



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS HUBUNGAN PERILAKU *CARING* DAN MOTIVASI
DENGAN KINERJA PERAWAT PELAKSANA
MENERAPKAN PRINSIP ETIK KEPERAWATAN
DALAM ASUHAN KEPERAWATAN
DI RSUD SRAGEN**

TESIS

**YANI INDRASTUTI
0806447135**

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



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS HUBUNGAN PERILAKU *CARING* DAN MOTIVASI
DENGAN KINERJA PERAWAT PELAKSANA
MENERAPKAN PRINSIP ETIK KEPERAWATAN
DALAM ASUHAN KEPERAWATAN
DI RSUD SRAGEN**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister

**YANI INDRASTUTI
0806447135**

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

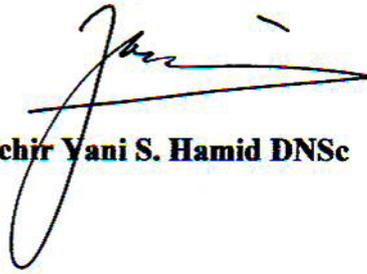
i

LEMBAR PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing serta telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

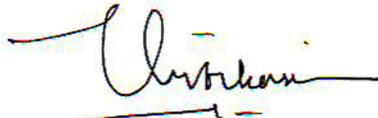
Depok, Juli 2010

Pembimbing I



Prof. Achir Yani S. Hamid DNSc

Pembimbing II



Mustikasari, S.Kp., MARS

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Yani Indrastuti
NPM : 0806447135
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul : Analisis Hubungan Perilaku *Caring* Dan Motivasi Dengan Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik Keperawatan Dalam Asuhan Keperawatan di RSUD Sragen

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

Dewan Penguji

Pembimbing : Prof. Achir Yani S. Hamid DNSc

Pembimbing : Mustikasari, S.Kp., MARS

Penguji : Ria Utami Panjaitan, S.Kp., M.Kep

Penguji : Drs. Nasrul Effendy, SKM., M.Kep

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 6 Juli 2010

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : **Yani Indrastuti**

NPM : **0806447135**

Tanda Tangan : 

Tanggal : **6 Juli 2010**

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

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

Nama : Yani Indrastuti
NPM : 0806447135
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
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:

Analisis Hubungan Perilaku *Caring* dan Motivasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan di RSUD Sragen.

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari 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 : 6 Juli 2010
Yang Menyatakan



Yani Indrastuti

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Juli 2010
Yani Indrastuti

Analisis Hubungan Perilaku *Caring* Dan Motivasi Dengan Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik Keperawatan Dalam Asuhan Keperawatan Di RSUD Sragen

xv + 201 halaman + 29 tabel + 4 gambar + 10 lampiran

Abstrak

Tujuan penelitian adalah mengidentifikasi hubungan perilaku *caring* dan motivasi dengan kinerja menerapkan prinsip etik keperawatan di RSUD Sragen. Desain penelitian deskripsi korelasi dengan rancangan *cross sectional*. Tempat penelitian di ruang IRNA dan ICU pada minggu ke-3 dan ke-4 April 2010. Sampel penelitian seluruh perawat pelaksana di IRNA RSUD Sragen, yaitu 100 perawat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perilaku *caring* ($p=0,000$), dimensi *respectful* ($p=0,000$), dimensi *assurance of human presence* ($p=0,000$), motivasi ($p=0,001$), otonomi ($p=0,006$), tanggung jawab ($p=0,000$), dan kebijakan ($p=0,004$) berhubungan secara signifikan dengan kinerja menerapkan prinsip etik. Variabel yang paling dominan berhubungan adalah dimensi *assurance of human presence*.

Kata Kunci: Perilaku *caring*, Motivasi, Kinerja Menerapkan Prinsip Etik
Daftar Pustaka: 125 (1989-2010)

**POST GRADUATE PROGRAM NURSING FACULTY
UNIVERSITY OF INDONESIA**

THESIS, JULY 2010
YANI INDRASTUTI

Relationship Analysis of Caring Behavior and Motivation with Performance of Nurse in Duty in Applying Nurse Ethics Principles in Nursing Caring in Public Hospital of Sragen (RSUD Sragen)

xv + 201 Pages + 29 tables + 4 pictures + 10 appendixes

Abstract

This research aims to identify the relationship between caring behavior and motivation with performance in applying nurse ethics principles in nursing caring Public Hospital of Sragen (RSUD Sragen). The research design uses correlation description with cross sectional design. The place of research is hospitalized rooms and ICU in the third and the fourth week of April 2010. The research sample are all nurses in duty in Hospitalized Installation, they are 100 nurses. The result shows *caring behavior* ($p=0.000$), *respectful dimension* ($p=0.000$), *assurance of human presence dimension* ($p=0.000$), motivation, autonomy ($p=0.006$), responsibility ($p=0.000$) and policy ($p=0.004$) related significantly with performance of nurse in duty in applying ethics principles. The dominant variable is *assurance of human presence dimension caring behavior*.

Key words: *Caring Behavior*, Motivation, Performance Applying Ethics Principles.

References: 125 (1989 – 2010)

KATA PENGANTAR

Segala puji hanya bagi Allah SWT yang telah menciptakan langit dan bumi beserta semua pengetahuan di dalamnya, atas rahmat dan karunia-Nya peneliti dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “*Analisis Hubungan Perilaku Caring dan Motivasi dengan Kinerja Perawat Menerapkan Prinsip Etik Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan di RSUD Sragen*”. Dalam penyusunan tesis ini, peneliti banyak mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, untuk itu peneliti mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

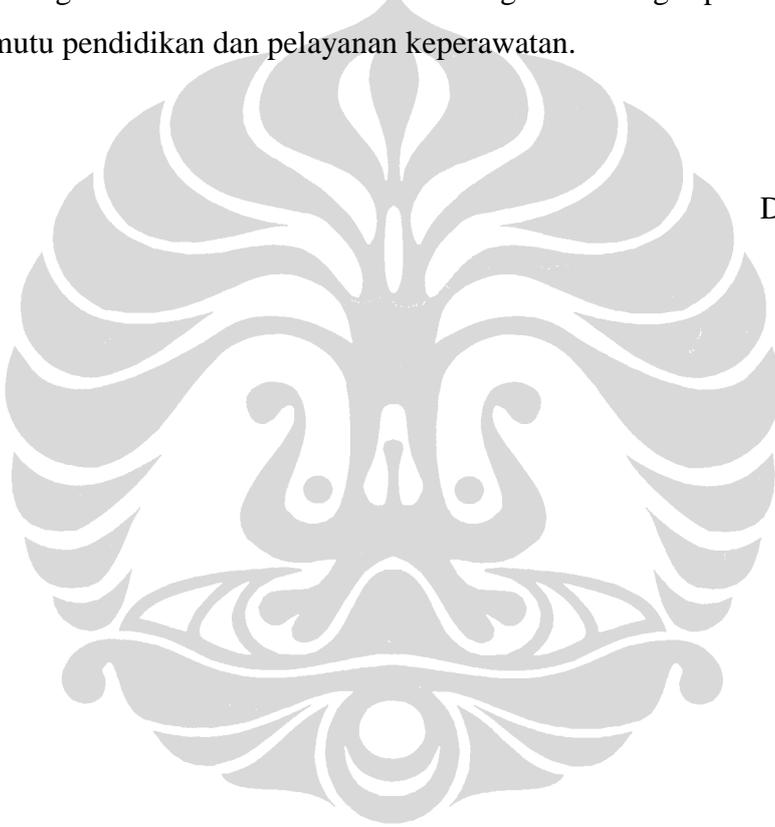
1. Dewi Irawaty, MA. Ph.D selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetty, S.Kp.,M.App.,Sc., selaku Ketua Program PascaSarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Prof. Hj. Achir Yani S. Hamid DNSc, selaku pembimbing I yang telah memberikan masukan dan arahan serta bimbingan selama penyusunan tesis ini.
4. Mustikasari, S.Kp., MARS., selaku pembimbing II yang telah memberikan masukan dan arahan serta bimbingan selama penyusunan tesis ini.
5. H. dr. Farid Anshori, MM., selaku direktur RSUD Sragen yang memberikan kesempatan kepada peneliti untuk melakukan penelitian di RSUD Sragen.
6. Direktur RSU Banyumas beserta Kabid Diklat yang memberikan kesempatan kepada peneliti untuk melakukan uji instrumen penelitian di RSU Banyumas.
7. Sutondo, S.Kep., M.Kes selaku Kasie keperawatan RSUD Sragen yang telah mendukung dan bekerja sama selama proses penelitian dilakukan.
8. Kepala Bidang Diklat RSUD Sragen (dr. Lulus Budiarto Sp.D) beserta staf-stafnya (alm. Sonny Rahmansyah, Bu Rini, Bu Endah, Bu Jeki) yang senantiasa memberikan dukungan dan kemudahan dalam proses administratif dan teknik dalam pengumpulan data penelitian.
9. Kepala ruang dan rekan-rekan sejawat, perawat pelaksana yang telah bersedia berpartisipasi sebagai responden penelitian.

10. Orang tua (mami dan bapak), kakak, kakak ipar dan ponakanku tersayang yang tiada henti dan penuh cinta mendoakan dan memberikan dukungan selama peneliti mengikuti proses pendidikan..
11. Rekan-rekan Magister keperawatan angkatan 2008, terspesial kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan yang saling mendukung.

Peneliti menyadari bahwa tesis ini belum sempurna. Untuk itu peneliti mengharapkan saran maupun kritik demi kesempurnaan tesis ini. Harapan peneliti semoga tesis ini membawa manfaat bagi kita sebagai profesi dalam peningkatan mutu pendidikan dan pelayanan keperawatan.

Depok, Juli 2010

Peneliti



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORIGINALITAS	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	v
ABTRAK	vi
ABSTRACT	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	13
1.3 Tujuan Penelitian.....	14
1.4 Manfaat Penelitian.....	18
BAB 2 TINJAUAN TEORI	20
2.1 <i>Caring</i>	21
2.1.1 Definisi <i>Caring</i> Dalam Keperawatan.....	21
2.1.2 Komponen <i>Caring</i>	24
2.1.3 Cara Mengukur <i>Caring</i>	37
2.1.4 Upaya Peningkatan Perilaku <i>Caring</i>	42
2.2 Motivasi.....	43
2.2.1 Definisi.....	43
2.2.2 Teori Motivasi.....	44
2.2.3 Teknik Motivasi.....	55
2.2.4 Mengukur Motivasi.....	56
2.3 Kinerja Perawat Menerapkan Prinsip Etik	57
2.3.1 Kinerja.....	57
2.3.2 Kinerja Keperawatan.....	58
2.3.3 Etika Keperawatan.....	60
2.3.4 Prinsip Etik.....	60
2.3.5 Faktor Mempengaruhi kinerja perawat dalam menerapkan prinsip etik dan mengambil keputusan etik.....	69
2.3.6 Meningkatkan kinerja penerapan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan.....	82
BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	88
3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	88
3.1.1 Variabel Independen.....	88
3.1.2 Variabel Dependen.....	89

3.1.3 Variabel <i>Confounding</i>	89
3.2 Hipotesis Penelitian.....	91
3.2.1 Hipotesis Mayor.....	91
3.2.2 Hipotesis Minor.....	91
3.3 Definisi Operasional.....	93
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN	99
4.1 Desain Penelitian.....	99
4.2 Populasi dan Sampel.....	100
4.2.1 Populasi.....	100
4.2.2 Sampel.....	100
4.3 Tempat Penelitian.....	101
4.4 Waktu Penelitian.....	101
4.5 Etika Penelitian.....	101
4.6 Alat Pengumpul Data.....	104
4.7 Prosedur Pengumpulan Data.....	112
4.8 Analisis Data.....	115
BAB 5 HASIL PENELITIAN	120
5.1 Analisis Univariat.....	120
5.1.1 Karakteristik Demografi Perawat.....	120
5.1.2 Perilaku <i>Caring</i>	122
5.1.3 Motivasi.....	124
5.1.4 Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik Keperawatan dalam asuhan Keperawatan.....	127
5.2 Analisis Bivariat.....	128
5.2.1 Hubungan Perilaku <i>Caring</i> dengan Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan.....	128
5.2.2 Hubungan Motivasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik Keperawatan dalam asuhan Keperawatan.....	129
5.2.3 Hubungan Perilaku <i>Caring</i> dengan Motivasi.....	132
5.2.4 Hubungan Karakteristik Demografi Perawat dengan Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan.....	143
5.3 Analisis Multivariat.....	146
BAB 6 PEMBAHASAN	151
6.1 Interpretasi dan Diskusi.....	151
6.2 Keterbatasan Penelitian.....	191
6.3 Implikasi Hasil Penelitian.....	192
BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN	195
7.1 Simpulan.....	195
7.2 Saran.....	197
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

