhan kebutuhan fisik pasien saja tetapi juga meliputi aspek psikologis, sosial dan spiritual.

Pengertian *caring* yang sejalan dengan hakekat keperawatan memiliki pengertian bahwa *caring* adalah esensi dari keperawatan. Hal ini juga disampaikan oleh beberapa ahli keperawatan seperti Crowden (1994, dalam Lea & Watson, 1998) bahwa *caring* sebagai sentral dan elemen inti dari praktik keperawatan. Fox, Aiken, Messikomer (1990, dalam Wolf, 2003) menyatakan bahwa *caring* adalah saripati atau inti dari profesi keperawatan.

Perilaku *caring* yang diterapkan dengan baik oleh perawat akan memberikan dampak yang baik bagi pasien maupun untuk perawat itu sendiri Berbagai penelitian menggambarkan dampak dari pelaksanaan perilaku *caring* yang dilakukan oleh perawat. Dampak pelaksanaan perilaku *caring* untuk perawat dijelaskan Franas et al (1988 dalam Brilowsky & Wendler, 2005), bahwa perilaku *caring* akan meningkatkan rasa solidaritas, *empowerment* (kewenangan), harapan, kenyamanan, keamanan, peningkatan harga diri, peningkatan orientasi terhadap realita, pengembangan pribadi, penurunan terhadap kecemasan dan ketakutan. Hatrick (1997, dalam Brilowsky & Wendler, 2005) menjelaskan keuntungan dari pelaksanaan perilaku *caring*

adalah kemampuan untuk bertoleransi terhadap ketidakpastian, dan peningkatan *empowerment* (kewenangan perawat) dalam praktik keperawatan. Dulton (1997, dalam Brilowsky & Wendler, 2005) menjelaskan tentang keuntungan perilaku *caring* adalah dapat memperbaharui energi, memberikan semangat baru, serta meningkatkan kepuasan kerja. Sementara Swanson (1999, dalam Watson, 2002) menjelaskan bahwa perilaku *caring* dapat memberikan *outcome* seperti meningkatkan emosi atau spiritual, rasa pencapaian, kepuasan, rasa syukur, memelihara integritas, harga diri, peningkatan pencapaian filosofi hidup, meningkatkan pengetahuan, refleksi, penghargaan terhadap hidup dan kematian.

Sedangkan dampak pelaksanaan perilaku *caring* untuk pasien adalah bahwa perilaku *caring* dapat menjaga martabat dan integritas pasien, meningkatkan status pemulihan pasien, menurunkan gejala yang dirasakan pasien, meningkatkan kepuasan pasien serta terciptanya kualitas pelayanan keperawatan yang tinggi. (Scharf & Caley, 1993 dalam Lea & Watson, 1998). Sementara itu Swanson (1999, dalam Watson, 2002) menyebutkan dampak perilaku *caring* bagi pasien adalah meningkatkan kesejahteraan emosi atau spiritual (martabat, kontrol diri), meningkatkan hubungan saling percaya, meningkatkan penyembuhan fisik, keamanan, memiliki lebih banyak energi, biaya perawatan lebih rendah, serta menimbulkan perasaan lebih nyaman.

Davis dan Duffy (1999, dalam Kimble 2003) menyatakan bahwa pelaksanaan perilaku *caring* mempunyai korelasi yang tinggi dengan kepuasan pasien. Agustin (2002) menyatakan bahwa salah satu komponen dari *caring* yaitu kesiapan membantu pasien mempunyai hubungan yang erat dengan kepuasan pasien. Suliman (2009) menyatakan bahwa pasien yang dirawat di rumah sakit mengalami perasaan kecemasan, ketakutan dan keinginan untuk mendapatkan dorongan atas penurunan harga dirinya. Dalam kondisi ini peran perawat sangat dibutuhkan untuk memberikan harapan dan berbagi perasaan dengan pasien. Riccio (2000, dalam Suliman, 2009) menyatakan bahwa pasien mengharapkan perawat mempunyai waktu yang banyak bersama klien untuk

mengekspresikan perasaannya. Issel dan Kahn (1998, dalam Suliman, 2009) menyatakan bahwa *caring* dipertimbangkan sebagai nilai yang penting dalam sudut pandang ekonomi karena mampu memberikan pelayanan yang lebih efektif.

Berbagai dampak yang telah dijelaskan tersebut seharusnya menjadikan pelaksanaan perilaku *caring* sebagai hal yang penting dalam praktik keperawatan. *Caring* seharusnya menjadi dasar bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan karena terbukti bahwa *caring* mempunyai hubungan yang erat dengan kepuasan pasien. Kepuasan pasien sendiri merupakan salah satu elemen dalam mengukur mutu pelayanan keperawatan. Pelayanan keperawatan bermutu merupakan tujuan yang ingin dicapai oleh perawat. Pelayanan bermutu memerlukan tenaga profesional yang didukung oleh faktor internal antara lain motivasi untuk mengembangkan karir profesional dan tujuan pribadinya maupun faktor eksternal antara lain kebijakan organisasi, kepemimpinan, struktur organisasi, sistem penugasan dan sistem pembinaan. (Depkes, 2006).

Jika dihubungkan pelayanan keperawatan yang bermutu dengan pelaksanaan perilaku *caring*, maka pelaksanaan perilaku *caring* tersebut membutuhkan kepribadian perawat yang unggul dan dukungan dari organisasi atau lingkungan kerja yang kondusif dimana perawat melaksanakan proses *caring* tersebut. Potter dan Perry (2007), menyatakan walaupun *caring* merupakan pusat dari keperawatan tetapi pada kenyataannya *caring* dianggap tidak penting lagi karena perubahan dari lingkungan pelayanan kesehatan yang tidak tenang seperti keterbatasan waktu, berbagai tekanan serta perkembangan teknologi termasuk komputer dimana sebagian pelayanan dilakukan oleh robot dengan tidak memperhatikan sentuhan kemanusiaan. Simons (2004) menyatakan bahwa perawat membutuhkan dukungan dari lingkungan kerja, *role model* dan kepemimpinan yang konsisten dengan pelaksanaan perilaku *caring*. Perilaku *caring* sendiri merupakan proses yang berkelanjutan dan dapat rencanakan oleh organisasi (Bent, et all, 2005). Penelitian Sobirin

(2006) menyebutkan bahwa motivasi dan beban kerja memiliki hubungan yang signifikan terhadap pelaksanaan perilaku *caring*. Pelayanan keperawatan jika diartikan sebagai sebuah sistem yang terbuka, maka sistem tersebut akan dipengaruhi oleh lingkungan dimana pelayanan keperawatan tersebut dilakukan (Werther, 1996, dalam Sofyandi, 2008). Pelayanan keperawatan sebagai sebuah sistem juga merupakan salah satu langkah untuk meningkatkan mutu pelayanan seperti diungkapkan oleh Azwar (1996), bahwa mutu pelayanan terdiri dari unsur masukan, lingkungan, proses serta keluaran. Unsur lingkungan dalam mutu pelayanan kesehatan adalah keadaan sekitar yang mempengaruhi penyelenggaraan kesehatan yang meliputi kebijakan, organisasi dan manajemen.

Pendapat yang senada juga dikemukakan oleh Zurn, Dolea, dan Stilwell (2005) bahwa terdapat tiga faktor yang memainkan peran dalam penampilan kinerja perawat. Pertama adalah kemampuan dalam melaksanakan pekerjaan meliputi pengetahuan, ketrampilan, pengalaman dan kapasitas individu. Kedua adalah motivasi dari perawat untuk melakukan pekerjaan. Ketiga dukungan organisasi untuk melakukan pekerjaan yang terbaik seperti ketersediaan sarana prasarana, kondisi lingkungan fisik dan sosial.

Kondisi keperawatan di berbagai negara saat ini terjadi kekurangan tenaga keperawatan akibat "*turn over*" yang disebabkan oleh faktor lingkungan dan iklim organisasi yang tidak sehat seperti bahaya dari lingkungan kerja, kekerasan fisik dan psikologis, beban kerja yang tidak seimbang, keterbatasan pengembangan karir serta penghargaan yang tidak seimbang (ICN, 2008). Kondisi di Indonesia sendiri meskipun data terkait "*turn over*" belum tercatat dengan baik, namun cenderung terjadi kekurangan tenaga di beberapa rumah sakit. Hal ini diakibatkan perencanaan belum optimal juga pindahnya perawat ke rumah sakit lain akibat lingkungan kerja perawat yang kurang kondusif seperti dilaporkan oleh PPNI (2006) menyatakan sekitar 50,9% perawat yang bekerja di empat propinsi di Indonesia mengalami stress kerja, sering pusing,

lelah dan tidak bisa beristirahat karena beban kerja yang terlalu tinggi dan menyita waktu serta gaji yang rendah tanpa insentif memadai.

Waktu seorang perawat sebagian besar dihabiskan di tempat kerja sehingga kesehatan kerja merupakan salah satu upaya kesehatan yang penting dalam rangka mewujudkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Tappen (2005) menyebutkan bahwa karena sebagian besar waktu kerja perawat dihabiskan ditempat kerja, maka lingkungan kerja yang berkualitas merupakan hal yang penting. Undang-Undang Kesehatan No 36 tahun 2009 menyebutkan bahwa upaya kesehatan kerja ditujukan untuk melindungi pekerja agar hidup sehat dan terbebas dari gangguan kesehatan serta pengaruh buruk yang diakibatkan oleh pekerjaan. Pengelola tempat kerja wajib menaati standar kesehatan kerja dan menjamin lingkungan kerja yang sehat serta bertanggung atas terjadinya kecelakaan kerja.

Penelitian menyebutkan beberapa masalah dalam lingkungan kerja di antaranya meliputi stress kerja, beban kerja yang tinggi, jam kerja yang tinggi, injuri, dan kesehatan psikologis (Baumann et al, 2001). Sedangkan Aiken, et al (1994, dalam Gardner & Hawkins, 2007) menyatakan bahwa lingkungan kerja yang baik dapat memberikan keuntungan diantaranya adalah meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan, menurunkan angka kematian, menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan, meningkatkan angka kepuasan terhadap pelayanan keperawatan dan meningkatkan keselamatan pasien. ICN Asia Workforce Forum tahun 2008 juga merekomendasikan lingkungan kerja menjadi salah satu issue yang harus ditangani.

Berbagai konsep tentang lingkungan kerja telah dikemukakan, salah satunya konsep menurut *College of Registered Nurse of British Columbia* yang disebut dengan "*Quality Practice Environment*" yang meliputi: a) pengaturan beban kerja, b) kepemimpinan, c) kontrol terhadap praktik, d) pengembangan profesional dan e) dukungan organisasi. Faktor-faktor tersebut menjadi sangat penting bagi tumbuhnya perilaku *caring* perawat seperti faktor beban kerja.

Beban kerja menjadi hal yang penting dalam penerapan perilaku *caring* karena beban kerja yang tinggi dapat menyebabkan kurang atau buruknya komunikasi antara pasien dengan perawat (Carayon & Gurses, 2007), sementara itu komunikasi merupakan faktor penting dalam *caring* sebagai konsep interaksi personal (Hover, 2002 dalam Liu, 2004).

Faktor kepemimpinan juga memegang peranan penting dalam pelaksanaan perilaku *caring* karena pemimpin mempunyai kendali dalam melaksanakan roda pelayanan keperawatan dalam sebuah organisasi. Seperti yang diungkapkan oleh Simons (2004) bahwa pemimpin dapat membuat sebuah usaha sadar dalam menciptakan sebuah budaya *caring* bagi perawat. Selain itu, manajer keperawatan memiliki tugas dalam melaksanakan fungsi-fungsi manajemen yang terdiri dari perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), ketenagaan (*staffing*), pengarahan (*directing*) dan pengawasan (*controlling*). Melalui fungsi-fungsi ini manajer keperawatan dapat menciptakan sebuah budaya *caring* seperti dalam fungsi perencanaan, manajer melakukan tindakan dengan membangun falsafah, visi dan misi keperawatan yang menekankan unsur *caring*, serta dalam fungsi pengarahan manajer keperawatan menciptakan lingkungan kerja yang dapat memberikan kepuasan kerja sehingga perawat dapat melakukan kinerja *caring* yang baik.

Fungsi-fungsi manajemen dalam pelayanan keperawatan tersebut juga telah dilaksanakan di rumah sakit PGI Cikini Jakarta. Rumah Sakit PGI Cikini Jakarta merupakan rumah sakit tipe B yang terletak di wilayah Jakarta Pusat. Kapasitas tempat tidur sebanyak 327 buah dengan jumlah perawat sebanyak 425 orang. BOR 67.33%, LOS 8.03 dan TOI 5.03. Pelayanan yang diberikan meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Rawat Jalan terdiri dari pelayanan untuk klien dengan penyakit dalam ginjal dan hipertensi, bedah urologi, penyakit dalam umum, penyakit umum, kesehatan anak, kebidanan dan penyakit kandungan, neuro-psikiatri, bedah ortopedi, mata, telinga, hidung tenggorokan, gigi dan mulut, kulit dan kelamin, rehabilitasi medik, psikologi dan pastoral, gizi serta akupuntur. Sedangkan pelayanan rawat inap terdiri dari

perawatan klien dengan penyakit dalam dan bedah, perawatan kebidanan dan anak, perawatan khusus untuk IGD, ICU dewasa dan anak, ICCU, Renal Unit, OK. Fasilitas penunjang medik antara lain Laboratorium Klinik, Patologi Anatomi, Radiologi, USG yang cukup memadai. Renal unit menyelenggarakan pelayanan hemodialisa dan klinik CAPD (*Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis*)

Kinerja perawat dalam pelaksanaan *caring* kepada pasien diketahui dari evaluasi kepuasan pasien. Aspek yang dinilai dari evaluasi kepuasan pasien terhadap perawat adalah keramahan, ketelitian, kecepatan pelayanan serta komunikasi dan informasi. Data yang didapat dari Bidang perencanaan, pengawasan dan evaluasi RS PGI Cikini Jakarta tahun 2009 menyatakan bahwa angka kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan sebesar 79.55% dan masih terdapat keluhan pasien mengenai perilaku *caring* perawat seperti perawat yang kurang ramah, kurang cepat dalam memberikan pelayanan keperawatan seperti pada saat memandikan dan memberikan pertolongan, perawat kurang teliti dalam memberikan tindakan, perawat tidak *stand by* didekat pasien sehingga pasien kurang terlayani, serta kurang siap dalam memberikan pelayanan.

Ketidakpuasan pasien tersebut terjadi di beberapa ruangan rawat inap salah satunya di ruang renal unit sebagai ruang pelayanan unggulan dari RS PGI Cikini Jakarta. Mengedepankan pelayanan hemodialisa sebagai unggulan dari rumah sakit PGI Cikini Jakarta diharapkan RS PGI Cikini Jakarta dapat bersaing dengan rumah sakit lain yang saat ini banyak bermunculan. Keluhan pasien terhadap pelayanan keperawatan dapat menjadi ancaman terhadap eksistensi dari RS PGI Cikini yang telah berumur ratusan tahun. Kepuasan pasien di ruang renal unit yang dikaji pada bulan September 2009 dengan menggunakan instrumen kepuasan pasien pada metode MPKP (Sitorus, 2006) didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 1.1 Kepuasan Pasien Ruang Renal Unit

| No | Kategori | | Jumlah |
|----|----------|-------------|--------|
| 1. | 21 – 48 | Kurang baik | - |
| 2. | 49 – 77 | Sedang | 63% |
| 3. | 78 – 105 | Baik | 37% |

Kepuasan pasien terhadap perilaku *caring* perawat di RS PGI Cikini Jakarta masih kurang maksimal. Perilaku *caring* perawat merupakan perpaduan dari faktor internal dan eksternal perawat. Hasil survey pada studi pendahuluan yang dilakukan pada bulan Januari tahun 2010 kepada 30 orang perawat didapatkan data bahwa sebanyak 20% perawat sering merasakan kelelahan fisik dan emosional dan 80% perawat menyatakan kadang-kadang merasakan kelelahan fisik dan emosional. Selain itu sebanyak 70% perawat merasakan hambatan komunikasi dengan rekan kerja dan profesi lain. Hasil wawancara dengan beberapa orang perawat dikatakan bahwa perawat tidak dapat melakukan kinerja dalam perilaku *caring* perawat karena faktor eksternal seperti beban kerja yang dirasakan tinggi sehingga menciptakan kelelahan dan kejenuhan dalam bekerja.

Indikator lain dari lingkungan kerja adalah sistem penghargaan yang diberikan kepada perawat. Sistem penghargaan yang dibentuk oleh rumah sakit sangat penting karena memiliki beberapa tujuan. Simamora (2004) mengatakan bahwa sistem penghargaan dibuat untuk meningkatkan produktivitas kerja karyawan, meningkatkan disiplin kerja dan menurunkan absensi karyawan, meningkatkan loyalitas dan menurunkan *turn over* karyawan, memberikan ketenangan, keamanan, kesehatan dan kesejahteraan karyawan, memperbaiki kondisi fisik, mental dan sikap karyawan, mengurangi konflik serta menciptakan suasana yang harmonis serta mengefektifkan pengadaan karyawan. Fenomena yang ditemukan di rumah sakit mengenai sistem penghargaan ini adalah bahwa 78,57% kepala ruangan menyatakan perlu adanya sistem penghargaan dalam bentuk jenjang karir perawat di RS PGI Cikini Jakarta (Supyono, 2009). Selain itu juga sebanyak 25% perawat di

ruang renal unit menyatakan sistem penghargaan yang diberikan belum optimal. Fenomena lain yang ditemukan adalah belum efektifnya tugas komite keperawatan sebagai organisasi yang menangani masalah etik serta profesionalisme keperawatan. Permasalahan etik serta disiplin yang seharusnya ditangani oleh komite keperawatan lebih banyak dilakukan oleh bidang perawatan.

Permasalahan yang disebutkan di atas menggambarkan kondisi lingkungan kerja yang belum maksimal dalam menumbuhkan perilaku *caring*. Sistem penghargaan, organisasi yang menangani masalah etik dalam pelayanan keperawatan, beban kerja serta komunikasi antara tenaga kesehatan merupakan beberapa indikator dari lingkungan kerja yang berkualitas yang disebutkan oleh *College of Registered Nurse of British Columbia* yang disebut dengan "*Quality Practice Environment*".

1.2 Rumusan Masalah

Kenyataan yang terjadi di ruang rawat inap menunjukkan masih terdapat keluhan dari pasien mengenai perilaku *caring* perawat seperti perawat yang kurang ramah, kurang cepat dalam memberikan pelayanan keperawatan serta kurang siapnya perawat dalam memberikan pelayanan (Laporan bidang perencanaan, pengawasan dan evaluasi RS PGI Cikini Jakarta, 2009). Bidang Keperawatan RS PGI Cikini sendiri memiliki motto *caring* dalam pelayanan keperawatannya dan salah satu garis besar rencana strateginya adalah peningkatan kualitas pelayanan dan kepuasan pasien. Hal ini menyatakan bahwa *caring* merupakan landasan dalam pemberian pelayanan keperawatan di rumah sakit. Sementara itu Watson (2007) mendefinisikan *caring* sebagai ideal moral dari keperawatan yang memperhatikan aspek kemanusiaan. Pengertian lain menyatakan bahwa *caring* adalah inti atau saripati dari keperawatan

Perilaku *caring* sebagai inti dari praktik keperawatan memegang peranan penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan. Hal ini dibuktikan dengan berbagai penelitian yang menyebutkan berbagai keuntungan dari pelaksanaan perilaku *caring* perawat terhadap pasien di antaranya dapat menjaga martabat dan integritas pasien, meningkatkan status pemulihan pasien, menurunkan gejala yang dirasakan pasien, meningkatkan kepuasan pasien serta terciptanya kualitas pelayanan keperawatan yang tinggi (Scharf & Caley, 1993 dalam Lea & Watson, 1998).

Hasil diskusi dengan beberapa orang perawat di ruangan menyatakan beberapa permasalahan dalam lingkungan kerja seperti beban kerja yang dirasakan tinggi sehingga merasakan kelelahan fisik dan emosional, serta hambatan komunikasi baik dengan teman sejawat maupun profesi lain. Sementara itu penelitian mengenai *caring* belum pernah dilakukan di RS PGI Cikini, oleh karena itu maka penelitian tentang *caring* dianggap perlu untuk dilakukan. Berdasarkan fenomena tersebut diatas maka dapat dirumuskan masalah dalam penelitian ini adalah apakah ada hubungan antara lingkungan kerja dengan perilaku *caring* perawat.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara lingkungan kerja dengan perilaku *caring* perawat yang dipersepsikan oleh pasien di RS PGI Cikini Jakarta

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah untuk mengetahui:

- a. Gambaran karakteristik pasien di ruang rawat inap RS PGI Cikini Jakarta
- b. Gambaran karakteristik perawat di ruang rawat inap RS PGI Cikini Jakarta
- c. Gambaran pelaksanaan perilaku *caring* perawat yang dipersepsikan oleh pasien di RS PGI Cikini Jakarta.

- d. Lingkungan kerja perawat yang mencakup pengaturan beban kerja, kepemimpinan, kontrol terhadap praktik, pengembangan profesional dan dukungan organisasi di ruang rawat inap RS PGI Cikini Jakarta.
- d. Hubungan pengaturan beban kerja perawat dengan perilaku *caring* perawat yang dipersepsikan oleh pasien di ruang rawat inap RS PGI Cikini Jakarta
- e. Hubungan kepemimpinan dengan perilaku *caring* perawat yang dipersepsikan oleh pasien di ruang rawat inap RS PGI Cikini Jakarta
- f. Hubungan kontrol perawat terhadap praktik dengan perilaku *caring* perawat yang dipersepsikan oleh pasien di ruang rawat inap RS PGI Cikini Jakarta
- g. Hubungan pengembangan profesional dengan perilaku *caring* yang dipersepsikan oleh pasien di ruang rawat inap RS PGI Cikini Jakarta
- h. Hubungan dukungan organisasi dengan perilaku *caring* perawat yang dipersepsikan oleh pasien di ruang rawat inap RS PGI Cikini Jakarta.
- i. Faktor yang paling berpengaruh terhadap hubungan antara lingkungan kerja dengan perilaku *caring* perawat yang dipersepsikan oleh pasien setelah dikontrol oleh faktor konfonding di ruang rawat inap RS PGI Cikini Jakarta.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Pelayanan Keperawatan

Penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi pelayanan keperawatan dengan memberikan gambaran tentang evaluasi kinerja perawat dalam perilaku *caring*. Penelitian ini dapat memberikan gambaran tentang sejauh mana perawat sudah melaksanakan perilaku *caring* dan menjadi salah satu indikator mutu pelayanan keperawatan karena diketahuinya kepuasan pasien terhadap pelaksanaan perilaku *caring* perawat. Sedangkan dengan mengetahui gambaran lingkungan kerja perawat, dapat dijadikan masukan dan evaluasi bagi pihak manajemen sejauh mana telah menciptakan lingkungan kerja yang berkualitas bagi perawat.

Hasil penelitian tentang hubungan antara lingkungan kerja dan perilaku *caring* perawat dapat menjadi masukan bagi pihak manajemen untuk menciptakan lingkungan yang dapat menumbuhkan perilaku *caring* perawat. Sedangkan dengan mengetahui faktor yang paling dominan dari lingkungan kerja dalam menciptakan perilaku *caring*, menjadikan masukan bagi pihak manajemen untuk memprioritaskan komponen yang paling dominan ini untuk terciptanya pelaksanaan perilaku *caring* perawat dan mengambil langkah yang tepat untuk memperbaiki kondisi lingkungan kerja perawat.

1.4.2 Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat memberikan masukan bagi perkembangan ilmu keperawatan dan menambah referensi tentang pelaksanaan *caring* perawat sebagai inti dari profesi keperawatan serta mengetahui faktor lingkungan kerja apa yang paling berpengaruh terhadap pelaksanaan perilaku *caring* perawat untuk dijadikan bahan kajian lebih lanjut. Informasi mengenai pelaksanaan *caring* ini dapat menjadi informasi awal bagi penelitian selanjutnya dan mengembangkan faktor-faktor lain yang mungkin berpengaruh terhadap pelaksanaan *caring* oleh perawat.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Uraian dalam bab ini membahas tentang tinjauan teori dan rangkuman beberapa penelitian yang terkait dengan perilaku *caring* dan lingkungan kerja. Bagian pertama membahas tentang konsep fungsi manajemen keperawatan. Bagian kedua membahas tentang konsep perilaku meliputi pengertian perilaku dan teori perubahan dari perilaku. Bagian ketiga membahas tentang konsep *caring* yang meliputi pengertian *caring*, elemen *caring*, alat mengukur *caring* serta faktor yang mempengaruhi *caring*. Bagian keempat membahas tentang pengertian lingkungan kerja serta komponen dari lingkungan kerja.

2.1 Manajemen Keperawatan

Manajemen keperawatan adalah proses pelaksanaan pelayanan keperawatan melalui proses upaya staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan, pengobatan dan rasa aman kepada klien, keluarga dan masyarakat (Gillies, 1994). Manajemen keperawatan dipandang sebagai suatu proses hubungan masukan dan keluaran. Komponen masukan terdiri dari sumber daya manusia, dana dan sarana. Keluaran adalah mutu pelayanan dari keperawatan melalui fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan sumber daya manusia, dana dan sarana yang berproses untuk mencapai tujuan manajemen (Douglas, 1999).

Prinsip umum manajemen keperawatan menurut Swanburg dan Swanburg (1999) terdiri dari beberapa fungsi. Fungsi pertama adalah perencanaan yang mencakup pemanfaatan waktu yang efektif, pengambilan keputusan, mengatur perawat dan merumuskan tujuan. Organisasi merupakan fungsi kedua mencakup mengadakan perubahan, budaya organisasi, motivasi, komunikasi yang efektif, pengembangan staf dan pengendalian. Fungsi ketiga adalah pengarahan dan fungsi yang terakhir adalah pengawasan. Fungsi manajemen yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan akan dijelaskan di bawah ini.

2.1.1 Fungsi Perencanaan

Perencanaan adalah sebuah proses untuk merumuskan masalah-masalah kesehatan yang berkembang, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, menetapkan tujuan program yang paling pokok dan menyusun langkah-langkah praktis untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan tersebut (Muninjaya, 2004). Selanjutnya dijelaskan pula bahwa perencanaan merupakan fungsi terpenting dalam manajemen karena fungsi ini akan menentukan fungsi-fungsi manajemen lainnya.

Marquis dan Huston (2006) menjelaskan beberapa hal yang dapat dilakukan oleh manajer keperawatan dalam fungsi perencanaan yaitu: 1) Manajer harus mengetahui aspek hukum, politik, ekonomi, dan sosial yang mempengaruhi perencanaan pelayanan kesehatan, 2) Mendemonstrasikan pengetahuan dan menggunakan tehnik yang tepat dalam membuat perencanaan organisasi, 3) Memberikan kesempatan kepada bawahan, teman sejawat, kompetitor untuk berpartisipasi dalam perencanaan, 4) Berkoordinasi dengan seluruh unit level agar perencanaan sesuai dengan tujuan organisasi, 5) Mengkaji kebutuhan dan keterbatasan dari sumber daya yang dimiliki secara periodik, 6) Mengembangkan falsafah yang sesuai dengan organisasi, 7) Mengembangkan tujuan organisasi yang sesuai dengan falsafah organisasi, 8) Mengembangkan kebijakan, prosedur, dan aturan yang mencerminkan tujuan organisasi, 9) Melakukan kajian ulang dan melakukan perubahan jika dibutuhkan terhadap falsafah, tujuan, kebijakan, prosedur dan aturan, serta 10) Berpartisipasi secara aktif dalam perencanaan strategis organisasi, mendefinisikan dan mengoperasionalkan dalam unit level organisasi.

Menciptakan lingkungan kerja untuk menumbuhkan budaya *caring* bagi perawat termasuk dalam fungsi perencanaan. Kegiatan dalam fungsi ini adalah dengan mengembangkan tujuan organisasi dan menciptakan falsafah *caring* sehingga falsafah *caring* dapat melandasi seluruh kegiatan perawat.

2.1.2 Fungsi Pengorganisasian

Pengorganisasian adalah salah satu langkah untuk menetapkan, menggolong-golongkan dan mengatur berbagai macam kegiatan, menetapkan tugas-tugas pokok dan wewenang dan pendelegasian wewenang oleh pimpinan kepada staf dalam rangka mencapai tujuan organisasi. Fungsi pengorganisasian merupakan alat untuk memadukan (sinkronisasi) dan mengatur semua kegiatan yang ada kaitannya dengan personil, keuangan, material dan tata cara untuk mencapai tujuan organisasi yang telah disepakati (Muninjaya, 2004).

Selanjutnya Marquis dan Huston (2006), menjelaskan hal-hal yang dapat dilakukan oleh manajer keperawatan dalam fungsi pengorganisasian yaitu: 1) Mengidentifikasi dan menganalisis secara terus menerus kebutuhan *stakeholder* terhadap organisasi, 2) Mengetahui struktur organisasi, kewajiban serta kewenangan setiap komponen dalam struktur organisasi tersebut, 3) Mensosialisasikan struktur organisasi beserta interpretasi dari struktur tersebut kepada bawahan, 4) Mempertahankan kesatuan dari komando, 5) Melakukan klarifikasi jika terjadi kebingungan, 6) Mengkaji keluhan staf atau bawahan terhadap rantai komando, 7) Membangun rentang kendali yang tepat, 8) Mengetahui tentang budaya organisasi, 9) Menggunakan struktur organisasi dalam mencapai tujuan organisasi.

2.1.3 Penggerakan dan Pelaksanaan

Penggerakan adalah semua kegiatan manajer dalam mengarahkan dan menggerakkan semua sumber daya (manusia dan bukan manusia) untuk mencapai tujuan yang telah disepakati. Untuk menggerakkan dan mengarahkan sumber daya manusia dalam organisasi, peranan kepemimpinan, motivasi staf, kerjasama dan komunikasi antar staf merupakan hal pokok yang perlu mendapat perhatian (Muninjaya, 2004).

Hal-hal yang dapat dilakukan oleh manajer keperawatan dalam fungsi penggerakan adalah: 1) Menggunakan kekuasaan untuk membuat sistem penghargaan untuk staf, 2) Menggunakan umpan balik yang positif untuk memberikan penghargaan terhadap staf, 3) Mengembangkan tujuan organisasi dengan mengintegrasikan kebutuhan staf dan kebutuhan organisasi, 4) Mempertahankan lingkungan organisasi dengan mengeliminasi atau mengurangi ketidakpuasan terhadap kerja, 5) Meningkatkan lingkungan kerja dengan memfokuskan terhadap motivasi staf, 6) Menciptakan kondisi yang diperlukan untuk memelihara produktivitas disamping meningkatkan kepuasan kerja staf, 7) Mengkomunikasikan dengan jelas harapan organisasi kepada staf, 8) Mendemonstrasikan dan berkomunikasi dengan penuh penghormatan, perhatian, kejujuran dan rasa memiliki terhadap staf, 9) Menetapkan tugas pekerjaan yang sepadan dengan kemampuan dan pengalaman masa lalu untuk membangun rasa pencapaian dari staf, serta 10) Mengidentifikasi kebutuhan pencapaian, berhubungan dan kekuasaan dari staf dan mengembangkan strategi yang tepat untuk memenuhi kebutuhan ini (Marquis dan Huston, 2006).

Seluruh fungsi manajemen dalam fungsi penggerakan dan pelaksanaan ini merupakan kunci bagi manajer keperawatan dalam menciptakan lingkungan kerja yang berkualitas yang mendukung staf perawat untuk melaksanakan proses *caring* dengan sebaik-baiknya. Lingkungan kerja

yang mendukung budaya *caring* ini akan dijelaskan pada sub bab lingkungan kerja.

2.1.4 Pengawasan

Pengawasan merupakan kegiatan dalam membandingkan standar keberhasilan program yang dituangkan dalam bentuk target, prosedur kerja dan sebagainya dengan hasil yang telah dicapai atau yang mampu dikerjakan oleh staf. Jika ada kesenjangan atau penyimpangan yang terjadi harus segera diatasi. Fungsi pengawasan dan pengendalian bertujuan agar penggunaan sumber daya dapat lebih diefisienkan dan tugas-tugas staf untuk mencapai tujuan program dapat lebih diefisienkan (Muninjaya, 2004).

Hal-hal yang dapat dilakukan oleh manajer keperawatan dalam fungsi pengawasan menurut Marquis dan Huston (2006) adalah: 1) Menggunakan audit terhadap struktur, proses dan *outcome* yang tepat sebagai alat pengontrol kualitas, 2) Bekerjasama dengan personal lain dalam organisasi untuk mengembangkan standar pelayanan keperawatan dan menentukan metode yang tepat untuk mengukur jika standar tersebut telah disusun, 3) Menggunakan berbagai sumber informasi untuk memperoleh informasi mengenai *quality control*, 4) Menentukan dan menemukan kesenjangan antara standar pelayanan keperawatan dengan pelayanan di lapangan dan mencari penyebab kesenjangan tersebut terjadi, 5) Menggunakan hasil temuan dalam *quality control* dalam melakukan penilaian dan memberikan penghargaan terhadap staf, 6) Selalu mengikuti kebijakan, aturan yang ditetapkan oleh pemerintah dalam *quality control*, 7) Melakukan kajian secara kontinyu terhadap lingkungan organisasi dan mengidentifikasi kesalahan yang terjadi.

Fungsi-fungsi manajemen keperawatan tersebut perlu diwujudkan dalam mendukung terhadap kinerja dari staf keperawatan. Kinerja seorang perawat pada dasarnya adalah sebuah perilaku yang ditunjukkan oleh staf

perawat. Sedangkan perilaku pada seorang individu merupakan tindakan yang dapat dipengaruhi oleh faktor dari dalam individu atau faktor di luar individu. Pada sub bab selanjutnya akan dijelaskan pengertian dari perilaku serta faktor apa saja yang dapat merubah perilaku.

2.2 Konsep Perilaku

2.2.1 Pengertian Perilaku

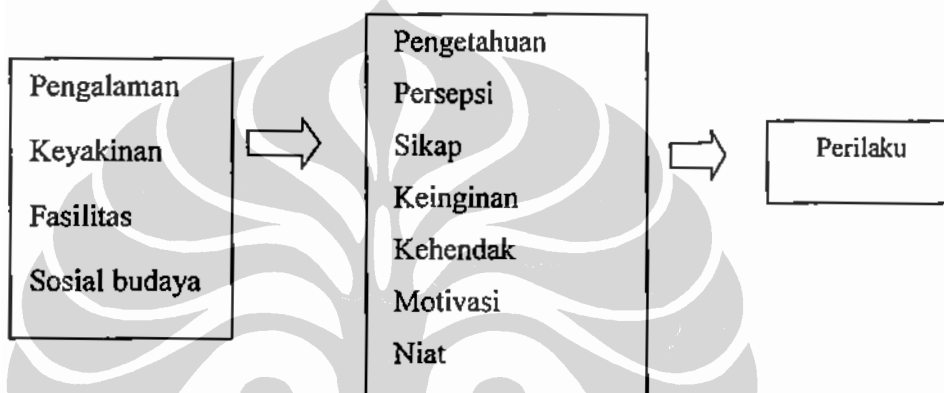
Skinner (1938, dalam Notoatmojo, 2007) menyatakan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Lebih lanjut Skinner membedakan dua respon dalam perilaku yaitu *respondent respon* atau *reflexive* serta *operan respon* atau *instrumental respon*. *Respondent respons* atau *reflexive*, yakni respons yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus semacam ini disebut *eliciting stimulation* karena menimbulkan respon-respon yang relatif tetap. Sedangkan *operant respons* atau *instrumental respons* yakni respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu.