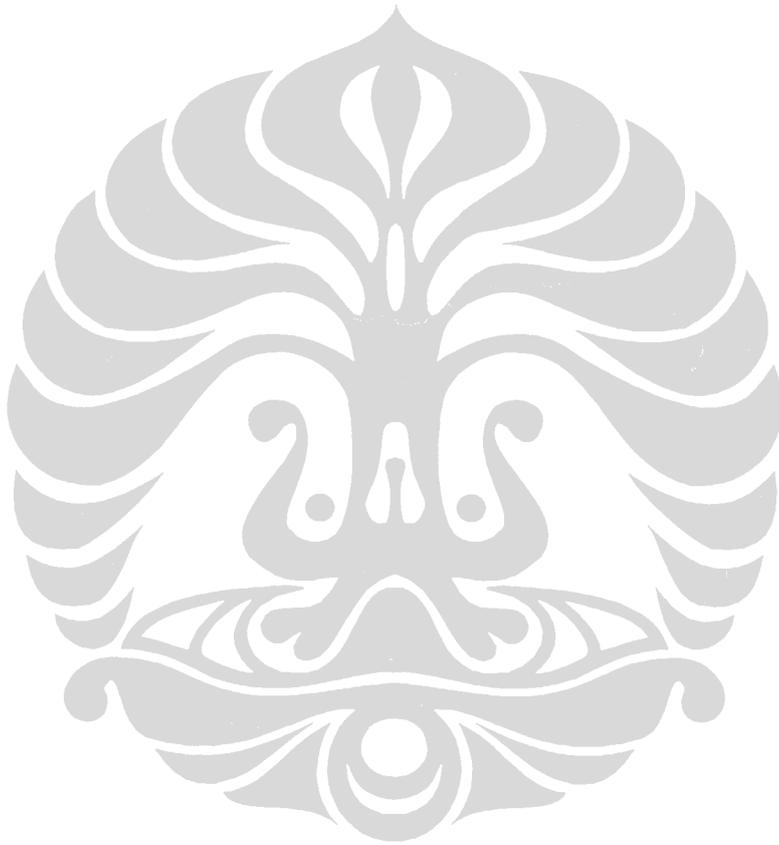
DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Reliabilitas CBA.....	38
Tabel 2.2	Lima Dimensi Perilaku <i>Caring</i> yang Berhubungan dengan Faktor Karatif dari Teori Watson.....	40
Tabel 3.1	Definisi Operasional.....	94
Tabel 4.1	Persebaran Nomor Tiap Sub Variabel Pernyataan Kuesioner Motivasi Perawat.....	105
Tabel 4.2	Persebaran Nomor Pernyataan Tiap Dimensi Kuesioner Perilaku <i>Caring</i>	106
Tabel 4.3	Persebaran Nomor Pernyataan Kuesioner Kinerja Perawat Menerapkan Prinsip Etik.....	108
Tabel 4.4	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian ke I.....	111
Tabel 4.5	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian ke II.....	113
Tabel 4.6	Variabel Penelitian dan Uji Statistik.....	116
Tabel 5.1	Distribusi Frekuensi Perawat Pelaksana Menurut Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan dan Status Pernikahan di RSUD Sragen.....	121
Tabel 5.2	Distribusi Rata-Rata Perawat Pelaksana Menurut Umur dan Lama Kerja di RSUD Sragen.....	121
Tabel 5.3	Distribusi Rata-Rata Pelaksanaan Perilaku <i>Caring</i> Perawat Pelaksana di RSUD Sragen.....	122
Tabel 5.4	Distribusi Rata-Rata Persepsi Perawat Pelaksana tentang Motivasi Kerja di RSUD Sragen.....	124
Tabel 5.5	Distribusi Rata-Rata Penilaian Perawat Pelaksana tentang Kinerja Menerapkan Prinsip Etik Keperawatan di RSUD Sragen.....	127
Tabel 5.6	Analisis Hubungan Perilaku <i>Caring</i> dengan Kinerja Menerapkan Prinsip Etik Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan di RSUD Sragen.....	128
Tabel 5.7	Analisis Hubungan Motivasi dengan Kinerja Menerapkan Prinsip Etik Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan di RSUD Sragen.....	130
Tabel 5.8	Analisis Hubungan Perilaku <i>Caring</i> Dimensi <i>Respectful</i> dan	132

	<i>Assurance of Human Presence</i> dengan Motivasi Intrinsik Perawat Pelaksana di RSUD Sragen.....	
Tabel 5.9	Analisis Hubungan Perilaku <i>Caring</i> Dimensi <i>Respectful</i> dan <i>Assurance of Human Presence</i> dengan Otonomi Pekerjaan Perawat Pelaksana di RSUD Sragen.....	134
Tabel 5.10	Analisis Hubungan Perilaku <i>Caring</i> Dimensi <i>Respectful</i> dan <i>Assurance of Human Presence</i> dengan Tanggung Jawab Pekerjaan Perawat Pelaksana di RSUD Sragen.....	135
Tabel 5.11	Analisis Hubungan Perilaku <i>Caring</i> Dimensi <i>Respectful</i> dan <i>Assurance of Human Presence</i> dengan Motivasi Ekstrinsik Perawat Pelaksana di RSUD Sragen.....	137
Tabel 5.12	Analisis Hubungan Perilaku <i>Caring</i> dengan Sistem Penggajian Perawat di RSUD Sragen.....	138
Tabel 5.13	Analisis Hubungan Perilaku <i>Caring</i> dengan Kebijakan RS di RSUD Sragen.....	139
Tabel 5.14	Analisis Hubungan Perilaku <i>Caring</i> dengan Hubungan dengan Rekan Kerja di RSUD Sragen.....	140
Tabel 5.15	Analisis Hubungan Perilaku <i>Caring</i> dengan Supervisi Atasan di RSUD Sragen.....	142
Tabel 5.16	Analisis Hubungan Umur dan Lama Kerja dengan Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan di RSUD Sragen.....	143
Tabel 5.17	Analisis Hubungan Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, dan Status Pernikahan dengan Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan di RSUD Sragen.....	144
Tabel 5.18	Hasil Analisis Bivariat Variabel Perilaku <i>Caring</i> dan Motivasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan di RSUD Sragen.....	147
Tabel 5.19	Model Awal Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan di RSUD Sragen.....	148
Tabel 5.20	Model Akhir Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan di RSUD Sragen.....	148

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Hirarki Kebutuhan Maslow.....	45
Gambar 2.2	Hirarki Kebutuhan Maslow dalam Pekerjaan.....	46
Gambar 2.3	Kerangka Teori Penelitian.....	86
Gambar 3.1	Kerangka Konsep Penelitian.....	90



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Waktu Penelitian
Lampiran 2	Kuesioner Penelitian
Lampiran 3	Kisi-kisi Kuesioner Penelitian
Lampiran 4	Surat Permohonan Ijin Uji Instrumen Penelitian
Lampiran 5	Surat Keterangan Uji Instrumen Penelitian
Lampiran 6	Surat Permohonan Ijin Penelitian
Lampiran 7	Surat Persetujuan Ijin Penelitian
Lampiran 8	Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian
Lampiran 9	Surat Lolos Uji Etik Penelitian
Lampiran 10	Daftar Riwayat Hidup



BAB 1

PENDAHULUAN

Pendahuluan dalam bab ini menggambarkan latar belakang masalah penelitian, perumusan masalah penelitian, tujuan umum dan tujuan khusus penelitian serta manfaat yang diperoleh dari penelitian ini.

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan rawat gawat darurat (UU RS no 44 tahun 2009). Seiring dengan perkembangan jaman maka rumah sakit yang dulunya mempunyai misi *charity* (sosial) sekarang harus dapat menyeimbangkan antara misi bisnis yang berorientasi profit serta misi pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tanpa melupakan misi sosialnya. Hal ini sesuai dengan ketentuan Departemen Kesehatan yang mengharuskan rumah sakit untuk mengalokasikan 20-30% pendapatan rumah sakit bagi masyarakat kurang mampu (Depkes RI Dirjen Yanmed, 2005).

Kenyataan yang ada berlawanan dengan apa yang diharapkan oleh pemerintah karena berdasarkan telaah beberapa rumah sakit masih mengabaikan hal tersebut. Hasil survei yang dilakukan oleh *Indonesian Corruption Watch* (ICW) pada November 2009 di rumah sakit daerah Jabodetabek menyebutkan bahwa setidaknya ada 13 rumah sakit dari 23 rumah sakit yang masih memberikan pelayanan yang kurang memadai terhadap masyarakat kurang mampu, ditambahkan pula bahwa 74,9% dari 738 warga tidak mampu di wilayah Jabodetabek mengeluhkan layanan rumah sakit baik swasta maupun negeri yang dinilai sangat tidak memadai seperti sikap kurang manusiawi, diskriminatif, menelantarkan dan menolak klien miskin kendati mengantongi surat keterangan tidak mampu serta meminta uang muka pembiayaan rumah sakit.

Hal yang tidak jauh berbeda terjadi juga di Jawa Tengah, meskipun saat ini ada 122 rumah sakit di Jawa Tengah yang melayani Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas), baik rumah sakit pemerintah maupun swasta dan penerima Jamkesmas mencapai 11.700.000 orang akan tetapi pelayanan yang diterima oleh klien miskin ini masih belum memadai terbukti dengan keluhan-keluhan masyarakat yang disampaikan melalui kotak saran maupun media cetak dan elektronik yang akhir-akhir ini cenderung meningkat (Faisol & Rofiuddin, 2009). Peningkatan tarif rumah sakit di propinsi Jawa Tengah sesuai Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2009 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan yang mulai diberlakukan 1 Maret 2009 meskipun pihak rumah sakit berkilah bahwa kenaikan tarif ini sudah sesuai dan telah melalui berbagai tahap dan prosedur serta kuat landasan hukum serta telah ada sosialisasi kepada masyarakat tetapi menurut pandangan berbagai tokoh masyarakat dan masyarakat, termasuk komisi E DPRD Jawa Tengah menyebutkan bahwa dalam perda tersebut belum mengatur secara jelas perlindungan bagi masyarakat miskin yang tidak tercakup program Jamkesmas (Tempo interaktif, 2009). Hal ini menyebabkan turunnya citra rumah sakit di mata masyarakat (Kurnia, 2010). Rumah sakit perlu mencari alternatif solusi untuk memperbaiki citranya sehingga dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat. Alternatif solusi tersebut adalah peningkatan kinerja petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada klien.

Peningkatan kinerja petugas kesehatan yang ada di rumah sakit mutlak dilakukan guna memperbaiki citra yang terbentuk di masyarakat dikarenakan kurang optimalnya pelayanan yang diberikan oleh pihak rumah sakit. Peningkatan kinerja juga perlu dilakukan tenaga keperawatan sebagai mayoritas tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit (Gillies, 1994). Kinerja adalah perilaku kerja yang ditampakkan oleh orang-orang yang terlibat dalam suatu perusahaan dan dapat dinyatakan melalui sistem evaluasi kerja atau *performance appraisal* (Robbins, 1993).

Kinerja keperawatan diukur berdasarkan hasil pencapaian pelaksanaan standar kinerja dalam pelayanan keperawatan. Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) pada tahun 2010 telah mensahkan standar profesi keperawatan sebagaimana tercantum dalam pasal 24 ayat (2) UU no 36 tahun 2009 yang terdiri dari standar kompetensi dan standar praktik keperawatan. Standar praktik keperawatan meliputi standar asuhan dan standar kinerja profesional yang dipakai sebagai evaluasi dalam menilai asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat meliputi jaminan mutu, pendidikan, penilaian kinerja, kesejawatan, etik, kolaborasi, riset dan pemanfaatan sumber.