Notoatmodjo (2007) menyatakan konsep perilaku sebagai respon terhadap stimulus dan melihat perilaku dalam bentuk yang sudah terlihat atau belum. Selanjutnya perilaku tersebut disebut dengan perilaku tertutup (*covert behavior*) yaitu respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup dan perilaku terbuka (*overt behaviour*) atau respon terbuka.

Perilaku tertutup (*covert behaviour*) adalah terhadap stimulus yang masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut dan belum diamati secara jelas oleh orang lain. Sedangkan perilaku terbuka (*overt behaviour*) yaitu respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata dan terbuka. Respon terhadap stimulus sudah dalam bentuk tindakan atau praktik yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain

Notoatmojo (2007) juga menyatakan bahwa perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya. Gejala kejiwaan sendiri ditentukan atau dipengaruhi oleh berbagai faktor lain seperti faktor pengalaman, keyakinan, sarana fisik, sosial budaya masyarakat dan sebagainya sehingga jika digambarkan dalam skema dapat dilihat dari gambar berikut:

Skema 2.1 Konsep Perilaku



Sumber: Notoatmodjo (2007)

Green (1980, dalam Notoatmojo, 2007), menyatakan bahwa perilaku dibentuk dari 3 faktor yaitu faktor predisposisi, faktor pendukung dan faktor pendorong. Faktor predisposisi terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya. Faktor-faktor pendukung terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas atau sarana kesehatan. Sedangkan faktor pendorong terwujud dalam sikap dan perilaku.

Kar (1983, dalam Notoatmojo, 2007), menyatakan bahwa perilaku merupakan gabungan dari beberapa faktor yang terdiri dari : 1) Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya (*behavior intention*), 2) Dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (*social-support*), 3) Ada atau tidak adanya informasi

(*accessibility of information*), 4) Otonomi pribadi yang bersangkutan dalam hal ini mengambil tindakan atau keputusan (*personal autonomy*), 5) Situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak (*action situation*).

WHO (1984, dalam Notoatmojo, 2007), adanya 4 alasan pokok sebuah perilaku yaitu pemikiran dan perasaan, *personal reference*, sumber daya, dan kebudayaan. Pemikiran dan perasaan (*thought and feeling*) dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan, dan penilaian seseorang terhadap objek. Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain. Kepercayaan, seseorang menerima kepercayaan berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu, sikap menggambarkan suka atau tidaknya seseorang terhadap obyek. *Personal reference* perilaku dipengaruhi oleh orang-orang yang dianggap penting. Sumber daya (*resources*), fasilitas, uang, waktu, tenaga dan sebagainya. Kebudayaan : perilaku normal, kebiasaan, nilai-nilai dan penggunaan sumber-sumber didalam suatu masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup (*way of life*)

2.2.2 Perubahan Perilaku

Berikut ini akan dijelaskan beberapa teori tentang perubahan perilaku.

2.2.2.1 Teori stimulus organisme

Teori ini didasarkan pada asumsi bahwa penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung kepada kualitas rangsangan (stimulus) yang berkomunikasi dengan organisme. Artinya kualitas dari sumber komunikasi misalnya kredibilitas kepemimpinan dan gaya berbicara sangat menentukan keberhasilan perubahan perilaku seseorang, kelompok atau masyarakat (Notoatmodjo, 2007)

Hsland, et al (1953, dalam Notoatmodjo, 2007) mengatakan bahwa perubahan perilaku pada hakikatnya adalah sama dengan proses belajar.

Perilaku dapat berubah hanya apabila stimulus yang diberikan benar-benar melebihi stimulus semula.

2.2.2.2 Teori Festinger (*dissonance theory*)

Festinger (1957, dalam Notoatmojo, 2007) menjelaskan keadaan *cognitive dissonance* merupakan ketidakseimbangan psikologis yang diliputi oleh ketegangan diri yang berusaha untuk mencapai keseimbangan kembali. Apabila terjadi keseimbangan dalam diri individu, maka berarti sudah terjadi ketegangan diri lagi dan keadaan ini disebut *consonance* (keseimbangan)

Dissonance (ketidakseimbangan) terjadi karena dalam diri individu terdapat dua elemen kognisi yang saling bertentangan. Yang dimaksud elemen kognisi adalah pengetahuan, pendapat atau keyakinan. Apabila individu menghadapi suatu stimulus atau obyek dan stimulus tersebut menimbulkan pendapat atau keyakinan yang berbeda/bertentangan didalam diri individu itu sendiri maka terjadilah *dissonance*.

2.2.2.3 Teori Fungsi

Teori ini berdasarkan anggapan bahwa perubahan perilaku individu bergantung kepada perubahan. Hal ini berarti bahwa stimulus yang dapat mengakibatkan perubahan perilaku seseorang adalah stimulus yang dapat dimengerti dalam konteks kebutuhan orang tersebut. Menurut Katz (1960, dalam Notoatmojo, 2007) perilaku dilatarbelakangi oleh kebutuhan individu yang bersangkutan.

Katz berasumsi bahwa perilaku memiliki beberapa fungsi. Pertama perilaku memiliki fungsi instrumental artinya dapat berfungsi dan memberikan pelayanan terhadap kebutuhan. Seseorang dapat bertindak (berperilaku) positif terhadap objek demi pemenuhan kebutuhannya. Kedua, perilaku berfungsi sebagai *defence mechanism* atau sebagai

pertahanan diri dalam menghadapi lingkungannya artinya dengan perilakunya manusia dapat melindungi ancaman-ancaman yang datang dari luar. Ketiga, Perilaku berfungsi sebagai penerima objek dan pemberi arti. Dengan tindakan-tindakan sehari-hari tersebut seseorang melakukan keputusan sehubungan dengan objek atau stimulus yang dihadapi. Keempat, perilaku berfungsi sebagai nilai ekspresif dari diri seseorang dalam menjawab situasi. Nilai ekspresif ini berasal dari konsep diri seseorang dan merupakan pencerminan dari hati sanubari

2.2.2.4 Teori Kurt Lewin

Kurt Lewin (1970, dalam Notoatmojo, 2007) berpendapat bahwa perilaku manusia adalah suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan-kekuatan pendorong (*driving forces*) dan kekuatan-kekuatan penahan (*restining forces*). Perilaku ini dapat berubah apabila terjadi ketidakseimbangan antara kedua kekuatan tersebut didalam diri seseorang sehingga ada tiga kemungkinan terjadinya perubahan perilaku pada diri seseorang yaitu: kekuatan-kekuatan pendorong meningkat, kekuatan-kekuatan penahan menurun, kekuatan pendorong meningkat kekuatan penahan menurun.

Kesimpulan yang dapat kita ambil dari pengertian perilaku dan faktor yang dapat merubah perilaku adalah bahwa sebuah perilaku terjadi karena adanya sebuah stimulus yang datang dari luar. Stimulus itu akan berinteraksi dengan kebutuhan dan kepentingan dari individu sehingga menciptakan adanya ketidakseimbangan. Individu akan menampilkan sebuah perilaku sebagai sebuah jalan untuk kembali menciptakan keseimbangan hidup. Pada sub bab berikutnya akan dijelaskan tentang konsep *caring* sebagai sebuah perilaku yang harus ditunjukkan oleh perawat profesional dalam menciptakan sebuah keseimbangan hidup bagi pasien yang sedang mengalami ketidakseimbangan sehubungan dengan proses penyakit yang dialaminya serta menciptakan keseimbangan bagi perawat itu sendiri.

2.3 Konsep *Caring*

2.3.1 Pengertian *Caring*

Teori Watson tentang *caring* telah mengalami banyak perkembangan dari sejak pertama diluncurkan pada tahun 1975. Watson (2007) mendefinisikan *caring* sebagai ideal moral dari keperawatan yang memperhatikan aspek kemanusiaan. Manusia akan menunjukkan eksistensinya bila dimensi spiritualnya meningkat. Hal ini ditunjukkan dengan penerimaan diri, tingkat kesadaran diri yang tinggi dan kekuatan dari dalam diri. *Caring* sebagai esensi dari keperawatan berarti juga pertanggungjawaban dalam hubungan antara perawat-pasien, dimana perawat membantu partisipasi pasien, membantu klien memperoleh pengetahuan dalam meningkatkan kesehatan sehingga dinamakan dengan *Transpersonal Caring Relationship*.

Beberapa pakar keperawatan juga mendefinisikan *caring* dan memiliki persamaan pendapat dengan Watson. Pengertian *caring* sebagai kewajiban moral dikemukakan oleh Schaefer (2002, dalam Liu, 2004); Smerke (1990, dalam Sourial, 1997); Morse (1990, dalam Sourial, 1997); Fry (1991, dalam Sourial, 1997); serta Cronquist et al (2004). Sedangkan *Caring* sebagai tindakan terapeutik dikemukakan Duffy dan Honskin (2003, dalam Liu, 2004), dan pengertian *caring* sebagai interaksi personal dikemukakan oleh Palley (2001, dalam Liu, 2004); Sumner (2006).

Beberapa pakar keperawatan melengkapi pengertian *Caring* dengan beberapa kesimpulan bahwa *Caring* sebagai ciri atau karakter dari manusia dikemukakan oleh Hoover (2002, dalam Liu, 2004) dan Sand (2003, dalam Liu, 2004), *caring* sebagai kemurahan hati serta *caring* sebagai nilai-nilai yang sangat tinggi yang sulit untuk didefinisikan seperti *compassion*, *concern*, *commitment* dan *respect* (Lea dan Watson, 1998).

Sementara itu beberapa pakar menguraikan pengertian serta konsep *caring* dari sudut pandang sebuah sistem terbuka yang artinya pelaksanaan *caring* selain dipengaruhi oleh faktor internal dari individu seperti yang sudah dijelaskan diatas, *Caring* juga dipengaruhi oleh faktor dari luar lingkungan individu seperti yang dikemukakan oleh Martinsen, Eriksson, Ray, dan Leininger. Teori ini sejalan dengan konsep perubahan perilaku yang menyatakan perilaku adalah sebuah tanggapan atau reaksi individu terhadap rangsangan dari lingkungan.

Eriksson, (1990 dalam Tomey dan Alligood, 2006) menyatakan bahwa *caritas* berarti cinta dan kemurahan hati. *Caring* adalah usaha untuk menengahi keyakinan, harapan, dan cinta melalui pemeliharaan, bermain dan belajar. Selain itu Eriksson menekankan konsep *caring ethic* dan budaya *caring* dengan memadukan elemen tradisi dan nilai-nilai dasar.

Martinsen, (1990 dalam Tomey dan Alligood, 2006), menyatakan bahwa *Caring* dibentuk tidak hanya dari nilai-nilai dasar dari perawat tetapi dari kondisi dasar dari kehidupan kita. Pelaksanaan *Caring* membutuhkan pendidikan dan latihan serta ilmu atau pengetahuan profesional. *Caring* juga membutuhkan praktik moral dimana empati dan refleksi bekerja sama dalam mengekspresikan *caring*. Pandangan lain adalah orientasi terhadap pasien secara profesional dimana pasien dipandang sebagai orang yang sedang mengalami penderitaan sehingga integritasnya perlu dilindungi.

Ray (2002, dalam Tomey dan Alligood, 2006) mengemukakan *Theory of Beureaucratic Caring*. Ray mendefinisikan *Caring* sebagai sebuah proses intekasi atau hubungan yang kompleks dan melibatkan aspek cultural yang didasarkan pada konteks etik dan spiritual. *Caring* adalah hubungan antara kemurahan hati dan tindakan nyata, antara cinta sebagai keharuan terhadap penderitaan, kebutuhan akan keadilan dalam konteks dari yang harus dilakukan. *Caring* dilaksanakan dalam budaya masyarakat meliputi budaya personal, budaya organisasi rumah sakit dan budaya global.

Leininger (2002 dalam Suliman, 2009) menjelaskan bahwa manusia tidak dapat dipisahkan dari lingkungannya sehingga dia menyatakan *caring* sebagai fenomena yang universal dan akan dipersepsikan berbeda oleh manusia tergantung latar belakang kebudayaannya sehingga menciptakan perilaku budaya yang dipelajari dalam tindakan, proses dan pola yang berbeda. Knott (2002, dalam Suliman 2009) menekankan saat proses *caring* terjadi, perawat harus lebih peka terhadap perbedaan budaya seperti kontak mata, gaya berbicara, sentuhan serta ritual dalam kegamaan karena jika hal ini tidak diperhatikan maka akan menimbulkan konflik budaya.

Kesimpulan dari seluruh pengertian *caring* yang dikemukakan diatas adalah *caring* didefinisikan sebagai: 1) pengakuan terhadap dimensi spiritual pasien 2) hubungan interaksi antara perawat dan pasien dimana terjadinya proses penggabungan dimensi spiritual pasien dan perawat, 3) ideal moral perawat dalam memelihara dan meningkatkan integritas dan martabat pasien (sistem humanistik) 4) serangkaian tindakan yang dilakukan untuk membantu proses penyembuhan pasien 5). Proses interaksi perawat dan pasien yang tergantung pada situasi dan kondisi dimana proses interaksi tersebut terjadi.

Pengertian dari *caring* masih membutuhkan penjelasan lebih lanjut mengenai bagaimana *caring* tersebut diaplikasikan dalam pelaksanaan sehari-hari. Oleh karena itu, dalam sub bab selanjutnya akan dijelaskan mengenai elemen dari *caring* dengan fokus utama adalah sepuluh faktor karatif dari Watson dan didukung oleh teori *caring* lainnya.

2.3.2 Elemen *Caring*

Sepuluh faktor karatif membentuk komponen utama dari *caring* menurut Watson (Watson, 2007). Faktor-faktor ini dapat diaktualisasikan dalam setiap kegiatan ketika pasien berada bersama pasien dan membutuhkan aktualisasi perawat secara personal, sosial, moral dan spiritual. Sepuluh

faktor karatif tersebut meliputi: 1) Membentuk sistem nilai humanistik dan altruistik, 2) Menanamkan kepercayaan dan harapan, 3) Menumbuhkan kepekaan terhadap diri dan orang lain, 4) Mengembangkan hubungan saling percaya dan membantu, 5) Meningkatkan penerimaan terhadap ekspresi perasaan positif dan negatif, 6) Menggunakan proses pemecahan masalah yang sistematis, 7) Meningkatkan proses pembelajaran dan pengajaran interpersonal, 8) Menyediakan lingkungan fisik, mental, sosial dan spiritual yang suportif, protetik, korektif, 9) Membantu kebutuhan dasar, serta 10) Menghargai kekuatan eksistensial, fenomenologi dan spiritual. Setiap elemen *caring* tersebut akan dijelaskan dalam penjelasan berikut ini.

2.3.2.1 Membentuk sistem nilai humanistik dan altruistik

Nilai-nilai seperti kebaikan, empati, perhatian, cinta terhadap diri sendiri dan orang lain merupakan serangkaian nilai-nilai humanistik dan altruistik yang mendasari *caring*. Nilai-nilai tersebut terbentuk pada masa anak dan mengalami perkembangan pada masa dewasa dengan dipengaruhi oleh faktor kepercayaan, budaya dan seni dari lingkungan dimana individu itu tumbuh dan berkembang. Nilai-nilai humanistik dan altruistik yang diterapkan dalam pelayanan keperawatan dapat meningkatkan pelayanan keperawatan karena pada saat nilai-nilai ini diaplikasikan seorang perawat kepada pasien maka perawat telah menghormati dan menghargai martabat pasien (Watson, 2007).

2.3.2.2 Menanamkan kepercayaan dan harapan

Sejarah dari ilmu medis menekankan pada pentingnya kepercayaan dan harapan dari seseorang. Sebagai contoh, Hipokrates menyatakan bahwa pikiran dan jiwa orang yang sedang sakit seharusnya diberikan dulu harapan sebelum terapi pengobatan diberikan (Watson, 2007).

Faktor karatif ini berinteraksi dengan faktor karatif yang pertama untuk meningkatkan seluruh faktor karatif yang lain. Faktor karatif kedua ini sangat penting karena pasien yang memiliki harapan dan kepercayaan dapat menerima informasi yang diberikan oleh perawat tentang kondisi kesehatannya sehingga diharapkan dapat merubah perilaku pasien untuk meningkatkan kesehatannya (Watson, 1979 dalam Carson, 2004). Hal ini sesuai dengan teori perubahan perilaku yang menyatakan bahwa perubahan perilaku terjadi karena adanya stimulus dan ketidakseimbangan. Pasien yang telah memiliki keyakinan dan harapan merupakan pondasi awal dari sebuah ketidakseimbangan yang akan berubah menjadi keadaan seimbang dengan memberikan stimulus yang cukup dari perawat untuk merubah perilaku menjadi lebih baik dalam meningkatkan kesehatannya.

2.3.2.3 Menumbuhkan kepekaan terhadap diri dan orang lain

Menumbuhkan kepekaan terhadap diri sendiri merupakan langkah awal dari seorang perawat dalam proses *caring* untuk menumbuhkan kepekaan terhadap pasien. Perawat yang terbiasa peka terhadap perasaan dan kebutuhan dirinya sendiri maka akan lebih mudah untuk merasakan kebutuhan dan perasaan pasien.

2.3.2.4 Mengembangkan hubungan saling percaya dan membantu

Hubungan interpersonal antara pasien dan perawat merupakan aktualisasi dari hubungan manusia dalam proses *caring* (Watson, 2007). Hubungan interpersonal tersebut dimanifestasikan dalam sebuah hubungan saling percaya dan membantu. Untuk menciptakan hubungan saling percaya dan membantu, maka hal pertama yang harus diciptakan adalah dengan membangun sebuah hubungan baik (*rapport*) antara perawat dan pasien. Jika sebuah hubungan baik telah dimiliki maka secara alamiah kepercayaan dan saling membantu akan terjadi (Bechler, 2009).

Hal-hal penting yang dapat dilakukan untuk menciptakan sebuah kepercayaan dan hubungan saling membantu antara pasien dan perawat adalah dengan mengembangkan komunikasi yang efektif, bersikap terbuka, jujur dan empati.. Perawat yang memiliki rasa empati terhadap pasien dapat memahami dan berkomunikasi tanpa menganalisa, menghakimi dan pasien tidak merasa terancam atau terintimidasi (Watson, 1979 dalam Carson, 2004).

2.3.2.5 Meningkatkan penerimaan terhadap ekspresi perasaan positif dan negatif.

Meningkatkan penerimaan terhadap ekspresi perasaan positif dan negatif memiliki arti bahwa perawat mendukung pasien untuk mengekspresikan perasaannya. Faktor kararif ini sangat penting karena perasaan memiliki kekuatan yang dapat berpengaruh terhadap pikiran dan perilaku seseorang. Proses merasakan dari seseorang terjadi setelah adanya proses berpikir, pengalaman dan perilaku. Pasien yang sadar dengan perasaan yang dirasakannya dapat mengeliminasi perasaan yang tidak rasional serta memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengontrol pikiran dan perasaannya. Perawat dapat membantu pasien untuk bersikap realistis terhadap pikiran dan perasaan sesuai dengan kondisi yang dialaminya (Watson, 1979 dalam Carson, 2004).

2.3.2.6 Menggunakan proses pemecahan masalah yang sistematis

Kegiatan keperawatan digambarkan sebagai sebuah kegiatan moral (Allmark, 1982 dalam Harbison, 2002) artinya hasil akhir kegiatan yang dilakukan oleh perawat bukan dianggap sebagai kegiatan klinik tetapi sebagai kegiatan moral (Harbison, 2001). Oleh karena itu kemampuan untuk mengambil keputusan pada perawat merupakan hal yang sangat penting. Watson, (1979, dalam Carson, 2004) menyatakan kegiatan perawat dalam menggunakan metode sistematis adalah dengan penggunaan proses pemecahan masalah dalam praktik pelayanan keperawatan yang digunakan untuk pengambilan keputusan.

2.3.2.7 Meningkatkan proses pembelajaran dan pengajaran interpersonal

Salah satu peran perawat adalah sebagai *educator* atau pendidik. Sejarah tentang peran perawat dalam proses pembelajaran juga telah lama diketahui. Namun sepanjang masa itu proses pembelajaran dan pengajaran digambarkan hanya sebagai proses memberikan informasi kepada pasien. Padahal sebenarnya proses pembelajaran dan pengajaran tersebut memiliki arti sebagai sebuah kegiatan dan hubungan kerjasama dalam hubungan timbal balik antara pasien dan perawat. Dalam kegiatan pembelajaran dan pengajaran ini, perawat bekerja melalui kerangka berpikir pasien, memberikan arti dan pentingnya sebuah informasi terhadap pasien sambil mengkaji sejauh mana pasien dapat menerima informasi yang diberikan. Oleh karena itu pembelajaran tidak saja dipandang sebagai proses menerima informasi saja tetapi lebih kepada sebuah hubungan *caring* dimana perawat berperan sebagai mentor (*coach*) bagi pasien (Watson, 2007).

Kegiatan pembelajaran dan pengajaran harus dibentuk agar pelaksanaannya dapat berjalan dengan efektif dan dapat memberikan keuntungan dengan menurunkan tingkat kecemasan pasien. Kegiatan yang dilakukan dapat berupa kegiatan yang tidak terstruktur seperti penjelasan prosedur tindakan dan penjelasan tentang kondisi kesehatan pasien atau kegiatan yang terstruktur khusus didesain untuk memberikan pengetahuan kepada pasien sesuai kebutuhannya (Watson, 1979 dalam Carson, 2004).

2.3.2.8 Menyediakan lingkungan fisik, mental, sosial, dan spiritual yang suportif, protektif dan korektif

Menyediakan lingkungan fisik, mental, sosial dan spiritual yang suportif, protektif dan korektif merupakan salah satu langkah dalam rangka memberikan pelayanan yang berkualitas dan komprehensif. Beberapa hal yang merupakan komponen dari faktor karatif ini adalah memberikan *privacy*, keamanan, kebersihan dan memberikan lingkungan estetik (Watson, 2007).

Menjaga *privacy* pasien dapat dilakukan dengan cara menjaga *privacy* fisik dan *privacy* psikologis (menjaga kerahasiaan pasien). Sedangkan aspek keamanan yang diberikan pada pasien diberikan dengan memperhatikan umur, kondisi atau tingkat mobilitas pasien, setting ruangan, *deficit* dari system sensori, tingkat kesadaran, penggunaan restrain, penggunaan alat bantu prostetik serta kontrol terhadap infeksi. Menyediakan lingkungan yang suportif terhadap aspek spiritual pasien adalah dengan cara menjaga kebersihan lingkungan serta menambahkan nuansa estetika seperti penempatan furniture yang sesuai, pemilihan warna serta penempatan dan penambahan asesoris seperti berbagai macam literatur, puisi, dan musik (Watson, 1979 dalam Carson, 2004).

Perawat juga dapat memberikan rasa nyaman kepada pasien. Rasa nyaman pasien dilakukan dengan cara melakukan kontrol terhadap variabel eksternal yaitu faktor lingkungan berupa stimulus yang mengganggu seperti cahaya dan suara, pengontrolan suhu ruangan, penggantian posisi pasien sehingga pasien merasa nyaman. melakukan latihan ROM, menggosok punggung atau pemijatan pada daerah tertentu, serta meditasi atau latihan nafas dalam (Watson, 1979 dalam Carson, 2004).

2.3.2.9 Membantu kebutuhan dasar

Membantu memenuhi kebutuhan dasar manusia merupakan inti dari kegiatan perawat. Kebutuhan dasar pasien dapat dibagi dalam dua komponen yaitu kebutuhan tingkat rendah dan kebutuhan tingkat tinggi. Kebutuhan tingkat rendah terdiri dari kebutuhan makanan, minuman, eliminasi, ventilasi, aktivitas dan inaktivitas serta seksualitas. Sedangkan kebutuhan tingkat tinggi terdiri dari pencapaian, afiliasi serta aktualisasi diri (Watson, 1979 dalam Carson, 2004).

2.3.2.10 Menghargai kekuatan eksistensial, fenomenologi dan spiritual

Menghargai adanya kekuatan eksistensial, fenomenologi dan spiritual merupakan faktor terakhir dari faktor karatif Watson. Faktor ini menjelaskan bahwa perawat harus menghargai pasien sebagai personal, membantu pasien dalam menentukan coping yang baik dalam menghadapi berbagai situasi yang berhubungan dengan kondisi penyakitnya, dan menemukan makna kehidupan pribadinya. Inti dari faktor ini adalah kesadaran terhadap kekuatan yang dimiliki oleh pasien (Watson, 1979 dalam Carson, 2004).

Uraian tentang elemen *caring* yang dikemukakan oleh Watson di atas menekankan *caring* sebagai tindakan yang dilakukan perawat untuk menciptakan proses penyembuhan yang komprehensif dimana tindakan yang dilakukan berupa memberikan tindakan fisik seperti memenuhi kebutuhan dasar serta menciptakan lingkungan yang suportif dan protektif atau berupa tindakan untuk meningkatkan dimensi spiritual pasien seperti meningkatkan penerimaan ekspresi perasaan positif dan negatif pasien serta menanamkan sikap penuh pengharapan.

Watson juga menekankan proses *caring* tidak hanya ditujukan untuk pasien tetapi juga untuk perawat. Artinya dalam proses *caring* ini tidak hanya ditujukan kepada pasien tetapi juga perawat sehingga proses *caring* merupakan sebuah hubungan timbal balik antara pasien dan perawat yang tidak hanya memberikan keuntungan kepada pasien tetapi juga untuk perawat.

Dari uraian tentang elemen *caring* diatas, kita juga dapat menyimpulkan bahwa elemen *caring* terdiri dari komponen pengetahuan, ketrampilan dan sikap yang harus dilakukan oleh perawat. Komponen pengetahuan diwakili dengan pernyataan seperti kemampuan perawat untuk menggunakan metode sistematis dalam pemecahan masalah. Komponen ketrampilan diwakili oleh pernyataan seperti membantu kebutuhan dasar pasien dan

menciptakan lingkungan yang mendukung kesembuhan pasien. Komponen sikap yang diwakili dengan pernyataan seperti mampu bersikap empati, jujur, menghargai, memiliki kerendahan hati. Komponen sikap ini memiliki proporsi yang lebih banyak dibandingkan dengan komponen pengetahuan dan ketrampilan artinya lebih banyak disinggung oleh para ahli dalam keperawatan sebagai elemen dari perilaku *caring*. Walaupun demikian komponen pengetahuan dan ketrampilan tidak bisa dianggap sebagai komponen yang tidak penting karena pasien juga mengharapkan perawat yang melakukan asuhan keperawatan kepada mereka memiliki pengetahuan dan ketrampilan yang adekuat untuk mendukung proses penyembuhannya.

Beberapa pakar keperawatan juga menyampaikan elemen *caring* yang memiliki inti yang sama dalam arti *caring* dari Watson dimana komponennya terdiri dari komponen pengetahuan, ketrampilan dan sikap seperti yang diungkapkan oleh Attree (2001, dalam Liu, 2004) menyatakan *caring* meliputi 5C yaitu *Compassion* (keharuan), *Competence* (kemampuan atau kompetensi), *Confidence* (kepercayaan diri), *Conscience* (hati nurani) dan *Comitment* (tanggung jawab). Komponen pengetahuan dan ketrampilan diwakili dengan aspek *competence*. Sedangkan komponen sikap diwakili oleh aspek *compassion*, *confidence*, *conscience* dan *commitment*.

Sementara itu Briwlosky dan Wendler (2004) menempatkan seluruh elemen *caring* dalam konteks perubahan budaya seperti yang diungkapkan oleh Leininger. Brilowski dan Wendler (2004) mengemukakan lima elemen dari *caring* yaitu *relationship*, *action*, *attitude*, *acceptance* dan *variability*.

Hubungan diawali saat seseorang membutuhkan bantuan karena penyakit, adanya krisis atau ketidakmampuan dalam memenuhi perawatan diri sendiri (Fealy, 1995, dalam Lea dan Watson, 1998). Karakteristik penting

dari hubungan adalah adanya kepercayaan, kedekatan dan tanggung jawab. Sedangkan saling percaya diawali dengan sikap terbuka, ketulusan hati, cinta dan kesabaran (Fitzpatrick, 1992 dalam Brilowski, 2004).

Action atau tindakan dalam *caring* meliputi proses keperawatan, sentuhan, kehadiran dan kompetensi. Sedangkan aspek *attitude* terdiri dari perhatian, kejujuran, pendengar yang baik, memahami, menghormati dan peka terhadap kebutuhan pasien (Halldorsdottir dan Hamrin, 1997 dalam Brilowski, 2004).

Variability artinya *caring* berbeda atau bervariasi tergantung lingkungan dan orang-orang yang terlibat didalamnya. Cameron (1951, dalam Brilowski dan Wendler, 2004) menyatakan bahwa *caring* adalah personal, partial, berdasarkan intuisi, khusus, subjektif dan konkret.

2.3.3 Alat Mengukur Caring

2.3.3.1 CARE Q dan CARE/SAT

Caring Assesment Report Evaluation-Q merupakan instrument kuantitatif pertama dan yang paling sering digunakan dalam mengukur perilaku *caring*. Instrumen ini dikembangkan oleh Larson pada tahun 1984 dan pada perkembangannya dikembangkan untuk mengukur kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan yang diterima (CARE/SAT) (Watson, 2004).

Instrumen awal dikembangkan pada pada pasien kanker yang meliputi 50 subskala perilaku *caring* yang terdiri dari *accessible, comfort, anticipate, trusting relationship, monitor and follow through*. Penelitian dilakukan pada dua sampel perawat profesional (n=57 dan n=112) memiliki total alfa cronbach 0.95.

2.3.3.2 *Caring Behavior Inventory (CBI)*

Caring Behavior Inventory merupakan alat ukur perilaku *caring* yang dikembangkan dari konsep dasar teori Watson tentang *Transpersonal Caring* (1988). Uji coba dilakukan pada perawat dengan jumlah populasi 278 dan jumlah klien 263. Instrumen ini terdiri dari 42 item pertanyaan dan memiliki nilai alfa cronchbach antara 0.81 – 0.92 serta memiliki nilai reliabilitas 0.96. instrumen ini memiliki kelemahan dimana membutuhkan waktu yang cukup lama untuk pengisian kuesioner.

2.3.3.3 *Caring Behavior Assesment (CBA)*

Intrumen ini dikembangkan oleh Cronin dan Harrison (1988, dalam Watson, 2004) untuk mengukur perilaku *caring* perawat yang ditinjau dari persepsi pasien. Instrumen pernah dipakai pada pasien dengan infark miokard, pasien di ruang bedah sebanyak 19 orang, serta 46 orang pasien dengan AIDS (Parson et all 1993 dalam Watson, 2004)). Kebenaran isi (*content validity*) sudah dibuktikan oleh 4 orang yang berpengalaman dalam teori *caring*. Kebenaran isi juga dilaporkan oleh Huggins et al (1993, dalam Watson, 2004) dengan melakukan penelitian di ruang UGD dan jumlah sampel pasien sebanyak 288 orang.

Intrumen ini terdiri dari 63 pernyataan yang dikembangkan berdasarkan sepuluh faktor karatif yang dikemukakan oleh Watson. (Watson, 2004), *consistency reliability* dicatat berdasarkan *cronchbach alfa* dan dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 2.1
Subskala *caring* berdasarkan Cronbach Alfa

| Subskala <i>caring</i> berdasarkan Cronin dan Harrison | 10 faktor karatif Watson | Item | Cronbach Alfa |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------|
| <i>Humanism/Faith-Hope-sensitivity</i> (kemanusiaan/keyakinan-harapan-sensitivitas) | 1. Membentuk sistem nilai humanistik dan altruistik 2. Menanamkan kepercayaan dan harapan 3. Menumbuhkan kepekaan terhadap diri dan orang lain | 1 - 16 | 0.84 |
| <i>Helping/Trust</i> (membantu, membina kepercayaan) | 4. Mengembangkan hubungan saling percaya dan membantu | 17 - 27 | 0.76 |
| <i>Ekspression of positif and negative feeling</i> (menerima Ekspresi perasaan positif dan negatif) | 5. Meningkatkan penerimaan terhadap ekspresi perasaan positif dan negative | 28-31 | 0.67 |
| <i>Teaching/Learning</i> (pembelajaran/Pengajaran Interpersonal) | 6. Menggunakan proses pemecahan masalah yang sistematis 7. Meningkatkan proses pembelajaran dan pengajaran interpersonal | 32-39 | 0.90 |
| <i>Supportive/Protective/Corrective Environment</i> (menciptakan lingkungan yang mendukung/melindungi) | 8. Menyediakan lingkungan fisik, mental, social dan spiritual yang suportif, protektif dan korektif | 40 - 51 | 0.75 |
| <i>Human need assistance</i> (membantu memenuhi kebutuhan dasar) | 9. Membantu kebutuhan dasar | 52 - 60 | 0.89 |
| <i>Existential/Phenomenologikal</i> | 10. Menghargai kekuatan eksistensial, fenomenologi dan spiritual | 61 - 63 | 0.66 |

2.3.4 Faktor yang mempengaruhi perilaku *caring*

Robbins (1998) menjelaskan karakteristik individu yang mempengaruhi kinerja seseorang dan dalam penjelasannya akan digabungkan dengan beberapa hasil penelitian tentang hubungan karakteristik perawat dalam melaksanakan perilaku *caring*.

2.3.4.1 Usia

Robbins (1998) menyatakan bahwa kinerja akan merosot seiring dengan meningkatnya usia. Produktivitas juga menurun seiring usia terutama kecepatan, kecekatan, kekuatan dan koordinasi mengikis/menurun dengan berjalannya waktu, kebosanan dan kurangnya rangsangan intelektual menyumbang pada kurangnya produktivitas. Tetapi segi positif dari usia ini adalah menurunnya tingkat keluar masuknya pekerjaan karena semakin tua usia semakin kecil kemungkinan berhenti dari pekerjaan. Supriatin (2009) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara usia dan perilaku *caring* perawat.

Siagian (1995) menjelaskan bahwa semakin lanjut usia maka semakin meningkat kedewasaan teknis, psikologis dan kematangan jiwa. Semakin tinggi usia maka semakin tinggi kebijaksanaan seseorang dalam mengambil keputusan, berpikir rasional dan mengendalikan emosi.

2.3.4.2 Jenis kelamin

Robbins (1998) menyatakan bahwa beberapa studi psikologis menemukan bahwa wanita lebih bersedia untuk mematuhi wewenang dan pria lebih agresif dan lebih besar kemungkinan daripada wanita dalam memiliki pengharapan untuk sukses. Tingkat kemangkiran lebih banyak pada wanita karena tanggung jawab rumah tangga dan keluarga terletak pada wanita. Supriatin (2009) menjelaskan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan perilaku *caring*.

2.3.4.3 Status perkawinan

Robbins (1998), menjelaskan bahwa karyawan yang menikah kemungkinan lebih sedikit absensinya daripada karyawan yang tidak menikah, mengalami pergantian yang lebih rendah dan lebih puas dengan pekerjaan mereka daripada rekan sekerjanya yang belum menikah. Hal ini dimungkinkan karena perkawinan memaksakan tanggung jawab yang dapat membuat suatu pekerjaan menjadi lebih berharga dan penting. Supriatin (2009) menjelaskan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara status perkawinan dengan perilaku *caring* perawat.

2.3.4.4 Masa kerja

Robbins (1998) menyatakan terdapat hubungan positif antara senioritas atau lama kerja dengan produktivitas pekerjaan dan kepuasan kerja. Sementara itu senioritas atau lama kerja mempunyai hubungan yang negatif dengan kemangkiran. Siagian (1995), menyatakan bahwa semakin lama seseorang bekerja maka akan semakin memiliki ketrampilan dan pengalaman dalam melaksanakan pekerjaannya.

2.3.4.5 Tingkat Pendidikan

Latar belakang pendidikan akan mempengaruhi kinerja seseorang. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin baik kinerjanya. Hal ini dimungkinkan bahwa individu yang memiliki pendidikan yang tinggi maka akan memiliki pengetahuan dan wawasan yang luas (Siagian, 1995).

2.3.4.6 Faktor Organisasi

Faktor organisasi memberikan dampak terhadap pelaksanaan perilaku *caring* perawat. Supriatin (2009) menyatakan bahwa variabel organisasi seperti kepemimpinan kepala ruangan, struktur organisasi, imbalan yang diterima dan desain pekerjaan memiliki hubungan yang bermakna terhadap perilaku *caring* perawat pelaksana.

2.3.5 Karakteristik Klien Sebagai Individu

Pada penelitian ini, perilaku *caring* perawat akan dipersepsikan oleh pasien sebagai penerima pelayanan asuhan keperawatan. Oleh karena itu, berikut ini akan dijelaskan hasil-hasil penelitian yang menjelaskan hubungan antara karakteristik dari pasien sebagai individu dengan kepuasan pasien terhadap perilaku *caring* perawat.

2.3.5.1 Usia

Penelitian Loundon dan Britta, (1988) dan Iezzoni (2003) dalam Meeboon (2006) menyatakan bahwa usia pasien memiliki hubungan yang signifikan dengan tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan. Semakin tua usia seseorang biasanya memiliki harapan yang rendah sehingga cenderung lebih puas terhadap sesuatu yang diterima. Sedangkan Lamri (1997, dalam Meeboon, 2006) menyatakan bahwa tingkat kepuasan pasien terhadap perilaku *caring* perawat pada usia 18-45 tahun cenderung lebih puas jika dibandingkan dengan pasien pada usia 12-17 tahun.

2.3.5.2 Jenis Kelamin

Wanita digambarkan sebagai seorang individu yang lebih ekspresif dari pria sehingga hal ini juga mempengaruhi persepsinya terhadap pelayanan keperawatan yang diterima. Pria digambarkan lebih mempunyai kepuasan terhadap pelayanan keperawatan dibandingkan dengan wanita (Loundon dan Britta (1988, dalam Meeboon, 2006); Larson (1979). Sementara Wolf (2003), menyatakan hal yang berbeda bahwa jenis kelamin tidak mempunyai hubungan terhadap kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diterimanya.

Riemen (1986, dalam Wolf, 2003) menjelaskan harapan wanita dalam perilaku *caring* yang diterimanya yang meliputi sikap mau mendengarkan, tanggap terhadap keluhan klien, memberi dukungan terhadap klien, selalu hadir untuk klien, memberi rasa nyaman, realisasi lembut dan sopan. Sedangkan harapan pria terhadap perilaku *caring* yang dilakukan oleh

perawat terdiri dari sikap kehadiran perawat membuat pasien seperti memiliki nilai diri, membuat klien merasa nyaman, ramah, lembut, sopan dan menyenangkan.

2.3.5.3 Tingkat Pendidikan

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin tinggi harapan seseorang untuk mendapatkan pelayanan keperawatan. Tetapi Hudak (2004); Skarstein (2002) dalam Wolf (2003), menyatakan bahwa hubungan tingkat pendidikan dan kepuasan pasien terhadap perilaku *caring* ini mempunyai hubungan yang lemah.

2.3.5.4 Lama Dirawat

Semakin lama individu dirawat maka semakin banyak kesempatan mendapatkan pelayanan *caring* dari perawat. Wolf (2003), menyatakan bahwa pengalaman dan lamanya waktu rawat akan mempengaruhi persepsi pasien terhadap pelayanan yang diberikan perawat.

2.3.5.5 Frekuensi Pernah Dirawat

Sejalan dengan hubungan lama dirawat dengan kepuasan pasien terhadap perilaku *caring* perawat maka frekuensi pernah dirawat pada pasien juga mempengaruhi. perseptif klien terhadap suatu produk atau pelayanan yang diterima dipengaruhi oleh citra atau image terhadap pengalaman klien dimasa lalunya. Jika pengalaman dirawat pada masa lalu menyenangkan, maka persepsi pasien terhadap pelayanan yang diberikan pun akan positif.

Teori Watson tentang *caring* menjelaskan bahwa *caring* tidak hanya ditujukan untuk pasien tetapi juga untuk perawat. Perawat yang terlebih dahulu memiliki kesadaran akan perawatan diri dan proses *caring* yang terjadi pada dirinya, maka perawat tersebut akan menciptakan sebuah harmoni atau keseimbangan pada saat bersama pasien melalui bentuk kehadiran perawat dalam proses *caring*. Untuk menciptakan hal ini maka

dibutuhkan peran dari pihak manajemen dalam menciptakan lingkungan *caring* bagi perawat.

Sebuah perilaku *caring* akan terjadi karena faktor motivasi dan kemampuan dari perawat untuk melakukan perilaku *caring* serta dukungan dari organisasi dalam menumbuhkan budaya *caring*. Jika rumah sakit menuntut perawat melakukan *caring* kepada pasien maka rumah sakit juga memiliki kewajiban untuk menciptakan lingkungan kerja yang *caring* kepada perawat. Berikut ini akan disampaikan konsep dari lingkungan kerja serta bagaimana menciptakan lingkungan kerja yang *caring* bagi perawat.

2.4 Lingkungan Kerja

2.4.1 Pengertian Lingkungan Kerja

Pengertian lingkungan kerja adalah karakteristik organisasi yang memfasilitasi terciptanya situasi kerja yang mendorong adanya praktik profesional dengan melakukan pemberdayaan perawat melalui pemberian otonomi, akuntabilitas dan kontrol terhadap lingkungan kerja ketika mereka memberikan asuhan serta adanya kolaborasi antara perawat dan dokter (Aiken dan Patrician, 2000; Lake, 2002).

Sedangkan Baumann et al (2001) menjelaskan bahwa lingkungan kerja adalah unit dimana perawat melakukan aktivitas seperti bangsal, program atau organisasi (rumah sakit dan masyarakat) dan dalam pengertian yang lebih luas meliputi pemerintah, profesi, dan opini masyarakat.

2.4.2 Komponen Lingkungan Kerja

Beberapa institusi keperawatan menjelaskan tentang model lingkungan kerja yang berkualitas diantaranya adalah *Canadian Nurses Association* (CNA), *American Nursing Credentialing Center* (ANCC), *American Association of Critical Care Nursing* (AACN), *Canadian Health Services Research Foundation* (CHSRF) serta *International Council of Nursing*

(ICN). Selain itu beberapa pakar keperawatan juga mengemukakan tentang konsep lingkungan kerja yang memberikan suasana *caring* bagi perawat. Konsep tersebut dijelaskan oleh Turkel dan Ray (2004) dan Vollers (2009).

Seluruh konsep lingkungan kerja yang dikemukakan oleh institusi keperawatan memiliki persamaan dalam beberapa komponen dan akan dijelaskan dalam penjelasan dibawah ini. Sedangkan beberapa komponen yang tidak sama juga akan dijelaskan sebagai pelengkap dari penjelasan tentang lingkungan kerja. Komponen yang akan dijelaskan dengan rinci meliputi komponen pengaturan beban kerja, kepemimpinan, kontrol diri terhadap praktik, pengembangan profesional dan dukungan organisasi.

2.4.2.1 Pengaturan Beban Kerja

Beban kerja atau *workload* perawat adalah total waktu yang dibutuhkan oleh perawat untuk memberikan pelayanan keperawatan yang terdiri dari asuhan keperawatan langsung, serta kegiatan lain seperti memberikan pendidikan kesehatan dan kegiatan administrasi (Needham, 1997 dalam Morris, 2007). Saat ini keperawatan sering dihadapkan pada issue tentang beban kerja. Perawat diruangan mengeluhkan beban kerja yang tinggi. Kondisi ini tidak baik untuk lingkungan kerja perawat karena beban kerja yang tinggi dilaporkan menimbulkan dampak merugikan.

Carayon dan Gurses (2007) menyatakan bahwa beban kerja perawat yang tinggi dapat menyebabkan kurang atau buruknya komunikasi antara pasien dengan perawat, buruknya kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan serta berpengaruh terhadap keselamatan pasien. Sochalski (2004) menyatakan bahwa perawat yang mengemban beban kerja yang tinggi dilaporkan lebih sering melakukan kesalahan dan menyebabkan kejadian pasien jatuh pada saat mereka berdinamis. Kone (2007) menyatakan bahwa rumah sakit yang tidak memiliki kecukupan tenaga perawat mempunyai resiko tinggi dalam menimbulkan dampak merugikan bagi pasien seperti

angka kejadian infeksi dan shock. Sementara itu, Sobirin (2006) menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara beban kerja dengan perilaku caring perawat.

Beban kerja yang tinggi mengakibatkan perawat memiliki sedikit waktu untuk memberikan perawatan secara komprehensif kepada pasien serta mengakibatkan perawat juga tidak memiliki waktu untuk dirinya sendiri. Kondisi ini tidak baik untuk pertumbuhan diri perawat seperti yang diungkapkan oleh Turkel dan Ray (2004) bahwa perawat membutuhkan sebuah proses pembaharuan untuk jiwanya. Perawat yang tidak dapat memperbaharui dirinya sendiri akan mengakibatkan kejenuhan pada dirinya. Akibat dari kondisi ini perawat tidak dapat memberikan pelayanan keperawatan secara komprehensif melalui proses *caring*. Oleh karena itu diperlukan sebuah pengaturan beban kerja.

Pengertian dari pengaturan beban kerja adalah kondisi dimana terdapat jumlah perawat yang cukup untuk memberikan asuhan keperawatan yang aman, kompeten dan etis. Pengaturan beban kerja yang baik memiliki indikator sebagai berikut: sistem atau model asuhan keperawatan yang digunakan memungkinkan perawat dapat mengembangkan hubungan yang baik dan berkesinambungan dengan pasien, pelayanan keperawatan yang diberikan mempertimbangkan kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang aman, kompeten dan etis, waktu yang cukup untuk membuat perencanaan dan mendiskusikannya dengan tim kesehatan serta pasien.

Indikator yang lain adalah perawat dilibatkan dalam kebutuhan staf serta menentukan rasio jumlah perawat dan pasien, perawat dilibatkan dalam alokasi kebutuhan sarana prasarana serta keputusan penggunaannya, kerja lembur jarang dan tidak diwakilkan, serta jadwal kerja fleksibel dan inovatif, beban kerja yang adil dan seimbang dengan tuntutan kerja,

memiliki rekan kerja yang kompeten, CRNBC(2005); ICN (2008); CNA (2006)

Turkel dan Ray (2004), menjelaskan konsep dalam memberikan lingkungan *caring* bagi perawat adalah dengan memberikan beban kerja yang seimbang. Memberikan beban kerja yang seimbang dilakukan dengan menciptakan rasio pasien dan perawat yang seimbang. Vollers et all (2009) menambahkan bahwa perencanaan ketenagaan yang tepat tidak hanya berbicara tentang rasio perawat dan pasien tetapi juga menyangkut aspek skill mix. Pihak manajemen harus memastikan bahwa kebutuhan pasien sesuai dengan kompetensi yang dimiliki oleh perawat. Selanjutnya Vollers et all (2009) menyatakan bahwa perencanaan ketenagaan yang tepat merupakan kunci dalam menciptakan lingkungan kerja yang sehat.

Hal lain yang dapat dilakukan dalam pengaturan beban kerja yaitu dengan mendesain ruangan kerja perawat untuk memudahkan ruang gerak perawat. Tujuannya adalah untuk memudahkan perawat pada saat mengambil peralatan seperti linen dan obat sehingga perawat bekerja lebih cepat dan pasien tidak akan mengeluh karena tidak cepat ditangani. Tujuan lain adalah mengurangi *exposure* pasien saat perawat mengambil barang yang tertinggal atau kurang pada saat memberikan asuhan keperawatan.

Mengatur beban kerja yang adil dan seimbang untuk perawat merupakan tugas dan fungsi dari manajer keperawatan. Manajer keperawatan akan memiliki keberhasilan dalam melaksanakan tugasnya jika memiliki jiwa kepemimpinan. Dalam sub bab berikutnya akan dijelaskan mengenai pengertian kepemimpinan dan bagaimana tugas pemimpin dalam menciptakan lingkungan berkualitas yang memiliki budaya *caring* bagi perawat.

2.4.3.2 Kepemimpinan

Kepemimpinan adalah kegiatan untuk mempengaruhi perilaku orang lain atau seni mempengaruhi perilaku manusia baik perseorangan maupun kelompok (CRNBC, 2005). Kepemimpinan dikatakan efektif jika memiliki beberapa komponen. Komponen tersebut adalah memiliki pengetahuan yang cukup dalam bidang kepemimpinan dan bidang yang digeluti, memiliki kesadaran diri dan menggunakan kesadaran ini untuk mengenali kebutuhan diri dan kelompok, berkomunikasi dengan efektif dan jelas, memobilisasi energi kepemimpinan dalam aktivitasnya, menetapkan tujuan yang jelas dan berarti untuk kelompok serta melakukan tindakan nyata untuk mencapai tujuan dari kelompok (Tappen, 1995).

Pemimpin dalam keperawatan memiliki tanggung jawab moral dalam memfasilitasi dan menciptakan budaya organisasi yang mendukung pelaksanaan *caring* serta menciptakan lingkungan kerja yang berkualitas (Turkel & Ray, 2004; Vollers et al, 2009). Penelitian menunjukkan bahwa pemimpin keperawatan yang baik dapat meningkatkan kekohesifan kelompok dan menurunkan stress akibat kerja (Baumann et al, 2010).

Selanjutnya Vollers et al (2009) menyatakan bahwa seorang pemimpin memiliki peran dalam menciptakan lingkungan kerja yang berkualitas dengan cara menyediakan sumber daya, dana dan fasilitas, berpartisipasi dalam pembuatan keputusan, memiliki otoritas untuk membuat keputusan dan memiliki akses untuk informasi yang penting.

Sedangkan CRNBC (2005) menyatakan bahwa kepemimpinan dalam lingkungan kerja yang berkualitas artinya terdapat pemimpin yang berkualitas di setiap tingkat organisasi. Kepemimpinan ini memiliki indikator yang terdiri dari: pemimpin perawat berperan sebagai kolaborator, komunikator, mentor, pengambil resiko, *role model*, memiliki visi kedepan dan memiliki peran sebagai advokat untuk pelayanan keperawatan yang berkualitas, pemimpin dalam keperawatan memiliki

otoritas untuk mendukung praktik keperawatan yang aman, serta memiliki akses, keahlian dan pengalaman.

Perawat manajer dapat membantu perawat menemukan kembali nilai-nilai, visi, kreativitas dan produktivitas perawat dengan cara menciptakan budaya caring yang dapat dikembangkan dalam organisasi yaitu: 1)Pertemuan rutin setiap bulan untuk menekankan dan mengkomunikasikan kembali visi dan tujuan organisasi, 2)Menyediakan forum untuk berdiskusi baik forum umum atau forum pribadi, 3)Menyediakan berbagai media seperti poster dan foto di ruangan untuk membangkitkan semangat kemanusiaan, 4)Menyediakan ruangan khusus untuk perawat dimana mereka dapat bermeditasi, beristirahat atau melakukan refleksi sederhana, 5)Menyediakan waktu khusus untuk melakukan diskusi dan saling bertukar pikiran, 6) Membantu perawat dalam menjaga keseimbangan beban kerjanya dengan tidak memberikan tugas lembur yang terlalu sering serta memberikan kesempatan untuk mendatangi program relaksasi seperti yoga untuk memfokuskan diri terhadap pembaharuan dirinya

Pemimpin yang memperhatikan lingkungan kerja bagi perawat akan menciptakan lingkungan kerja yang nyaman baik secara fisik atau psikologis. Secara fisik pemimpin menyediakan fasilitas dan sarana yang memadai baik untuk mendukung kinerja ataupun untuk meningkatkan dan memperbaharui kondisi kejiwaan perawat. Secara psikologis, pemimpin dapat menghargai kinerja perawat salah satunya memberikan kontrol terhadap diri perawat dalam melaksanakan praktik keperawatan.

2.4.3.3 Kontrol terhadap praktik

Baumann et all (2001) menjelaskan bahwa kontrol terhadap praktik merupakan kebebasan dalam bertindak sesuai dengan kewenangan yang dimiliki. Sedangkan CRNBC (2005), menyatakan bahwa kontrol diri

terhadap praktik artinya perawat memiliki otoritas, tanggung jawab dan akuntabilitas dalam praktik keperawatan.

CRNBC (2005) menyatakan beberapa indikator dalam kontrol diri terhadap praktik yaitu: perawat dilibatkan dalam setiap pengambilan keputusan, adanya sumber daya yang memadai untuk mendukung pelayanan keperawatan, perawat dan tim kesehatan yang lain bekerjasama dan berkolaborasi dalam membuat keputusan, perawat menentukan kompetensi yang dibutuhkan untuk praktik keperawatan, serta perawat tidak mengerjakan tugas-tugas non keperawatan.

Bauman et al (2001), menjelaskan bahwa perawat akan bekerja dengan baik dan memiliki loyalitas terhadap organisasi pada saat organisasi menghargai keahlian mereka dan mereka memiliki kontrol terhadap kehidupannya dalam hal ini adalah pekerjaannya, serta bebas untuk mempraktikkan ilmu yang didapat dari pendidikannya. Rumah sakit dapat memberikan kesempatan kepada perawat untuk mempunyai kontrol terhadap praktik dengan cara memberikan kesempatan yang banyak kepada perawat untuk membuat perencanaan asuhan keperawatan pasien, memberi kesempatan dalam membuat keputusan dan memberikan kesempatan untuk mengontrol pekerjaannya seperti menentukan jadwal dinas.

Kontrol diri terhadap praktik merupakan hal yang penting bagi perawat dan terbukti dapat memberikan hal positif seperti meningkatkan kepuasan pasien. Untuk meningkatkan kemampuan perawat dalam kontrol terhadap praktik, maka perawat memerlukan pengembangan diri melalui peningkatan kompetensi dan evaluasi dari kinerjanya. Pada sub bab berikutnya akan dijelaskan pengertian dari pengembangan profesional perawat dan apa saja yang harus dilakukan untuk mengembangkan kemampuan perawat.

2.4.3.4 Pengembangan profesional

Baumann et al (2001) menjelaskan bahwa organisasi dapat memberikan dukungan kepada perawat dengan memberikan dukungan terhadap keputusan klinik yang dibuatnya, menawarkan pendidikan dan pengembangan profesional dan memberikan kesempatan untuk pengembangan karir. Selain itu organisasi juga dapat melakukan penilaian kinerja dan program bimbingan.

Pengembangan profesional perawat mempunyai arti bahwa perawat didukung oleh organisasi untuk mengembangkan falsafah pembelajaran yang berkelanjutan dan menciptakan lingkungan untuk proses pembelajaran. Konsep pengembangan profesional perawat ini memiliki indikator yaitu : orientasi yang tepat untuk semua posisi, tersedianya program mentoring dan preceptor, kesempatan untuk melanjutkan pendidikan dan pengembangan profesional, kesempatan untuk bertanya dan merefleksikan hal-hal berkenaan dengan praktik, tersedianya program evaluasi penampilan kerja (CRNBC, 2005). Turkel dan Ray (2004), menyatakan bahwa salah satu cara untuk membentuk budaya *caring* adalah menjadikan program *caring* untuk perawat sebagai program dalam orientasi karyawan baru.

Pengembangan staf perawat (*staf development*) mempunyai arti seluruh kegiatan untuk meningkatkan pengetahuan, ketrampilan dan sikap perawat meliputi kegiatan formal maupun nonformal. Pengertian lain adalah aktivitas pembelajaran yang mendukung peran perawat dalam organisasi pelayanan kesehatan (Narayanasny, 2007). Forsyth (2001 dalam Narayanasny, 2007) mengemukakan bahwa pengembangan profesional perawat harus meliputi ketiga aspek yaitu aspek pengetahuan, ketrampilan dan sikap. Pengembangan profesional perawat seharusnya dapat mengembangkan pengetahuan, mengenalkan ketrampilan baru,

menyegarkan ketrampilan yang sudah dimiliki serta memberikan penyegaran terhadap ide dan pemikiran perawat.

Doidge et al (1990 dalam Narayansany, 2007) menyatakan bahwa pengembangan staf tidak saja berhubungan dengan kegiatan kursus atau pelatihan tetapi dimulai sejak masa pengenalan staf perawat, program bimbingan (mentorship), penilaian kinerja dan kebijakan yang dibuat untuk meningkatkan kemampuan individu.

2.4.3.5 Dukungan Organisasi

Dukungan organisasi mempunyai arti bahwa organisasi memiliki misi, nilai dan kebijakan yang mendukung dan menghargai perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan yang aman. Dukungan organisasi terhadap perawat memiliki indikator: terdapat organisasi yang dapat mengakses dan memecahkan permasalahan praktik profesional serta masalah etik, menghargai dan menghormati keahlian perawat, mendukung pemikiran yang kreatif dan inovatif, tersedianya program kesehatan, kesejahteraan dan keselamatan untuk perawat, adanya sistem untuk mencegah dan melawan semua bentuk agresi, penganiayaan dan kekerasan, kompensasi yang diberikan sesuai dengan kemampuan, pengalaman dan tanggung jawab, terdapat fasilitas fisik dan perlengkapan yang memadai, sistem komunikasi dan informasi yang efektif dan menyeluruh serta penggunaan teknologi yang tepat (CRNBC, 2005).

Turkel dan Ray (2004) menjelaskan bahwa hal-hal yang dapat dilakukan oleh rumah sakit dalam menciptakan budaya *caring* dalam organisasi adalah: 1) Pertemuan rutin setiap bulan untuk menekankan dan mengkomunikasikan kembali visi dan tujuan organisasi, 2) Menyediakan forum untuk berdiskusi baik forum umum atau forum pribadi, 3) Menyediakan berbagai media seperti poster dan foto di ruangan untuk membangkitkan semangat kemanusiaan, 4) Menyediakan ruangan khusus untuk perawat dimana mereka dapat bermeditasi, beristirahat atau

melakukan refleksi sederhana, 5)Menyediakan waktu khusus untuk melakukan diskusi dan saling bertukar pikiran, 6) Membantu perawat dalam menjaga keseimbangan beban kerjanya dengan tidak memberikan tugas lembur yang terlalu sering serta memberikan kesempatan untuk mendatangi program relaksasi seperti yoga untuk memfokuskan diri terhadap pembaharuan dirinya

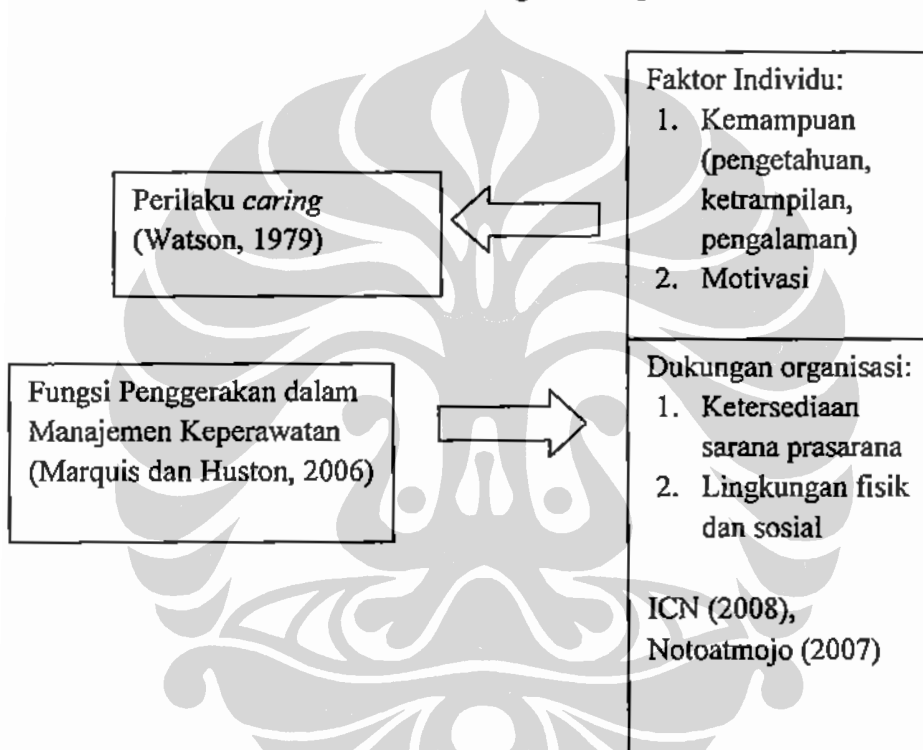
2.5 Kerangka Teori

Perilaku *caring* merupakan inti atau saripati dari praktik keperawatan. Berbagai teori tentang *caring* dikemukakan oleh pakar keperawatan salah satunya adalah teori sepuluh faktor karatif dari Watson. Sepuluh faktor karatif tersebut meliputi: 1) Membentuk sistem nilai humanistik dan altruistik, 2)Menanamkan kepercayaan dan harapan, 3) Menumbuhkan kepekaan terhadap diri dan orang lain, 4)Mengembangkan hubungan saling percaya dan membantu, 5)Meningkatkan penerimaan terhadap ekspresi perasaan positif dan negatif, 6)Menggunakan proses pemecahan masalah yang sistematis, 7)Meningkatkan proses pembelajaran dan pengajaran interpersonal, 8)Menyediakan lingkungan fisik, mental, sosial dan spiritual yang suportif, protetik, korektif, 9)Membantu kebutuhan dasar, serta 10)Menghargai kekuatan eksistensial, fenomenologi dan spiritual.

Kinerja perawat dalam perilaku *caring* perawat membutuhkan dukungan dari faktor internal dan faktor eksternal seperti yang dikemukakan oleh Zurn (2005) bahwa terdapat tiga faktor yang memainkan peran dalam penampilan kinerja perawat. Pertama adalah kemampuan dalam melaksanakan pekerjaan meliputi pengetahuan, ketrampilan, pengalaman dan kapasitas individu. Kedua adalah motivasi dari perawat untuk melakukan pekerjaan. Ketiga dukungan organisasi untuk melakukan pekerjaan yang terbaik seperti ketersediaan sarana prasarana, kondisi lingkungan fisik dan sosial. Konsep perilaku yang dikemukakan oleh Notoatmojo menyatakan bahwa perilaku ditentukan oleh pengalaman, keyakinan, fasilitas dan sosial budaya.

Berbagai teori tentang lingkungan kerja perawat yang berkualitas secara umum telah dikemukakan diantaranya oleh CRNBC (2005), ICN (2008), CNA (2006), CHSRF (2001). Beberapa pakar keperawatan yang lain mengemukakan lingkungan kerja khusus dalam menumbuhkan perilaku *caring* perawat yaitu Felgen (2004), Turkel dan Ray (2004), Vollers (2009).

Skema 2.2 Kerangka teori penelitian



BAB III

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS PENELITIAN DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini membahas kerangka konsep, hipotesis penelitian, dan definisi operasional dari penelitian ini.

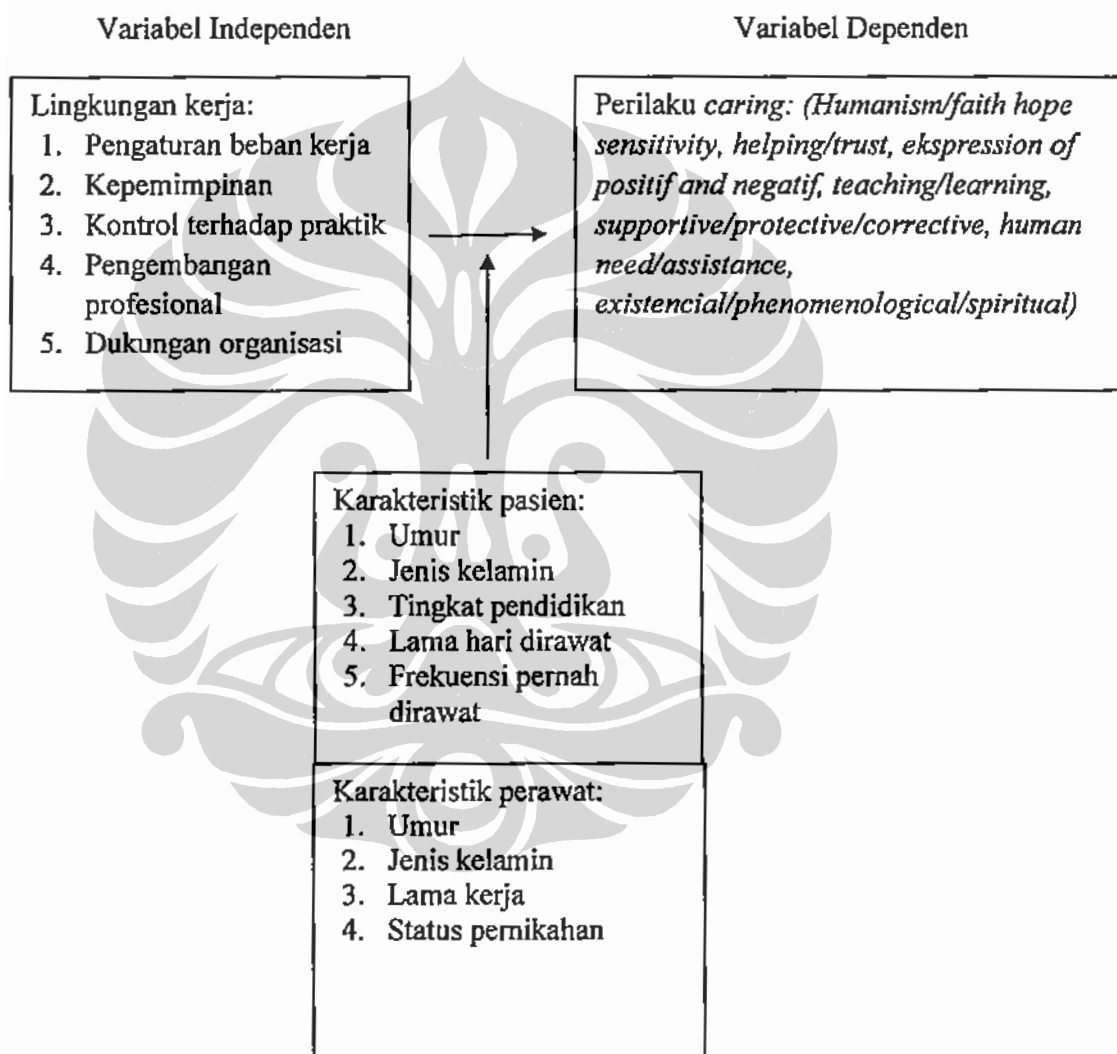
3.1 Kerangka Konsep

Kerangka teori dalam penelitian ini didasarkan pada teori tentang *caring* yang diambil dari *Theory of Human Caring* dari Watson (2007) di mana perilaku *caring* perawat digambarkan dalam komponen-komponen yang harus dilakukan oleh perawat. Alasan memilih teori ini adalah karena teori *caring* dari Watson telah digunakan oleh banyak pihak dalam mengaplikasikan teori *caring*. Teori ini juga komprehensif melihat seluruh aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual pasien sesuai dengan prinsip dari konsep inti keperawatan.

Perilaku *caring* oleh Watson digambarkan dalam sepuluh faktor karatif yang terdiri dari 1) Membentuk sistem nilai humanistik dan altruistik, 2) Menanamkan kepercayaan dan harapan, 3) Menumbuhkan kepekaan terhadap diri dan orang lain, 4) Mengembangkan hubungan saling percaya dan membantu, 5) Meningkatkan penerimaan terhadap ekspresi perasaan positif dan negatif, 6) Menggunakan proses pemecahan masalah yang sistematis, 7) Meningkatkan proses pembelajaran dan pengajaran interpersonal, 8) Menyediakan lingkungan fisik, mental, sosial dan spiritual yang suportif, protetif, korektif, 9) Membantu kebutuhan dasar, serta 10) Menghargai kekuatan eksistensial, fenomenologi dan spiritual (Watson, 2007).

Teori tentang lingkungan kerja diambil dari *College Registered of Nurses of British Columbia* (2005) yang disebut dengan “*Quality Practice Environment*” yang meliputi: a) pengaturan beban kerja, b) kepemimpinan, c) kontrol terhadap praktik, d) pengembangan profesional dan e) dukungan organisasi.

3.1 Skema Kerangka Konsep Penelitian



3.2 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan kerangka konsep penelitian, maka hipotesis penelitian adalah:

1. Hipotesis Mayor: Ada hubungan antara lingkungan kerja dengan pelaksanaan perilaku *caring* yang dipersepsikan oleh pasien setelah dikontrol oleh faktor konfonding
2. Hipotesis Minor
 - a. Ada hubungan antara pengaturan beban kerja dengan perilaku *caring*
 - b. Ada hubungan antara kepemimpinan dengan perilaku *caring*
 - c. Ada hubungan antara kontrol terhadap praktik dengan perilaku *caring*
 - d. Ada hubungan antara pengembangan profesional dengan perilaku *caring*
 - e. Ada hubungan antara dukungan organisasi dengan perilaku *caring*

3.3 Definisi Operasional

Untuk memberikan pemahaman yang sama tentang variabel yang akan diteliti maka diperlukan penjelasan tentang variabel penelitian.