Penelitian ini menfokuskan pada kinerja perawat dalam menerapkan prinsip etik dalam memberikan asuhan keperawatan. Alasan yang mendasari hal tersebut adalah penerapan prinsip etik dalam asuhan keperawatan merupakan kompetensi inti ke dua dari 12 kompetensi inti yang harus dimiliki oleh seorang perawat berdasarkan standar kompetensi yang dikembangkan PPNI bekerjasama dengan Depkes dan *Asean Development Bank* (ADB) sebagai hasil *Delphi Process* pada bulan Mei 2007. Hal ini berarti perawat dalam memberikan asuhan keperawatan berkewajiban berpedoman terhadap prinsip *otonomi, non maleficence, beneficence, justice, veracity dan fidelity* (Gillies, 1994: Potter & Perry, 2005).

Kinerja perawat menerapkan prinsip etik penting untuk dilakukan mengingat perawat yang dalam melakukan asuhan keperawatan berperilaku tidak etik dapat menimbulkan kerugian bagi klien sebagai penerima asuhan keperawatan yaitu dapat mengalami *injury* atau bahaya fisik seperti nyeri, kecacatan atau kematian, serta bahaya emosional seperti perasaan tidak berdaya atau terisolasi (CNA, 2004). Kerugian yang dialami klien tersebut akan menyebabkan ketidakpuasan klien yang pada akhirnya akan berdampak pada citra dan pendapatan rumah sakit (Okpara & College, 2002). Sebaliknya perawat yang mengetahui tentang prinsip etik dan menerapkannya dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien akan menimbulkan kepuasan kepada klien dan mempertahankan hubungan antara perawat, klien dan

petugas kesehatan lain sehingga klien merasa yakin akan mendapatkan pelayanan kesehatan yang aman dan berkualitas (Malau, 2008).

Faktor yang mempengaruhi kinerja perawat dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan adalah perilaku *caring* perawat dan motivasi perawat. *Caring* adalah komponen penting dalam keperawatan dan merupakan inti dari praktek keperawatan karena mengandung nilai-nilai humanistik, menghormati kebebasan manusia terhadap suatu pilihan, menekankan pada peningkatan kemampuan dan kemandirian, peningkatan pengetahuan dan menghargai setiap manusia (Tomey, 1994). Perawat yang mempunyai nilai dan jiwa *caring* akan mempunyai perilaku kerja yang sesuai dengan prinsip etik dikarenakan kepedulian perawat yang memandang klien sebagai makhluk humanistik sehingga termotivasi untuk memberikan pelayanan keperawatan yang bermutu tinggi.

Watson (1979 dalam Tomey & Alligood, 2006) mendefinisikan *caring* sebagai proses yang dilakukan oleh perawat yang meliputi pengetahuan, tindakan dan dideskripsikan sebagai 10 faktor karatif yang digunakan dalam praktek keperawatan di beberapa seting klinik yang berbeda. Sepuluh faktor karatif tersebut adalah membentuk dan menghargai sistem nilai humanistik dan altruistik, menanamkan sikap penuh pengharapan, menanamkan sensitifitas atau kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain, mengembangkan hubungan saling percaya dan saling membantu, meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan positif dan negatif, menggunakan metode sistematis dalam menyelesaikan masalah *caring* untuk pengambilan keputusan secara kreatif dan individualistik, meningkatkan proses belajar mengajar interpersonal, menciptakan lingkungan fisik, mental, sosial dan spiritual yang suportif, protektif dan korektif, memenuhi kebutuhan dasar manusia dengan penuh penghargaan dalam rangka mempertahankan keutuhan dan martabat manusia, mengizinkan untuk terbuka pada eksistensial-fenomenologikal dan dimensi spiritual *caring* serta penyembuhan yang tidak dapat dijelaskan secara utuh dan ilmiah melalui pemikiran masyarakat modern

(Watson, 1979 dalam Tomey & Alligood, 2006). Wolf (1994 dalam Watson, 2009) mengategorikan 10 faktor karatif Watson tersebut ke dalam lima dimensi perilaku *caring* yaitu *respectful, assurance of human presence, positive connectedness, professional knowledge and skill serta attentiveness to the other's experience*

Perilaku *caring* perawat disamping berdampak pada klien sebagai penerima asuhan keperawatan juga berdampak pada diri perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan. Pada klien, perilaku *caring* perawat dalam memberikan asuhan keperawatan berpengaruh terhadap kepuasan klien dan penurunan hari rawat (Wolf, Colahan, Costello, Warwick, Ambrose, & Giardino, 1998; Wolf & Miller, 2003) karena klien merasa terpenuhi kebutuhan fisik, emosi maupun spiritual, mendapatkan kenyamanan dan rasa aman sehingga mempercepat dalam proses penyembuhannya ataupun mendapatkan kedamaian saat menghadapi kematian, sedangkan pada perawat, perilaku *caring* akan membuat perawat termotivasi untuk memberikan asuhan keperawatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar kinerja profesional, tak terkecuali pelaksanaan praktek keperawatan yang sesuai dengan prinsip etik dikarenakan rasa cinta, rasa menghargai kehidupan manusia dan perasaan puas dapat membantu kliennya untuk mencapai derajat kesehatan dan kesejahteraan yang lebih baik (Watson, 2005).

Watson (2002) menjelaskan lebih lanjut bahwa perawat akan termotivasi untuk menerapkan etika dalam asuhan keperawatan karena mempunyai kompetensi yang baik dalam berperilaku *caring* dimana hal ini merupakan representasi nilai, sikap dan perilaku perawat yang menimbulkan perasaan dipedulikan yang dipersepsikan oleh klien. Dengan demikian, perilaku *caring* sangat berpengaruh terhadap motivasi perawat dalam kinerja menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan.

Motivasi adalah keadaan dimana usaha dan kemauan keras seseorang diarahkan kepada pencapaian hasil-hasil dan tujuan tertentu (Robbins, 1993). Motivasi dapat diukur dengan menggunakan faktor internal dan eksternal yang ada dalam pekerjaan. Herzberg mengemukakan teori motivasi dua faktor yang mengemukakan bahwa motivasi terdiri atas motivasi intrinsik dan motivasi ekstrinsik (Ivancevich, 2005: Shane, 2003: Marquis & Huston, 2006). Motivasi intrinsik meliputi penghargaan atau *reward*, tanggung jawab kerja, otonomi kerja dan kesempatan berkembang sedangkan motivasi ekstrinsik meliputi keamanan kerja, kondisi kerja, penerimaan gaji, kebijakan perusahaan, hubungan dengan rekan kerja dan hubungan dengan supervisor.

Perawat manager diharapkan mampu memotivasi perawat pelaksana dengan teknik motivasi yang tepat sehingga perawat pelaksana mampu menampilkan kinerja yang profesional dalam asuhan keperawatan kepada klien. Hal ini sesuai dengan pernyataan Potter dan Perry (2005) yang menyatakan bahwa keberhasilan proses keperawatan sangat tergantung pada perawat yang merupakan titik sentral dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada klien yang dapat digunakan sebagai bahan evaluasi dalam menilai kinerja. Perawat yang termotivasi akan menampilkan kinerja yang optimal sehingga menghasilkan penampilan kerja yang baik yang secara langsung berdampak pada klien sebagai penerima asuhan keperawatan.

RSUD Sragen adalah rumah sakit umum milik pemerintah Kabupaten Sragen yang sesuai dengan Peraturan Pemerintah no 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum maka pada Juli 2009 status RSUD Sragen telah berubah menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Perubahan status ini berdampak pada manajemen rumah sakit. Rumah sakit dituntut untuk dapat mendanai operasionalnya sendiri dengan cara mendapatkan pendapatan yang memadai dari pelanggan dengan pelayanan yang berkualitas. Pelayanan berkualitas ini hanya dapat dicapai jika karyawan rumah sakit melakukan pekerjaan dengan berperilaku sesuai etika profesi dan standar kompetensi.

Hasil studi pendahuluan dengan menyebarkan kuesioner yang dilakukan pada tanggal 2 Februari 2010 terhadap 20 klien tentang kinerja etik perawat menunjukkan bahwa 30% klien masih merasakan bahwa perawat belum berperilaku etik dalam melakukan asuhan keperawatan terhadap klien. Hasil yang hampir sama didapatkan dari hasil penelitian Suhartati (2002) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan penerapan etik profesi keperawatan dalam asuhan keperawatan yang meliputi prinsip *otonomi, non maleficence, beneficence, justice, veracity* dan *fidelity* oleh perawat pelaksana di Rumah Sakit M Jakarta menemukan bahwa 50,4% berperilaku etik dalam memberikan asuhan keperawatan dan 49,6% berperilaku tidak etik dalam memberikan asuhan keperawatan.

Data yang diperoleh ini menunjukkan bahwa perawat belum optimal dalam menerapkan prinsip etik dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Pembinaan dan peningkatan pemahaman baik secara langsung kepada perawat pelaksana maupun melalui pelatihan-pelatihan keperawatan dan profesionalisme perawat saja ternyata tidak cukup memadai untuk meningkatkan motivasi perawat dalam melakukan kinerja berdasarkan prinsip etik dalam memberikan asuhan keperawatan. Pembinaan dan peningkatan pemahaman merupakan persamaan upaya yang dilakukan oleh RSUD Sragen dan RS M dalam meningkatkan kinerja etik, sedangkan perbedaannya adalah penelitian sebelumnya dilakukan di rumah sakit swasta sehingga hasil yang diperoleh di RS M tidak dapat digeneralisasikan pada RSUD Sragen karena perbedaan karakteristik rumah sakit dan kebijakan yang berlaku di ke dua rumah sakit.

Pendapat klien terhadap perawat dalam menerapkan prinsip etik keperawatan otonomi menunjukkan bahwa 50% klien beranggapan perawat yang memberi keleluasaan bagi klien untuk menentukan pilihan tindakan terkait kesehatannya dan masih ada 5% klien yang menyatakan bahwa perawat memaksa klien untuk menandatangani lembar persetujuan tindakan medis maupun keperawatan. Penerapan prinsip *fidelity* menunjukkan bahwa baru

25% perawat yang dipersepsikan klien selalu menepati janji dan 55% perawat yang dipersepsikan klien dapat menyimpan rahasia kesehatannya. Penerapan prinsip *justice* perawat menunjukkan bahwa 20% klien masih beranggapan bahwa perawat membeda-bedakan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Sedangkan penerapan *prinsip non maleficence* dan *beneficence* menunjukkan bahwa 50% klien menyatakan perawat membuat klien merasa nyaman dengan kondisi sakitnya, 15% klien beranggapan bahwa perawat berani membela kepentingan klien jika merasa hak klien terabaikan, dan baru 65% klien beranggapan bahwa perawat yang membantu klien mendapatkan hak sebagai pasien.

Hasil kajian terhadap penerapan prinsip *veracity* atau kejujuran perawat terlihat dari hasil penilaian pendokumentasian yang dilakukan dengan menggunakan instrumen A dari Depkes pada bulan Juli 2008 menyebutkan bahwa rata-rata pendokumentasian adalah 77,7%, dengan aspek pengkajian 93,7%, diagnosa keperawatan 98,3%, perencanaan 87,8%, tindakan keperawatan 81,8%, evaluasi 22,5%, dan catatan keperawatan 81%. Pendokumentasian yang tidak dilaksanakan dengan jujur mencerminkan perilaku tidak etik perawat karena pendokumentasian seharusnya dilaksanakan dengan berdasarkan fakta dan sesuai dengan kaidah kejelasan dan keakuratan data (Martin & Cullen, 2006). Penilaian dokumentasi tidak dilakukan secara rutin sejak akreditasi selesai dilaksanakan. Hal ini menunjukkan bahwa fungsi evaluasi belum secara optimal dilakukan.

Hasil observasi yang dilakukan peneliti pada 10 status pasien pada tanggal 6 Januari 2010 didapatkan bahwa dokumentasi keperawatan dalam status pasien banyak yang tidak lengkap dan akurat sesuai standar. Ketidaklengkapan dan ketidakakuratan dokumentasi antara lain tidak mencantumkan jam ditetapkan diagnosa dan tindakan keperawatan yang dilakukan, diagnosa keperawatan yang diangkat tidak sesuai dengan data hasil pengkajian, tidak mencantumkan paraf dan nama perawat yang melakukan asuhan keperawatan, dan tidak menuliskan catatan perkembangan pasien setiap *shift* secara lengkap. Lima

perawat yang diwawancarai mengatakan bahwa supervisor belum optimal dalam memberikan bimbingan dan belum bisa menjadi *role model* tentang pendokumentasian yang dilakukan perawat pelaksana sehingga perawat pelaksana merasa kurang termotivasi dalam melakukan pendokumentasian secara benar. Hal ini tentu menjadi masalah mengingat dokumentasi merupakan salah satu kriteria hasil dari kinerja profesional perawat dalam praktik keperawatan dimensi etik yang dirumuskan oleh PPNI (2010).

Tahun 2008 terjadi pelanggaran etik yaitu terdapat perawat yang menarik dana dari pasien Jamkesmas. Hal ini ditangani oleh pihak manajerial dan dapat diselesaikan dengan pembinaan oleh Kasie Keperawatan. Selama tahun 2009 tidak ada pelanggaran etik yang terjadi yang dilaporkan. Tidak adanya laporan pelanggaran etik, bukan berarti tidak ada masalah dikarenakan dari fenomena yang terjadi di RSUD Sragen diketahui bahwa masih belum optimalnya kinerja penerapan menerapkan prinsip etik dalam memberikan asuhan keperawatan.

Hasil wawancara dengan kasie keperawatan pada tanggal 6 Januari 2010 jam 10.00 WIB tentang fungsi pembinaan etik perawat menyebutkan bahwa setiap terjadi pelanggaran etik keperawatan oleh perawat pelaksana dilakukan pembinaan oleh atasan langsung dalam hal ini oleh kepala ruangan dan dilaporkan pada kasie keperawatan. Pelaporan pelanggaran etik dilakukan oleh pasien, rekan kerja atau atasan. Pelaporan pelanggaran etik selama ini lebih banyak dilakukan oleh pasien kepada pihak manajerial maupun kepala ruang. Rekan kerja yang mengetahui pelanggaran etik yang dilakukan oleh teman satu *shift* cenderung menutupi sehingga tidak banyak kasus pelanggaran etik yang sampai pada atasan atau kasie keperawatan. Data mengenai pelanggaran disiplin perawat pelaksana seperti terlambat, bekerja dengan sistem paruh waktu dengan rekan satu shift atau pelanggaran terhadap peraturan rumah sakit yang ditangani oleh kepala ruangan tidak dilaporkan pada kasie keperawatan sehingga kasie keperawatan tidak mempunyai rekapitulasi pelanggaran yang terjadi.

Berbagai upaya telah dilakukan untuk meningkatkan kinerja perawat dalam berperilaku etik seperti adanya pelatihan-pelatihan keperawatan dan profesional perawat serta telaah kasus keperawatan yang dapat menimbulkan masalah etik. Upaya terbaru yang dilakukan adalah pembentukan komite keperawatan RSUD Sragen pada tanggal 1 Februari 2010 dengan SK Direktur no 445/157/040/2010 yang terdiri atas Komisi Pengembangan Profesi Keperawatan, Komisi Praktek Keperawatan dan Komisi Mutu keperawatan. Hal ini sejalan dengan UU no 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit yang menyebutkan bahwa setiap rumah sakit harus mempunyai organisasi yang efektif, efisien dan akuntabel. Pembentukan komite keperawatan sebagai organisasi non struktural unsur keperawatan diharapkan dapat meningkatkan kinerja perawat di rumah sakit yang mayoritas adalah tenaga fungsional dengan cara bimbingan dan pembinaan etik.

Fenomena terkait karakteristik pekerjaan perawat yang dapat memotivasi perawat menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan didapatkan dari hasil wawancara dengan 5 perawat pelaksana dan 1 orang kepala ruang pada tanggal 6 Januari 2010 yang menyebutkan bahwa perawat tidak bisa berperan maksimal dalam berperan sebagai *advocate*. Perawat mengetahui peran sebagai pembela klien akan tetapi belum memahami kewenangan perawat jika berhadapan dengan profesi lain. Hal ini penting untuk dipahami dan dilakukan perawat karena perawat adalah petugas kesehatan yang berinteraksi secara terus menerus dalam waktu 24 jam terbagi dalam 3 shift dengan klien mempunyai sifat pelayanan tersendiri yang bersifat interdependensi dan kemitraan serta koordinasi dengan profesi kesehatan lain sehingga perawat berperan vital sebagai pembela klien untuk mendapatkan pelayanan yang etis, aman dan kompeten, dalam hal ini terpenuhinya hak klien atas keselamatan dan keamanan, hak atas informasi, hak untuk didengarkan dan hak untuk memilih pelayanan (CNA, 2004: 2008: Komisi Disiplin Ilmu Kesehatan, 2002).

Wawancara dengan perawat pelaksana tentang kebijakan pedoman pelaksanaan tindakan keperawatan pada tanggal 2 Februari 2010 jam 13.00 WIB menyebutkan bahwa Kasie Keperawatan secara berkala melakukan revisi terhadap Standar Asuhan Keperawatan dan Standar Operasional Prosedur sebagai kebijakan yang merupakan pedoman bagi perawat dalam melakukan tindakan keperawatan. Akan tetapi yang menjadi kendala adalah sosialisasi yang belum optimal yang dilakukan oleh kasie keperawatan. Peran sosialisasi dilakukan oleh kepala ruangan kepada perawat pelaksana yang dilakukan hanya dengan penjelasan mengenai adanya SAK dan SOP baru. Kepala ruangan belum bisa menjelaskan secara rinci mengenai isi SAK dan SOP serta belum berperan maksimal sebagai *role model* dalam menerapkan SAK dan SOP.

Perawat yang diwawancarai mengakui bahwa pelanggaran etik seperti terlambat, kurang disiplin, dan pelanggaran lain yang dirasakan tidak merugikan klien secara langsung diusahakan oleh perawat yang menjadi teman satu shift jaga untuk tidak dilaporkan kepada atasan. Hal ini disebabkan rasa kasihan dan kesetiakawanan serta tidak ingin temannya terlibat masalah dengan atasan. Pelaporan dan pembinaan pelanggaran etik baru dilakukan jika pasien atau keluarga mengeluh secara langsung kepada kepala ruang dan masalah tersebut sampai didengar oleh pihak managerial. Hal ini tentu saja menyebabkan motivasi perilaku etik perawat dalam menerapkan etik keperawatan menjadi sangat turun dikarenakan perilaku etik sangat erat hubungannya dengan adanya peran rekan kerja dan juga supervisi atasan (Deshpande & Joseph, 2008; Gillies, 1994).

Indikator kinerja pelayanan keperawatan tergambar dari hasil survei *customer* terakhir dilaksanakan pada bulan Juli 2008 dengan kuesioner kepuasan pasien dengan menggunakan instrumen B dari Depkes terhadap pelayanan keperawatan menyebutkan tingkat kepuasan *customer* 74,5%, termasuk kategori baik. Tetapi masih ada 25,7% yang tidak puas sehingga perlu ditingkatkan lagi. Selama tahun 2009 terdapat keluhan pelanggan terhadap

pelayanan keperawatan tentang perilaku perawat yang dianggap tidak ramah, kurang perhatian, kurang tanggap terhadap keluhan pasien dan kurang jelas dalam memberikan informasi mengenai perkembangan pasien. Hasil studi pendahuluan dengan menyebarkan kuesioner terhadap 20 klien pada tanggal 2 Februari 2010 menunjukkan beberapa aspek kinerja yang belum menimbulkan kepuasan bagi pasien antara lain kemampuan perawat dalam memenuhi kebutuhan klien (40%), kemampuan dalam menyampaikan informasi tanpa menyinggung perasaan klien (25%) dan ketanggapan dalam memahami keluhan dan membantu klien mengatasi permasalahan (20%).

Hasil observasi peneliti sepanjang tahun 2006 sampai pertengahan tahun 2008 yang dilakukan peneliti sebagai perawat pelaksana dan berdasarkan validasi dengan cara wawancara dengan tiga orang klien dan keluarga klien pada tanggal 2 Februari 2010 didapatkan bahwa perawat jarang mengenalkan diri kepada klien, tidak segera memenuhi panggilan klien, kurang mengenal klien secara pribadi dan kurang jelas memberikan informasi yang dibutuhkan klien terkait masalah kesehatan klien. Keluhan, observasi dan hasil studi pendahuluan ini membuktikan bahwa perilaku *caring* perawat belum optimal dalam memberikan asuhan keperawatan.

Fenomena-fenomena yang terjadi di RSUD Sragen ini menunjukkan bahwa kinerja perawat dalam menerapkan prinsip etika dalam asuhan keperawatan belum optimal, sedangkan dari kajian dan temuan ilmiah menunjukkan bahwa perilaku *caring* perawat dan faktor motivasi memiliki hubungan dengan kinerja perawat dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan. Maka peneliti tertarik untuk meneliti “Hubungan perilaku *caring*, motivasi dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen”.

1.2 Rumusan Masalah

Fenomena yang ditemui di RSUD Sragen memperlihatkan bahwa belum optimalnya kinerja perawat menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan dimana terlihat dari studi pendahuluan yang memperlihatkan hasil bahwa klien masih mempersepsikan perawat belum berperilaku etik dalam memberikan asuhan keperawatan. Terkait dengan perilaku *caring* perawat terlihat dari keluhan klien yang menyatakan bahwa perawat tidak ramah, kurang perhatian, kurang tanggap terhadap keluhan pasien dan kurang jelas dalam memberikan informasi mengenai perkembangan pasien. Perilaku *caring* yang kurang optimal berpengaruh terhadap motivasi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan tidak terkecuali dalam menerapkan prinsip etik keperawatan. Motivasi perawat menerapkan prinsip etik yang menurun diakui oleh perawat dari hasil wawancara dikarenakan faktor internal dan eksternal dari pekerjaan. Berbagai upaya telah dilakukan untuk meningkatkan kinerja perawat dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan misalnya dengan pembinaan secara langsung oleh atasan ataupun pelatihan-pelatihan profesional keperawatan, sosialisasi dan telaah kasus, akan tetapi hasilnya dirasakan kurang optimal. Permasalahan kinerja perawat menerapkan prinsip etik ini perlu segera dilakukan alternatif pemecahan masalah lainnya yang disesuaikan dengan faktor penyebab kurang optimalnya kinerja perawat menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan.

Upaya yang dilakukan RSUD Sragen untuk meningkatkan perilaku *caring* perawat selama ini belum pernah dilakukan sedangkan untuk memotivasi perawat sejak Januari 2010 terjadi kenaikan jasa perawat disesuaikan dengan kenaikan tarif RS dimana hal ini dimaksudkan untuk meningkatkan kinerja perawat. Penelitian yang mengkaji perilaku *caring*, motivasi dan pengaruhnya terhadap kinerja penerapan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan sejauh peneliti belum ada yang meneliti, baik di RSUD Sragen maupun di tempat lain. Hal ini perlu dilakukan guna mengetahui faktor yang mempengaruhi kinerja perawat dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan sehingga manajemen rumah sakit dapat melakukan upaya yang

lebih tepat guna meningkatkan kinerja perawat. Berdasarkan fenomena yang terjadi di RSUD Sragen maka rumusan masalah penelitian ini adalah “Bagaimana hubungan perilaku *caring*, dan motivasi dengan kinerja perawat pelaksana dalam menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi adanya hubungan antara perilaku *caring* dan motivasi dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

- 1.3.2.1 Teridentifikasinya karakteristik demografi perawat meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja dan status pernikahan pada perawat pelaksana di RSUD Sragen.
- 1.3.2.2 Teridentifikasinya perilaku *caring (respectful; assurance of human presence)* pada perawat pelaksana di RSUD Sragen
- 1.3.2.3 Teridentifikasinya motivasi intrinsik (otonomi pekerjaan dan tanggung jawab pekerjaan) menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan pada perawat pelaksana di RSUD Sragen.
- 1.3.2.4 Teridentifikasinya motivasi ekstrinsik (sistem penggajian, kebijakan RS, hubungan dengan rekan kerja dan supervisi dari atasan) menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan pada perawat pelaksana di RSUD Sragen.
- 1.3.2.5 Teridentifikasinya kinerja menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan (prinsip *otonomi, non maleficence, beneficence, justice, veracity, fidelity*) pada perawat pelaksana di RSUD Sragen.