Tabel 3.1
Definisi Operasional

| No | Variabel Penelitian | Definisi Operasional | Cara Ukur | Hasil Ukur | Skala |
|----|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| | Variabel Dependen | | | | |
| 1 | Perilaku <i>caring</i> perawat | Persepsi pasien terhadap aktifitas <i>caring</i> oleh perawat pelaksana berdasarkan sepuluh faktor karatif Watson | <p>Kuesioner B terdiri dari 47 item pertanyaan.</p> <p>Setiap item diukur dengan skala Likert, skor 1 – 4: untuk pernyataan <i>favourable</i> :</p> <p>4= sangat setuju 3= setuju 2= tidak setuju 1= sangat tidak setuju</p> <p>Untuk pernyataan <i>unfavourable</i>: 1=sangat setuju 2=setuju 3=tidak setuju 4=sangat tidak setuju</p> <p>Skor tertinggi 188 dan terendah 47</p> | <p>Total skor antara 47-188 dikelompokkan berdasarkan <i>cut of point</i> dari nilai median 158,00</p> <p>1; \geq COP= perilaku <i>caring</i> tinggi 0; $<$ COP= perilaku <i>caring</i> rendah</p> | Nominal |

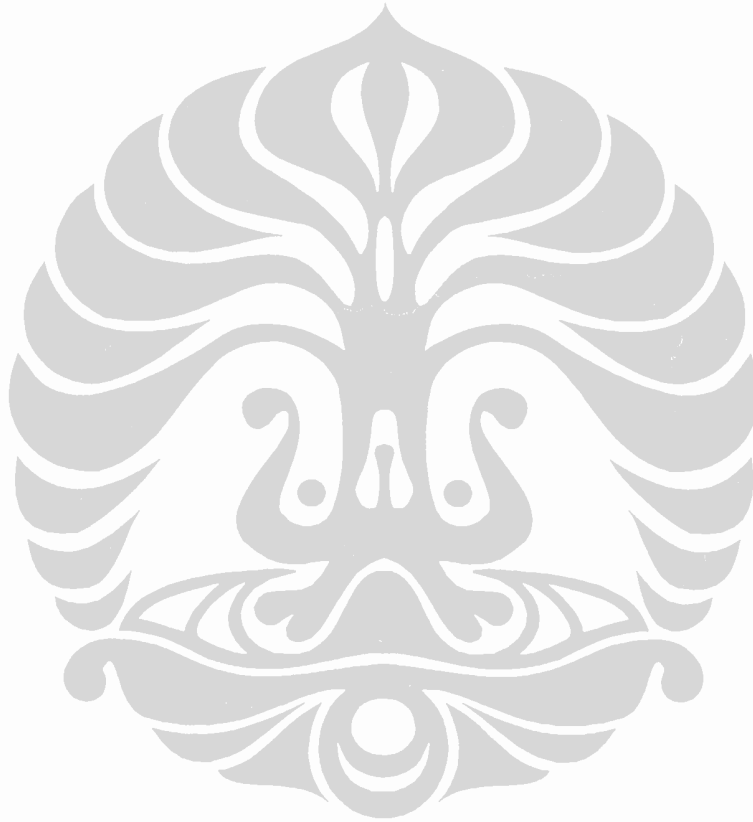
| 2 | Variabel Independen | Definisi Operasional | Cara Ukur | Hasil Ukur | Skala |
|---|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| | Lingkungan kerja | Penilaian perawat terhadap kondisi lingkungan kerja di rumah sakit yang terdiri dari: pengaturan beban kerja, kepemimpinan, kontrol terhadap praktik, pengembangan profesional. dukungan organisasi | Kuesioner D terdiri dari 50 item pertanyaan. Setiap item diukur dengan skala Likert, skor 1 – 4; untuk pernyataan <i>favourable</i> : 4= sangat setuju 3= setuju 2= tidak setuju 1= sangat tidak setuju Untuk pernyataan <i>unfavourable</i> : 1=sangat setuju 2=setuju 3=tidak setuju 4=sangat tidak setuju Skor tertinggi 200 dan terendah 50 | Total skor antara 50-200 dikelompokkan berdasarkan <i>cut of point</i> nilai mean 145,94 1; \geq COP= lingkungan kerja baik 0; $<$ COP= lingkungan kerja tidak baik | Nominal |
| 3 | Pengaturan beban kerja | Penilaian perawat terhadap kondisi pengaturan beban kerja yang mereka hadapi dalam memberikan asuhan keperawatan | Kuesioner D terdiri dari 8 item pertanyaan. Setiap item diukur dengan skala Likert, skor 1 – 4 : pernyataan <i>favourable</i> : 4= sangat setuju 3= setuju 2= tidak setuju 1= sangat tidak setuju Untuk pernyataan <i>unfavourable</i> : 1=sangat setuju 2=setuju 3=tidak setuju 4=sangat tidak setuju Skor terendah 8 Skor tertinggi 32 | Total skor antara 8 – 32 dikelompokkan berdasarkan <i>cut of point</i> dari nilai mean 22,16 1; \geq COP= pengaturan beban kerja baik 0; $<$ COP= pengaturan beban kerja tidak baik | Nominal |

| No | Variabel Independen | Definisi Operasional | Cara Ukur | Hasil Ukur | Skala |
|----|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 4 | Kepemimpinan | Penilaian perawat terhadap kemampuan pimpinan dalam menciptakan lingkungan kerja yang berkualitas | <p>Kuesioner D terdiri dari 17 item pertanyaan.</p> <p>Setiap item diukur dengan skala Likert, skor 1 – 4: pernyataan <i>favourable</i>:</p> <p>4= sangat setuju 3= setuju 2= tidak setuju 1= sangat tidak setuju</p> <p>Untuk pernyataan <i>unfavourable</i>:</p> <p>1=sangat setuju 2=setuju 3=tidak setuju 4=sangat tidak setuju</p> <p>Skor tertinggi 68 dan terendah 17</p> | <p>Total skor antara 17 – 68 dikelompokkan berdasarkan COP dari nilai mean 46,23</p> <p>1; \geq COP= kepemimpinan baik 0; $<$ COP= kepemimpinan tidak baik</p> | Nominal |
| 5 | Kontrol terhadap praktik | Penilaian perawat terhadap kewenangan dalam memutuskan tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien | <p>Kuesioner D terdiri dari 7 item pertanyaan.</p> <p>Setiap item diukur dengan skala Likert, skor 1 – 4:</p> <p>4= sangat setuju 3= setuju 2= tidak setuju 1= sangat tidak setuju</p> <p>Untuk pernyataan <i>unfavourable</i>:</p> <p>1=sangat setuju 2=setuju 3=tidak setuju 4=sangat tidak setuju</p> <p>Skor tertinggi 7 dan terendah 28</p> | <p>Total skor antara 7-28 dikelompokkan berdasarkan <i>cut of point</i> nilai mean 18,34</p> <p>1; \geq COP= kontrol terhadap praktik baik 0; $<$ COP= kontrol terhadap praktik tidak baik</p> | Nominal |

| No | Variabel Independen | Definisi Operasional | Cara Ukur | Hasil Ukur | Skala |
|----|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 6 | Pengembangan profesional | Penilaian perawat terhadap kesempatan yang diberikan oleh rumah sakit dalam mengembangkan kemampuan perawat | <p>Kuesioner D terdiri dari 6 item pertanyaan.</p> <p>Setiap item diukur dengan skala Likert, skor 1 – 4; pernyataan <i>favourable</i> :</p> <p>4= sangat setuju 3= setuju 2= tidak setuju 1= sangat tidak setuju</p> <p>Untuk pernyataan <i>unfavourable</i>:</p> <p>1=sangat setuju 2=setuju 3=tidak setuju 4=sangat tidak setuju</p> <p>Skor tertinggi 24 dan terendah 6</p> | <p>Total skor antara 6 - 24 dikelompokkan berdasarkan <i>cut of point</i> dari nilai mean 16,95</p> <p>1; \geq COP= pengembangan profesional baik 0; $<$ COP= pengembangan profesional tidak baik</p> | Nominal |
| 7 | Dukungan organisasi | Penilaian perawat terhadap dukungan dari rumah sakit dalam melaksanakan asuhan keperawatan | <p>Kuesioner D terdiri dari 12 item pertanyaan.</p> <p>Setiap item diukur dengan skala Likert, skor 1 – 4; pernyataan <i>favourable</i>:</p> <p>4= sangat setuju 3= setuju 2= tidak setuju 1= sangat tidak setuju</p> <p>Untuk pernyataan <i>unfavourable</i>:</p> <p>1=sangat setuju 2=setuju 3=tidak setuju 4=sangat tidak setuju</p> <p>Skor tertinggi 48 dan terendah 12</p> | <p>Total skor antara 12-48 dikelompokkan berdasarkan <i>cut of point</i> nilai mean 29,92</p> <p>1; \geq COP= dukungan organisasi baik 0; $<$ COP= dukungan organisasi tidak baik</p> | Nominal |

| No | Variabel karakteristik pasien | Definisi Operasional | Cara Ukur | Hasil Ukur | Skala |
|----|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------|----------|
| 8 | Umur | Umur pasien dihitung sejak tanggal kelahiran sampai ulang tahun terakhir pada saat pasien mengisi kuesioner | Kuesioner A | 1 = < 40 tahun 2 = ≥ 40 tahun | Ordinal |
| 9 | Jenis kelamin | Karakteristik pasien tentang jenis kelamin yang terdiri dari pria dan wanita | Kuesioner A | 1 = pria 2 = wanita | Nominal |
| 10 | Pendidikan | Tingkat pendidikan formal terakhir yang pernah diikuti oleh pasien | Kuesioner A | 1 = Non PT 2 = PT | Ordinal |
| 11 | Lama hari rawat | Jumlah hari pasien di rawat di rumah sakit | Kuesioner A | Dalam hari | Interval |
| 12 | Frekuensi pernah dirawat | Frekuensi pernah dirawat di rumah sakit 5 tahun terakhir | Kusioner A | 1 = < 2 kali 2 = ≥ 2 kali | Ordinal |
| No | Variabel karakteristik perawat | Definisi Operasional | Cara Ukur | Hasil Ukur | Skala |
| 13 | Usia | Umur perawat dihitung sejak tanggal kelahiran sampai ulang tahun terakhir pada saat pasien mengisi kuesioner | Kuesioner C | 1 = < 40 tahun 2 = ≥ 40 tahun | Ordinal |
| 14 | Jenis kelamin | Karakteristik perawat tentang jenis kelamin yang terdiri dari pria dan wanita | Kuesioner C | 1 = pria 2 = wanita | Nominal |

| No | Variabel karakteristik perawat | Definisi Operasional | Cara Ukur | Hasil Ukur | Skala |
|----|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------|----------|
| 15 | Status perkawinan | Status perkawinan perawat yang diakui oleh hukum negara dan agama di Indonesia | Kuesioner C | 1 = Menikah 2 = Tidak Menikah | Nominal |
| 16 | Masa kerja | Lamanya seorang perawat bekerja di RS PGI Cikini Jakarta | Kuesioner C | Dalam tahun | Interval |



BAB IV METODE PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang jenis desain penelitian yang digunakan, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, jenis alat pengumpulan data yang digunakan, prosedur pengumpulan data, pengolahan dan analisis data yang digunakan.

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* yang bertujuan untuk meneliti hubungan antara variabel satu dengan variabel yang lain. Dalam penelitian *cross sectional*, variabel sebab atau risiko dan akibat atau kasus yang terjadi pada objek penelitian diukur atau dikumpulkan secara simultan atau dalam waktu yang bersamaan (Notoatmodjo, 2005). Dalam penelitian deskriptif korelasi ini bertujuan untuk meneliti hubungan antara variabel independen yaitu lingkungan kerja dengan variabel dependen yaitu perilaku *caring* perawat yang dipersepsikan oleh pasien.

4.2 Populasi dan Sampel

Sugiyono (2010) mengemukakan bahwa populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari kemudian ditarik kesimpulannya. Populasi dan sampel dalam penelitian ini terdiri dari 2 kelompok yaitu perawat dan pasien.

4.2.1 Pasien

4.2.1.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan individu yang menjadi acuan terhadap hasil penelitian yang akan dilakukan. Dalam penelitian ini, yang disebut populasi adalah seluruh pasien yang dirawat di ruang rawat inap dengan perkiraan BOR 67,3% dan kapasitas tempat tidur 327 sehingga rata-rata jumlah pasien per hari berjumlah 219 orang.

4.2.1.2 Sampel

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *consecutive sampling* dimana semua subyek yang datang dan memenuhi kriteria pemilihan dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah subyek yang diperlukan terpenuhi (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah: a) pasien yang sudah dirawat selama 3x24 jam, b) sadar, c) mampu membaca dan menulis d) bersedia menjadi responden d) tingkat ketergantungan *self care* atau *partial care* e) pasien dalam kondisi relaks (tidak sedang tidur, dll)

Perhitungan sampel dilakukan untuk mengeneralisasikan hasil penelitian sehingga hasil penelitian dapat disimpulkan mewakili seluruh populasi (Arikunto, 2006). Penghitungan sampel menggunakan rumus sebagai berikut (Sastroasmoro dan Ismael, 2010):

$$n = \frac{Z^2 \alpha^2 PQ}{d^2}$$

Keterangan :

- n = besar sampel
- d = derajat akurasi (presisi) yang diinginkan (d=10%)
- Z = Z score berdasarkan derajat kepercayaan (α) yang dikehendaki
- Q = 1 - P
- P = proporsi penelitian sebelumnya (Julianti, 2009)

$$\begin{aligned} n &= \frac{(1,96)^2 \times (0,46) \times (1 - 0,46)}{(0,1)^2} \\ &= 95 \text{ orang} \end{aligned}$$

Berdasarkan rumus diatas maka jumlah sampel pada penelitian ini adalah 95 pasien, tetapi untuk mengantisipasi terjadinya sampel yang *drop out* maka jumlah tersebut ditambah lagi dengan 10% sehingga menjadi 104 orang pasien. Dalam pelaksanaan penelitian ini jumlah sampel yang menjadi subyek yang diteliti adalah sebanyak 95 pasien karena sebanyak 9 pasien menyatakan mengundurkan diri pada saat penelitian berlangsung. Responden pasien berasal dari sepuluh ruang rawat inap yaitu ruang C, D, E, G, H, L, M2, M3, VIP Anggrek, VIP Mawar

4.2.2 Perawat

4.2.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan individu yang menjadi acuan terhadap hasil penelitian yang akan dilakukan. Dalam penelitian ini, yang disebut populasi adalah seluruh perawat yang bertugas di ruang rawat inap.

4.2.2.2 Sampel

Perhitungan sampel dilakukan untuk mengeneralisasikan hasil penelitian sehingga hasil penelitian dapat disimpulkan mewakili seluruh populasi (Arikunto, 2006). Teknik pengambilan sampel untuk populasi penelitian pada perawat menggunakan tehnik *simple random sampling* dimana tiap subyek dalam populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk terpilih atau tidak terpilih sebagai sampel (Sastroasmoro & Ismael, 2010).

Jumlah sampel untuk perawat disesuaikan dengan jumlah pasien yang mengikuti penelitian dan disesuaikan dengan ruangan dimana pasien berada sehingga jumlah sampel perawat dalam penelitian ini sebanyak 95 perawat dari sepuluh ruang rawat inap. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah : a) bertugas di ruang rawat inap, b) masa kerja minimal satu tahun, c) bersedia menjadi responden, d) pendidikan DIII Keperawatan. Kriteria eksklusi adalah perawat yang sedang cuti, sakit, dan melaksanakan tugas belajar.

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di RS PGI Cikini Jakarta yang beralamat di Jl. Raden Saleh, Jakarta Pusat. Alasan memilih RS PGI Cikini Jakarta karena RS PGI Cikini merupakan rumah sakit yang mampu bertahan dan bersaing di usia yang telah cukup lama tetapi memiliki banyak tantangan dalam pelayanan keperawatan salah satunya masalah *caring* perawat. Rumah sakit PGI Cikini juga telah lama dijadikan untuk tempat pendidikan dan pelatihan hemodialisa dan menjadi rujukan di tingkat nasional, serta penelitian tentang perilaku *caring* belum pernah dilakukan. Ruang rawat inap dipakai dalam penelitian ini yaitu ruang C, D, E, G, H, L, M2, M3, VIP Anggrek, VIP Mawar

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan mulai dari bulan Januari sampai bulan Juli 2010. Jadwal penelitian terlampir.

4.5 Etika Penelitian

KNEPK (2007) mengidentifikasi tiga prinsip etik dalam penelitian yaitu prinsip menghormati harkat martabat manusia (*respect for person*), prinsip etik berbuat baik (*beneficence*) dan prinsip keadilan (*justice*). Sementara Polit & Hungler (1999) menjelaskan prinsip etik dalam penelitian yaitu *self determination, confidentiality, privacy* dan *anonymity*, serta *protection from discomfort*. Prinsip-prinsip tersebut diterapkan dalam penelitian ini sebagai berikut:

4.5.1 *Self Determination*

Sebelum penelitian dilaksanakan, peneliti menjelaskan tujuan penelitian, variabel yang diteliti, manfaat dari penelitian untuk meningkatkan pelayanan keperawatan yang lebih berkualitas, waktu yang digunakan untuk mengisi kuesioner kurang lebih 30 menit, jaminan bahwa penelitian ini tidak mempengaruhi terhadap kinerja perawat ataupun perawatan yang diterima oleh pasien. Responden berhak menentukan apakah bersedia

mengikuti penelitian ini atau tidak. Sebanyak 9 orang responden pasien menyatakan mengundurkan diri dan tidak bersedia mengikuti penelitian.

4.5.2 Confidentiality, Privacy, and Anonymity

Peneliti menggunakan prinsip *anonymity* dengan cara menggunakan kode yang diisi oleh peneliti dan tidak mencantumkan atau menuliskan nama responden pada kuesioner. Prinsip *privacy* dilakukan dengan tidak menginvasi melebihi batas yang diperlukan dan seluruh data hal yang berkenaan dengan responden seperti sikap, keyakinan, perilaku dan pendapat tidak dibagikan kepada orang lain (Hamid, 2007). Prinsip *confidentiality* atau kerahasiaan dilakukan dengan tidak mengemukakan identitas dan seluruh data atau jawaban yang diungkapkan responden kepada siapapun kecuali hanya untuk kepentingan penelitian saja.

4.5.3 Protection from discomfort.

Responden diberikan kebebasan untuk mengikuti penelitian. Jika pada awalnya bersedia terlibat pada penelitian akan tetapi ingin mengundurkan diri pada saat penelitian berlangsung maka diberikan haknya untuk tidak mengikuti proses penelitian yang tengah berlangsung. Pada pelaksanaan penelitian ini sebanyak 9 orang pasien mengundurkan diri dari penelitian karena merasa kondisi kesehatannya menurun pada saat penelitian berlangsung.

4.5.4 Prinsip menghormati harkat martabat manusia (*respect for person*)

Prinsip ini merupakan bentuk penghormatan terhadap harkat martabat manusia sebagai pribadi yang memiliki kebebasan berkehendak atau memilih dan sekaligus bertanggungjawab secara pribadi terhadap keputusannya sendiri. Pada dasarnya prinsip ini sama dengan prinsip *self determination* yaitu responden diberikan kebebasan untuk menentukan sendiri apakah bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian serta mendapatkan penjelasan tentang penelitian secara lengkap (Hamid, 2007).

Peneliti menjelaskan kepada responden bahwa penelitian ini bermanfaat untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan, tujuan penelitian untuk melihat gambaran perilaku *caring* perawat, lingkungan kerja serta hubungan diantara keduanya. Peneliti juga menjelaskan bahwa responden berhak untuk menolak berperan serta dalam penelitian, waktu dan tatacara pengisian kuesioner kurang lebih selama 30 menit, serta manfaat dari penelitian ini untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

4.5.5 Prinsip etik berbuat baik (*beneficence*)

Beberapa prinsip dari berbuat baik adalah risiko penelitian harus wajar (*reasonable*) dibanding manfaat yang diharapkan, desain penelitian harus memenuhi persyaratan ilmiah (*scientifically sound*), para peneliti mampu melaksanakan penelitian dan sekaligus mampu menjaga kesejahteraan subjek penelitian, dan prinsip *do no harm* (*non maleficence-tidak merugikan*), yang menentang dengan sengaja merugikan subjek penelitian. Dalam penelitian ini risiko yang timbul adalah kemungkinan adanya hubungan yang kurang baik antara perawat dengan atasan atau perawat dengan pasien karena penilaian yang diberikan oleh masing-masing responden. Untuk mencegah risiko ini terjadi maka prinsip ini didukung oleh prinsip kerahasiaan yaitu dengan merahasiakan seluruh identitas dan informasi dari responden.

4.5.6 Prinsip etik keadilan (*justice*)

Prinsip etik keadilan terutama menyangkut keadilan distributif (*distributive justice*) yang mempersyaratkan pembagian seimbang (*equitable*), dalam hal beban dan manfaat yang diperoleh subyek dari keikutsertaan dalam penelitian. Dalam penelitian ini semua responden memiliki beban yang sama dalam penelitian yaitu dalam hal waktu digunakan untuk mengisi kuesioner. Sedangkan manfaat yang dirasakan oleh responden tidak dapat dirasakan langsung pada saat itu tetapi menyangkut perbaikan kinerja pelayanan keperawatan di masa yang akan datang. Prinsip lain dari *justice* adalah subjek dapat mengakses penelitian

setiap saat diperlukan sehingga penulis mencantumkan nama, alamat dan nomor telepon yang dapat dihubungi kapan saja oleh responden.

4.6 Alat Pengumpul Data

Instrumen penelitian adalah suatu alat yang digunakan untuk mengukur fenomena alam maupun sosial yang diamati (Sugiyono, 2010). Instrumen dalam penelitian ini baik variabel dependen maupun variabel independen menggunakan kuesioner. Data karakteristik pasien menggunakan kuesioner A, data perilaku *caring* perawat yang dipersepsikan oleh pasien menggunakan kuesioner B, data karakteristik perawat menggunakan kuesioner C, data lingkungan kerja perawat menggunakan kuesioner D.

Kuesioner A merupakan kuesioner tentang karakteristik pasien yang terdiri dari umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama hari dirawat dan frekuensi pernah dirawat. Item pertanyaan menggunakan *checklist* dan isian. Kuesioner C merupakan kuesioner tentang karakteristik perawat yang meliputi umur, jenis kelamin, lama kerja, status pernikahan.

Kuesioner B merupakan kuesioner tentang perilaku *caring* perawat yang dipersepsikan oleh pasien. Kuesioner ini merupakan modifikasi dari kuesioner perilaku *caring* perawat yang dikembangkan oleh Cronin dan Harrison (1988, dalam Watson, 2002) berdasarkan teori *caring* dari Watson.

Pengukuran pada kuesioner B dilakukan dengan menggunakan skala likert 1 sampai 4 dimana 1= sangat tidak setuju jika pernyataan tersebut sama sekali tidak sesuai dengan pendapat atau kondisi yang sebenarnya, 2= tidak setuju, jika pernyataan tersebut tidak sesuai dengan pendapat atau kondisi yang dialami, 3 = setuju, jika pernyataan tersebut sesuai dengan pendapat atau kondisi yang dialami, dan 4 = sangat setuju, jika pernyataan tersebut sangat sesuai dengan pendapat atau kondisi yang dialami. Pernyataan dalam kuesioner terdiri dari pernyataan positif (*favorable*) yang berjumlah 32 pernyataan yaitu no 1, 6, 18, 3, 6, 7, 61, 5, 8, 22, 50, 2, 29, 36, 28, 31, 34, 37, 39, 44, 41, 45, 48, 54, 63, 38, 47, 52, 55, 57, 62. Sedangkan pernyataan

negatif (*unfavorable*) berjumlah 15 pernyataan yaitu no 12, 4, 10, 19, 21, 23, 24, 26, 30,33, 35, 56, 43, 51, 58. Jumlah seluruh pernyataan dalam kuesioner B adalah 47 butir.

Kuesioner D merupakan kuesioner tentang lingkungan kerja. Kuesioner ini disusun oleh peneliti dan dikembangkan dari konsep lingkungan kerja menurut Vollers (2009) dan *College of Registered of British Columbia* (CRNBC, 2005) yang disebut dengan "*Quality Practice Environment*" yang meliputi: a) pengaturan beban kerja, b) kepemimpinan, c) kontrol terhadap praktik, d) pengembangan profesional dan e) dukungan organisasi. Kuesioner ini juga mengembangkan teori yang dikemukakan oleh Turkel & Ray (2004) tentang menciptakan lingkungan *caring* bagi perawat. Instrumen dikembangkan dengan menggunakan skala likert 1 sampai 4 dimana 1= sangat tidak setuju jika pernyataan tersebut sama sekali tidak sesuai dengan pendapat atau kondisi yang sebenarnya, 2= tidak setuju, jika pernyataan tersebut tidak sesuai dengan pendapat atau kondisi yang dialami, 3 = setuju, jika pernyataan tersebut sesuai dengan pendapat atau kondisi yang dialami, dan 4 = sangat setuju, jika pernyataan tersebut sangat sesuai dengan pendapat atau kondisi yang dialami.

Pernyataan dalam kuesioner D terdiri 50 pernyataan dan terdiri dari 33 pernyataan positif (*favorable*) yaitu no 1, 15, 12, 26, 31, 40, 16, 22, 6, 57, 14, 9,28, 25, 20, 34, 49, 50, 21, 43, 10, 4, 33, 11, 19, 5, 29, 24, 7, 23, 27, 3, 12 Sedangkan pernyataan negatif (*unfavorable*) berjumlah 17 pernyataan yaitu no 42, 56, 41, 51, 54, 32, 18, 44, 35, 58, 52, 45, 36, 38, 17, 48, 53

4.7 Validitas dan Reliabilitas

4.7.1 Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur (Notoatmodjo, 2005). Sementara itu Sugiyono, (2010) menjelaskan macam-macam cara untuk mengukur validitas sebuah instrumen, yaitu validitas konstruksi (*construct validity*) dan validitas isi (*content validity*.)

4.7.1.1 Validitas Konstruksi

Untuk menguji validitas konstruksi, dapat digunakan pendapat dari ahli (*judgement expert*). Dalam hal ini setelah instrumen dikonstruksi tentang aspek-aspek yang akan diukur dengan berlandaskan teori tertentu, maka dikonsultasikan dengan ahli. Para ahli diminta pendapatnya tentang instrumen yang telah disusun. Dalam penelitian ini instrumen dikonsultasikan kepada pembimbing sebagai ahli dalam teori *caring*.

4.7.1.2 Validitas Isi

Pengujian validitas isi pada instrumen yang berbentuk tes dilakukan dengan membandingkan antara isi instrumen dengan materi pelajaran yang telah diajarkan. Secara teknis pengujian validitas konstruksi dan validitas isi dapat dibantu dengan menggunakan kisi-kisi instrumen. Dalam kisi-kisi instrumen terdapat variabel yang yang diteliti, indikator sebagai tolak ukur dan nomor butir (item) pertanyaan atau pernyataan yang telah dijabarkan dari indikator.

Untuk menguji validitas butir-butir instrumen lebih lanjut, maka setelah dikonsultasikan dengan para ahli maka selanjutnya diujicobakan dan dianalisis dengan analisis item atau uji beda. Analisis item dilakukan dengan menghitung korelasi antara skor butir item instrumen dengan skor total. Uji validitas dilakukan dengan uji korelasi *pearson product moment* (r) dengan cara membandingkan antara r hitung dengan r tabel dengan tingkat kepercayaan 95%. Kuesioner memiliki validitas tinggi jika setiap pernyataan dalam kuesioner memiliki r hasil $> r$ tabel.

Instrumen dalam penelitian ini agar memiliki validitas isi dan validitas konstruksi maka dibuat kisi-kisi instrumen yang terdapat dalam lampiran kuesioner. Dalam penelitian ini kisi-kisi instrumen dikembangkan dari teori yang relevan yaitu teori *caring* dari Watson (2002) serta *Quality practice environment* dari CRNBC (2005),Turkel & Ray (2004), Vollers (2009).

Uji validitas telah dilaksanakan terhadap 30 perawat dan 30 pasien di Rumah Sakit St Carolous Jakarta pada tanggal 5 Juni 2010. Uji validitas dan reliabilitas dengan r tabel uji korelasi person $df = n-2$ yaitu 0.361. Hasil dari uji validitas menyatakan bahwa kuesioner B tentang perilaku *caring* perawat dinyatakan valid sebanyak 58 pernyataan dan 5 pernyataan dinyatakan tidak valid. Sedangkan untuk kuesioner D tentang lingkungan kerja semua pernyataan dinyatakan valid. Selanjutnya dilakukan perbaikan susunan kalimat pada pernyataan yang dinyatakan tidak valid.

Uji validitas selanjutnya dilakukan di tempat penelitian. Hasil uji validitas di tempat penelitian menyatakan sebanyak 8 pernyataan dari kuesioner D tidak valid dan sebanyak 16 pernyataan dari kuesioner B tidak valid. Selanjutnya pernyataan yang tidak valid tidak dimasukkan dalam pengolahan dan analisis data.

4.7.2 Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini berarti menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten atau tetap asas bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dengan menggunakan alat ukur yang sama (Notoatmodjo, 2005).

Uji reliabilitas dilakukan setelah hasil uji validitas kuesioner valid. Caranya dengan membanding nilai r hasil dengan r tabel, pada uji ini nilai r hasil adalah nilai *alpha cronbach*. Jika r alpha $\geq 0,6$ artinya variabel reliabel tetapi bila $< 0,6$ artinya variabel tidak reliabel (Hastono, 2007). Hasil uji validitas dan reliabilitas disajikan dalam tabel dibawah ini.

Tabel 4.1 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian

| Variabel | Uji I | | | Uji II | | |
|--------------------------|-------------------|-------------|--------------|-------------------|-------------|--------------|
| | Jumlah pernyataan | Validitas | Reliabilitas | Jumlah pernyataan | Validitas | Reliabilitas |
| Pengaturan beban kerja | 9 | 0.394-0.892 | 0.943 | 8 | 0.364-0.708 | 0.769 |
| Kepemimpinan | 18 | 0.403-0.896 | 0.943 | 17 | 0.388-0.847 | 0.920 |
| Kontrol terhadap praktik | 9 | 0.466-0.863 | 0.943 | 7 | 0.384-0.716 | 0.693 |
| Pengembangan profesional | 6 | 0.506-0.822 | 0.943 | 6 | 0.361-0.700 | 0.705 |
| Dukungan organisasi | 16 | 0.530-0.915 | 0.943 | 12 | 0.365-0.735 | 0.854 |
| Perilaku <i>caring</i> | 63 | 0.213-0.971 | 0.981 | 47 | 0.361-0.967 | 0.992 |

Dari tabel 4.1 dapat disimpulkan dari uji validitas dan reliabilitas pertama yang dilakukan di RS St Carolus didapatkan hasil item pernyataan pada kuesioner D tentang lingkungan kerja perawat dinyatakan valid dengan kisaran nilai r hitung 0.394-0.915. Sedangkan untuk kuesioner B tentang perilaku *caring* perawat sebanyak 5 pernyataan dinyatakan tidak valid dengan kisaran nilai 0.213-0.971. Pernyataan yang tidak valid kemudian dilakukan perbaikan pada redaksi kalimatnya.

Hasil uji validitas kedua yang dilakukan di RS PGI Cikini Jakarta menyatakan beberapa pernyataan yang tidak valid. Pada subvariabel pengaturan beban kerja sebanyak 1 pernyataan tidak valid, subvariabel kepemimpinan sebanyak 1 pernyataan tidak valid, subvariabel kontrol terhadap praktik sebanyak 2 pernyataan tidak valid, subvariabel pengembangan profesional semua pernyataan valid, dukungan organisasi sebanyak 4 pernyataan tidak valid, dan variabel perilaku *caring* sebanyak 16 pernyataan tidak valid. Selanjutnya untuk pernyataan yang tidak valid tidak dimasukkan dalam pengolahan dan analisis data.

4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data dalam penelitian ini melalui tahap persiapan dan pelaksanaan.

4.8.1 Tahap Persiapan

Peneliti menyampaikan surat permohonan penelitian kepada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia untuk memperoleh keterangan lolos uji etik. Keterangan lolos uji etik keluar pada tanggal 3 Juni 2010. Surat keterangan lolos uji etik penelitian terdapat pada lampiran 6.

Peneliti juga mengajukan permohonan kepada bagian PPSDM RS PGI Cikini Jakarta untuk permohonan ijin melakukan penelitian. Setelah memperoleh ijin, peneliti berkoordinasi dengan Kepala Bidang Perawatan untuk membentuk tim pengumpul data. Tim yang terbentuk berjumlah 5 orang termasuk peneliti yang terdiri dari staf dari bidang perawatan sebanyak 2 orang dan dari ruang rawat inap yang tidak menjadi ruang pengambilan data sebanyak 2 orang. Setelah tim terbentuk maka dilakukan persamaan persepsi tentang penelitian yang akan dilakukan, tujuan penelitian, manfaat penelitian serta teknis pelaksanaan penelitian.

4.8.2 Tahap Pelaksanaan

Peneliti menemui Kepala Ruangan meminta ijin melakukan pengambilan data. Selanjutnya peneliti menemui responden baik perawat maupun pasien yang tersebar di sepuluh ruangan. Waktu pengumpulan data dilakukan pada siang hari setelah kegiatan di ruangan selesai dan pasien sudah istirahat. Tim peneliti menemui responden pasien terlebih dahulu. Teknik yang digunakan adalah *consecutive sampling* artinya pasien yang memenuhi persyaratan sebagai sampel dijadikan responden. Rata-rata setiap hari peneliti menemui dua orang responden dalam satu ruangan.

Selanjutnya peneliti menjelaskan tentang tujuan penelitian, manfaat penelitian dan waktu yang diperlukan untuk mengisi kuesioner selama kurang lebih 30 menit. Peneliti menyerahkan kuesioner kepada responden untuk dipahami dengan membaca petunjuk penelitian. Peneliti menyerahkan lembar persetujuan penelitian dan responden mengisi lembar tersebut sebagai tanda persetujuan dan keikutsertaan sebagai subjek penelitian. Responden diberikan kesempatan untuk mengisi kuesioner dan dipersilahkan bertanya jika ada yang tidak dimengerti. Setelah selesai, kuesioner dikumpulkan dan peneliti melakukan pengecekan terhadap kelengkapan dan kejelasan isi kuesioner. Peneliti menunggu sampai responden selesai mengisi kuesioner. Responden yang tidak bersedia untuk melanjutkan penelitian diberikan haknya untuk tidak melanjutkan keikutsertaan dalam penelitian. Sebanyak 9 orang menyatakan mengundurkan diri dari keikutsertaan karena merasakan tidak nyaman saat mengisi kuesioner.

Setelah responden pasien mengisi kuesioner dengan lengkap, maka peneliti menemui responden perawat yang bertugas merawat pasien pada shift tersebut. Jika kebetulan yang merawat pasien pada saat itu hanya satu orang maka perawat tersebut dijadikan sebagai responden. Jika terdapat lebih dari satu orang perawat yang bertugas karena rumah sakit menggunakan metode tim dimana beberapa orang pasien dirawat oleh beberapa orang dalam satu tim, maka tehnik yang digunakan untuk mengambil responden perawat adalah *simple random sampling* dengan melakukan pengundian. Peneliti menunggu perawat untuk mengisi kuesioner sampai selesai. Setelah semua kuesioner lengkap terisi maka kuesioner dikumpulkan dalam satu berkas.