1.3.2.6 Teridentifikasinya hubungan antara perilaku *caring* (*respectful*; *assurance of human presence*) dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.

- a. Teridentifikasinya hubungan antara perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.
- b. Teridentifikasinya hubungan antara perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.

1.3.2.7 Teridentifikasinya hubungan antara motivasi (faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik) dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.

- a. Hubungan antara motivasi intrinsik (otonomi pekerjaan dan tanggung jawab pekerjaan) dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen
- b. Hubungan antara motivasi ekstrinsik (sistem penggajian, kebijakan RS, hubungan dengan rekan kerja dan supervisi atasan) dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.

1.3.2.8 Teridentifikasinya hubungan antara perilaku *caring* (*respectful*; *assurance of human presence*) dengan motivasi intrinsik (tanggung jawab kerja dan otonomi kerja) dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan pada perawat pelaksana di RSUD Sragen.

- a. Teridentifikasinya hubungan antara perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan otonomi pekerjaan dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan pada perawat pelaksana di RSUD Sragen.
- b. Teridentifikasinya hubungan antara perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan tanggung jawab pekerjaan dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan pada perawat pelaksana di RSUD Sragen.
- c. Teridentifikasinya hubungan antara perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dengan otonomi pekerjaan dalam menerapkan

prinsip etik dalam asuhan keperawatan pada perawat pelaksana di RSUD Sragen.

- d. Teridentifikasinya hubungan antara perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dengan tanggung jawab pekerjaan dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan pada perawat pelaksana di RSUD Sragen.

1.3.2.9 Teridentifikasinya hubungan antara perilaku *caring* (*respectful; assurance of human presence*) dengan motivasi ekstrinsik (sistem penggajian, kebijakan RS, hubungan dengan rekan kerja dan supervisi atasan) dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan pada perawat pelaksana di RSUD Sragen.

- a. Teridentifikasinya hubungan antara perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan sistem penggajian dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan pada perawat pelaksana di RSUD Sragen.
- b. Teridentifikasinya hubungan antara perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan kebijakan RS dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan pada perawat pelaksana di RSUD Sragen.
- c. Teridentifikasinya hubungan antara perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan hubungan dengan rekan kerja dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan pada perawat pelaksana di RSUD Sragen.
- d. Teridentifikasinya hubungan antara perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan supervisi atasan dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan pada perawat pelaksana di RSUD Sragen.
- e. Teridentifikasinya hubungan antara perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dengan sistem penggajian dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan pada perawat pelaksana di RSUD Sragen.
- f. Teridentifikasinya hubungan antara perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dengan kebijakan RS dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan pada perawat pelaksana di RSUD Sragen.

- g. Teridentifikasinya hubungan antara perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dengan hubungan dengan rekan kerja dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan pada perawat pelaksana di RSUD Sragen.
- h. Teridentifikasinya hubungan antara perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dengan supervisi atasan dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan pada perawat pelaksana di RSUD Sragen.

1.3.2.10 Teridentifikasinya hubungan variabel *confounding* (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja dan status pernikahan) dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.

- a. Teridentifikasinya hubungan umur dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.
- b. Teridentifikasinya hubungan jenis kelamin dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.
- c. Teridentifikasinya hubungan tingkat pendidikan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.
- d. Teridentifikasinya hubungan masa kerja dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.
- e. Teridentifikasinya hubungan status pernikahan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.

1.3.2.11 Teridentifikasinya variabel yang paling berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Aplikatif

- 1.4.1.1 Hasil penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi manajemen rumah sakit bahwa dengan teridentifikasinya faktor motivasi dan perilaku *caring* sebagai faktor yang dapat mempengaruhi kinerja perawat dalam menerapkan prinsip etik keperawatan maka manajemen rumah sakit dapat melakukan upaya untuk meningkatkan kinerja perawat dengan cara meningkatkan motivasi dan perilaku *caring* perawat.
- 1.4.1.2 Hasil penelitian ini bermanfaat bagi perawat pelaksana, dengan teridentifikasinya perilaku *caring* perawat, faktor motivasi dan kinerja perawat dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan maka perawat dapat melakukan introspeksi diri dan termotivasi untuk melakukan perbaikan dalam perilaku *caring* dan kinerja penerapan prinsip etik dalam asuhan keperawatan.
- 1.4.1.3 Hasil penelitian ini bermanfaat bagi peneliti lain yang mempunyai minat dan fokus mengenai kinerja perawat dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan, peneliti lain dapat mengembangkan penelitian sejenis dengan perbaikan yang menjadi keterbatasan dalam penelitian ini dan meneliti faktor-faktor lain yang mempengaruhi kinerja perawat dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan yang tidak diteliti dalam penelitian ini.
- 1.4.1.4 Hasil penelitian ini bermanfaat bagi peneliti karena merupakan media pembelajaran dalam menerapkan ilmu dan pengetahuan yang didapatkan selama menempuh perkuliahan akademik pada suatu tatanan praktek pelayanan keperawatan yang nyata di rumah sakit dan merupakan pengalaman berharga dalam melakukan penelitian.

1.4.2 Manfaat Akademik dan Keilmuan

- 1.4.2.1 Hasil penelitian ini bermanfaat bagi khasanah keilmuan keperawatan dan pendidikan keperawatan, bahwa dengan teridentifikasinya faktor motivasi dan perilaku *caring* sebagai faktor yang mempengaruhi kinerja perawat menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan maka institusi

pendidikan dapat melakukan upaya untuk meningkatkan perilaku menerapkan prinsip etik keperawatan dengan cara meningkatkan perilaku *caring* dan motivasi peserta didik perawat.

1.4.3 Manfaat Metodologi

1.4.3.1 Hasil penelitian ini bermanfaat secara metodologi, bahwa dengan teridentifikasinya faktor motivasi dan perilaku *caring* sebagai faktor yang mempengaruhi kinerja perawat dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan maka dapat dikembangkan satu model konsep kinerja perawat menerapkan prinsip etik dengan dipengaruhi oleh faktor motivasi dan perilaku *caring* perawat.

1.4.3.2 Salah satu hasil penelitian ini adalah berupa instrumen untuk mengkaji faktor motivasi, perilaku *caring* dan kinerja perawat menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan yang dapat dipergunakan oleh pihak-pihak yang berkepentingan sebagai salah satu instrumen evaluasi bagi perawat mengingat selama ini belum ada instrumen baku yang dapat dipergunakan untuk mengukur kinerja perawat dalam menerapkan prinsip etik.

BAB 2 TINJAUAN TEORI

Penerapan manajemen di keperawatan sekarang ini menjadi hal yang sangat penting untuk dilakukan. Manajemen keperawatan adalah ilmu dan seni tentang bagaimana menggunakan sumber daya keperawatan secara efektif, efisien dan rasional untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan sebelumnya. Cara untuk memahami manajemen dapat dipelajari melalui fungsi-fungsi manajemen. Fungsi manajemen yang digunakan oleh Depkes RI mengadopsi dari George Terry yang terdiri dari *planning*, *organizing*, *actuating* dan *controlling*. Keempat fungsi manajemen tersebut terpisah satu sama lain, tetapi sebagai sebuah proses, keempatnya merupakan suatu rangkaian kegiatan yang berhubungan satu sama lain yang mempunyai peranan sama pentingnya. Fungsi manajemen yang menjadi fokus dalam penelitian ini adalah fungsi *organizing*.

Organizing adalah rangkaian kegiatan manajemen untuk menghimpun semua sumber daya yang dimiliki organisasi dan memanfaatkannya secara efisien untuk mencapai tujuan organisasi. Sumber daya organisasi yang merupakan sentral adalah sumber daya manusia karena itu proses *staffing* sangat menentukan keberhasilan pencapaian organisasi dengan merekrut staf yang kompeten dan membuat staf yang telah direkrut menjadi loyal terhadap organisasi. Peran perawat manager dalam membuat perawat pelaksana loyal terhadap organisasi adalah dengan memotivasi staf agar dapat meningkatkan kinerja sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh profesi dan organisasi.

Peran perawat manager dalam memotivasi perawat pelaksana dengan baik hanya dapat dilakukan jika manager mengetahui secara pasti faktor-faktor yang dapat meningkatkan kinerja bawahannya. Penelitian sebelumnya dan literatur yang ada menjelaskan adanya hubungan antara kinerja dengan perilaku *caring* dan hal-hal yang ada di dalam maupun di luar pekerjaan yang dapat memotivasi perawat dalam kinerja. Perilaku *caring* adalah esensi dari keperawatan yang dapat memotivasi perawat untuk berperilaku sesuai dengan standar profesional dan

standar etik karena aspek-aspek afektif dalam perilaku *caring* seperti *altruisme*, penghargaan terhadap manusia dan kehidupan serta rasa cinta, demikian juga hal-hal yang ada di pekerjaan perawat dapat memotivasi perawat dalam meningkatkan kinerja, tidak terkecuali kinerja menerapkan prinsip etik. Prinsip etik keperawatan adalah landasan moral bagi perawat yang merupakan pendorong bagi perawat untuk menampilkan kinerja keperawatan secara profesional yang diwujudkan dalam pengetahuan, sikap maupun perilaku.

Berdasarkan uraian di atas pada bab ini akan disajikan berbagai tinjauan literatur tentang perilaku *caring*, motivasi dan kinerja perawat dalam menerapkan prinsip etik untuk memperdalam pemahaman disertakan hasil-hasil penelitian yang terkait dengan ketiga konsep tersebut.

2.1 Caring

Caring merupakan konsep sentral atau inti bagi keperawatan akan tetapi *caring* tidak bisa dianggap sebagai paradigma yang unik bagi profesi keperawatan karena profesi kesehatan lain juga menganggap *caring* sebagai bagian integral dari kemampuannya yang terdiri atas pengetahuan dan keterampilan. *Caring* adalah bagian dari kehidupan manusia yang merupakan hasil dari budaya, nilai dan hubungan dengan manusia lain. Sehingga sampai sekarang konsep *caring* masih menjadi perdebatan oleh beberapa pakar keilmuan keperawatan maupun di luar keperawatan.

2.1.1 Definisi Caring dalam keperawatan

Beberapa teori dalam keperawatan telah dikembangkan dari berbagai sudut pandang untuk menjelaskan dan mendeskripsikan tentang *caring*. Mayeroff (1872 dalam Chinn, 1991) menyatakan bahwa *caring* adalah pola umum yang terjadi secara alami yang dimiliki oleh perawat untuk membantu seseorang untuk tumbuh seperti ibu pada anaknya, suami dengan istri dan guru pada muridnya. Konsep ini dibantah oleh Tschudin (2003) yang menyatakan bahwa *caring* bukan hanya membantu seseorang untuk tumbuh tetapi lebih dari itu *caring* dalam keperawatan berarti

perawat membantu klien untuk memahami penyakitnya dan bagaimana mengatasi penyakitnya tersebut.

Teori *caring* Jean Watson pertama kali dipublikasikan pada tahun 1979 dengan judul: *the Philosophy and Science of Caring*. Jean Watson mendefinisikan *caring* sebagai ilmu. Perspektif ilmu *caring* didasarkan pada ontologi hubungan dimana semua yang terlibat berada dalam suatu hubungan, bersatu dan mempunyai keterkaitan antara satu dengan yang lain. *Caring* merupakan sebuah perkembangan ilmu pengetahuan bidang baru yang didasarkan pada disiplin ilmu keperawatan dan perkembangan ilmu keperawatan, tetapi baru-baru ini juga meliputi bidang-bidang ilmu dan disiplin ilmu lainnya, misalnya, Perempuan / Feminis studi, Pendidikan, Ekologi, kedamaian, Filsafat / Etika , Arts and Humanities, Mindbodyspirit Kedokteran. Dengan demikian, perhatian ilmu ini dengan cepat menjadi *Transdisciplinary Interdisciplinary* bidang studi. (Watson, 2002). Watson melihat *caring* sebagai ideal moral dan etika keperawatan yang berdasarkan pada humanism dan hubungan interpersonal disamping menganggap *caring* sebagai suatu seni yang hidup, diekspresikan dan dikembangkan dalam tindakan *caring*. *Caring* dapat diterapkan pada semua bidang pelayanan manusia maupun pendidikan khususnya kesehatan.