4.9 Pengolahan Data

Proses analisis data terhadap variabel penelitian dimulai dengan proses *editing, coding, entry, dan cleaning* (Hastono, 2007). *Editing* merupakan proses pengecekan kelengkapan, kejelasan jawaban responden. Setelah selesai mengisi kuesioner, peneliti memeriksa kelengkapan dari jawaban

responden. Responden diminta untuk melengkapi jawaban atau memperjelas jawaban jika terdapat ketidakjelasan jawaban.

Proses *coding* yaitu mengubah data dalam bentuk huruf menjadi data yang berbentuk bilangan atau angka untuk mempermudah memasukan data ke komputer. Data yang berbentuk huruf seperti jenis kelamin pasien dan perawat, pendidikan pasien, umur pasien, frekuensi pernah dirawat, umur perawat, status perawat dilakukan pengkodean. Misalnya untuk jenis kelamin pasien, kode 1 untuk jenis kelamin pria dan kode 2 untuk jenis kelamin wanita. Demikian seterusnya untuk variabel lainnya.

Tahap selanjutnya *entry* data yaitu memasukan data ke dalam komputer dan memproses data untuk melakukan analisis data. Data dimasukan dalam komputer dan dilakukan analisis dengan menggunakan SPSS (*Statistic Program for Social Science*). Selanjutnya *cleaning* yaitu pengecekan kembali terhadap kemungkinan kesalahan pada saat memasukan data-data ke dalam komputer.

4.10 Proses Analisis Data

Tahap ini data diolah dan dianalisis dengan teknik tertentu. Analisis data dibedakan menjadi tiga macam, yakni:

4.10.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian (Arikunto, 2006). Analisis univariat bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Bentuknya tergantung jenis datanya. Data numerik digunakan nilai mean (rata-rata), median dan standar deviasi. Sedangkan data kategorik hanya dapat menjelaskan angka/nilai jumlah dan presentase masing-masing kelompok (Hastono, 2007).

Pada penelitian ini data numerik yaitu karakteristik individu seperti masa kerja perawat dan lama rawat pasien, dilakukan analisis nilai mean, median, standar deviasi, nilai minimum dan maksimum, nilai CI 95% atau $\alpha = 0.05$. Sedangkan untuk data berbentuk kategorik yaitu jenis kelamin pasien dan perawat, umur pasien dan perawat, frekuensi pernah dirawat, tingkat pendidikan pasien, serta status pernikahan perawat disajikan dalam bentuk proporsi berupa distribusi frekuensi.

4.10.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Arikunto, 2006). Uji statistik yang digunakan tergantung pada jenis data yang dianalisis. Berdasarkan variabel dalam penelitian ini, maka uji statistik bivariat yang dilakukan adalah sebagai berikut:

Tabel 4.2
Analisis uji statistik variabel penelitian hubungan antara lingkungan kerja dengan perilaku *caring* perawat di RS PGI Cikini Jakarta

| No | Variabel Independen | Skala | Variabel Dependen | Skala | Uji statistik |
|----|--------------------------|---------|------------------------|---------|-------------------|
| 1. | Lingkungan kerja | Nominal | Perilaku <i>caring</i> | Nominal | <i>Chi Square</i> |
| 2. | Pengaturan beban kerja | Nominal | Perilaku <i>caring</i> | Nominal | <i>Chi Square</i> |
| 3. | Kepemimpinan | Nominal | Perilaku <i>caring</i> | Nominal | <i>Chi Square</i> |
| 4. | Kontrol terhadap praktik | Nominal | Perilaku <i>caring</i> | Nominal | <i>Chi Square</i> |
| 5. | Pengembangan profesional | Nominal | Perilaku <i>caring</i> | Nominal | <i>Chi Square</i> |
| 6. | Dukungan organisasi | Nominal | Perilaku <i>caring</i> | Nominal | <i>Chi Square</i> |

4.10.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat bertujuan untuk menentukan variabel atau subvariabel yang paling dominan berhubungan dengan variabel dependen. Analisis multivariat dilaksanakan dengan cara melakukan uji atau menghubungkan variabel independen yang memiliki hubungan dengan variabel dependen secara bersama-sama (Hastono, 2007).

Analisis multivariat dalam penelitian ini meliputi analisis variabel independen lingkungan kerja dengan perilaku *caring* perawat sebagai variabel dependen. Analisis yang digunakan adalah uji regresi logistik ganda karena variabel dependennya berbentuk variabel katagorik yang terdiri dari dua kelompok, yaitu perilaku *caring* tinggi dan rendah.

Jenis uji regresi yang digunakan adalah uji regresi logistik ganda model faktor risiko. Menurut Hastono (2007), uji ini bertujuan untuk mengestimasi secara valid hubungan satu variabel utama dengan variabel dependen dengan mengontrol beberapa variabel konfonding. Lebih lanjut, prosedur permodelannya adalah sebagai berikut:

- 1) Melakukan analisis bivariat antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependennya. Bila hasil uji bivariat mempunyai nilai $p < 0.25$, maka variabel tersebut dapat masuk model multivariat.
- 2) Memilih variabel yang dianggap penting yang masuk dalam model dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai nilai $p < 0.05$ dan mengeluarkan variabel yang mempunyai nilai $p > 0.05$. Pengeluaran variabel tidak serentak namun dilakukan secara bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai nilai p terbesar.
- 3) Lakukan pemodelan lengkap, mencakup variabel utama. Semua kandidat konfonding dan kandidat interaksi (interaksi dibuat antara variabel utama dengan semua variabel konfonding).
- 4) Lakukan penilaian *interaksi* dengan cara mengeluarkan variabel interaksi yang nilai p *Wald*-nya tidak signifikan dikeluarkan dari model secara berurutan satu persatu dari nilai p *Wald* yang terbesar

5) Lakukan penilaian konfounding dengan cara mengeluarkan variabel kovariat/konfounding satu persatu dimulai dari yang memiliki nilai *p Wald* terbesar. Bila setelah dikeluarkan diperoleh selisih OR faktor/variabel utama antara sebelum dan sesudah variabel kovariat (X_1) dikeluarkan lebih besar dari 10%, maka variabel tersebut dinyatakan sebagai konfounding dan harus tetap berada dalam model.



BAB V HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang hasil dari penelitian yang sudah dilaksanakan. Pengumpulan data dilaksanakan di Rumah Sakit PGI Cikini Jakarta mulai tanggal 9 Juni-19 Juni 2009. Dari data yang dikumpulkan selanjutnya dilakukan analisis univariat, bivariat, multivariat yang digambarkan pada hasil penelitian berikut ini.

5.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dalam penelitian ini menggambarkan distribusi frekuensi dari seluruh variabel karakteristik pasien (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama hari dirawat, frekuensi pernah dirawat), karakteristik perawat (umur, jenis kelamin, lama kerja, status pernikahan), lingkungan kerja dan perilaku *caring* seperti diuraikan di bawah ini.

1. Karakteristik Perawat

Tabel 5.1 Distribusi responden menurut karakteristik perawat (jenis kelamin, umur, status pernikahan) di ruang rawat inap RS PGI Cikini Jakarta bulan Juni 2010 (n=95)

| Karakteristik Perawat | N | Persentase |
|-----------------------|----|------------|
| Jenis Kelamin: | | |
| a. Pria | 3 | 2 |
| b. Wanita | 92 | 98 |
| Status Pernikahan | | |
| a. Menikah | 45 | 47 |
| b. Tidak Menikah | 50 | 53 |
| Umur: | | |
| a. < 40 tahun | 72 | 76 |
| b. ≥ 40 tahun | 23 | 24 |
| Jumlah | 95 | 100 |

Berdasarkan karakteristik perawat pada tabel 5.1 dapat dilihat bahwa sebagian besar responden perawat berjenis kelamin wanita yaitu sebanyak 98%. Umur perawat dalam kategori < 40 tahun adalah sebanyak 76 %. Perawat yang tidak menikah sebanyak 53%.

Tabel 5.2 Analisis karakteristik perawat (lama kerja) di ruang rawat inap RS PGI Cikini Jakarta bulan Juni 2010 (n=95)

| Karakteristik perawat | N | Minimal-Maksimal | Mean | Median | SD |
|-----------------------|----|------------------|------|--------|-------|
| Lama Kerja | 95 | 1 30 | 9.62 | 5 | 9,447 |

Berdasarkan karakteristik perawat tabel 5.2 dapat disimpulkan bahwa rata-rata masa kerja perawat adalah 9,62 tahun dengan standar deviasi 9,447.

2. Karakteristik Pasien

Tabel 5.3 Distribusi responden menurut karakteristik pasien (jenis kelamin, tingkat pendidikan) di ruang rawat inap RS PGI Cikini Jakarta bulan Juni 2010 (n=95)

| Karakteristik Pasien | N | Persentase |
|--------------------------|----|------------|
| Jenis Kelamin: | | |
| a. Pria | 30 | 36 |
| b. Wanita | 65 | 64 |
| Pendidikan | | |
| a. Non PT | 49 | 52 |
| b. PT | 46 | 48 |
| Umur : | | |
| a. < 40 tahun | 46 | 48 |
| b. ≥ 40 tahun | 49 | 52 |
| Frekuensi pernah dirawat | | |
| a. < 2 kali | 82 | 86 |
| b. ≥ 2 kali | 13 | 14 |
| Jumlah | 95 | 100 |

Berdasarkan karakteristik pasien pada tabel 5.3 dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden pasien berjenis kelamin wanita yaitu sebanyak 64%. Persentase pendidikan non pendidikan tinggi sebanyak (52%). Persentase umur pasien paling banyak berada dalam kategori ≥ 40 tahun

(52%). Sebagian besar pasien (86%) pernah dirawat di RS PGI Cikini Jakarta dengan frekuensi < 2 kali.

Tabel 5.4 Analisis lama hari rawat pasien di ruang rawat RS PGI Cikini Jakarta bulan Juni 2010 (n=95)

| Karakteristik Pasien | N | Minimal-Maksimal | Mean | Median | SD |
|----------------------|----|------------------|-------|--------|-------|
| Lama hari rawat | 95 | 3 90 | 11,01 | 5 | 15.69 |

Berdasarkan karakteristik pasien pada tabel 5.4 dapat disimpulkan bahwa rata-rata lama hari rawat adalah 11.01 hari dengan standar deviasi 15.69.

3. Lingkungan Kerja

Tabel 5.5 Distribusi responden menurut persepsi perawat terhadap lingkungan kerja di ruang rawat inap RS PGI Cikini Jakarta bulan Juni 2010 (n=95)

| Variabel Lingkungan Kerja | N | Persentase |
|---------------------------|----|------------|
| Lingkungan kerja | | |
| a. Baik | 49 | 52 |
| b. Tidak baik | 46 | 48 |
| Jumlah | 95 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.5 dapat kita simpulkan bahwa persepsi perawat terhadap lingkungan kerja baik sebanyak 52% dan lingkungan kerja tidak baik adalah 48%.

Tabel 5.6 Distribusi responden menurut persepsi perawat terhadap subvariabel lingkungan kerja di ruang rawat inap RS PGI Cikini Jakarta bulan Juni 2010 (n=95)

| Variabel Lingkungan Kerja | N | Persentase |
|---------------------------|----|------------|
| Pengaturan beban kerja | | |
| a. Baik | 47 | 49 |
| b. Tidak baik | 48 | 51 |
| Kepemimpinan | | |
| a. Baik | 50 | 53 |
| b. Tidak baik | 45 | 47 |
| Kontrol terhadap praktik | | |
| a. Baik | 46 | 48 |
| b. Tidak baik | 49 | 52 |
| Pengembangan profesional | | |
| a. Baik | 49 | 52 |
| b. Tidak baik | 46 | 48 |
| Dukungan organisasi | | |
| a. Baik | 52 | 47 |
| b. Tidak baik | 50 | 53 |

Berdasarkan tabel 5.6 dapat kita simpulkan bahwa perawat mempersepsikan: Pengaturan beban kerja baik sebanyak 49%, kepemimpinan baik sebanyak 53%, kontrol terhadap praktik baik sebanyak 48%, pengembangan profesional baik sebanyak 52% dan dukungan organisasi baik sebanyak 47%. Dapat disimpulkan bahwa proporsi setiap kategori baik dan tidak baik hampir sama.

4. Perilaku *Caring* Perawat

Tabel 5.7 Distribusi responden menurut persepsi pasien terhadap perilaku *caring* perawat di ruang rawat inap RS PGI Cikini Jakarta bulan Juni 2010 (n=95)

| Variabel | N | Persentase |
|------------------------|----|------------|
| Perilaku <i>Caring</i> | | |
| a. Tinggi | 50 | 53 |
| b. Rendah | 45 | 47 |
| Jumlah | 95 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.7 dapat disimpulkan bahwa persepsi pasien terhadap perilaku *caring* perawat tinggi sebanyak 53% dan persepsi pasien terhadap perilaku *caring* perawat rendah sebanyak 47%.

Tabel 5.8 Distribusi responden menurut persepsi pasien terhadap subvariabel perilaku *caring* perawat di ruang rawat inap RS PGI Cikini Jakarta bulan Juni 2010 (n=95)

| Subvariabel | N | Persentase |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------|
| Membentuk nilai humanistik dan altruistik | | |
| a. Rendah | 16 | 17 |
| b. Tinggi | 79 | 83 |
| Menanamkan kepercayaan dan harapan | | |
| a. Rendah | 65 | 68 |
| b. Tinggi | 30 | 32 |
| Menumbuhkan kepekaan terhadap diri dan orang lain | | |
| a. Rendah | 20 | 21 |
| b. Tinggi | 75 | 79 |
| Hubungan saling percaya dan membantu | | |
| a. Rendah | 20 | 21 |
| b. Tinggi | 75 | 79 |
| Meningkatkan penerimaan terhadap ekspresi perasaan positif dan negatif | | |
| a. Rendah | 16 | 17 |
| b. Tinggi | 79 | 83 |
| Menggunakan proses pemecahan masalah yang sistematis | | |
| a. Rendah | 44 | 46 |
| b. Tinggi | 51 | 54 |
| Meningkatkan proses pembelajaran dan pengajaran interpersonal | | |
| a. Rendah | 44 | 46 |
| b. Tinggi | 51 | 54 |
| Menyediakan lingkungan fisik mental, sosial dan spiritual yang suportif, korektif, protektif | | |
| a. Rendah | 19 | 20 |
| b. Tinggi | 76 | 80 |
| Membantu kebutuhan dasar | | |
| a. Rendah | 32 | 34 |
| b. Tinggi | 63 | 66 |
| Menghargai kekuatan eksistensial, fenomenologi dan spiritual | | |
| a. Rendah | 16 | 17 |
| b. Tinggi | 79 | 83 |
| Jumlah | 95 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.8 diatas maka dapat disimpulkan bahwa dari sepuluh faktor karatif yang belum dilaksanakan dengan baik oleh perawat adalah faktor menanamkan kepercayaan dan harapan (30%), menggunakan proses pemecahan masalah yang sistematis (51%), dan meningkatkan proses pembelajaran (51%).

5.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dalam penelitian ini menggambarkan hubungan dari variabel lingkungan kerja (pengaturan beban kerja, kepemimpinan, kontrol terhadap praktik, pengembangan profesional dan dukungan organisasi) dengan variabel perilaku *caring* perawat.

Tabel 5.9 Hubungan lingkungan kerja dengan perilaku *caring* perawat di ruang rawat inap RS PGI Cikini Jakarta bulan Juni 2010 (n=95)

| Variabel | Perilaku <i>caring</i> | | | | Total | OR (95% CI) | P Value |
|---------------------------|------------------------|----|--------|----|-------|---------------------|------------|
| | Rendah | | Tinggi | | | | |
| | N | % | N | % | | | |
| Lingkungan kerja | | | | | | | |
| a. Tidak Baik | 24 | 52 | 22 | 48 | 46 | 1 | |
| b. Baik | 21 | 43 | 28 | 57 | 49 | 1.455 (0.648-3.267) | 0.482 |
| Pengaturan beban kerja | | | | | | | |
| a. Tidak baik | 34 | 71 | 14 | 29 | 48 | 1 | |
| b. Baik | 11 | 23 | 36 | 77 | 47 | 7.948 (3.173-1.910) | 0.000* |
| Kepemimpinan | | | | | | | |
| a. Tidak baik | 24 | 53 | 21 | 47 | 45 | 1 | |
| b. Baik | 21 | 42 | 29 | 58 | 50 | 1.578 (0.701-3.553) | 0.309 |
| Kontrol terhadap praktik: | | | | | | | |
| a. Tidak baik | 28 | 57 | 21 | 43 | 49 | 1 | |
| b. Baik | 17 | 37 | 29 | 63 | 46 | 2.275 (0.998-5.184) | 0.078 |
| Pengembangan profesional: | | | | | | | |
| a. Tidak Baik | 33 | 72 | 13 | 28 | 46 | 1 | |
| b. Baik | 12 | 26 | 37 | 74 | 49 | 7.827 (3.137-19.32) | 0.000* |
| Dukungan organisasi: | | | | | | | |
| a. Tidak Baik | 24 | 53 | 21 | 47 | 45 | 1 | |
| b. Baik | 21 | 42 | 29 | 58 | 50 | 1.578 (0.701-3.553) | 0,369 |

*Bermakna pada α 0.05

Berdasarkan tabel 5.9 dapat disimpulkan bahwa lingkungan kerja perawat yang baik akan menciptakan perilaku *caring* perawat dalam persepsi pasien pada kategori baik yaitu sebanyak 28(57%). Lingkungan kerja perawat yang baik akan mempunyai peluang 1,455 kali menciptakan perilaku *caring* perawat pada kategori tinggi dalam persepsi pasien. Lingkungan kerja perawat tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan perilaku *caring* perawat ($p=0.482$).

Pengaturan beban kerja perawat yang baik dapat menciptakan perilaku *caring* dalam persepsi pasien pada kategori tinggi sebanyak 38 (78%). Pengaturan beban kerja yang baik mempunyai peluang 7,948 kali menciptakan perilaku *caring* perawat pada kategori tinggi dalam persepsi pasien. Analisis lebih lanjut menyatakan terdapat hubungan yang bermakna antara pengaturan beban kerja perawat dengan perilaku *caring* ($p=0.000$).

Kepemimpinan yang baik dapat menciptakan perilaku *caring* perawat dalam persepsi pasien pada kategori tinggi sebanyak 29(58%). Kepemimpinan yang baik mempunyai peluang 1.578 kali menciptakan perilaku *caring* dalam persepsi pasien pada kategori tinggi. Analisis lebih lanjut menyatakan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kepemimpinan dengan perilaku *caring* perawat. ($p=0.309$).

Kontrol perawat terhadap praktik yang baik dapat menciptakan perilaku *caring* perawat dalam persepsi pasien pada kategori tinggi sebanyak 29(63%). Kontrol perawat terhadap praktik mempunyai peluang 2.275 kali menciptakan perilaku *caring* perawat dalam persepsi pasien pada kategori tinggi. Analisis lebih lanjut menyatakan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kontrol perawat terhadap praktik dengan perilaku *caring* perawat ($p=0.078$).

Pengembangan profesional perawat yang baik dapat menciptakan perilaku *caring* dalam persepsi pasien pada kategori tinggi yaitu sebanyak 37(74%). Pengembangan profesional yang baik mempunyai peluang 7.827 kali menciptakan perilaku *caring* perawat pada kategori tinggi. Analisis lebih lanjut menyatakan terdapat hubungan yang bermakna antara pengembangan profesional dengan perilaku *caring* perawat ($p=0.000$).

Dukungan organisasi yang baik dapat menciptakan perilaku *caring* perawat dalam persepsi pasien pada kategori tinggi yaitu sebanyak 29(58%). Dukungan organisasi mempunyai peluang 1.578 kali menciptakan perilaku *caring* perawat pada kategori tinggi. Analisis lebih lanjut menyatakan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan organisasi dengan perilaku *caring* perawat ($p=0.369$).

5.1 Analisis Multivariat

5.1.1 Pemilihan variabel kandidat multivariat

Analisis multivariat digunakan untuk mengetahui keeratan hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen serta sub variabel independen yang paling berpengaruh dengan variabel dependen. Uji yang digunakan menggunakan uji regresi logistik berganda. Pemilihan kandidat multivariat merupakan tahap awal dalam melakukan seleksi variabel independen. Berikut ini merupakan variabel yang masuk menjadi kandidat untuk dilakukan analisis multivariat karena memiliki nilai $p < 0.25$.

Tabel 5.10
Hasil analisis regresi logistik sederhana
Hubungan lingkungan kerja dengan perilaku *caring* perawat di ruang rawat
RS PGI Cikini Jakarta bulan Juni 2010 (n=95)

| No | Variabel | P |
|----|--------------------------|-------|
| 1 | Pengaturan beban kerja | 0.000 |
| 2 | Kepemimpinan | 0.309 |
| 3 | Kontrol terhadap praktik | 0.078 |
| 4 | Pengembangan profesional | 0.000 |
| 5 | Dukungan organisasi | 0.369 |

Hasil analisis dari tabel 5.10 diatas menunjukkan bahwa terdapat 3 variabel yang mempunyai nilai $p < 0.25$ yaitu variabel pengaturan beban kerja, kontrol terhadap praktik dan pengembangan profesional. Ketiga variabel tersebut akan masuk kedalam model uji berikutnya yaitu uji regresi logistik ganda. Adapun hasil uji tersebut disajikan dalam tabel 5.11 dibawah ini:

Tabel 5.11
Hasil analisis multivariat hubungan lingkungan kerja dengan perilaku *caring*
perawat di ruang rawat inap RS PGI Cikini Jakarta (n=95)

| No | Variabel | B | P | OR | 95% CI |
|----|--------------------------|-------|-------|-------|--------------|
| 1 | Pengaturan beban kerja | 1.665 | 0.007 | 5.284 | 1.574-17.740 |
| 2 | Kontrol terhadap praktik | 0.565 | 0.355 | 0.568 | 0.172-1.881 |
| 3 | Pengembangan profesional | 1.469 | 0.008 | 4.344 | 1.479-12.755 |

Hasil analisis dari tabel 5.11 di atas variabel kontrol terhadap praktik mempunyai nilai p terbesar (0.355) Selanjutnya variabel tersebut akan dikeluarkan dan hasil pemodelannya sebagai berikut:

Tabel 5.12
Model akhir analisis multivariat hubungan lingkungan kerja dengan perilaku *caring* perawat di ruang rawat inap RS PGI Cikini Jakarta, Juni 2010 (n=95)

| No | Variabel | B | P | OR | 95% CI |
|----|--------------------------|-------|-------|-------|--------------|
| 1 | Pengaturan beban kerja | 1.403 | 0.009 | 4.066 | 1.425-11.599 |
| 2 | Pengembangan profesional | 1.377 | 0.010 | 3.961 | 1.393-11.268 |

Dari tabel 5.12 diatas maka didapatkan bahwa pengaturan beban kerja dan pengembangan profesional merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap perilaku *caring* perawat.

5.1.2 Hubungan variabel konfounding dengan perilaku *caring* perawat

Untuk mengetahui hubungan antara variabel konfounding dengan variabel dependen, maka dilakukan uji yang tahapannya sama dengan uji sebelumnya pada hubungan variabel independen dengan variabel dependen. Tahap pertama yaitu memilih variabel kandidat untuk dilakukan uji dengan melihat nilai $p < 0.25$. Berikut ini merupakan variabel yang masuk menjadi kandidat untuk dilakukan analisa multivariat karena memiliki nilai $p < 0.25$.

Tabel 5.13
Hasil analisis regresi logistik sederhana
Hubungan variabel konfounding dengan perilaku *caring* perawat di ruang rawat RS PGI Cikini Jakarta bulan Juni 2010 (n=95)

| No | Variabel | P |
|----|--------------------------|-------|
| 1 | Jenis kelamin pasien | 1.000 |
| 2 | Pendidikan pasien | 0.078 |
| 3 | Umur pasien | 0.170 |
| 4 | Lama rawat pasien | 0.010 |
| 5 | Frekuensi pernah dirawat | 0.694 |
| 6 | Umur perawat | 0.309 |
| 7 | Jenis kelamin | 0.621 |
| 8 | Lama kerja | 0.759 |
| 9 | Status perawat | 0.369 |

Hasil analisis dari tabel 5.13 menunjukkan bahwa terdapat 3 variabel yang mempunyai nilai $p < 0.25$ yaitu variabel pendidikan pasien, umur pasien dan lama rawat pasien. Ketiga variabel tersebut akan masuk kedalam model uji berikutnya yaitu uji regresi logistik ganda. Adapun hasil uji tersebut disajikan dalam tabel 5.14 dibawah ini:

Tabel 5.14
Hasil analisis multivariat hubungan faktor konfonding dengan perilaku *caring* perawat di ruang rawat inap RS PGI Cikini Jakarta (n=95)

| No | Variabel | B | P | OR | 95% CI |
|----|-------------------|--------|-------|-------|-------------|
| 1 | Pendidikan pasien | 0.321 | 0.506 | 1.379 | 0.536-3.549 |
| 2 | Umur pasien | -1.679 | 0.001 | 0.187 | 0.067-0.518 |
| 3 | Lama rawat pasien | 0.181 | 0.002 | 1.198 | 1.068-1.344 |

Hasil analisis dari tabel 5.14 terdapat satu variabel yang memiliki nilai $p > 0.05$ yaitu variabel pendidikan pasien. Selanjutnya variabel tersebut dikeluarkan dan hasil pemodelannya sebagai berikut:

Tabel 5.15
Hasil analisis multivariat hubungan faktor konfonding dengan perilaku *caring* perawat di ruang rawat inap RS PGI Cikini Jakarta, Juni 2010 (n=95)

| No | Variabel | B | P | OR | 95% CI |
|----|-------------------|--------|-------|-------|-------------|
| 1 | Umur pasien | -1.706 | 0.001 | 0.182 | 0.066-0.503 |
| 2 | Lama rawat pasien | 0.185 | 0.002 | 1.204 | 1.073-1.350 |

Dari tabel 5.15 dapat disimpulkan bahwa terdapat dua variabel yang menjadi konfonding yaitu umur pasien dan lama rawat pasien.

5.1.3 Uji Interaksi

Penilaian interaksi antara variabel dilakukan dengan cara memasukan variabel independen yang mempunyai nilai $p < 0.05$ yaitu pengaturan beban kerja dan pengembangan profesional, variabel yang diprediksi sebagai pengganggu (lama rawat, umur pasien).

Tabel 5.16. Model Interaksi Perilaku *Caring* Perawat di ruang rawat inap RS PGI Cikini Jakarta, Juni 2010 (n=95)

| No | Variabel | B | P | OR | 95% CI OR |
|----|-------------------------------------------------|---------|------|--------------------|---------------|
| 1 | Pengaturan beban kerja | 1.892 | .244 | 6.633 | 0.275-159.854 |
| 2 | Pengembangan profesional | -19.944 | .999 | .000 | 0.000 |
| 3 | Lama rawat pasien | .287 | .028 | 1.332 | 1.032-1.720 |
| 4 | Umur pasien | -3.129 | .035 | .044 | 0.002-0.0807 |
| 5 | Pengaturan beban kerja*pengembangan profesional | 21.269 | .999 | 1726354 359.465 | 0.000 |

Berdasarkan tabel 5.16 diatas menunjukkan bahwa nilai p pengaturan beban kerja dan pengembangan profesional perawat adalah 0.999 ($p > 0.05$). sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terjadi interaksi antara pengaturan beban kerja dengan pengembangan profesional.

Tabel 5.17

Hasil Analisis Hubungan Lingkungan Kerja (pengaturan beban kerja, pengembangan profesional), umur pasien, lama rawat pasien dengan Perilaku *Caring* Perawat di ruang rawat inap RS PGI Cikini Jakarta (n=95)

| No | Variabel | B | P | OR | 95% CI OR |
|----|--------------------------|--------|-------|-------|--------------|
| 1 | Pengaturan beban kerja | 1.484 | 0.020 | 4.410 | 1.265-15.372 |
| 2 | Pengembangan profesional | 1.767 | 0.010 | 5.851 | 1.534-22.313 |
| 3 | Lama rawat pasien | 0.199 | 0.005 | 1.220 | 1.060-1.404 |
| 4 | Umur pasien | -2.217 | 0,001 | 0.109 | 0.030-0.399 |

Hasil analisis dari tabel 5.16 didapatkan data bahwa semua variabel memiliki nilai $p < 0.05$ sehingga semua variabel dimasukkan dalam model akhir. Variabel independen yang paling berpengaruh adalah pengembangan profesional. Untuk mengetahui apakah lama rawat pasien dan umur pasien adalah variabel pengganggu maka dapat dilakukan uji konfounding.

5.2.1 Pemodelan akhir

Tabel 5.18 Model Akhir Hubungan antara Lingkungan Kerja dengan perilaku *Caring* perawat yang dipersepsikan oleh pasien di ruang rawat inap RS PGI Cikini Jakarta, Juni 2010 (n=95)

| No | Variabel | B | Wald | OR | P | 95% CI OR |
|----|--------------------------|--------|--------|-------|------|--------------|
| 1 | Pengaturan beban kerja | 1.653 | 5.714 | 5.225 | .017 | 1.347-20.271 |
| 2 | Pengembangan profesional | 1.843 | 6.879 | 6.313 | .009 | 1.593-25.018 |
| 3 | Lama rawat pasien | .195 | 7.464 | 1.216 | .006 | 1.057-1.399 |
| 4 | Umur pasien | -2.220 | 11.213 | .109 | .001 | .0300.398 |

Dari hasil analisis multivariat diketahui bahwa selain variabel pengaturan beban kerja dan pengembangan profesional juga terdapat faktor konfounding yaitu lama rawat pasien dan umur pasien. Selanjutnya dilakukan uji konfounding.

5.1.4 Uji Konfounding

Uji konfounding dilakukan dengan melihat perbedaan nilai OR untuk variabel utama dengan dikeluarkannya variabel kandidat konfounding. Bila perubahan $> 10\%$ maka variabel tersebut dianggap sebagai konfounding. Tahap pertama akan dikeluarkan variabel lama umur pasien dan selanjutnya akan dikeluarkan variabel lama rawat pasien.

**Tabel 5.19 Seleksi variabel kandidat konfounding di ruang rawat inap
RS PGI Cikini Jakarta, Juni 2010 (n=95)**

| No | Model | OR | Δ OR(%) | Keputusan |
|---------------|-----------------------------|-------|-----------------|-----------|
| 1. | Baku emas | | | |
| | a. Pengaturan beban kerja | 4.410 | | |
| | b. Pengembangan profesional | 5.851 | | |
| | c. Lama rawat | 1.220 | | |
| 2 | d. Umur pasien | 0.109 | | |
| | Tanpa umur pasien | | | |
| | a. Pengaturan beban kerja | 4.610 | 4 | Tetap |
| | b. Pengembangan profesional | 3.491 | 40 | |
| c. Lama rawat | 1.147 | | | |
| 3 | Tanpa lama rawat pasien | | | |
| | a. Pengaturan beban kerja | 3.845 | 12 | Tetap |
| | b. Pengembangan profesional | 5.561 | 5 | |
| | c. Umur pasien | 0.273 | | |

Hasil pada tabel 5.19 menunjukkan bahwa variabel lama rawat dan umur pasien merupakan faktor konfounding dari hubungan lingkungan kerja dengan perilaku *caring* perawat. Selanjutnya pemodelan akhir adalah seperti tabel di bawah ini.

Tabel 5.20 Model Akhir Hubungan antara Lingkungan Kerja dengan perilaku *Caring* perawat yang dipersepsikan oleh pasien di ruang rawat inap RS PGI Cikini Jakarta (n=95)

| No | Variabel | B | Wald | OR | P | 95% CI OR |
|----|------------------------------------------------------|--------|--------|-------|------|-------------------|
| 1 | Pengaturan beban kerja a. Tidak baik b. Baik | 1.484 | 5.427 | 4.410 | .020 | 1 1.265-15.372 |
| 2 | Pengembangan profesional a. Tidak baik b. Baik | 1.767 | 6.691 | 5.851 | .010 | 1 1.534-22.313 |
| 3 | Lama rawat pasien | .199 | 7.727 | 1.220 | .005 | 1.060-1.404 |
| 4 | Umur pasien a. < 40 tahun b. > 40 tahun | -2.217 | 11.219 | .109 | .001 | 1 0.030-0.399 |
| | Constant | -1.953 | 9.165 | .142 | .002 | |

Bermakna pada α 0.05

Berdasarkan tabel 5.20 diatas maka interpretasinya adalah:

Pengaturan beban kerja memiliki nilai OR 4.410 dan 95% CI 1.265-15.372 sehingga kesimpulannya pengaturan beban kerja yang baik memiliki peluang sebanyak 4.410 kali untuk menciptakan perilaku *caring* perawat tinggi dalam persepsi pasien dibandingkan dengan pengaturan beban kerja yang tidak baik setelah dikontrol oleh pengembangan profesional, umur pasien dan lama rawat pasien.

Pengembangan profesional memiliki nilai OR 5.851 dan 95% CI 1.534-22.313 sehingga kesimpulannya pengembangan profesional yang baik memiliki peluang sebanyak 5.851 kali untuk menciptakan perilaku *caring* perawat tinggi dalam persepsi pasien dibandingkan dengan pengembangan profesional yang tidak baik setelah dikontrol oleh pengaturan beban kerja, umur pasien dan lama rawat pasien.

Lama rawat memiliki nilai OR 1.220 dan 95% CI 1.060-1.404, sehingga kesimpulannya lama rawat pasien mempunyai peluang sebanyak 1.220 kali untuk menciptakan perilaku *caring* perawat tinggi dalam persepsi

pasien setelah dikontrol oleh pengaturan beban kerja, pengembangan profesional, dan umur pasien.

Umur pasien memiliki nilai OR 0.109 dan 95% CI 0.030-0.399 sehingga kesimpulannya umur pasien dengan kategori umur > 40 tahun memiliki peluang sebanyak 0.109 kali untuk menciptakan perilaku *caring* perawat tinggi dalam persepsi pasien dibandingkan dengan kategori umur < 40 tahun setelah dikontrol oleh pengaturan beban kerja, pengembangan profesional, dan lama rawat

Lama rawat memiliki nilai OR 1.220 dan 95% CI 1.060-1.404, sehingga kesimpulannya lama rawat pasien mempunyai peluang sebanyak 1.220 kali untuk menciptakan perilaku *caring* perawat tinggi dalam persepsi pasien setelah dikontrol oleh pengaturan beban kerja, pengembangan profesional, dan umur pasien.

Selanjutnya langkah terakhir adalah kita lakukan pemodelan analisis multivariat dengan rumus :

$$P(Z) = \frac{1}{1 + e^{-Z}}$$

$$Z = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4$$

$$Caring = -1.953 + 1.484 X_1 + 1.767 X_2 + 0.199 X_3 - 2.217 \text{ umur}$$

$$Caring = -1.953 + 1.484 \text{ pengaturan beban kerja} + 1.767 \text{ pengembangan profesional} + 0.199 \text{ lama rawat pasien} - 2.217 \text{ umur pasien}$$

Keterangan:

Jika *caring* tinggi: 1 dan *caring* rendah: 0, pengaturan beban kerja baik: 1 dan pengaturan beban kerja tidak baik: 0, pengembangan profesional baik: 1 dan pengembangan profesional tidak baik: 0, umur pasien kategori < 40 tahun: 0 dan umur pasien kategori > 40 tahun: 1, lama rawat dinyatakan dalam hari.

Contoh aplikasi model:

- a. Jika pengaturan beban kerja tidak baik, pengembangan profesional baik, lama rawat pasien 5 hari, umur pasien > 40 tahun, maka:

$$P(\text{caring}) = \frac{1}{1 + e^{-(-1.953 + 1.484(0) + 1.767(1) + 0.199(5) - 2.217(1))}}$$

$$= 0,196$$

Jadi apabila pengaturan beban kerja tidak baik dan pengembangan profesional baik maka mempunyai peluang perawat berperilaku *caring* tinggi sebanyak 19,6%

- b. Jika pengaturan beban kerja baik, pengembangan profesional tidak baik, lama rawat pasien 2 hari, umur pasien < 40 tahun, maka:

$$P(\text{caring}) = \frac{1}{1 + e^{-(-1.953 + 1.484(1) + 1.767(0) + 0.199(2) - 2.217(0))}}$$

$$= 0,48$$

Jadi apabila pengaturan beban kerja baik, pengembangan profesional tidak baik maka mempunyai peluang perawat berperilaku *caring* tinggi sebanyak 48%

BAB VI

PEMBAHASAN

Bab ini membahas tentang hasil penelitian, keterbatasan penelitian, dan implikasi penelitian untuk keperawatan.

6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil

6.1.1 Hubungan lingkungan kerja dengan perilaku *caring* perawat yang dipersepsikan oleh pasien

Hasil analisis terhadap variabel perilaku *caring* perawat yang dipersepsikan oleh pasien didapatkan data bahwa perawat yang telah melaksanakan perilaku *caring* dengan kategori tinggi sebanyak 53%. Beberapa penelitian yang dilakukan sebelumnya juga menyebutkan hasil yang hampir sama seperti penelitian Supriatin (2009) yang menunjukkan sebanyak 58% perawat yang menunjukkan perilaku *caring* dengan kategori baik. Demikian pula hasil penelitian dari Agustin (2002) yang menyebutkan perilaku *caring* perawat dengan kategori tinggi sebanyak 52%. Penelitian Sobirin (2006) menyebutkan bahwa perawat yang menunjukkan perilaku *caring* tinggi adalah sebanyak 55%. Berdasarkan hasil penelitian tersebut, peneliti menganalisis bahwa perilaku *caring* perawat di beberapa tempat atau daerah belum diterapkan dengan baik.

Hasil analisis terhadap faktor karatif dari teori *caring* menyatakan bahwa sebagian besar faktor karatif telah dilaksanakan dengan baik oleh perawat tapi ada tiga faktor karatif yang belum dilaksanakan dengan baik yaitu menanamkan kepercayaan dan harapan (32%), meningkatkan proses pembelajaran dan pengajaran interpersonal (46%) serta meningkatkan proses pemecahan masalah yang sistematis (46%). Inti dari ketiga faktor karatif ini adalah bahwa perawat dituntut untuk meningkatkan kemampuan dalam berkomunikasi dengan pasien untuk menciptakan hubungan saling percaya.

Pasien yang memiliki harapan dan kepercayaan dapat menerima informasi yang diberikan oleh perawat tentang kondisi kesehatannya sehingga diharapkan dapat merubah perilaku pasien untuk meningkatkan kesehatannya (Watson, 1979 dalam Carson, 2004). Jones (2009), menyatakan bahwa menanamkan kepercayaan kepada pasien merupakan elemen yang penting dalam membangun hubungan yang efektif antara perawat dan pasien. Menanamkan kepercayaan kepada pasien juga membutuhkan kepribadian dari perawat seperti pribadi yang ramah, jujur, percaya diri, serta kesediaan untuk menolong. Selain itu kemampuan perawat untuk berkomunikasi dengan pasien merupakan salah satu elemen penting dalam menciptakan hubungan saling percaya antara pasien dan perawat. Elemen yang perlu dikembangkan oleh perawat dalam komunikasi perawat dengan pasien adalah kemampuan mendengarkan setiap keluhan pasien, menciptakan komunikasi dua arah antara pasien dan perawat, serta kemampuan perawat dalam menjelaskan setiap prosedur dari tindakan yang akan dilakukan saat memberikan asuhan keperawatan.

Lebih lanjut Jones (2008) menjelaskan bahwa untuk menciptakan sebuah kepercayaan pasien kepada perawat adalah dengan menciptakan waktu bersama perawat dan pasien. Perawat yang berhasil dalam membangun kepercayaan akan membuat pekerjaan perawat menjadi lebih mudah karena pasien yang sudah percaya akan menerima seluruh kegiatan yang dilakukan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Selain itu aspek penting yang harus diciptakan untuk menciptakan hubungan baik antara pasien dan perawat adalah menciptakan kondisi perawat yang seimbang dalam beban kerjanya sehingga perawat terhindar dari kejenuhan dan kelelahan yang berlebihan.

Kondisi yang tergambar dari berbagai hasil penelitian tersebut menggambarkan bahwa permasalahan kurangnya perawat dalam melaksanakan perilaku *caring* ternyata dialami oleh perawat di berbagai daerah. Fenomena ini akan terus menjadi perhatian dan menarik untuk

Universitas Indonesia

diteliti karena perilaku *caring* merupakan inti atau saripati dari keperawatan. Berbagai dampak atau keuntungan telah terbukti dihasilkan dari perilaku *caring* perawat baik untuk pasien maupun untuk perawat. Dampak perilaku *caring* bagi pasien adalah dapat menjaga martabat dan integritas pasien, meningkatkan status pemulihan pasien, menurunkan gejala yang dirasakan pasien, meningkatkan kepuasan pasien serta terciptanya kualitas pelayanan keperawatan yang tinggi (Lea & Watson, 1998). Dampak lainnya adalah meningkatkan kesejahteraan emosi atau spiritual, meningkatkan hubungan saling percaya, meningkatkan penyembuhan fisik, keamanan, memiliki lebih banyak energi, biaya perawatan lebih rendah serta menimbulkan perasaan lebih nyaman (Swanson, 1999 dalam Watson, 2002).

Dampak pelaksanaan perilaku *caring* untuk perawat dijelaskan oleh Franas et al (1998, dalam Brilowsky & Wendler, 2005), bahwa perilaku *caring* akan meningkatkan rasa solidaritas, *empowerment*, harapan, kenyamanan, kemandirian, peningkatan harga diri, peningkatan orientasi terhadap realita, pengembangan pribadi, penurunan terhadap kecemasan dan ketakutan. Selain itu Dulton (1997, dalam Brilowsky & Wendler, 2005) menjelaskan keuntungan dari perilaku *caring* adalah dapat memperbaharui energi, memberikan semangat baru, meningkatkan kepuasan kerja. Sementara Swanson (1999, dalam Watson, 2002) menjelaskan dampak perilaku *caring* dapat meningkatkan emosi dan spiritual, rasa pencapaian, kepuasan, rasa syukur, memelihara integritas, harga diri, peningkatan pencapaian filosofi hidup, meningkatkan pengetahuan, refleksi, penghargaan terhadap hidup dan kematian.

Terdapat beberapa faktor yang menyebabkan perilaku *caring* perawat yang masih belum baik. Notoatmodjo (2007) menyebutkan terdapat tiga faktor yang membentuk sebuah perilaku yaitu faktor predisposisi, faktor pendukung dan faktor pendorong. Faktor predisposisi terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai. Faktor pendukung

terwujud dalam lingkungan fisik dimana tersedianya sarana dan fasilitas kesehatan. Sedangkan faktor pendorong terwujud dalam sikap.

Peneliti menganalisis bahwa faktor yang menyebabkan perilaku *caring* perawat masih belum maksimal adalah pengetahuan perawat tentang perilaku *caring* masih belum maksimal. Berbagai konsep dan teori *caring* telah dikemukakan oleh para pakar keperawatan tetapi dalam konteks pelayanan keperawatan konsep dan teori *caring* ini belum diterapkan secara maksimal. Kondisi ini juga didukung oleh kurikulum dalam pendidikan keperawatan yang belum menempatkan *caring* sebagai sebuah keunggulan dari profesi keperawatan. Hal ini dibuktikan dengan jumlah bobot dari pokok bahasan tentang *caring* khususnya di tatanan pendidikan diploma dan sarjana masih sangat minimal.

Caring sebagai sebuah ilmu tidak hanya membicarakan bagaimana memenuhi atau membantu kebutuhan dasar pasien tetapi lebih dari itu bagaimana memperlakukan pasien sebagai seorang manusia yang memiliki martabat dan harga diri serta bagaimana seorang perawat mengoptimalkan seluruh potensi yang dimiliki oleh pasien untuk mendukung proses penyembuhannya. Dan hal ini tidak dapat dihasilkan dalam waktu yang singkat tetapi membutuhkan proses yang cukup lama dan membutuhkan dukungan dari lingkungan kerja.

Hasil penelitian tentang lingkungan kerja menggambarkan bahwa persepsi perawat terhadap lingkungan kerja belum dapat dikatakan baik. Sebanyak 51% perawat menyatakan bahwa lingkungan kerja belum baik. Penelitian lain tentang lingkungan kerja juga memperlihatkan hasil yang hampir sama. Putra (2006) menyatakan bahwa sebanyak 53% perawat mempersepsikan lingkungan kerjanya kurang baik.

Lingkungan kerja sebagai tempat dimana perawat menghabiskan sebagian besar waktunya semestinya merupakan tempat yang dapat memberikan kenyamanan untuk perawat, mengoptimalkan potensi yang dimiliki oleh perawat serta melindungi perawat dari berbagai dampak yang merugikan perawat. Aiken (1994, dalam Gardner & Hawkins, 2007), menyatakan bahwa lingkungan kerja yang baik dapat memberikan keuntungan diantaranya meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan, menurunkan angka kematian pasien, menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan, meningkatkan angka kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan dan meningkatkan keselamatan pasien.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 57% lingkungan kerja yang baik akan menciptakan perilaku *caring* yang tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa lingkungan kerja yang baik akan menciptakan perilaku *caring* perawat yang tinggi. Simons (2004) menyatakan bahwa perawat membutuhkan dukungan dari lingkungan kerja, *role model* dan kepemimpinan yang konsisten dengan pelaksanaan perilaku *caring*. Perilaku *caring* sendiri merupakan proses yang berkelanjutan dan dapat direncanakan oleh organisasi (Bent, et all, 2005).

Kesimpulannya adalah perilaku *caring* telah terbukti memiliki dampak yang menguntungkan untuk pasien, perawat dan rumah sakit. Lingkungan kerja yang baik pun telah terbukti berdampak terhadap peningkatan status pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Perilaku *caring* tinggi pada perawat dapat diwujudkan dengan menciptakan lingkungan kerja yang baik untuk perawat karena *caring* merupakan sebuah proses yang membutuhkan dukungan dalam implementasinya.

6.1.2 Hubungan pengaturan beban kerja dengan perilaku *caring* perawat yang dipersepsikan oleh pasien

Analisis univariat pada subvariabel pengaturan beban kerja menunjukkan bahwa persepsi perawat terhadap pengaturan beban kerja yang baik akan menciptakan perilaku *caring* perawat dalam kategori tinggi sebanyak 77% dan terdapat hubungan yang bermakna antara pengaturan beban kerja dengan perilaku *caring* perawat. Penelitian lain yang sejalan adalah penelitian yang dilakukan oleh Julianti (2009) dan Sobirin (2006) melakukan penelitian tentang hubungan antara beban kerja perawat dengan perilaku *caring* perawat. Hasil penelitiannya menyebutkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara beban kerja perawat dengan perilaku *caring* perawat ($p < 0.04$). Penelitian lain yang sejalan dengan penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan oleh Putra (2006) yang menyebutkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kendali beban kerja dengan kinerja perawat dalam proses asuhan keperawatan.

Gifford (2002, dalam Putra, 2006) menyatakan bahwa tingginya kemampuan atau otoritas perawat dalam mengelola beban kerjanya berdampak terhadap peningkatan kualitas asuhan keperawatan. Pengertian dari pengaturan beban kerja menurut CRNBC (2005) adalah kondisi dimana terdapat jumlah perawat yang cukup untuk memberikan asuhan keperawatan yang aman, kompeten dan etis. Beberapa hal yang dapat dilakukan adalah mengembangkan sistem atau model asuhan keperawatan yang memungkinkan perawat dapat mengembangkan hubungan yang baik dan berkesinambungan dengan pasien.

Selain itu pelayanan keperawatan yang diberikan harus mempertimbangkan kemampuan (kompetensi) perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Perawat juga dilibatkan dalam berbagai perencanaan pelayanan keperawatan yang terdapat diruangan seperti penggunaan sarana prasarana, kebutuhan sumber daya manusia, mendapatkan beban kerja yang adil dan seimbang dengan tuntutan kerja, memiliki rekan kerja yang kompeten serta dilibatkan

Universitas Indonesia

dalam mendesain ruangan yang mendukung terciptanya pelayanan keperawatan yang optimal (CRNBC, 2005).

Hasil analisis subvariabel pengaturan beban kerja yang masih dipersepsikan kurang oleh perawat adalah kurangnya waktu yang dimiliki perawat untuk berdiskusi dengan pasien mengenai rencana perawatan yang akan dilakukan, perawat sering bekerja lembur, jadwal kerja yang kurang fleksibel serta memiliki rekan kerja yang kurang ahli. Hal ini sejalan dengan yang dikemukakan oleh Jones (2008) bahwa perawat yang sibuk, memiliki jadwal kerja yang padat, akan menyebabkan komunikasi yang dibangun dalam rangka perilaku *caring* dengan pasien menjadi tidak baik. Perawat yang sering bekerja lembur akan menyebabkan kejenuhan dan tidak memiliki kesempatan untuk memperbaharui energinya. Turkel dan Ray (2004) menyatakan bahwa rumah sakit perlu membantu perawat dalam menjaga keseimbangan beban kerjanya dengan tidak memberikan tugas lembur yang terlalu sering serta memberikan kesempatan untuk mendatangi program relaksasi seperti yoga untuk memfokuskan diri terhadap pembaharuan dirinya.

Berdasarkan fenomena dan hasil penelitian sebelumnya, analisis peneliti adalah kurangnya kompetensi yang dimiliki oleh rekan kerja membuat perawat juga sulit menerapkan perilaku *caring*. Hal ini diakibatkan karena kurangnya kompetensi yang dimiliki perawat akan menghambat kolaborasi dan kerjasama diantara anggota tim keperawatan yang lain untuk terlaksananya asuhan keperawatan baik yang sesuai dengan standar. Kesimpulannya adalah perawat yang memiliki beban kerja yang tinggi dan kesulitan dalam melakukan pengaturan beban kerjanya juga akan mengalami kesulitan dalam melaksanakan perilaku *caring* kepada pasien.

6.1.3 Hubungan kepemimpinan dengan perilaku *caring* perawat yang dipersepsikan oleh pasien

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa kepemimpinan yang baik dapat menciptakan perilaku *caring* perawat dalam kategori tinggi sebanyak 58%. Hasil penelitian yang sejalan dengan penelitian tentang hubungan antara kepemimpinan dan perilaku *caring* adalah yang dilakukan oleh Supriatin (2009) dengan kesimpulannya ada hubungan yang signifikan antara kepemimpinan kepala ruangan dengan perilaku *caring* perawat ($p < 0.05$).

Beberapa penelitian yang senada juga pernah dikemukakan oleh Prambudi (2004), Mulyadi (2005) dan Amatiria (2003) yang menyatakan ada hubungan antara kepemimpinan dengan kinerja perawat. Pemimpin dalam keperawatan memiliki tanggung jawab moral dalam memfasilitasi dan menciptakan budaya organisasi yang mendukung pelaksanaan *caring* serta menciptakan lingkungan kerja yang berkualitas (Turkel & Ray, 2004; Vollers et al, 2009). Penelitian menunjukkan bahwa pemimpin keperawatan yang baik dapat meningkatkan kekohesifan kelompok dan menurunkan stress akibat kerja (Baumann et al, 2010)

Selanjutnya Vollers et al (2009) menyatakan bahwa seorang pemimpin memiliki peran dalam menciptakan lingkungan kerja yang berkualitas dengan cara menyediakan sumber daya, dana dan fasilitas, berpartisipasi dalam pembuatan keputusan, memiliki otoritas untuk membuat keputusan dan memiliki akses untuk informasi yang penting. Sedangkan CRNBC (2005) menyatakan bahwa kepemimpinan dalam lingkungan kerja yang berkualitas artinya terdapat pemimpin yang berkualitas di setiap tingkat organisasi. Kepemimpinan ini memiliki indikator yang terdiri dari : pemimpin perawat berperan sebagai kolaborator, komunikator, mentor, pengambil resiko, *role model*, memiliki visi kedepan dan memiliki peran sebagai advokat untuk pelayanan keperawatan yang berkualitas, pemimpin dalam keperawatan memiliki otoritas untuk mendukung praktik keperawatan yang aman, serta memiliki akses, keahlian dan pengalaman.

Universitas Indonesia

Perawat manajer dapat menciptakan budaya *caring* dalam fungsi pergerakan dan pengarahan melalui kegiatan-kegiatan seperti pertemuan rutin setiap bulan untuk menekankan dan mengkomunikasikan kembali visi dan tujuan organisasi, menyediakan forum untuk berdiskusi baik forum umum atau forum pribadi, menyediakan berbagai media seperti poster di ruangan untuk membangkitkan dan menggugah semangat kemanusiaan, menyediakan ruangan khusus untuk perawat dimana mereka dapat bermeditasi, beristirahat atau melakukan refleksi sederhana, menyediakan waktu khusus untuk melakukan diskusi dan saling bertukar pikiran, membantu perawat dalam menjaga keseimbangan beban kerjanya dengan tidak memberikan tugas lembur yang terlalu sering serta memberikan kesempatan untuk mendatangi program relaksasi seperti yoga untuk memfokuskan diri terhadap pembaharuan dirinya (Turkel & Ray, 2004).

Hasil analisis komponen yang dipersepsikan kurang baik dari subvariabel kepemimpinan adalah kurangnya peran dari pemimpin untuk menumbuhkan sisi kemanusiaan pasien, artinya perawat membutuhkan contoh atau *role model* dari pemimpin untuk menumbuhkan perilaku *caring* perawat kepada pasien. Peneliti menganalisis bahwa perawat juga membutuhkan kehadiran pemimpin untuk melakukan diskusi dan bertukar pikiran mengenai tugas dan tanggung jawab perawat diruangan. Seorang pemimpin seharusnya menjadi orang yang memiliki pengaruh terhadap bawahannya. Pemimpin yang telah melaksanakan perilaku *caring* dapat mempengaruhi bawahannya untuk turut melaksanakan perilaku *caring*. Perawat membutuhkan contoh atau *role model* dari pemimpin agar *caring* ini benar-benar menjadi sebuah budaya yang diterapkan di rumah sakit

RS PGI Cikini sendiri menjadikan *caring* sebagai motto dalam pelayanan keperawatan selain itu budaya spiritual yang baik juga telah dikembangkan di rumah sakit ini. Visi RS PGI Cikini Jakarta adalah pelayanan kesehatan holistik dengan sentuhan kasih. Misi RS PGI Cikini Jakarta adalah memberi

Universitas Indonesia

pelayanan terbaik bagi pasien/masyarakat sebagai pelanggan, dilaksanakan berdasarkan prike-manusiaan yang berdasarkan ke-Tuhanan Yang maha Esa sebagai wujud jawaban dan kesaksian iman dalam upaya pembangunan dan peningkatan derajat kesehatan yang optimal.

Visi Keperawatan RS PGI Cikini Jakarta adalah pelayanan keperawatan profesional berdasarkan kasih kristus dan misi keperawatan RS PGI Cikini adalah pelayanan keperawatan profesional yang mengacu pada standar keilmuan dan standar praktek keperawatan serta mengikuti perkembangan IPTEK berdasarkan kasih kristus. Salah satu garis-garis besar rencana strategi bidang perawatan adalah peningkatan kualitas pelayanan dan kepuasan pelanggan.

Peneliti menganalisis bahwa konsep *caring* sebenarnya sudah menjadi dasar atau landasan dalam memberikan pelayanan keperawatan. Rumah sakit sudah memiliki perencanaan untuk menciptakan budaya *caring* tetapi membutuhkan fungsi penggerakan dalam manajemen dalam hal ini kepemimpinan. Muninjaya (2004) menyatakan bahwa pemimpin harus dapat menggerakkan atau memotivasi staf agar mereka mau dan sadar melaksanakan tugas-tugas pokok organisasi sesuai dengan kewenangan dan tanggung jawab yang melekat pada setiap tugas tersebut. Kesimpulannya pemimpin mempunyai kewajiban untuk memberikan contoh dan memberikan motivasi kepada seluruh perawat pelaksana untuk memberikan pelayanan yang berkualitas dan meningkatkan kepuasan pelanggan dalam hal ini kepuasan pasien terhadap perilaku *caring* perawat.

6.1.4 Hubungan kontrol terhadap praktik dengan perilaku *caring* perawat

Analisis univariat menyatakan bahwa kontrol terhadap praktik yang tinggi akan menciptakan perilaku *caring* perawat dalam kategori tinggi sebanyak 63%. Hasil penelitian yang sejalan dengan penelitian ini dilakukan oleh Putra (2006) yang menyatakan terdapat hubungan antara kendali terhadap praktik dengan kinerja perawat dalam proses asuhan keperawatan. Baumann

Universitas Indonesia

et all (2001) menjelaskan bahwa kontrol terhadap praktik merupakan kebebasan dalam bertindak sesuai dengan kewenangan yang dimiliki. Sedangkan CRNBC (2005), menyatakan bahwa kontrol diri terhadap praktik artinya perawat memiliki otoritas, tanggung jawab dan akuntabilitas dalam praktik keperawatan. Erlen (2001, dalam Andrews, 2004) menyatakan salah satu hal yang berhubungan dengan keselamatan dan kesejahteraan pasien serta terhadap retensi perawat adalah peran perawat dalam melakukan kontrol terhadap praktik keperawatan.

CRNBC (2005) menyatakan beberapa indikator dalam kontrol diri terhadap praktik yaitu perawat dilibatkan dalam setiap pengambilan keputusan, adanya sumber daya yang memadai untuk mendukung pelayanan keperawatan, perawat dan tim kesehatan yang lain bekerjasama dan berkolaborasi dalam membuat keputusan, perawat menentukan kompetensi yang dibutuhkan untuk praktik keperawatan, serta perawat tidak mengerjakan tugas-tugas non keperawatan.

Analisis dari komponen kontrol terhadap praktik yang belum dilaksanakan dengan maksimal adalah keterlibatan perawat dalam setiap pengambilan keputusan di ruangan serta kolaborasi perawat dalam satu profesi maupun dengan profesi yang lain. Vollers (2009) menyatakan bahwa kolaborasi dapat dilihat di seluruh level organisasi baik antara perawat dengan pasien dan keluarga, perawat dengan dokter, perawat dengan pimpinan keperawatan, maupun perawat dengan perawat.

Bauman et all (2001), menjelaskan bahwa perawat akan bekerja dengan baik dan memiliki loyalitas terhadap organisasi pada saat organisasi menghargai keahlian mereka dan mereka memiliki kontrol terhadap kehidupannya dalam hal ini adalah pekerjaannya, serta bebas untuk mempraktikkan ilmu yang didapat dari pendidikannya. Rumah sakit dapat memberikan kesempatan kepada perawat untuk mempunyai kontrol terhadap praktik dengan cara memberikan kesempatan yang banyak kepada perawat untuk membuat

Universitas Indonesia

perencanaan asuhan keperawatan pasien, memberi kesempatan dalam membuat keputusan dan memberikan kesempatan untuk mengontrol pekerjaannya seperti menentukan jadwal dinasnya.

Berdasarkan fenomena dan hasil peneliti sebelumnya, peneliti menganalisis bahwa perawat perlu dilibatkan dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan dengan memberikan kebebasan kepada perawat untuk melaksanakan pekerjaan sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya. Hal ini dapat dilakukan dengan melibatkan perawat dalam berbagai kegiatan dan kesempatan di ruangan seperti melibatkan perawat dalam menentukan kebutuhan tenaga dan sarana di ruangan, menentukan jadwal dinas, menentukan langkah-langkah yang perlu diambil untuk meningkatkan pelayanan keperawatan.

6.1.5 Hubungan pengembangan profesional dengan perilaku *caring* perawat

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pengembangan profesional dengan perilaku *caring* perawat ($p=0.000$). Pengembangan staf perawat (*staf development*) mempunyai arti seluruh kegiatan untuk meningkatkan pengetahuan, ketrampilan dan sikap perawat meliputi kegiatan formal maupun nonformal. Pengertian lain adalah aktivitas pembelajaran yang mendukung peran perawat dalam organisasi pelayanan kesehatan (Narayanasy,2007). Mengemukakan bahwa pengembangan profesional perawat harus meliputi ketiga aspek yaitu aspek pengetahuan, ketrampilan dan sikap. Pengembangan profesional perawat seharusnya dapat mengembangkan pengetahuan, mengenalkan ketrampilan baru, menyegarkan ketrampilan yang sudah dimiliki serta memberikan penyegaran terhadap ide dan pemikiran perawat. Andrews (2004) menyatakan bahwa perawat juga harus didukung dalam pengembangan kompetensi etik karena perawat sering dihadapkan pada kondisi untuk mengambil keputusan etik. Lebih lanjut Andrews (2004) menjelaskan bahwa selain memperbaiki lingkungan klinis dari perawat maka hal yang tidak

kalah penting adalah bagaimana perawat mendapatkan kesempatan untuk pengembangan profesional.

Baumann et all (2001) menjelaskan bahwa organisasi dapat memberikan dukungan kepada perawat dengan memberikan dukungan terhadap keputusan klinik yang dibuatnya, menawarkan pendidikan dan pengembangan profesional dan memberikan kesempatan untuk pengembangan karir. Selain itu organisasi juga dapat melakukan penilaian kinerja dan program bimbingan.

Pengembangan profesional perawat mempunyai arti bahwa perawat didukung oleh organisasi untuk mengembangkan falsafah pembelajaran yang berkelanjutan dan menciptakan lingkungan untuk proses pembelajaran. Konsep pengembangan profesional perawat terdiri dari beberapa aspek yaitu orientasi yang tepat untuk semua posisi, program mentoring, kesempatan untuk melanjutkan pendidikan dan pengembangan profesional, kesempatan untuk bertanya dan merefleksikan hal-hal berkenaan dengan praktik, tersedianya program evaluasi penampilan kerja (CRNBC, 2005). Turkel dan Ray (2004), menyatakan bahwa salah satu cara untuk membentuk budaya *caring* adalah menjadikan program *caring* untuk perawat sebagai program dalam orientasi karyawan baru.

Caring sebagai sebuah ilmu tidak hanya membicarakan bagaimana memenuhi atau membantu kebutuhan dasar pasien tetapi lebih dari itu bagaimana memperlakukan pasien sebagai seorang manusia yang memiliki martabat dan harga diri serta bagaimana seorang perawat mengoptimalkan seluruh potensi yang dimiliki oleh pasien untuk mendukung proses penyembuhannya. Dan hal ini tidak dapat dihasilkan dalam waktu yang singkat tetapi membutuhkan proses yang cukup lama dan dilakukan dalam proses pembelajaran yang berkelanjutan.

Menumbuhkan nilai-nilai *caring* dan budaya *caring* membutuhkan proses yang tidak mudah. Proses internalisasi nilai-nilai *caring* pada seorang perawat membutuhkan kesadaran dari individu perawat dan dukungan dari lingkungan. Martinsen (1990, dalam Tomey & Alligood, 2006) menyatakan pelaksanaan *caring* membutuhkan pendidikan dan latihan serta ilmu atau pengetahuan profesional. Kegiatan pelatihan atau seminar khususnya tentang *caring* harus menjadi agenda rutin yang dikemas dalam bentuk yang menarik. Kegiatan lain yang dapat dilakukan adalah melakukan evaluasi kinerja perawat dalam perilaku *caring*.

Nelson (2006, dalam Cooper, 2009) menyatakan bahwa pengembangan profesional sebaiknya menjadi sebuah budaya yang harus dikembangkan dalam sebuah institusi. Selain itu dukungan organisasi dengan menciptakan sarana dan prasarana yang mendukung dapat diciptakan oleh organisasi sehingga tercipta sebuah kerjasama antara individu dan organisasi dalam membentuk budaya pembelajaran sepanjang hayat (*lifelong learning*). Lebih lanjut Cooper (2009) menyatakan bahwa pengembangan profesional merupakan sebuah komitmen yang kontinyu memastikan bahwa pengetahuan dan ketrampilan dari perawat masih relevan untuk memberikan asuhan keperawatan. Institusi kesehatan seharusnya dapat mengembangkan sebuah model pengembangan profesional perawat salah satunya dengan mengadopsi model pengembangan kompetensi dari Benner. Model pengembangan kompetensi dari Benner ini diadopsi oleh Depkes (2006) dalam bentuk jenjang karir perawat.

Komponen lain yang harus lebih ditingkatkan dalam pengembangan profesional perawat ini adalah program bimbingan (*mentorship*). Young (2009) menyatakan bahwa mentoring adalah sebuah hubungan antara dua orang perawat dimana diantara keduanya terbentuk sebuah kerjasama, saling menghargai untuk mencapai tujuan bersama. Dalam proses hubungan ini terjadi pengembangan profesional melalui berbagai metode seperti pengajaran, konsultasi, konfirmasi, penerimaan, persahabatan, perlindungan,

Universitas Indonesia

dukungan dan *coaching*. Selain itu juga terjadi proses pertukaran informasi, pembelajaran, perkembangan dan kekuatan.

Churchward et, all (2005) menyatakan bahwa pengembangan professional perawat tidak hanya terbatas pada upaya mempertahankan kompetensi tetapi juga berusaha secara aktif mengembangkan pengetahuan dan pengalaman. Hal ini dapat dilakukan dengan pendidikan yang berkelanjutan, penguasaan teknologi baru, pertemuan rutin (*conference*). Kegiatan lain yang dapat dilakukan adalah melalui *sharing* pengetahuan dan pengalaman dengan rekan kerja, menyediakan *feedback* dan bimbingan bagi perawat. Setiap perawat harus secara aktif mencari *feedback* dari penilaian kinerja yang telah dilakukan terhadap dirinya serta menciptakan tujuan bagi pengembangan pribadinya.

6.1.6 Hubungan antara dukungan organisasi dengan perilaku *caring* perawat

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa dukungan organisasi yang baik akan menciptakan perilaku *caring* perawat dalam kategori tinggi sebanyak 58%. Hasil penelitian Supriatin (2009) menyatakan terdapat hubungan antara struktur organisasi dan imbalan dengan perilaku *caring*. Putra (2006) juga menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara sumber yang memadai dengan kinerja perawat dalam proses asuhan keperawatan.

Dukungan organisasi mempunyai arti bahwa organisasi memiliki misi, nilai dan kebijakan yang mendukung dan menghargai perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan yang aman. Dukungan organisasi terhadap perawat memiliki indikator yaitu terdapat organisasi yang dapat mengakses dan memecahkan permasalahan praktik profesional serta masalah etik, menghargai dan menghormati keahlian perawat, mendukung pemikiran yang kreatif dan inovatif, tersedianya program kesehatan, kesejahteraan dan keselamatan untuk perawat, adanya sistem untuk mencegah dan melawan semua bentuk agresi, penganiayaan dan kekerasan, kompensasi yang diberikan sesuai dengan kemampuan, pengalaman dan tanggung jawab,

Universitas Indonesia

terdapat fasilitas fisik dan perlengkapan yang memadai, sistem komunikasi dan informasi yang efektif dan menyeluruh serta penggunaan teknologi yang tepat (CRNBC, 2005).

Kinerja seorang perawat terbentuk dari tiga hal yang pertama adalah kemampuan dalam melaksanakan pekerjaan yang meliputi pengetahuan, ketrampilan, pengalaman dan kapasitas individu. Kedua adalah motivasi dari perawat untuk melakukan pekerjaan. Ketiga dukungan organisasi untuk melakukan pekerjaan yang terbaik seperti ketersediaan sarana prasarana, serta kondisi lingkungan fisik dan sosial (Zurn, 2005).

Komponen yang belum dilaksanakan dengan maksimal dari subvariabel dukungan organisasi ini adalah komponen komunikasi. Maxfield (2007, dalam Voller, 2009) menyatakan bahwa komunikasi adalah darah dari sebuah organisasi. Artinya komunikasi yang baik merupakan komponen penting untuk mewujudkan dan mendukung terhadap pencapaian organisasi. Metode komunikasi yang dapat diterapkan dan dikembangkan adalah mulai dari metode komunikasi terapeutik perawat dan pasien sampai dengan komunikasi dalam tahap yang lebih luas yaitu menyediakan forum bagi perawat untuk mengemukakan pendapatnya seperti mempublikasikan sebuah artikel, review jurnal dan presentasi kasus. Muninjaya (2004) menyatakan bahwa komunikasi merupakan komponen dari fungsi pergerakan dalam manajemen dan untuk menciptakan komunikasi yang baik ini diperlukan interaksi dengan komponen lain dari fungsi pergerakan ini adalah kepemimpinan.

Berdasarkan hasil penelitian dan fenomena yang ada peneliti menganalisis bahwa dukungan organisasi memiliki peran dalam menumbuhkan perilaku *caring* perawat. Tersedianya sarana prasarana yang memadai dapat memudahkan perawat melakukan pekerjaannya. Komunikasi yang baik diantara anggota tim keperawatan atau anggota tim kesehatan yang lain juga dapat memudahkan dan mendukung perawat melakukan pekerjaannya.

Universitas Indonesia

Perawat yang memiliki kemudahan dalam melaksanakan pekerjaannya diharapkan dapat melaksanakan seluruh tanggung jawabnya salah satunya melaksanakan perilaku *caring* kepada pasien.

6.1.7 Hubungan faktor konfonding dengan perilaku *caring* perawat (umur pasien dan lama rawat) dengan perilaku *caring*

Hasil analisis dari univariat menyatakan bahwa rata-rata lama rawat pasien adalah 11.01 hari. Dari hasil analisis bivariat menyatakan rata-rata lama rawat pasien yang mempersepsikan bahwa perilaku *caring* perawat rendah adalah 5.76 hari dan lama rawat pasien yang mempersepsikan perilaku *caring* perawat tinggi adalah 15.74 hari dan terdapat hubungan yang bermakna antara lama rawat pasien dengan persepsi terhadap perilaku *caring* perawat ($p = 0.01$).