Leinenger mendeskripsikan *caring* dari dimensi budaya. *Caring* menurut Leinenger (1991) adalah suatu pengetahuan dan pemahaman tentang manusia dalam kondisi sebenarnya dan bersama seseorang untuk membantu, membimbing atau melakukan cara untuk membantu mereka mencapai tujuan tertentu, meningkatkan atau memperbaiki kondisi kesehatan mereka dan cara hidupnya serta menghadapi ketidakmampuan atau membantu untuk menghadapi kematian. Leinenger membedakan *caring* menjadi dua yaitu: (1) *Generic caring*; merupakan pengetahuan dan keterampilan yang didapatkan melalui pembelajaran budaya (2) *Nursing*

caring: merupakan pengetahuan dan keterampilan yang didapatkan melalui pembelajaran formal dari institusi pendidikan perawat.

Pepin (1992 dalam Petterson & Bredow, 2008) menyatakan pandangannya mengenai *caring* dalam 2 dimensi yaitu cinta (*love*) dan pekerjaan (*labour*). Cinta berupa konsep-konsep afektif seperti altruisme, belas kasih, emosi, keberadaan, hubungan, pemeliharaan dan kenyamanan. Sedangkan *caring* sebagai pekerjaan berarti peran, fungsi, pengetahuan dan tugas perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien. Pendapat yang agak berlainan dikemukakan oleh Leinenger dimana menfokuskan pada perilaku *caring* perawat yang bertujuan untuk mencapai kesehatan dan kesejahteraan tetapi tidak mencakup aspek afektif dan teknik *caring*. *Caring* menurut Leinenger (1991) adalah fenomena yang universal tetapi ekspresi, proses dan pola perilaku *caring* dipengaruhi oleh budaya. Lebih lanjut, Leinenger mendeskripsikan bahwa ada perbedaan persepsi tentang perilaku *caring* yang disebabkan oleh latar belakang budaya, nilai dan tradisi perawat yang mempengaruhi pemahaman perawat tentang konsep *caring*.

Transpersonal *caring* dinyatakan oleh Watson sebagai proses intersubjektif antara perawat dan klien dimana pernyataan Watson ini hampir sama dengan Wolf, Colahan, Costello, Warwick, Ambrose, & Giardino (1998) yang menyatakan *caring* sebagai proses interaktif dan intersubjektif yang terjadi antara pasien dan perawat dimana mereka saling berbagi dan mengarahkan dalam suatu waktu. *Caring* dalam keperawatan dipandang sebagai inti atau esensi dari keperawatan dan dasar untuk melakukan intervensi keperawatan.

Swanson (1991 dalam Tomey & Alligood, 2006) mendefinisikan *caring* sebagai suatu proses untuk menjalin suatu hubungan yang berfokus pada perasaan klien yang merupakan suatu komitmen dan tanggung jawab seorang perawat. Duffy (2005) menambahkan bahwa perilaku *caring*

merupakan suatu harapan dari pasien maupun keluarga mengenai praktek keperawatan dan *caring* merupakan kata sifat yang biasa digunakan oleh perawat dan siswa perawat untuk menggambarkan karakteristik praktek keperawatan.

Kompetensi *caring* dalam keperawatan yang lebih dikenal sebagai proses klinik *caring* (*clinical caring processes*) adalah representasi nilai, sikap dan perilaku perawat yang menimbulkan perasaan dipedulikan yang dipersepsikan oleh klien (Watson, 2002). *Clinical caring process* adalah hubungan yang menyatukan tindakan fisik, interaksi, hubungan dan memahami satu sama lain antara perawat dan klien (Duffy 2005).

Kesimpulan yang dapat diambil dari beberapa pernyataan pakar di atas adalah *caring* terdiri atas dua aspek yaitu berupa tindakan nyata perawat dalam melakukan peran dan tugasnya dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien dan aspek afektif perawat seperti perasaan cinta, *altruisme*, belas kasih, kehangatan serta perasaan lain yang mendasari perawat melakukan tindakan *caring* kepada klien.

2.1.2 Komponen Perilaku *Caring*

Peran perawat sebagai petugas kesehatan merupakan peran yang diketahui oleh semua perawat dimana mereka diharapkan mampu membagi pengetahuan dan memberikan perawatan kepada klien, akan tetapi deskripsi *caring* dalam memberikan asuhan keperawatan terkadang tidak dipahami atau dipersepsikan berbeda oleh perawat. *Caring* tidak hanya penting bagi perawat karena *caring* sangat berhubungan erat dengan penerima pelayanan keperawatan yaitu klien maupun potensial klien dan juga keluarga klien. Hal yang penting untuk mengetahui persepsi perawat, klien maupun keluarga klien tentang perilaku *caring* yang dianggap mereka penting untuk dilakukan perawat guna memberikan kepuasan, tidak hanya bagi klien dan keluarga klien tetapi juga bagi perawat.

Berikut ini akan dijelaskan beberapa komponen perilaku *caring* menurut persepsi perawat, klien maupun keluarga klien dari beberapa literatur maupun penelitian.

2.1.2.1 Sepuluh Faktor Karatif *Caring*

Perilaku *caring* menurut Watson (1979, dalam Tomey 1994) adalah proses yang dilakukan oleh perawat yang meliputi pengetahuan, tindakan dan dideskripsikan sebagai 10 faktor karatif yang digunakan dalam praktek keperawatan di beberapa seting klinik yang berbeda. Sepuluh faktor karatif tersebut adalah:

a. Membentuk dan menghargai sistem nilai humanistik dan altruistik

Humanistik altruistic adalah sikap yang didasari pada nilai-nilai kemanusiaan yaitu menghormati otonomi atau kebebasan klien terhadap pilihan yang terbaik menurutnya serta mementingkan orang lain dari pada diri sendiri. Aronfreed (1973 dalam Smith, 1995) memandang altruisme adalah perilaku yang menunjukkan kapasitas seseorang yang empati dan dapat merasakan apa yang dialami orang lain. Hal ini sesuai dengan pandangan Watson tentang manusia, yaitu individu merupakan totalitas dari bagian-bagian, memiliki harga diri di dalam dan dirinya yang memerlukan perawatan, penghormatan, dipahami dan kebutuhan untuk dibimbing. Di samping itu lingkungan (perawat) yang mempunyai sifat *caring* dapat meningkatkan dan membangun potensi seseorang untuk membuat pilihan tindakan yang terbaik bagi dirinya (Watson, 1979 dalam Tomey 1994).

Perilaku *caring* perawat yang mencerminkan faktor ini dalam memberikan asuhan keperawatan adalah memanggil nama klien dengan nama sehari-hari, mengenali karakteristik klien (umur, pekerjaan, pendidikan, alamat dll), mengenali kelebihan dan kekurangan klien, memenuhi panggilan klien walaupun sedang mengerjakan hal lain yang tidak berhubungan dengan klien, mendengarkan apa yang menjadi keluhan dan kebutuhan klien, menghargai dan menghormati pendapat dan keputusan klien terkait

dengan keputusannya, membimbing klien dalam melakukan suatu tindakan keperawatan yang merupakan kebutuhannya (Maridi, 2005: Nurachmah, 2001).

b. Menanamkan sikap penuh pengharapan

Faktor ini sangat erat hubungannya dengan nilai altruisme dan humanistik. Perawat membantu klien untuk memperoleh kesejahteraan dan kesehatan melalui hubungan yang efektif dengan klien dan memfasilitasi klien untuk menerapkan gaya hidup sehat (Watson, 1979 dalam Tomey & Alligood, 2006).

Perilaku *caring* perawat yang mencerminkan faktor ini dalam memberikan asuhan keperawatan adalah memberi motivasi kepada klien untuk menghadapi penyakitnya secara realistis, memberi informasi pada klien tentang tindakan keperawatan dan pengobatan yang akan diberikan, membantu klien untuk memahami alternatif tindakan perawatan dan pengobatan yang telah ditetapkan, meyakinkan bahwa kehidupan kematian dan takdir setiap orang telah ditentukan, mendorong klien melakukan hal-hal positif atau bermanfaat terkait dengan proses penyembuhannya (Maridi, 2005: Nurachmah, 2001).

c. Menanamkan sensitifitas atau kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain

Perawat harus belajar untuk mengembangkan sifat sensitif dan peka terhadap perasaan klien sehingga dapat lebih ikhlas, otentik dan sensitif dalam memberikan asuhan keperawatan (Watson, 1979 dalam Tomey & Alligood, 2005).

Perilaku *caring* perawat yang mencerminkan faktor ini dalam memberikan asuhan keperawatan adalah tetap sabar ketika klien bersikap kasar terhadap perawat, mendampingi dan menenangkan klien ketika menghadapi penderitaan atau permasalahan, menawarkan

bantuan terhadap masalah yang dihadapi klien serta memenuhi kebutuhan klien (Maridi, 2005: Nurachmah, 2001).

d. Mengembangkan hubungan saling percaya dan saling membantu

Hubungan saling percaya antara perawat dan klien adalah hal yang penting dalam asuhan keperawatan. Hubungan ini akan meningkatkan penerimaan terhadap perasaan positif dan negatif antara perawat dan klien (Watson, 1979 dalam Tomey & Alligood, 2006).

Perilaku *caring* perawat yang mencerminkan faktor ini dalam memberikan asuhan keperawatan adalah mengucapkan salam ketika berinteraksi dengan klien, memperkenalkan diri pada awal pertemuan dengan klien, menyepakati kontrak yang dibuat bersama klien, menepati kontrak, mempertahankan kontak mata dengan klien, berbicara dengan suara yang lembut, posisi perawat berhadapan dengan klien pada saat berkomunikasi, menjelaskan prosedur tindakan setiap akan melakukan tindakan, mengorientasikan klien baru dan melakukan terminasi pada setiap selesai berinteraksi (Maridi, 2005: Nurachmah, 2001).

e. Meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan positif dan negatif

Perawat berbagi perasaan dengan klien merupakan hal yang riskan. Perawat harus mempersiapkan diri dalam menghadapi ekspresi perasaan positif dan negatif klien dengan cara memahami ekspresi klien secara emosional maupun intelektual dalam situasi yang berbeda (Watson, 1979 dalam Tomey & Alligood, 2006).

Perilaku *caring* perawat yang mencerminkan faktor ini dalam memberikan asuhan keperawatan adalah memberikan kesempatan pada klien untuk mengekspresikan perasaannya, merawat mengungkapkan bahwa ia menerima kelebihan dan kelemahan klien, mendorong klien untuk mengungkapkan harapan terhadap kondisi saat ini, menjadi

pendengar yang aktif pada setiap keluhan klien yang menyenangkan dan tidak menyenangkan (Maridi, 2005: Nurachmah, 2001).

- f. Menggunakan metode sistematis dalam menyelesaikan masalah *caring* untuk pengambilan keputusan secara kreatif dan individualistik.

Perawat menggunakan proses keperawatan yang sistematis dan terorganisir untuk menyelesaikan masalah kesehatan klien sesuai dengan ilmu dan kiat keperawatan (Watson, 1979 dalam Tomey & Alligood, 2006).

Perilaku *caring* perawat yang mencerminkan faktor ini dalam memberikan asuhan keperawatan adalah mengkaji, merencanakan melaksanakan dan mengevaluasi proses keperawatan sesuai dengan masalah klien, memenuhi kebutuhan keinginan klien yang tidak bertentangan dengan kesehatannya, melibatkan klien dan keluarga dalam menentukan masalah keperawatan dan prioritas, menetapkan rencana keperawatan bersama dengan klien dan keluarga, melibatkan klien dan keluarga dalam setiap pelaksanaan tindakan keperawatan, melibatkan klien dan keluarga dalam setiap pelaksanaan evaluasi tindakan keperawatan (Maridi, 2005: Nurachmah, 2001).