Semakin lama individu dirawat maka semakin banyak kesempatan mendapatkan pelayanan *caring* dari perawat. Wolf (2003), menyatakan bahwa pengalaman dan lamanya waktu rawat akan mempengaruhi persepsi pasien terhadap pelayanan yang diberikan perawat. Pasien khususnya dan masyarakat pada umumnya saat ini semakin pintar dan semakin memiliki kesadaran akan hak-haknya saat mendapatkan perawatan di rumah sakit sehingga semakin banyak menuntut petugas kesehatan atau perawat untuk memberikan pelayanan yang berkualitas. Semakin lama pasien dirawat maka pasien akan semakin merasakan bagaimana pelayanan keperawatan khususnya perilaku *caring* dilaksanakan oleh perawat.

Membina hubungan kepercayaan dengan pasien membutuhkan waktu. Jones (2008) menjelaskan bahwa untuk menciptakan sebuah kepercayaan pasien kepada perawat adalah dengan menciptakan waktu bersama perawat dan pasien. perawat yang berhasil dalam membangun kepercayaan akan membuat pekerjaan perawat menjadi lebih mudah karena pasien yang sudah percaya akan menerima seluruh kegiatan yang dilakukan oleh perawat

Hasil analisis data untuk hubungan antara karakteristik pasien dengan perilaku *caring* perawat menyatakan bahwa terdapat hubungan antara umur pasien dengan persepsi mereka terhadap perilaku *caring* perawat. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Julianti (2009). Penelitian Loundon dan Britta, (1988) dan Iezzoni (2003) dalam Meebon (2006) menyatakan bahwa usia pasien memiliki hubungan yang signifikan dengan tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan. Semakin tua usia seseorang biasanya memiliki harapan yang rendah sehingga cenderung lebih puas terhadap sesuatu yang diterima. Sedangkan Lamri (1997, dalam Meeboon, 2006) menyatakan bahwa tingkat kepuasan pasien terhadap perilaku *caring* perawat pada usia 18-45 tahun cenderung lebih puas jika dibandingkan dengan pasien pada usia 12-17 tahun.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa umur pasien memiliki hubungan yang negatif artinya semakin tua umur pasien maka persepsi atau harapan pasien terhadap perilaku *caring* perawat semakin tinggi. Pada pasien dengan kategori umur ≥ 40 tahun terdapat hampir 50% pasien dengan kategori usia lanjut dimana pada lansia tersebut terjadi berbagai penurunan fungsi tubuh mulai dari penurunan fungsi fisiologis, kemampuan motorik dan perubahan peran dan sosial dari lansia. Hal ini menyebabkan pasien dengan kategori usia lanjut mempunyai tuntutan yang tinggi agar perawat dapat melaksanakan perilaku *caring*.

Berdasarkan fenomena dan hasil penelitian diatas, peneliti menganalisis bahwa usia pasien dan lama rawat pasien berpengaruh terhadap perilaku *caring* perawat. Usia pasien mempengaruhi persepsi pasien terhadap perilaku *caring* sehingga perawat perlu meningkatkan tehnik komunikasi dengan pasien terutama pasien dengan kategori usia lanjut. Sedangkan lama rawat pasien juga mempengaruhi terhadap perilaku *caring* perawat sehingga perawat perlu menciptakan hubungan yang lebih baik dengan lebih memperhatikan peran dan fungsi perawat.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dari penelitian ini terdapat pada saat pengumpulan data. Idealnya satu orang pasien akan menilai satu orang perawat dalam perilaku *caring*-nya. Rumah sakit menggunakan metode tim dimana satu pasien tidak hanya dirawat oleh satu perawat tetapi dirawat oleh sekelompok perawat yang tergabung dalam sebuah tim sehingga sulit bagi pasien untuk melakukan penilaian khusus terhadap satu orang perawat. Oleh karena itu penilaian pasien terhadap perawat dilakukan dengan cara menilai perawat yang sedang berdinamika pada saat penelitian berlangsung.

6.3 Implikasi Penelitian

6.3.1 Implikasi penelitian untuk pelayanan keperawatan

Hasil penelitian tentang perilaku *caring* perawat dan lingkungan kerja ini memperlihatkan bahwa perilaku *caring* dan lingkungan kerja perawat masih belum dikatakan baik. Dari hasil analisis univariat didapatkan kesimpulan bahwa komponen dari faktor karatif yang belum dilaksanakan dengan baik oleh perawat adalah komponen menanamkan kepercayaan dan harapan kepada pasien, meningkatkan proses pembelajaran dan pengajaran interpersonal, serta menggunakan proses pemecahan masalah secara sistematis.

Faktor karatif menanamkan kepercayaan dan harapan sangat penting penting karena pasien yang memiliki harapan dan kepercayaan dapat menerima informasi yang diberikan oleh perawat tentang kondisi kesehatannya sehingga diharapkan dapat merubah perilaku pasien untuk meningkatkan kesehatannya. Faktor karatif yang masih belum maksimal adalah meningkatkan proses pembelajaran yang sistematis. Salah satu peran perawat adalah sebagai *educator* atau pendidik. Sejarah tentang peran perawat dalam proses pembelajaran juga telah lama diketahui. Namun sepanjang masa itu proses pembelajaran dan pengajaran digambarkan hanya sebagai proses memberikan informasi kepada pasien. Padahal sebenarnya proses pembelajaran dan pengajaran tersebut memiliki arti sebagai sebuah kegiatan

Universitas Indonesia

dan hubungan kerjasama dalam hubungan timbal balik antara pasien dan perawat.

Kegiatan pembelajaran dan pengajaran ini perawat bekerja melalui kerangka berpikir pasien, memberikan arti dan pentingnya sebuah informasi terhadap pasien sambil mengkaji sejauh mana pasien dapat menerima informasi yang diberikan. Oleh karena itu pembelajaran tidak saja dipandang sebagai proses menerima informasi saja tetapi lebih kepada sebuah hubungan *caring* dimana perawat berperan sebagai mentor (*coach*) bagi pasien (Watson, 2007). Dalam hal ini rumah sakit perlu mengevaluasi dan meningkatkan kembali peran perawat sebagai *educator*.

Kemampuan lain yang harus dikembangkan oleh perawat adalah kemampuan berkomunikasi, karena komunikasi juga merupakan kunci yang penting untuk dapat menciptakan kepercayaan pasien kepada perawat. Keterlibatan perawat dalam kegiatan dan pengambilan keputusan di ruangan menjadi penting untuk meningkatkan kontrol mereka terhadap praktik. Peran pemimpin keperawatan dalam hal ini adalah kepala ruangan dan ketua tim sangat diperlukan untuk memberikan contoh kepada perawat pelaksana dalam menerapkan perilaku *caring* kepada pasien.

Pengaturan beban kerja bagi perawat merupakan hal yang sangat penting untuk mencegah perawat dari kejenuhan dan kelelahan. Rumah sakit perlu mengembangkan metode untuk menghitung beban kerja perawat salah satunya melalui metode work sampling. Rumah sakit juga perlu mengkaji kembali kesesuaian dari jumlah staf yang ada dengan kebutuhan dari ruangan.

Pengembangan profesional perawat dapat dikembangkan salah satunya melalui penerapan jenjang karir perawat di rumah sakit. Melalui model jenjang karir ini kompetensi perawat selalu dipertahankan dan dikembangkan. Jenjang karir perawat dapat memfasilitasi pengembangan

Universitas Indonesia

professional perawat karena membiasakan perawat untuk selalu meningkatkan level karirnya melalui pendidikan, pelatihan dan penelitian.

Lama rawat pasien mengindikasikan persepsi pasien terhadap perilaku *caring* perawat semakin baik. Semakin lama pasien dirawat pasien maka kemungkinan kontak perawat dengan pasien akan semakin sering dan pasien akan semakin memiliki rasa kepercayaan kepada perawat. Implikasinya adalah kehadiran perawat di sisi pasien merupakan hal yang penting dalam hubungan antara perawat dan pasien.

Perilaku *caring* perawat sebaiknya tidak hanya diterapkan di ruang rawat inap tetapi di seluruh wilayah rumah sakit termasuk di instalasi rawat jalan. Kondisi yang terjadi saat ini adalah peran perawat di instalasi rawat jalan belum maksimal. Perawat hanya bertugas untuk memanggil pasien dan melakukan kegiatan administrasi. Rumah sakit dapat memaksimalkan peran perawat di instalasi rawat jalan dengan mengoptimalkan peran *caring* sebagai *educator* bagi pasien. Bentuk-bentuk kegiatan pendidikan kepada pasien dapat diberikan di instalasi rawat jalan. Bentuk perawatan yang berkesinambungan (*continuity of care*) dapat diterapkan. AARN (2004) menyatakan bahwa *continuity of care* adalah bentuk pelayanan yang komprehensif dan terintegrasi.

6.3.2 Impikasi penelitian untuk perkembangan ilmu pengetahuan

Studi selanjutnya yang dapat dikembangkan adalah bagaimana bentuk-bentuk pengembangan profesional yang efektif untuk menumbuhkan perilaku *caring* perawat misalnya perbandingan antara berbagai model seperti pelatihan, bimbingan dan pendampingan yang efektif untuk menumbuhkan perilaku *caring*. Metode observasi dalam pengumpulan data dalam penelitian hubungan lingkungan kerja dengan perilaku *caring* perawat dapat dikembangkan untuk dapat lebih mendapatkan hasil atau data yang lebih objektif.

BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini diuraikan tentang simpulan dari penelitian yang telah dilakukan serta disampaikan saran untuk rumah sakit, perawat, serta penelitian selanjutnya.

7.1 Simpulan

- 7.1.1 Lingkungan kerja tidak berhubungan secara signifikan dengan perilaku *caring* perawat tetapi dari deskripsi univariat dapat dilihat bahwa persentase antara lingkungan kerja yang baik dan tidak baik yang dapat menciptakan perilaku *caring* perawat dalam kategori tinggi berada dalam nilai yang relatif hampir sama. Hal ini mengindikasikan bahwa lingkungan kerja juga merupakan salah satu faktor yang dapat menciptakan perilaku *caring* perawat yang tinggi.
- 7.1.2 Sebagian besar responden perawat adalah wanita, status pernikahan relatif hampir sama antara yang menikah dan tidak menikah, sebagian besar termasuk kategori umur < 40 tahun dan rata-rata lama kerja adalah 9.62 tahun. Kesimpulannya sebagian besar perawat berada dalam kategori usia produktif dan merupakan aset yang dapat dikembangkan untuk meningkatkan perilaku *caring* perawat.
- 7.1.3 Persentase dari jenis kelamin responden pasien relatif hampir sama antara pria dan wanita. Persentase pendidikan relatif hampir sama antara pasien dengan pendidikan terakhir perguruan tinggi dan non perguruan tinggi. Kategori umur < 40 tahun dengan kategori \geq 40 tahun relatif sama. Sebagian besar responden termasuk kategori pernah dirawat kurang dari dua kali dengan rata-rata lama hari rawat adalah 11.01 hari.
- 7.1.4 Gambaran pelaksanaan perilaku *caring* yang dipersepsikan oleh pasien relatif hampir sama antara kategori perilaku *caring* tinggi dengan kategori perilaku *caring* rendah. Artinya masih banyak perawat yang belum melaksanakan perilaku *caring*. Hal ini akan berdampak kepada kepuasan pasien dan menentukan kualitas dari pelayanan keperawatan.

- 7.1.5 Persepsi perawat terhadap lingkungan kerja relatif sama antara kategori lingkungan kerja baik dan lingkungan kerja tidak baik. Setiap subvariabel dari lingkungan kerja yang terdiri dari pengaturan beban kerja, kepemimpinan, kontrol terhadap praktik, pengembangan profesional dan dukungan organisasi juga dipersepsikan relatif sama antara kategori baik dan tidak baik. Hal ini berdampak kepada pelayanan keperawatan karena lingkungan kerja yang baik meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan
- 7.1.6 Terdapat hubungan yang signifikan antara pengaturan beban kerja dan pengembangan profesional perawat, umur pasien dan lama rawat pasien dengan perilaku *caring* perawat. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kepemimpinan, kontrol terhadap praktik dan dukungan organisasi dengan perilaku *caring* perawat.
- 7.1.7 Komponen yang paling berhubungan dengan perilaku *caring* perawat dalam persepsi pasien adalah pengembangan profesional perawat sehingga komponen ini merupakan komponen yang harus diprioritaskan oleh pihak rumah sakit dalam meningkatkan perilaku *caring* perawat.

7.2 Saran

- 7.2.1 **Bagi manajer keperawatan dan pimpinan Rumah Sakit PGI Cikini Jakarta**
- Melibatkan perawat dalam menentukan kebutuhan sumber daya manusia dan sarana prasarana ruangan.
 - Memberikan kesempatan kepada perawat untuk melanjutkan pendidikan formal ke jenjang yang lebih tinggi
 - Mengembangkan berbagai metode pembelajaran untuk penerapan perilaku *caring* seperti seminar, role play, *focus group discussion*, presentasi kasus, telaah jurnal
 - Mengembangkan bentuk bimbingan (*mentorship*) dari kepala ruangan atau ketua tim kepada perawat pelaksana
 - Menjadikan aspek *caring* dalam salah satu penilaian evaluasi penampilan kinerja perawat dan program orientasi staf baru.

- f. Meningkatkan peran perawat sebagai edukator dengan pembentukan tim khusus yang melakukan evaluasi terhadap kegiatan pendidikan kesehatan kepada pasien.
- g. Meningkatkan peran kepala ruangan dan ketua tim sebagai *role model* dalam pelaksanaan perilaku *caring*
- h. Mengembangkan berbagai bentuk pelatihan komunikasi
- i. Meninjau kembali kebutuhan ketenagaan setiap ruangan dan menghitung beban kerja setiap ruangan.
- j. Menerapkan bentuk jenjang karir perawat sesuai dengan yang disarankan oleh Depkes

7.2.2 Bagi perawat Rumah Sakit PGI Cikini Jakarta

- a. Meningkatkan kompetensi dalam pengetahuan dan ketrampilan
- b. Meningkatkan kemampuan dalam komunikasi dengan pasien
- c. Meningkatkan kemampuan dalam fungsi pendidikan kesehatan pasien

7.2.3 Bagi penelitian selanjutnya

- a. Mengembangkan metode observasi dalam pengumpulan data variabel lingkungan kerja dan perilaku *caring* perawat.
- b. Mengembangkan hubungan antara pengaturan beban kerja perawat yang baik dan tidak baik dengan perilaku *caring* perawat.
- c. Mengembangkan hubungan antara pengembangan profesional perawat yang baik dan tidak baik dengan perilaku *caring* perawat.
- d. Mengembangkan desain penelitian yang lebih tinggi seperti *case control* untuk mengetahui hubungan pelatihan *caring* dengan perilaku *caring* perawat.

DAFTAR REFERENSI

- Aiken, L.H. & Patrician, P.A. (2000). Measuring organizational traits of hospital: the revised nursing work index. *Nursing research*. Volume 49 (3). Lippincott William & Wilkins Inc rawat inap bedah dewasa rumah sakit dr Muhammad Hoesin Palembang. Tesis FIK UI
- Agustin (2002) Perilaku Caring Perawat Dan Hubungannya Dengan Kepuasan Klien di Instalasi Rawat Inap Bedah Dewasa Rumah Sakit dr Muhammad Hoesin Palembang. Tesis FIK UI
- American Nurses Credentialing Center (ANCC) (2008). *Application Manual Magnet Recognition Program: Georgia*
- Andrews (2004). Fostering Ethical Competency: An Ongoing Staff Development Process That Encourages Profesional Growth and Staff Satisfaction. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. Vol 3 (1)
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktek. Edisi Revisi*. Jakarta: Rineka Cipta
- Azwar, A. (1996). *Menjaga mutu pelayanan kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Bailey (2009). Caring Defined: A comparison and analysis. *International Journal for human caring*. Vol 13(1), 16-31
- Baumann et all (2001). *Commitment & Care: The benefit of a healthy workplace for nurses, their patients and the system*. http://www.chsrf.ca/funding_opportunities/commissioned_research/polisyn/pdf/pscomcare_e.pdf, diunduh tanggal 19 Januari 2010
- Bent (2005). Being and Creating Change in a healthcare system. *International Journal for human caring*. Vol 9 (3), 20-25
- Brilowsky and Wendler (2005). An evolutionary concept analysis of caring. *Journal of advanced of nursing*. Vol 50 (6), 641-650
- Cara (2003). Pragmatic view of Jean Watson, caring theory. *International Journal for human caring*. Vol 7 (3), 51-61
- Carayon & Gurses (2007). *Nursing workload and patient safety; A human factors engineering perspective*. http://findarticles.Com/p/articles/mi_m0FSW/is_3_26/ai_n27507458, diunduh tanggal 20 Desember 2009
- Carson (2004). Do performance appraisals of registered nurse reflect a relationship between hospital size caring. *Nursing forum* Vol 39 (1), 5-13

- Churchward et,all (2005). *Charter for professional nursing practice*. Allina Clinics and Hospital. Diunduh tanggal 17 juli 2010
- College of Registered Nurses of British Collumbia. (2005). *Guidelines for A Qualitu practice Environment for Nurses in British Collumbia*. <http://www.crnbc.ca/downloads/409.pdf>, diunduh tanggal 19 Januari 2010
- Cooper (2009). Creating a culture of professional development : A milestone pathway tool for registered nurse. *The journal of continuing education in nursing*. Volume 40, Number 11
- Depkes. RI. (2006). *Rancangan pedoman pengembangan sistem jenjang karir profesional perawat*. Jakarta: Direktorat Keperawatan dan keteknisian Medik Dirjen Yan Med Depkes RI
- Felgen (2004). A caring and healing environment. *Nurse adminQ*. Vol 28 (4) 288-301
- Gardner & Hawkins (2007). The relationships between nurse's perception of the hemodialysis unit work environment and nursing turnover, patient satisfaction and hospitalization. *Nephrology nursing journal*. Vol 3 (3), 272-281
- Gillies, D.A. (1994). *Nursing management a system approach*. (3nd ed). Philadelphia: W.B.Sounders Company
- Hamid (2007). *Buku ajar riset keperawatan; konsep, etika dan instrumentasi*. Jakarta: EGC
- Hastono, SP. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta: FKM Universitas Indonesia (Unpublished)
- Harbison. (2001). Clinical decision making in nursing: theoretical perspective and their relevance to practice. *Journal of advanced nursing* 35 (1), 126-133
- ICN (2008). *Postive practice environment: Quality Workplaces = Quality patients care*, International Council of Nursing, <http://www.icn.ch/matters> ppe htm diperoleh tanggal 19 Januari 2010
- Jones (2009). Graduate nurse's experience of developing trust in the nursing patient relationship. *Contemporary nurse*. Volume 31. Issue 2
- Julianti (2009). *Hubungan beban kerja perawat pelaksana dengan pelaksanaan perilaku caring menurut persepsi klien di IRNA lantai jantung RS Husada Jakarta*. Tesis. FIK UI
- Lake, T.E (2000). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in nursing and health*. 25. 175-188

- Lea & Watson (1998). Caring in nursing: A multivariate analysis. *Journal of advanced nursing*. 28 (3), 662-671
- Liu (2004). What caring means to geriatric nursing. *Journal of Nursing research*. Vol 12 (2), 143-151
- Lowe (2006). *Making Measurable Difference: Evaluating Quality of work life intervention*. Ottawa: Canadian Nurse Association. http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/Making_a_Measurable_Difference_2006_e.pdf diunduh pada tanggal 19 januari 2010
- Kimble (2003). *Patient's perception of nurses caring behavior in an emergency department*. Thesis. Marshall Univeriuty College of Nurse and Health Professional. <http://www.marshall.edu/etd/masters/kimble-lynn-2003-msn.pdf> diunduh pada 20 januari 2010
- Marquis and Huston (2006). *Leadership roles and management function in nursing: theory and application*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins
- Meebon (2006). The effect of patients and nursing unit characteristic on outcomes among hospitalized patients with chronic illness in Thailand. http://www.Nursing.arizona.edu/Library/Meeboon_S.pdf, diunduh tanggal 30 desember 2009
- Morris, et all (2007). Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. *Journal of advanced nursing*. Vol 29 No 6
- Muninjaya, AA.Gde. (2004). *Manajemen kesehatan*. Jakarta: EGC
- Notoatmodjo, S. (2005). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- _____. (2007). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pohan (2006). *Jaminan mutu layanan kesehatan: dasar-dasar pengertian dan penerapan*. Jakarta: EGC
- Pollit D.F & Hungler, B.P (1999). *Nursing research principles and methods* (6th edition) Philadelphia: Lippincot William and Wilkins
- Potter & Perry (2007). *Nursing essentials for practice*. Sixth edition. Mosby Elsevier
- Prambudi (2004). Analisis kinerja perawat pelaksana di RSUD Wonosobo. Tesis FIK UI

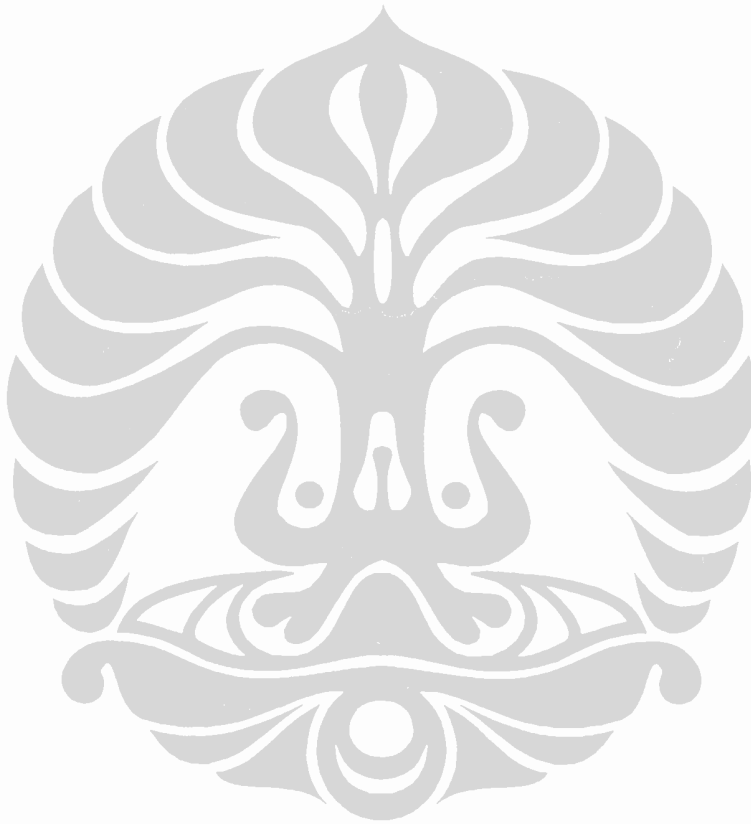
- Radsma (1994). *Caring & Nursing : A Dilemma. Journal of Advanced Nursing. Volume 20, 444-449*
- Rafii (2007). *Nursing Caring in Iran and it's relationship with patients satisfaction. Autralian Journal of Advanced Nursing. Volume 2, Number 2*
- Robbins, S.P. Alih Bahasa Pujaatmaka, H & Molan, B. (1998). *Perilaku organisasi: konsep kontroversi, aplikasi, Edisi kedelapan. Jakarta: PT Prenlindo.*
- Sastroasmoro & Ismael (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis. Jakarta : Sagung seto*
- Siagian, S (2002). *Manajemen sumber daya manusia. Jakarta: Bumi Aksara*
- Sikma (2006). *Staff perception of caring. The importance of supportive environment. Ce article*
- Simamora, H. (2005). *Manajemen sumber daya manusia. (Edisi Kedua). Yogyakarta. STIE YKPN*
- Simons (2004). *The cycle of caring. Nursing administration quarterly. Lippincot Williams and Wilkins. Vol 28 (4), 280-284*
- Sitorus (2006). *Model praktik keperawatan professional di rumah sakit: Panduan struktur dan proses (sistem) pemberian asuhan keperawatan di ruang rawat. Jakarta: EGC*
- Sobirin (2006). *Hubungan beban kerja dan motivasi dengan penerapan perilaku caring perawat pelaksana di BRSUD Unit Swadana Kabupaten Subang. Tesis FIK UI*
- Sofyandi. (2008). *Manajemen sumber daya manusia. Yogyakarta: Graha Ilmu*
- Sourial (1997). *An analysis of caring. Journal of advanced nursing. Vol 26, 1189-1192*
- Sugyono. (2010). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R&D. Bandung: Alfabeta.*
- Sulliman et all (2009). *Aplying Watson's theory to assess patient perception of being cared for in a multicultural environment. Journal of Nursing research. Volume 17 (4), 293-300*
- Sumner (2006). *Concept analysis: The moral construct of caring in nursing as communicative action. International Journal for human caring. Vol 10 (1), 932-926*

- Supriatin (2009). *Hubungan faktor individu dan faktor organisasi dengan perilaku caring perawat di instalasi rawat inap RSUD Kota Bandung*. Tesis. FIK UI.
- Supyono (2009). *Laporan kegiatan residensi di rumah sakit PGI Cikini Jakarta Pusat*. Tidak dipublikasikan
- Swansburg, R.C., & Swansburg R.J. (1999). *Introductory management and leadership for clinical nurses*. (2nd ed). Boston: Jones and Bartlett Publiser. Inc.
- Tappen,R. (2005). *Essential nursing leadership and management*. Philadelphia: FA Davis Company
- Tomey & Alligood (2006). *Nursing Theorists and their work*. (6th edition) Louis: elsevier
- Turkel & Ray (2004). Creating a caring practice environment through self renewal. *Nurse Admin Q*. Vol 28 No 4: pp 249 - 254
- Undang-Undang kesehatan No 36 Tahun 2009. Dihimpun oleh Hadi Setiadi. Jakarta: Harvarindo
- Veronessi (2001). Producing a caring environment for staff: forging old paradigm. *Nursing admin Q*. 25 93): 69-76
- Watson (2007). *Caring Theory Define*. http://www.Nursing.ucdenver.edu/faculty/jw_implications.htm. Diunduh tgl 17 maret 2010
- Veronessi (2001). Producing a caring environment for staff: forging old paradigm. *Nursing admin Q*. 25 93): 69-76
- Vollers (2009). AACN's healthy work environment standard and an empowering nurse advancement system. *Critical care nursing*. Vol 29 no 6
- Watson, J. (2002). *Assesing ang measuring caring in nursing and health science*. New York:Springer publishing company Inc. [http://books.google.co.id/books?id=7eAKbr-TqgEC&printsec=frontcover&dq= assesing+and+measuring+caring&cd=1#v=onepage&q&f=false](http://books.google.co.id/books?id=7eAKbr-TqgEC&printsec=frontcover&dq=assesing+and+measuring+caring&cd=1#v=onepage&q&f=false), diunduh tanggal 19 Januari 2010
- Wilkins & Slevin (2004).The meaning of caring to nurses: An investigation the natur of caring work in an intensive care unit. *Journal of clinical nursing*. Vol 13. 50-59

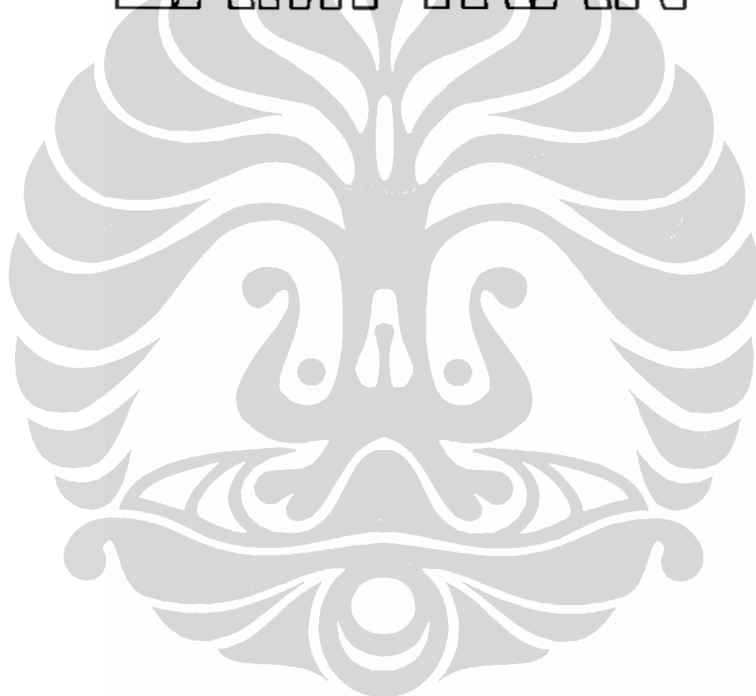
Wolf (2003). *Relationship between nurse caring and patient satisfaction in patients undergoing invasive cardiac procedures*. http://findarticles.com/p/articles/mi_moFSS/is_6_12/ai_n18616793/. Diunduh pada tanggal 20 maret 2010

Young (2009). Mentoring new nurse in stressfull times. *Canadian operating room journal*. Volume 27. Issue 2

Zurn,Dolea,Stilwell (2005). Nurse retention and recruitmen: developing a Motivated workforce. http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/Making_a_Measurable_Difference_2006_e.pdf, diunduh tanggal 20 januari 2010



LAMPIRAN



Kerangka Instrumen Kuesioner Perilaku *Caring* Perawat (Modifikasi Instrumen Cronin & Harrison (1988))

| No | Variabel | Deskripsi | Cronin & Harrison (1988) | Indikator faktor karatif Watson (1979) | Pernyataan | |
|----|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| | | | | | Positif | Negatif |
| | Dependen | | | | | |
| | Perilaku <i>Caring</i> perawat | Serangkaian tindakan dan sikap yang dilakukan oleh perawat sebagai inti dari keperawatan yang memperhatikan aspek kemanusiaan dan dikembangkan dalam sepuluh faktor karatif | <i>Humanismel Faith-hope-sensitivity</i> | Membentuk sistem nilai humanistik dan altruistik Menanamkan kepercayaan dan harapan Menumbuhkan kepekaan terhadap diri dan orang lain Mengembangkan hubungan saling percaya dan membantu Meningkatkan penerimaan terhadap ekspresi perasaan positif dan negatif | 1 16,18 3 6,7,61 5,8,22 50 2,29, 36 | 12 4 10 19,21, 23,24, 26 30 |
| | | | <i>Helping/trust</i> | Menggunakan proses pemecahan masalah yang sistematis | 28,31, | 33 |
| | | | <i>Ekspression positif dan negatif feelings</i> | Meningkatkan proses pembelajaran dan pengajaran interpersonal | 34,37,39,44 | 35 |
| | | | <i>Teaching and learning</i> | | | |

| Variabel | Deskripsi | Indikator | | Pernyataan | |
|----------|-----------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------|
| | | | | Positif | Negatif |
| | | <i>Human need assistance</i> | Membantu kebutuhan dasar | 41,45,48,54 63 | 56 |
| | | <i>Supportive/Protective/ Corrective Environment</i> | Menyediakan lingkungan fisik, mental, sosial dan spiritual yang suportif, protektif dan korektif | 38,47,52,55 57 | 43,51 |
| | | <i>Existential/Phenomenologi kal</i> | Menghargai kekuatan eksistensial, fenomenologikal dan spiritual | 62 | 58 |

Kisi-kisi instrumen kuesioner lingkungan kerja
Dikembangkan dari CRNBC (2005), Turkel & Ray (2004)

| No | Variabel | Subvariabel | Deskripsi | Indikator | Positif | Negatif |
|----|------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|
| 2. | Lingkungan kerja | Pengaturan beban kerja | Kondisi dimana perawat yang cukup untuk memberikan asuhan keperawatan yang aman, kompeten dan etis. | <ul style="list-style-type: none"> - Perawat memiliki waktu yang cukup untuk membuat perencanaan dan mendiskusikannya dengan tim kesehatan serta pasien. - Perawat dilibatkan dalam kebutuhan staff serta menentukan rasio jumlah perawat dan pasien - Perawat dilibatkan dalam alokasi kebutuhan sarana prasarana serta keputusan penggunaannya - Kerja lembur jarang - Jadwal kerja perawat fleksibel - Beban kerja yang adil dan seimbang dengan tuntutan kerja - Memiliki rekan kerja yang kompeten | 1, 15 | 55 47 |

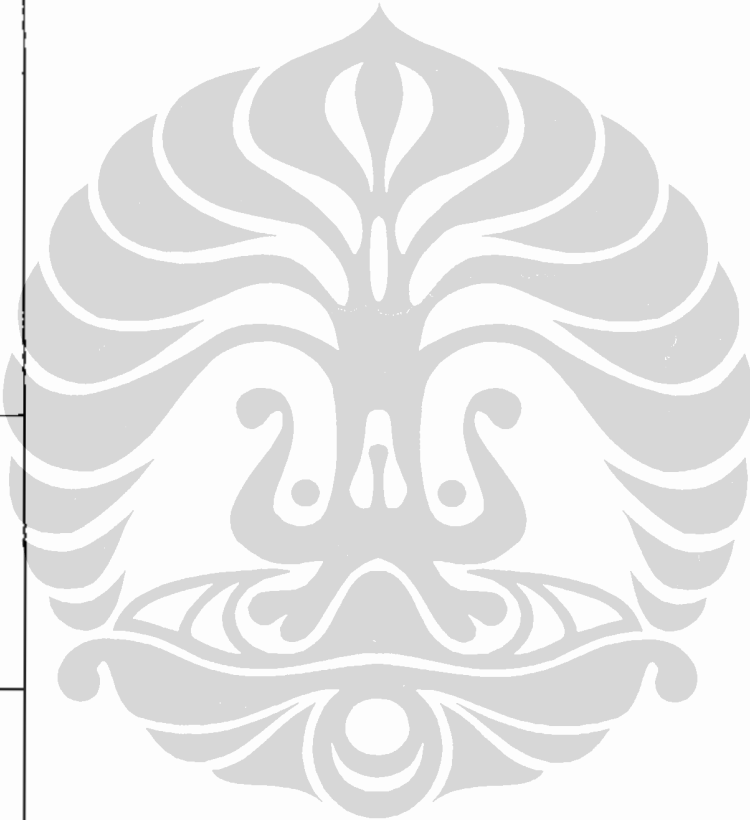
| No | Variabel Independen | Subvariabel | Deskripsi | Indikator | Positif | Negatif |
|----|---------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------|
| 2. | | Kepemimpinan | Kegiatan untuk mempengaruhi perilaku orang lain atau seni mempengaruhi perilaku manusia baik perseorangan maupun kelompok | <ul style="list-style-type: none"> - Pemimpin berperan sebagai kolaborator, komunikator, mentor, pengambil resiko, advokat, <i>role model</i>, serta memiliki visi kedepan - Pemimpin memiliki otoritas untuk mendukung praktek keperawatan yang aman, serta memiliki akses, keahlian dan pengalaman. - Pemimpin mengadakan pertemuan rutin setiap bulan untuk menekankan dan mengkomunikasikan kembali visi dan tujuan organisasi, - Pemimpin membangkitkan dan menggugah sisi kemanusiaan perawat terhadap pasien dengan membuat berbagai media seperti poster dan foto di - Pemimpin menyediakan waktu khusus untuk melakukan diskusi dan saling bertukar pikiran - Pemimpin membantu perawat dalam menjaga keseimbangan beban kerjanya serta memberikan kesempatan untuk mendatangi program relaksasi seperti yoga untuk memfokuskan diri terhadap pembaharuan dirinya | 16, 22,6,57 | 42,56 |
| | | | | | 14,9 28, | 41,51 54 |
| | | | | | 25 | |
| | | | | | 20 | |
| | | | | | 34 | |
| | | | | | 49 | 32 |

| No | Variabel Independen | Subvariabel | Deskripsi | Indikator | Positif | Pernyataan Negatif |
|----|---------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------|
| 2. | | Kontrol terhadap praktek | Perawat memiliki otoritas, tanggung jawab dan akontabilitas dalam praktek keperawatan. | <ul style="list-style-type: none"> - Perawat dilibatkan dalam setiap pengambilan keputusan, - Perawat memiliki kewenangan dan tanggung jawab dalam melaksanakan praktek <i>caring</i> - Perawat dan tim kesehatan yang lain bekerjasama dan berkolaborasi dalam membuat keputusan - Perawat menentukan kompetensi yang dibutuhkan untuk praktek keperawatan - Perawat tidak mengerjakan tugas-tugas non keperawatan | 50 | 18 |
| | | | | | 43 | |
| | | | | | 10 | 44 |

| No | Variabel | Subvariabel | Deskripsi | Indikator | Positif | Negatif |
|----|------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|
| 2. | Independen | Pengembangan profesional | Perawat didukung oleh organisasi untuk mengembangkan falsafah pembelajaran yang berkelanjutan dan menciptakan lingkungan untuk proses pembelajaran. | <ul style="list-style-type: none"> - Perawat mendapat program orientasi yang tepat - Perawat mendapatkan bimbingan selama melaksanakan tugas - Perawat mendapatkan kesempatan untuk melanjutkan pendidikan dan pengembangan profesional - Perawat mendapatkan kesempatan untuk bertanya dan merefleksikan hal-hal berkenaan dengan praktek - Tersedianya evaluasi penampilan kerja | 4 | 35 |
| | | | | | 33 | 58 |
| | | | | | 52 | 45 |

| No | Variabel | Subvariabel | Deskripsi | Indikator | Positif | Negatif |
|----|----------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 2. | | Dukungan organisasi | Organisasi memiliki misi, nilai dan kebijakan yang mendukung dan menghargai perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan yang aman. | <ul style="list-style-type: none"> - Rumah sakit memiliki organisasi yang dapat mengakses dan memecahkan permasalahan praktek profesional serta masalah etik - Menghargai dan menghormati keahlian perawat - Mendukung pemikiran yang kreatif dan inovatif - Tersedianya program kesehatan, kesejahteraan dan keselamatan untuk perawat - Tidak ada bentuk kekerasan baik secara fisik maupun bahasa dari tim kesehatan lain atau dari pasien - Kompensasi yang diberikan sesuai dengan kemampuan, pengalaman dan tanggung jawab - Terdapat fasilitas fisik dan perlengkapan yang memadai - Komunikasi yang efektif diantara tim kesehatan - Penggunaan teknologi yang tepat - Keamanan di tempat kerja terjamin | 11 19 5 29 24 7 23 27 37 | 36,38 17 |

| | | | | | |
|--|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| | | | | | 48 |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> - Desain ruangan memudahkan perawat untuk bekerja - Terdapat ruangan untuk perawat beristirahat dan melakukan relaksasi | 53 |





**HUBUNGAN LINGKUNGAN KERJA DENGAN PERILAKU
CARING PERAWAT DI RUMAH SAKIT PGI CIKINI JAKARTA**

Kuesioner: Perilaku *Caring* Perawat Yang Dipersepsikan Oleh Pasien

Peneliti

Nama: Meilati Suryani

NPM: 0806469672

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK
JUNI 2010**

PENJELASAN PENELITIAN

Kepada : Yth. Bapak dan Ibu
di-
RS PGI Cikini Jakarta

Bersama ini disampaikan bahwa dalam rangka menyelesaikan tugas akhir di Program Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia maka saya :

Nama : Meilati Suryani
NPM : 0806469672
Alamat : Jl. Depok Raya No 33 Antapani, Bandung
Nomor Telephone : 08156036496
Nomor Email : meilatisuryani@yahoo.com

bermaksud mengadakan penelitian tesis berjudul Hubungan Lingkungan Kerja dengan Perilaku *Caring* perawat di Rumah Sakit PGI Cikini Jakarta. Tujuan umum penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan antara lingkungan kerja dengan perilaku *caring* perawat. Penelitian ini sangat bermanfaat bagi perbaikan pelayanan di RS PGI Cikini Jakarta dan tidak berpengaruh apapun terhadap anda.