- g. Meningkatkan proses belajar mengajar interpersonal

Faktor kreatif ini merupakan konsep yang penting dalam keperawatan karena memperlihatkan dengan jelas perbedaan antara keperawatan dan penyembuhan. Perawat memberikan informasi kepada klien dan klien diberi tanggung jawab juga dalam proses kesehatan dan kesejahteraannya. Perawat memfasilitasi proses ini dengan teknik belajar mengajar bertujuan untuk memandirikan klien dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri, menentukan kebutuhan diri dan memberikan pribadi klien kesempatan untuk berkembang (Watson, 1979 dalam Tomey & Alligood, 2006).

Perilaku *caring* perawat yang mencerminkan faktor ini dalam memberikan asuhan keperawatan adalah menciptakan lingkungan yang tenang, aman dan nyaman untuk proses pemberian pendidikan keperawatan, memberikan pendidikan kesehatan sesuai dengan kebutuhan perawatan klien, menjelaskan setiap keluhan klien secara rasional dan ilmiah sesuai dengan tingkat pemahaman klien dan cara mengatasinya, meyakinkan klien tentang kesediaan perawat untuk menjelaskan apa yang ingin diketahui (Maridi, 2005: Nurachmah, 2001).

- h.** Menciptakan lingkungan fisik, mental, sosial dan spiritual yang suportif, protektif dan korektif

Perawat harus memahami lingkungan eksternal dan internal yang berpengaruh terhadap kesehatan dan penyakit individu. Lingkungan internal meliputi kesejahteraan mental dan spiritual serta keyakinan sosial budaya individu, sedangkan lingkungan eksternal meliputi kenyamanan, *privacy*, keamanan dan kebersihan serta keindahan (Watson, 1979 dalam Tomey & Alligood, 2006).

Perilaku *caring* perawat yang mencerminkan faktor ini dalam memberikan asuhan keperawatan adalah menyetujui keinginan klien dengan bertemu dengan pemuka agama, menghadiri pertemuan klien dengan pertemuan agama, memfasilitasi atau menyediakan keperluan klie ketika akan berdoa atau beribadah sesuai dengan agamanya, bersedia mencari alamat dan menghubungi keluarga yang sangat diharapkan mengunjungi klien, bersedia menghubungi teman klien atas permintaan klien (Maridi, 2005: Nurachmah, 2001).

- i.** Memenuhi kebutuhan dasar manusia dengan penuh penghargaan dalam rangka mempertahankan keutuhan dan martabat manusia.

Perawat harus memahami kebutuhan biofisikal, psikososial, psikofisikal dan interpersonal bagi dirinya sendiri dan juga klien. Klien

harus terpenuhi kebutuhan tingkat dasar terlebih dahulu sebelum berusaha mencapai kebutuhan yang berada di atasnya. Makanan, eliminasi dan udara adalah contoh kebutuhan biofisikal pada tingkatan bawah sedangkan aktivitas, istirahat dan kebutuhan seksual adalah kebutuhan psikosofisikal pada tingkatan paling bawah. Pencapaian dan afiliasi adalah kebutuhan psikosoial yang lebih tinggi sedangkan aktualisasi diri adalah kebutuhan intrapersonal dan interpersonal yang lebih tinggi (Watson, 1979 dalam Tomey dan Alligood, 2006).

Perilaku *caring* perawat yang mencerminkan faktor ini dalam memberikan asuhan keperawatan adalah bersedia memenuhi kebutuhan dasar dengan ikhlas, menyatakan perasaan bangga dapat menjadi orang yang bermanfaat bagi klien, menghargai klien dan privasi klien ketika sedang memenuhi kebutuhannya, menunjukkan pada klien bahwa klien adalah orang yang pantas dihormati dan dihargai (Maridi, 2005: Nurachmah, 2001).

- j. Mengizinkan untuk terbuka pada eksistensial-fenomenologikal dan dimensi spiritual *caring* serta penyembuhan yang tidak dapat dijelaskan secara utuh dan ilmiah melalui pemikiran masyarakat modern.

Watson berkeyakinan bahwa perawat mempunyai tanggung jawab untuk melaksanakan 10 faktor karatif dalam memberikan asuhan keperawatan dan memfasilitasi klien untuk meningkatkan kesehatannya melalui upaya *health promotion*. Upaya ini dilaksanakan dengan mengajarkan perubahan gaya hidup yang sehat kepada klien untuk meningkatkan kesehatan, menyediakan lingkungan yang mendukung, mengajarkan metode pemecahan masalah dan mengenalkan pada klien keterampilan koping dan adaptasi terhadap rasa kehilangan (Watson, 1979 dalam Tomey & Alligood, 2006).

Perilaku *caring* perawat yang mencerminkan faktor ini dalam memberikan asuhan keperawatan adalah Memberikan kesempatan pada klien dan keluarga untuk melakukan hal-hal yang bersifat ritual demi proses penyembuhannya, mampu memfasilitasi kebutuhan klien dan keluarga terhadap keinginan melakukan terapi alternatif sesuai pilihannya, memotivasi klien dan keluarga untuk berserah diri pada Tuhan Yang Maha Esa, menyiapkan klien dan keluarganya ketika menghadapi fase berduka (Maridi, 2005; Nurachmah, 2001).

2.1.2.2 Perilaku *caring* menurut Erickson

Perilaku *caring* diekspresikan melalui usaha (*tending*), berbuat (*playing*) dan belajar (*learning*) yang didasari oleh semangat keyakinan (*faith*), cinta (*love*) dan harapan (*hope*). Karakteristik usaha adalah kehangatan, kedekatan, dan sentuhan. Permainan diekspresikan melalui sebuah percobaan, latihan, kreativitas, imajinasi, keinginan dan harapan. Sedangkan belajar bertujuan untuk pertumbuhan dan perubahan (Erickson, 1992 dalam Tomey & Alligood, 2006).

2.1.2.3 Perilaku *caring* menurut Swanson

Swanson mendefinisikan perilaku *caring* terdiri atas lima proses *caring*, dimana masing-masing proses terdiri atas beberapa subkategori.

a. *Knowing* (Mengetahui)

Knowing berarti berusaha untuk memahami arti suatu kejadian dalam kehidupan klien, mencegah adanya asumsi, berfokus pada perawatan untuk klien, mencari tanda-tanda, melakukan pengkajian secara cermat dan melibatkan diri dengan klien. Perawat yang memahami peristiwa yang dialami klien dan arti peristiwa tersebut bagi klien akan mampu menciptakan lingkungan yang aman dan positif bagi klien (Swanson, 1992 dalam Tomey & Alligood, 2006; Kavanaugh, Moro, Savage & Mehendale, 2006).

b. *Being with* (Kehadiran atau keberadaan)

Being with berarti menghadirkan emosi saat bersama klien. Hal ini berarti hadir secara fisik, menyampaikan keberadaan dan berbagi perasaan dengan klien tanpa membebani klien (Swanson, 1992 dalam Tomey & Alligood, 2006; Kavanaugh, Moro, Savage & Mehendale, 2006).

c. *Doing For* (Melakukan)

Melakukan berarti melakukan pelayanan keperawatan untuk membantu klien dalam perawatan total atau mendukung klien untuk melakukan perawatan mandiri. Sub kategori perilaku yang termasuk hal ini adalah mengantisipasi kebutuhan klien, memberikan kenyamanan, memberikan pelayanan keperawatan secara kompeten dan terampil, dan melindungi martabat klien selama perawatan (Kavanaugh, Moro, Savage & Mehendale, 2006; Swanson, 1992 dalam Tomey & Alligood, 2006).

d. *Enabling* (Memungkinkan)

Enabling berarti membantu klien dan memfasilitasi klien agar dapat merawat dirinya sendiri. *Enabling* juga berarti membantu klien untuk melalui masa transisi dalam kehidupan atau melalui peristiwa yang tidak biasa dengan cara berfokus pada kejadian tersebut, menginformasikan, menjelaskan, mendukung, memvalidasi perasaan, memberikan alternatif tindakan, berfikir dan memberikan *feedback* (Kavanaugh, Moro, Savage & Mehendale, 2006; Swanson, 1992 dalam Tomey & Alligood, 2006).

e. Mempertahankan kepercayaan (*maintaining belief*)

Proses ini merupakan fondasi *caring* dan ditujukan pada keyakinan terhadap kapasitas seseorang melalui bekerja bersama-sama dan mengenali arti suatu kejadian atau kondisi bagi klien. Sub kategori yang ada dalam proses ini perawat harus mempercayai klien,

menyediakan sikap penuh pengharapan, mempertahankan perasaan realistik dan optimistik klien, membantu klien memaknai arti kehidupan (Swanson, 1999 dalam Kavanaugh, Moro, Savage & Mehendale, 2006).

2.1.2.4 Perilaku *caring* menurut Leinenger

Leinenger (1988) mendeskripsikan perilaku *caring* sebagai aktivitas perawat yang penuh dengan keterampilan, suatu proses dan pengambilan keputusan yang berhubungan dengan membantu klien yang merefleksikan atribut sikap seperti empati, mendukung, belas kasih, melindungi, dan hal-hal lain tergantung kebutuhan, nilai, masalah, nilai dan tujuan yang ingin dicapai oleh individu ataupun kelompok yang dibantu perawat.

Karakteristik *caring* terbagi menjadi 3 yaitu (Leinenger, 1991):

- a. Profesional *caring*, yaitu sebagai perwujudan kemampuan kognitif. Perawat dalam bertindak terhadap respon yang ditunjukkan klien berdasarkan ilmu, sikap dan keterampilan professional sehingga dapat memberikan bantuan terhadap klien sesuai dengan kebutuhan, masalah dan tujuan yang ditetapkan perawat dan klien.
- b. *Scientifik caring*, segala keputusan dan tindakan dalam memberikan asuhan keperawatan berdasarkan pengetahuan yang dimiliki perawat.
- c. Humanistik *caring*, proses bantuan kepada orang lain yang bersifat kreatif, intuitif atau kognitif yang didasarkan pada filosofis, fenomenologik, perasaan objektif dan subjektif.

2.1.2.5 Perilaku *caring* dalam praktek keperawatan

Perilaku perawat yang ditunjukkan perawat dalam asuhan keperawatan berhubungan dengan *caring* meliputi: keberadaan perawat mendampingi klien, kenyamanan, sentuhan, mendengarkan, dan mengenal klien. (a) menyediakan keberadaan bukan berarti hanya hadir secara fisik melainkan juga komunikasi dan juga memahami klien; (b) Kenyamanan, berarti perawat memberikan kenyamanan baik secara fisik maupun emosi kepada

klien dengan intervensi keperawatan; (c) sentuhan, sebagai satu bentuk komunikasi yang merupakan awal terjadinya hubungan antara perawat dan klien (Potter&Perry, 2005). Sentuhan terdiri atas sentuhan langsung dan sentuhan tak langsung (Fredrikson, 1999 dalam Potter&Perry, 2005). Sentuhan langsung berarti adanya persinggungan antara kulit dan kulit, sedangkan sentuhan tidak langsung berarti adanya kontak mata antara perawat dan klien. (d) mendengarkan, *Caring* bukan hanya merupakan suatu interaksi interpersonal dan berbicara satu sama lain, tetapi lebih dari itu, dalam hubungan *caring* perawat dan klien membangun hubungan saling percaya, membuka jalur komunikasi dan mendengarkan apa yang dikatakan oleh klien. Mendengarkan klien berarti perawat dapat memahami dan menginterpretasikan apa yang dikatakan klien serta memberikan umpan balik pada klien (Kembe, 1992 dalam Potter & Perry, 2005) (e) mengenal klien, mengenal klien adalah inti dari proses pengambilan keputusan oleh perawat. Hubungan *caring* yang terbentuk antara klien dan perawat membantu perawat untuk lebih mengenal klien secara individu yang unik sehingga perawat dapat menentukan tindakan keperawatan yang sesuai dan efektif bagi klien (Potter & Perry, 2005).