Saya sangat mengharapkan agar Bapak dan Ibu berkenan menjadi responden dan mengisi lembar persetujuan. Atas perhatian dan kesediaannya saya ucapkan banyak terima kasih.

Depok, Juni 2010
Peneliti

Meilati Suryani

PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN

Judul penelitian: Hubungan Lingkungan Kerja dengan Perilaku *Caring* Perawat di Rumah Sakit PGI Cikini Jakarta.

Peneliti : Meilati Suryani

NPM : 0806469672

Asal : Mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Dengan ini saya memberikan persetujuan untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Saya mengetahui bahwa saya menjadi bagian dari penelitian yang bertujuan untuk menganalisis hubungan antara lingkungan kerja dengan perilaku *caring* perawat.

Saya mengetahui bahwa tidak ada risiko yang akan saya alami dan saya diberitahukan tentang adanya jaminan kerahasiaan informasi yang diberikan. Saya juga memahami bahwa penelitian ini bermanfaat bagi layanan keperawatan.

Jakarta, Juni 2010

Tanda Tangan Peneliti

Tanda Tangan Responden

Meilati Suryani

KUESIONER A
BIODATA RESPONDEN

Kode Responden

Diisi oleh peneliti

Petunjuk :

Bapak dan Ibu diminta untuk mengisi kuesioner ini dengan cara mengisi titik-titik atau memberi tanda *check* (√) pada kolom yang tersedia.

| | | |
|----|----------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 1 | Umur | tahun |
| 2 | Pendidikan | () Non PT () PT |
| 3. | Jenis kelamin | () Pria () Wanita |
| 3 | Lama rawat di RS PGI Cikini | hari |
| 4. | Frekuensi pernah dirawat di RS Cikini Jakarta dalam 2 tahun terakhir | < 2 kali ≥ 2 kali |

KUESIONER B

PERILAKU *CARING* PERAWAT

Petunjuk Pengisian

1. Mohon bantuan dan kesedian Bapak dan Ibu untuk mengisi seluruh pertanyaan yang ada
2. Berilah tanda (√) pada kolom yang anda pilih sesuai dengan keadaan sebenarnya dengan alternatif jawaban sebagai berikut:
 - a. Sangat tidak setuju jika pernyataan tersebut sama sekali tidak sesuai dengan pendapat atau kondisi yang dialami
 - b. Tidak setuju jika pernyataan tersebut tidak sesuai dengan pendapat atau kondisi yang dialami
 - c. Setuju jika pernyataan tersebut sesuai dengan pendapat atau kondisi yang dialami
 - d. Sangat setuju jika pernyataan tersebut sangat sesuai dengan pendapat atau kondisi yang dialami

| No | Pernyataan | Sangat Tidak Setuju | Tidak Setuju | Setuju | Sangat Setuju |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------|--------|---------------|
| 1. | Perawat memperlakukan saya sebagai seorang manusia yang memiliki harga diri | | | | |
| 2. | Perawat menerima apapun perasaan yang saya ungkapkan dan tidak menghakimi atau menyalahkan atas apa yang saya ungkapkan tersebut | | | | |
| 3. | Perawat mengetahui apa saja yang harus dikerjakan untuk saya | | | | |
| 4. | Penjelasan perawat tentang kesehatan saya membuat saya khawatir dengan kesehatan saya | | | | |
| 5. | Perawat mengajak saya untuk membicarakan kehidupan di luar rumah sakit seperti kegiatan di rumah atau di tempat kerja | | | | |
| 6. | Perawat mendorong saya untuk mempercayai bahwa saya memiliki kekuatan untuk menghadapi kondisi penyakit saya | | | | |
| 7. | Perawat menekankan kepada saya untuk percaya bahwa saya memiliki sisi positif yang dapat saya banggakan | | | | |

| No | Pernyataan | Sangat Tidak Setuju | Tidak Setuju | Setuju | Sangat setuju |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------|--------|---------------|
| 8. | Perawat memberikan perhatian penuh kepada saya | | | | |
| 10. | Perawat kurang memperdulikan kegiatan saya setiap hari | | | | |
| 12. | Perawat jarang peduli dengan perasaan saya | | | | |
| 16. | Perawat memperlakukan saya dengan penuh hormat | | | | |
| 18. | Perawat mencoba melihat suatu masalah kesehatan yang saya alami berdasarkan sudut pandang saya | | | | |
| 19. | Perawat jarang mengunjungi kamar saya untuk mengecek keadaan saya | | | | |
| 21. | Perawat belum pernah menanyakan nama apa yang ingin dia panggil untuk saya | | | | |
| 22. | Perawat memperkenalkan namanya kepada saya | | | | |
| 23. | Perawat merespon panggilan saya dengan lambat | | | | |
| 24. | Tindakan perawat membuat saya ragu dengan kondisi kesehatan saya | | | | |
| 26. | Perawat kurang peduli ketika saya merasa gelisah dengan kondisi penyakit saya | | | | |
| 28. | Perawat mendorong saya untuk bertanya tentang penyakit, pengobatan dan perawatan saya | | | | |
| 29. | Perawat tetap berusaha untuk menemui saya ketika saya tidak ingin bersama dengan perawat | | | | |
| 30. | Perawat kurang membantu saya untuk mengerti perasaan saya | | | | |

| No | Pernyataan | Sangat Tidak Setuju | Tidak Setuju | Setuju | Sangat setuju |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------|--------|---------------|
| 31. | Perawat bertanya kepada saya apakah saya ingin mengetahui kondisi penyakit saya | | | | |
| 33. | Perawat menjawab pertanyaan saya dengan kurang jelas | | | | |
| 34. | Perawat memberi penjelasan tentang penyakit saya | | | | |
| 35. | Perawat jarang bertanya kepada saya apakah saya sudah mengerti tentang apa yang perawat jelaskan | | | | |
| 36. | Perawat bersikap tenang ketika saya marah | | | | |
| 37. | Perawat membantu saya untuk menetapkan tujuan yang dapat saya capai untuk kesehatan saya | | | | |
| 38. | Perawat menjelaskan peraturan (yang boleh atau tidak boleh dilakukan) saat berada di rumah sakit | | | | |
| 39. | Perawat membantu saya untuk membuat rencana kegiatan saat saya sudah pulang ke rumah | | | | |
| 41. | Perawat membantu saya untuk melakukan perawatan diri seperti mandi dan menggosok gigi sebelum saya dapat melakukannya sendiri | | | | |
| 43. | Perawat meninggalkan kamar saya dalam keadaan kotor setelah melakukan tindakan | | | | |
| 44. | Perawat membantu saya membuat rencana untuk mempercepat proses penyembuhan saya | | | | |
| 45. | Perawat memberikan perawatan tepat waktu | | | | |
| 47. | Perawat mempersilahkan keluarga saya mengunjungi saya kapan saja jika diinginkan | | | | |

| No | Pernyataan | Sangat Tidak Setuju | Tidak Setuju | Setuju | Sangat setuju |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------|--------|---------------|
| 48. | Perawat mengecek semua kebutuhan saya sebelum meninggalkan kamar saya | | | | |
| 50. | Perawat tahu kapan saatnya menghubungi dokter | | | | |
| 51. | Kadang-kadang perawat terlihat sedih saat bersama saya | | | | |
| 52. | Perawat memahami keinginan saya ketika saya ingin sendiri | | | | |
| 54. | Perawat mengerti cara mengoperasikan peralatan kesehatan yang ada di ruang perawatan | | | | |
| 55. | Perawat memberikan saya pereda nyeri ketika saya membutuhkan | | | | |
| 56. | Perawat jarang memberikan laporan kemajuan kesehatan saya kepada keluarga | | | | |
| 57. | Perawat menghormati <i>privacy</i> saya seperti menutup bagian tubuh yang terbuka pada saat melakukan tindakan | | | | |
| 58. | Perawat membantu saya merasakan hal-hal yang kurang baik dari diri saya | | | | |
| 59. | Perawat membantu saya merasakan bahwa saya memiliki kekuatan untuk menghadapi penyakit saya | | | | |
| 61. | Perawat kurang mengetahui apa yang saya rasakan | | | | |
| 62. | Perawat membantu saya untuk menyadari bahwa pengalaman masa lalu adalah penting bagi kesehatan saya | | | | |
| 63. | Perawat mengecek kondisi saya dengan teratur | | | | |

Sumber :Modifikasi dari *Caring Behaviour Assesment Tool* (Cronin dan Harrison, 1988)



**HUBUNGAN LINGKUNGAN KERJA DENGAN PERILAKU
CARING PERAWAT DI RS PGI CIKINI JAKARTA**

Kuesioner: Lingkungan Kerja

Peneliti

Nama: Meilati Suryani

NPM: 0806469672

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JUNI 2010**

PENJELASAN PENELITIAN

Kepada : Yth. Teman Sejawat Perawat
RS PGI Cikini
di-
Jakarta

Bersama ini disampaikan bahwa dalam rangka menyelesaikan tugas akhir di Program PascaSarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia maka saya :

Nama : Meilati Suryani
NPM : 0806469672
Alamat : Jl. Depok Raya No 33 Antapani, Bandung
Nomor Telephone : 08156036496
Nomor Email : meilatisuryani@yahoo.com

Bermaksud mengadakan penelitian tesis berjudul Hubungan Lingkungan Kerja dengan Perilaku *Caring* Perawat di RS PGI Cikini Jakarta. Tujuan umum penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan antara lingkungan kerja dengan perilaku *caring* perawat.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan kerugian dan pengaruh apapun, termasuk hubungan antara pimpinan–staf, rekan sejawat maupun dengan klien. Hal tersebut karena semua informasi dan kerahasiaan identitas yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk penelitian ini semata. Jika sejawat telah menjadi responden dan terjadi hal-hal yang menimbulkan ketidaknyamanan maka sejawat diperkenankan untuk mengundurkan diri dari penelitian dengan memberi informasi kepada peneliti. Sejawat tidak mendapat manfaat secara langsung dalam penelitian ini, tetapi penelitian ini sangat bermanfaat bagi perbaikan pelayanan dan pengembangan keilmuan keperawatan.

Saya sangat mengharapkan agar teman sejawat berkenan menjadi responden dan mengisi lembar persetujuan. Atas perhatian dan kesediaannya saya ucapkan banyak terima kasih.

Depok, Juni 2010
Peneliti

Meilati Suryani

PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN

Judul penelitian: Hubungan Pelaksanaan Lingkungan Kerja dengan Perilaku *Caring* Perawat Yang Dipersepsikan oleh Pasien di RS PGI Cikini Jakarta.

Peneliti : Meilati Suryani

NPM : 0806469672

Asal : Mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Dengan ini saya memberikan persetujuan untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Saya mengetahui bahwa saya menjadi bagian dari penelitian yang bertujuan untuk menganalisis hubungan antara lingkungan kerja dengan pelaksanaan perilaku *caring* perawat.

Saya mengetahui bahwa tidak ada risiko yang akan saya alami dan saya diberitahukan tentang adanya jaminan kerahasiaan informasi yang diberikan. Saya juga memahami bahwa penelitian ini bermanfaat bagi layanan keperawatan.

Jakarta, Juni 2010

Tanda Tangan Peneliti

Tanda Tangan Responden

Meilati Suryani

KUESIONER C
BIODATA RESPONDEN

Kode Responden

| |
|--|
| |
|--|

Diisi oleh peneliti

Petunjuk :

Teman sejawat diminta untuk mengisi kuesioner ini dengan cara mengisi titik-titik atau memberi tanda *check* (√), pada kolom yang tersedia.

| | | |
|---|---------------------------------------------|----------------------------------|
| 1 | Umur | tahun |
| 2 | Jenis Kelamin | () Pria () Wanita |
| 3 | Status Pernikahan | () Menikah () Tidak Menikah |
| 4 | Lama kerja sebagai perawat di RS PGI Cikini | tahun |

KUESIONER D
LINGKUNGAN KERJA PERAWAT

Petunjuk Pengisian

1. Mohon bantuan dan kesediaan teman-teman perawat untuk mengisi seluruh pertanyaan yang ada
2. Berilah tanda (√) pada kolom yang anda pilih sesuai dengan keadaan sebenarnya dengan alternatif jawaban sebagai berikut:
 - a. STS (sangat tidak setuju) jika pernyataan tersebut sama sekali tidak sesuai dengan pendapat atau kondisi yang dialami
 - b. TS (tidak setuju) jika pernyataan tersebut tidak sesuai dengan pendapat atau kondisi yang dialami
 - c. S (setuju) jika pernyataan tersebut sesuai dengan pendapat atau kondisi yang dialami
 - d. SS (sangat setuju) jika pernyataan tersebut sangat sesuai dengan pendapat atau kondisi yang dialami

| No | Pernyataan | STS | TS | S | SS |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|---|----|
| 1. | Perawat mempunyai banyak waktu untuk membuat perencanaan asuhan keperawatan | | | | |
| 4. | Terdapat program orientasi untuk semua staf | | | | |
| 5. | Tempat kerja saya mendukung setiap ide tau gagasan dari perawat untuk kemajuan pelayanan keperawatan | | | | |
| 6. | Kepala ruangan berperan sebagai mentor | | | | |
| 9. | Kepala ruangan memiliki keahlian | | | | |
| 10. | Perawat ikut menentukan kompetensi yang dibutuhkan dalam praktik keperawatan | | | | |
| 11. | Peran komite keperawatan untuk memecahkan masalah etik keperawatan sudah berjalan dengan baik | | | | |
| 12. | Perawat dilibatkan dalam kebutuhan staf | | | | |
| 14. | Kepala ruangan memiliki pengalaman dalam penyelenggaraan pelayanan keperawatan | | | | |

| No | Pernyataan | STS | TS | S | SS |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|---|----|
| 15. | Perawat mempunyai banyak waktu untuk berdiskusi dengan pasien mengenai perencanaan asuhan keperawatan | | | | |
| 16. | Kepala ruangan dapat dengan mudah ditemui oleh bawahan | | | | |
| 17. | Perawat memiliki hambatan komunikasi dengan anggota tim keperawatan di ruangan | | | | |
| 18. | Perawat tidak memiliki kebebasan dalam membuat keputusan untuk perawatan pasien | | | | |
| 19. | Tempat kerja saya menghargai keahlian yang dimiliki perawat | | | | |
| 20. | Kepala ruangan menyediakan berbagai media seperti poster dan foto untuk membangkitkan dan menggugah rasa kemanusiaan perawat terhadap pasien | | | | |
| 21. | Perawat memiliki otoritas (kewenangan) untuk melaksanakan praktek <i>caring</i> kepada pasien | | | | |
| 22. | Kepala ruangan merupakan <i>role model</i> atau contoh bagi perawat | | | | |
| 23. | Sistem komunikasi dan informasi dalam pelayanan keperawatan di tempat kerja sudah efektif | | | | |
| 24. | Kompensasi yang diberikan untuk perawat sesuai dengan kemampuan, pengalaman dan tanggung jawab perawat | | | | |
| 25. | Kepala ruangan mengadakan pertemuan rutin untuk mengkomunikasikan visi dan tujuan organisasi | | | | |
| 26. | Perawat dilibatkan dalam alokasi kebutuhan sarana prasarana ruangan | | | | |
| 27. | Tempat kerja saya sudah menggunakan teknologi yang tepat dalam memberikan pelayanan kepada pasien | | | | |
| 28. | Kepala ruangan mendukung perawat untuk membuat keputusan tentang asuhan keperawatan | | | | |

| No | Pernyataan | STS | TS | S | SS |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|---|----|
| 29. | Tempat kerja memiliki program asuransi kesehatan bagi karyawan | | | | |
| 31. | Perawat jarang bekerja lembur | | | | |
| 32. | Kepala ruangan membantu saya mengurangi stress akibat kerja | | | | |
| 33. | Perawat memiliki kesempatan untuk melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi | | | | |
| 34. | Kepala ruangan menyediakan waktu khusus untuk melakukan diskusi atau bertukar pikiran | | | | |
| 35. | Perawat jarang mendapatkan bimbingan selama bekerja | | | | |
| 36. | Saya mendapatkan kekerasan fisik pada saat bekerja baik dari pasien, teman sejawat satu profesi atau profesi lain | | | | |
| 38. | Saya mendapatkan kekerasan bahasa pada saat bekerja | | | | |
| 40. | Jadual kerja kurang fleksibel | | | | |
| 41. | Kepala ruangan kurang memiliki otoritas (kewenangan) dalam membuat keputusan di ruangan | | | | |
| 42. | Kepala ruangan kurang mendukung kerja bawahan | | | | |
| 43. | Perawat jarang dilibatkan dalam setiap pengambilan keputusan untuk pelayanan keperawatan di ruangan | | | | |
| 44. | Perawat mengerjakan tugas-tugas non keperawatan seperti kegiatan administrasi pasien atau kegiatan membersihkan ruangan | | | | |
| 45. | Evaluasi penampilan kinerja jarang dilakukan | | | | |
| 47. | Saya memiliki rekan kerja yang kurang ahli | | | | |
| 48. | Desain ruangan menyulitkan saya untuk bekerja | | | | |

| No | Pernyataan | STS | TS | S | SS |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|---|----|
| 49. | Kepala ruangan memberi kesempatan kepada perawat untuk mengambil cuti untuk memberikan semangat dan energi baru | | | | |
| 50. | Perawat jarang berdiskusi mengenai masalah yang muncul saat memberikan pelayanan kepada pasien | | | | |
| 51. | Kepala ruangan jarang terlibat dalam membuat keputusan | | | | |
| 52. | Perawat tidak memiliki kesempatan untuk bertanya mengenai masalah yang ditemukan pada saat berdinras | | | | |
| 53. | Tempat kerja saya memiliki ruangan untuk perawat melakukan istirahat dan relaksasi yang kurang memadai | | | | |
| 54. | Kepala ruangan kurang menyediakan sarana dan prasarana yang memadai untuk melaksanakan asuhan keperawatan | | | | |
| 55. | Perawat memiliki beban kerja yang seimbang dengan tuntutan kerja | | | | |
| 56. | Kepala ruangan kurang berani mengambil keputusan yang penting | | | | |
| 57. | Kepala ruangan bertindak sebagai advokat (pembela/penasihat/penengah) pada saat perawat memiliki masalah baik dengan teman satu profesi ataupun profesi lain | | | | |
| 58. | Seminar atau pelatihan tentang <i>caring</i> untuk perawat jarang dilakukan | | | | |

Sumber: instrument dikembangkan dari teori *Quality Practice of Environment* (CRNBC, 2005) dan Turkel & Ray (2004)

KUESIONER B
PERILAKU *CARING* PERAWAT

Petunjuk Pengisian

1. Mohon bantuan dan kesediaan teman sejawat untuk mengisi seluruh pertanyaan yang ada
2. Berilah tanda (√) pada kolom yang anda pilih sesuai dengan keadaan sebenarnya dengan alternatif jawaban sebagai berikut:
 - a. Sangat tidak setuju jika pernyataan tersebut sama sekali tidak sesuai dengan pendapat atau kondisi yang dialami
 - b. Tidak setuju jika pernyataan tersebut tidak sesuai dengan pendapat atau kondisi yang dialami
 - c. Setuju jika pernyataan tersebut sesuai dengan pendapat atau kondisi yang dialami
 - d. Sangat setuju jika pernyataan tersebut sangat sesuai dengan pendapat atau kondisi yang dialami

| No | Pernyataan | Sangat Tidak Setuju | Tidak Setuju | Setuju | Sangat Setuju |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------|--------|---------------|
| 1. | Saya memperlakukan pasien sebagai seorang manusia yang memiliki harga diri | | | | |
| 2. | Saya menerima apapun perasaan yang pasien ungkapkan dan tidak menghakimi atau menyalahkan atas apa yang diungkapkannya | | | | |
| 3. | Saya mengetahui apa yang harus saya kerjakan untuk pasien | | | | |
| 4. | Saya memberikan penjelasan kepada pasien tentang penyakitnya sehingga pasien merasa tenang | | | | |
| 5. | Saya mengajak pasien untuk membicarakan kehidupan di luar rumah sakit seperti kegiatan di rumah atau di tempat kerja | | | | |
| 6. | Saya mendorong pasien untuk mempercayai bahwa pasien memiliki kekuatan untuk menghadapi kondisi penyakitnya | | | | |
| 7. | Saya menekankan kepada pasien untuk percaya bahwa setiap pasien memiliki sisi positif yang dapat dibanggakan | | | | |

| No | Pernyataan | Sangat Tidak Setuju | Tidak Setuju | Setuju | Sangat Setuju |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------|--------|---------------|
| 8. | Saya memberikan perhatian penuh kepada pasien | | | | |
| 10. | Saya kurang memperdulikan kegiatan pasien setiap hari | | | | |
| 12. | Saya jarang peduli dengan perasaan pasien | | | | |
| 16. | Saya memperlakukan pasien dengan penuh hormat | | | | |
| 18. | Saya mencoba melihat masalah kesehatan pasien berdasarkan sudut pandang pasien | | | | |
| 19. | Saya jarang mengunjungi kamar pasien walaupun sekedar untuk mengecek keadaan pasien | | | | |
| 21. | Saya belum pernah menanyakan kepada pasien perihal nama yang ingin saya panggilkan untuk dia | | | | |
| 22. | Saya memperkenalkan nama saya kepada pasien | | | | |
| 23. | Saya merespon panggilan pasien dengan lambat | | | | |
| 24. | Tindakan yang saya lakukan untuk pasien membuat pasien ragu dengan kondisi kesehatannya | | | | |
| 26. | Saya kurang peduli ketika pasien merasa gelisah dengan kondisi penyakitnya | | | | |
| 28. | Saya mendorong pasien untuk bertanya tentang penyakit, pengobatan dan perawatan pasien | | | | |
| 29. | Saya tetap berusaha untuk menemui pasien ketika pasien tidak ingin bersama dengan saya | | | | |
| 30. | Saya kurang membantu pasien untuk mengerti perasaannya | | | | |

| No | Pernyataan | Sangat Tidak Setuju | Tidak Setuju | Setuju | Sangat Setuju |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------|--------|---------------|
| 31. | Saya bertanya kepada pasien apakah pasien ingin mengetahui kondisi penyakitnya | | | | |
| 33. | Saya menjawab pertanyaan pasien dengan kurang jelas | | | | |
| 34. | Saya memberi penjelasan tentang penyakit kepada pasien | | | | |
| 35. | Saya jarang bertanya kepada pasien apakah pasien sudah mengerti tentang penjelasan yang saya berikan | | | | |
| 36. | Saya bersikap tenang ketika pasien marah | | | | |
| 37. | Saya membantu pasien untuk menetapkan tujuan dalam proses penyembuhannya | | | | |
| 38. | Saya menjelaskan peraturan (yang boleh atau tidak boleh dilakukan) kepada pasien saat berada di rumah sakit | | | | |
| 39. | Saya membantu pasien untuk membuat rencana kegiatan saat pasien sudah pulang ke rumah | | | | |
| 41. | Saya membantu pasien untuk melakukan perawatan diri seperti mandi dan menggosok gigi sebelum pasien dapat melakukannya sendiri | | | | |
| 43. | Saya meninggalkan kamar pasien dalam keadaan kotor setelah melakukan tindakan | | | | |
| 44. | Saya membantu pasien membuat rencana untuk mempercepat proses penyembuhannya | | | | |
| 45. | Saya memberikan perawatan kepada pasien tepat waktu | | | | |
| 47. | Saya mempersilahkan keluarga pasien mengunjungi pasien kapan saja jika diinginkan | | | | |

| No | Pernyataan | Sangat Tidak Setuju | Tidak Setuju | Setuju | Sangat setuju |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------|--------|---------------|
| 48. | Saya mengecek semua kebutuhan pasien sebelum meninggalkan kamar pasien | | | | |
| 50. | Saya tahu kapan saatnya menghubungi dokter | | | | |
| 51. | Kadang-kadang saya tidak bisa menyembunyikan kesedihan saya saat bersama pasien | | | | |
| 52. | Saya memahami keinginan pasien ketika pasien ingin sendiri | | | | |
| 54. | Saya mengerti cara mengoperasikan peralatan kesehatan yang ada di ruang perawatan | | | | |
| 55. | Saya memberikan pereda nyeri ketika pasien membutuhkan | | | | |
| 56. | Saya jarang memberikan laporan kemajuan kesehatan pasien kepada keluarga | | | | |
| 57. | Saya menghormati <i>privacy</i> pasien seperti menutup bagian tubuh yang terbuka pada saat melakukan tindakan | | | | |
| 58. | Saya membantu pasien merasakan hal-hal yang kurang baik dari diri saya | | | | |
| 59. | Saya membantu pasien merasakan bahwa pasien memiliki kekuatan untuk menghadapi penyakitnya | | | | |
| 61. | Saya kurang mengetahui apa yang pasien rasakan | | | | |
| 62. | Saya membantu pasien untuk menyadari bahwa pengalaman masa lalu adalah penting bagi kesehatannya | | | | |
| 63. | Saya mengecek kondisi pasien dengan teratur | | | | |

Sumber :Modifikasi dari *Caring Behaviour Assesment Tool* (Cronin dan Harrison, 1988)



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

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

Nomor : 1916 /H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010
Lampiran : -
Perihal : Permohonan ijin uji instrumen penelitian

12 Mei 2010

Yth. Direktur
RS. St. Carolus
Jakarta


Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan Dan Manajemen Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Meilati Suryani
0806469672

Akan mengadakan penelitian dengan judul: **"Hubungan Lingkungan Kerja Dengan Perilaku Caring Perawat Di RS. Cikini Jakarta"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengijinkan mahasiswa untuk mengadakan uji instrumen penelitian di RS. St. Carolus - Jakarta sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan

Dewi Irawaty, MA., Ph.D.
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth.:

1. Ka. Bid. Keperawatan RS. St. Carolus- Jakarta
2. Ka. Diklat. RS. St. Carolus-Jakarta
3. Wakil Dekan FIK-UI
4. Sekretaris FIK-UI
5. Manajer Pendidikan FIK-UI
6. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
7. Koordinator M.A. "Tesis"
8. Peringgal



PELAYANAN KESEHATAN St. Carolus

Jl. Salemba Raya No. 41
JAKARTA - INDONESIA 10440
Telp. 3904441

Jakarta, 5 Juni 2010

No. : 375/SI-FIK.UI/VI/2010/DIRUT
Perihal : Permohonan ijin uji instrument penelitian

Kepada Yth. :
Ibu Dewi Irawaty, MA, PhD
Dekan
Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat Ibu No. 1916/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010 perihal seperti tersebut diatas, dengan ini kami sampaikan bahwa kami memberikan ijin kepada mahasiswa Ibu : **Meilati Suryani – NPM : 0806469672** untuk melakukan uji instrument penelitian dalam rangka penyusunan tesis ybs.

Perlu kami beritahukan bahwa untuk keperluan tersebut diatas kami mengenakan institutional fee sebesar Rp 500.000,-
Biaya tersebut diatas dapat langsung dibayarkan ke Bagian Keuangan di Gedung Asrama 35 lt. 2, pada setiap jam kerja.

Untuk teknis pelaksanaan penelitian, mohon menghubungi **Sdri. Linda Sitanggang, SKp – Staf Dir bid Pel & Asuhan Pasien.**

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Hormat kami,
P.K. St. Carolus

Sr. Ros Isti CB, BSN
Direktur Keperawatan



Tembusan :

- Staf Dir Bid Pel & Asuhan Pasien
- Ka. Keuangan



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

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

Nomor : 1220/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010
Lampiran : -
Perihal : Permohonan ijin penelitian

12 Mei 2010

Yth. Direktur
RS. PGI. Cikini
Jakarta


Dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan Dan Manajemen Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Meilati Suryani
0806469672

Akan mengadakan penelitian dengan judul: **"Hubungan Lingkungan Kerja Dengan Perilaku Caring Perawat Di RS. Cikini Jakarta"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa untuk mengadakan penelitian di RS. PGI. Cikini - Jakarta sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,
UNIVERSITAS INDONESIA

Dewi Irawaty, MA., Ph.D.
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth.:

1. Ka. Bid. Keperawatan RS. PGI. Cikini- Jakarta
2. Ka. PPSDM. RS. PGI. Cikini-Jakarta
3. Wakil Dekan FIK-UI
4. Sekretaris FIK-UI
5. Manajer Pendidikan FIK-UI
6. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
7. Koordinator M.A. "Tesis"
8. Pertiinggal



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

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

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

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

Hubungan Lingkungan Kerja dengan Perilaku Caring Perawat di Rumah Sakit PGI Cikini Jakarta.


Nama peneliti utama : **Meilati Suryani**

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

Dan telah menyetujui proposal tersebut.


Jakarta, 3 Juni 2010

Dekan,



Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP. 19520601-197411 2 001

Ketua,



Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 0

JADUAL KEGIATAN PENELITIAN TAHUN 2010

| No | Kegiatan | Januari | | | | Februari | | | | Maret | | | | April | | | | Mei | | | | Juni | | | | Juli | | | | | | | |
|----|-----------------------------|---------|---|---|---|----------|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|-----|---|---|---|------|---|---|---|------|---|---|---|--|--|--|--|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | |
| 1 | Pemilihan judul | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Studi pendahuluan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Penyusunan proposal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Seminar proposal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Revisi Proposal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Uji Coba Instrumen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Revisi Instrumen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Sosialisasi dan perijinan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Pelaksanaan penelitian | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Analisa Data | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Penyusunan laporan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | Seminar hasil penelitian | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | Revisi hasil penelitian | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | Sidang tesis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | Penyerahan hasil penelitian | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Meilati Suryani

Tempat Tanggal lahir : Bandung, 4 Mei 1978

Alamat Rumah : Jl. Depok Raya No 33 Antapani, Bandung

Institusi : Kopertis Wilayah IV Jawa Barat Banten,
dpk STIKes Budi Luhur Cimahi

Alamat Kantor :Jl. PHH Mustofa No 38 Bandung

Jl. Kerkof No 243 Leuwigajah Cimahi

No Telepon : 022-7101776

Riwayat Pendidikan :

- Fakultas Ilmu Keperawatan UNPAD, lulus tahun 2003
- SMA Negeri 5 Bandung, lulus tahun 1997
- SMP Negeri 5 Bandung, lulus tahun 1994
- SD Babakan Surabaya Selatan XIV, lulus tahun 1991

Riwayat Pekerjaan :

- Staf pengajar STIKes Budi Luhur Cimahi, tahun 2005-sekarang
- Staf pengajar Universitas Muhammadiyah Sukabumi, 2003-2005