2.1.2.6 Penelitian perilaku *caring* perawat

Penelitian yang dilakukan oleh Clukey, Hayes, Merrill & Curtis (2009) mengkaji perilaku *caring* perawat yang dipersepsikan oleh keluarga pasien dengan trauma cedera sedang sampai dengan berat. Perilaku *caring* ini terbagi menjadi 5 (lima) yaitu perilaku *caring* yang berdasarkan pengetahuan perawat, perilaku non verbal, asuhan keperawatan yang dilakukan perawat, intensitas waktu, memberikan kenyamanan kepada keluarga klien.

Perilaku *caring* berdasarkan pengetahuan yang dipersepsikan oleh keluarga klien adalah tindakan perawat memberikan informasi yang dibutuhkan klien, kemampuan mengambil keputusan yang tepat, menginterpretasikan situasi dan status kesehatan klien, menjelaskan

kondisi kesehatan yang dialami klien serta menjelaskan mengapa prosedur dan tindakan tersebut dilakukan dengan jelas dan dapat dimengerti oleh keluarga klien. Perilaku non verbal yang dianggap keluarga klien sebagai perilaku *caring* perawat adalah ekspresi wajah yang memperhatikan, tersenyum, menatap mata klien, intonasi suara yang lembut dan memberikan sentuhan yang dibutuhkan klien. Asuhan keperawatan yang dilakukan perawat, dalam hal ini adalah kompetensi yang dimiliki perawat dalam merawat klien, kemampuan menjalin hubungan terapeutik dengan klien dan sikap perawat yang sabar, teliti dan perhatian dalam memberikan asuhan keperawatan. Intensitas waktu yang dihabiskan perawat dalam merawat klien juga dipersepsikan keluarga klien sebagai perilaku *caring* perawat. Kemampuan perawat untuk berada di dekat klien dan menjalin hubungan yang baik dengan klien, menanyakan kebutuhan klien dan keluarga klien dan tidak terburu-buru meninggalkan klien. Perilaku *caring* perawat yang dianggap menyediakan kenyamanan bagi keluarga klien yaitu dengan menyediakan perhatian pada keluarga klien sama seperti perhatian yang dilakukan pada klien.

Pada tahun 2005, Mizuno, Ozawa, Okada, Takeo & Evans melakukan penelitian di Jepang untuk mengkaji perilaku *caring* yang dipersepsikan oleh perawat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perilaku *caring* yang dianggap penting oleh perawat adalah mendengarkan keluhan klien, membantu klien untuk tidak merasa tidak mengetahui apa-apa tentang penyakitnya dengan memberikan informasi yang adekuat, mengenal klien sebagai manusia secara pribadi, menanyakan persepsi klien sebelum melakukan suatu tindakan, berbicara dengan klien dan memprioritaskan klien.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Gay (1999) mendeskripsikan tentang perilaku *caring* yang dipersepsikan oleh pasien yang dengan penyakit jantung yang dirawat di ruang *Intensive Coronary Care Unit* (ICCU) menemukan bahwa aspek emosional sama pentingnya dengan aspek teknik

yang ditunjukkan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan. Aspek teknik yang dianggap klien sebagai perilaku *caring* perawat adalah perawat tahu apa yang dilakukan, tahu bagaimana memberikan injeksi maupun menggunakan peralatan keperawatan dan medis, tahu kapan memberitahukan kepada dokter mengenai kondisi klien, perawat yang memberikan tindakan keperawatan dan pengobatan tepat waktu.

Perilaku *caring* lain yang dipersepsikan oleh klien yaitu mengajarkan pada klien apa yang mereka butuhkan untuk diketahui yaitu perawat dapat menjawab pertanyaan klien secara jelas dan dapat dapat memberikan informasi yang dibutuhkan klien dengan bahasa yang mudah dimengerti klien. Aspek emosional perilaku *caring* yang dipersepsikan oleh klien lainnya yaitu memberikan asuhan keperawatan secara humanistik, misalnya memanggil nama panggilan klien dengan benar dan tidak menggunakan diagnosa klien untuk mengenali klien, menggunakan sentuhan saat memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Tindakan perawat seperti menepuk, memegang, memeluk dan membelai klien dalam melakukan tindakan keperawatan.

Perilaku *caring* lainnya yang dipersepsikan klien penting dilakukan perawat adalah mendengarkan keluhan dengan penuh perhatian sehingga klien dan keluarga dapat mengungkapkan ketakutan dan keprihatinannya. Hal ini tentu saja membuat perawat dapat memahami harapan klien dan keluarga, mencegah perawat salah mengartikan dan salah memahami klien sehingga berdampak pada klien yang merasa nyaman karena dapat membagi hal yang membebani dengan perawat. Empati adalah perilaku *caring* perawat yang penting. Empati adalah perawat menyadari bahwa klien adalah seseorang yang bernilai, unik dan patut dihargai. Perawat yang empati menunjukkan keterampilan interpersonal yang efektif dan dapat menerima perilaku, perasaan dan perkataan klien.

Penelitian yang dilakukan oleh Kimble (2003) tentang 10 peringkat perilaku *caring* perawat yang dipersepsikan oleh klien adalah baik hati dan penuh perhatian, memperlakukan klien secara pribadi, menjawab pertanyaan klien secara jelas, tahu apa yang mereka lakukan dan bagaimana menggunakan peralatan medis dan keperawatan, tahu bagaimana melakukan injeksi, mendengarkan klien secara bersungguh-sungguh ketika klien berbicara, menghormati klien, memberikan pengobatan ketika klien membutuhkan dan memberikan informasi tentang perkembangan kesehatan klien kepada keluarga.

2.1.3 Cara mengukur *caring*

Penelitian dikembangkan untuk mempelajari *caring* perawat lebih dari dua dekade dengan menggunakan pendekatan kuantitatif maupun kualitatif. Penelitian awal dengan menggunakan metode kualitatif bertujuan untuk mendefinisikan, mengkaji prioritas perilaku *caring* perawat dan mengevaluasi arti *caring* di beberapa populasi klien (Cronin & Harison, 1988; Larson, 1987; Reiman, 1986; Swanson-Kaufman, 1986). Penelitian dengan menggunakan metode kuantitatif digunakan untuk mengukur perilaku dan kompetensi *caring* perawat (Cronin & Harison, 1988; Coates, 1997; Duffy, 1990; Wolf, 1986). Secara rinci alat ukur yang digunakan untuk mengukur perilaku dan kompetensi *caring* perawat dijelaskan sebagai berikut (Watson, 2009):

2.1.3.1 *Caring Behavior Assesment Tool*

Caring Behavior Assesment Tool (CBA) adalah alat ukur yang paling awal dikembangkan untuk mengukur perilaku *caring* dengan menggunakan teori Watson dan 10 faktor karatif Watson. Alat ukur ini dikembangkan oleh Cronin dan Harrison pada tahun 1988 untuk mengidentifikasi perilaku *caring* perawat yang dipersepsikan oleh pasien. CBA terdiri atas 63 item pertanyaan yang dikelompokkan menjadi 7 sub skala. Faktor 1, 2 dan 3 dari faktor karatif Watson dikelompokkan menjadi satu kelompok dan faktor ke 6 dianggap oleh Cronin dan Harrison melekat

pada seluruh faktor karatif lainnya. Jawaban pertanyaan menggunakan 5 skala likert yang menggambarkan tingkatan masing-masing perawat dalam merefleksikan perilaku *caring*. CBA pertama kali digunakan dengan sampel 22 pasien yang mempunyai penyakit infark miokardial. Validitas isi dilakukan oleh 4 orang ahli yang sangat memahami tentang teori Watson. Cronin dan Harrison menganggap bahwa alat ukur ini merupakan alat ukur yang *reliable* (dapat dipercaya) serta mempunyai *content* (isi) yang benar dan sah (*valid*). Konsistensi reliabilitas berdasarkan *Cronbach's alpha* dapat dilihat pada tabel 2.1:

Tabel 2.1 Reliabilitas CBA

Kategori karatif (Sub skala)	Cronbach alpha
<i>Humanistik/faith-hope-sensitivity</i> (kemanusiaan/keyakinan-harapan-sensitivitas)	0.84
<i>Helping/trust</i> (Membantu/membina kepercayaan)	0.76
<i>Ekspression of positive/negative feeling</i> (Menerima ekspresi perasaan negative atau positif klien)	0.67
<i>Teaching/Learning</i> (Pembelajaran/pengajaran interpersonal)	0.90
<i>Supportive/protective/corrective environtment</i> (Menciptakan lingkungan yang mendukung dan melindungi)	0.79
<i>Human need/assistance</i> (Membantu memenuhi kebutuhan dasar)	0.89
<i>Existensial/phenomenological dimensions</i> (dimensi fenomenologi/eksistensi)	0.66

Alat ukur ini juga digunakan oleh Huggins, Gandy dan Kohut (1993 dalam Watson, 2009) dengan menggunakan sampel 288 pasien ambulatori di ruang gawat darurat dengan reliabilitas antara 0.71 sampai 0.88 pada

masing-masing sub skala dan alpha 0.93 untuk total skala. Laporan terkini penggunaan instrumen ini dilakukan oleh Baldursdottir dan Johsdottir (2002, dalam Watson, 2009) dengan sampel orang dewasa yang dirawat di ruang gawat darurat dan menghasilkan reliabilitas antara 0.69 sampai 0.89 pada sub skala.

2.1.3.2 *Caring Efficacy Scale*

Caring Efficacy Scale (CES) dikembangkan oleh Dr. Carolie Coates (1995) untuk mengkaji kepercayaan diri tentang kemampuan dan kompetensi perawat dalam menunjukkan pengenalan *caring* dan membangun hubungan yang *caring* dengan pasien. Konsep dasar pengembangan alat ukur ini dengan menggunakan teori *self efficacy* Bandura dan *transpersonal human caring* serta 10 faktor karatif milik Watson. CES pada mulanya terdiri atas 45 item pertanyaan dengan menggunakan 4 skala likert yang dengan pengembangan CES berubah menjadi 30 item pertanyaan. CES digunakan pada 110 siswa perawat, 119 lulusan, 117 lulusan yang telah bekerja dan 67 supervisi klinik. Validitas isi sesuai dengan teori dan 10 faktor karatif Watson. Reliabilitas alpha *cronbach* form A 0.85 dan form B 0.88.

2.1.3.3 *Caring Behavior Inventory*

Caring Behavior Inventory (CBI) dikembangkan oleh Wolf (1986) dengan menggunakan konsep dasar *caring* secara umum dan teori *transpersonal caring* Watson. Versi pertama alat ukur ini terdiri atas 75 item yang dengan proses psikometrik direduksi menjadi 43 kemudian mengecil kembali menjadi 42 item dengan alternatif jawaban menggunakan skala likert 4 poin yaitu 1= sangat tidak setuju, 2=tidak setuju, 3=setuju dan 4=sangat setuju. CBI 43 item pertanyaan diuji menggunakan 541 subjek penelitian yang terdiri dari 278 perawat dan 263 pasien. Konsistensi reliabilitas internal dilaporkan sampai 0.96 pada tahun 1994.

Wolf et al (1994) mengategorikan faktor karatif dari teori Watson menjadi 5 dimensi perilaku *caring* seperti tergambar pada tabel 2.2:

Tabel 2.2 Lima Dimensi Perilaku *Caring* yang Berhubungan dengan Faktor Karatif dari Teori Watson

Dimensi	Karatif	Berhubungan dengan Faktor Karatif Watson
I	Mengakui keberadaan manusia (<i>assurance of human presence</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Pembentukan sistem nilai humanistik dan altruistik • Memberikan kepercayaan-harapan • Menumbuhkan sensitifitas terhadap diri sendiri dan orang lain
II	Menanggapi dengan rasa hormat (<i>Respectful</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan hubungan saling percaya • Meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan positif dan negatif klien
III	Pengetahuan dan keterampilan profesional (<i>Professional knowledge and skill</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Menggunakan metode sistematis penyelesaian untuk pengambilan keputusan • Peningkatan pembelajaran dan pengajaran interpersonal
IV	Menciptakan hubungan positif (<i>Positive connectedness</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Menciptakan lingkungan fisik, mental, soaiokultural dan spiritual yang mendukung
V	Perhatian terhadap yang dialami orang lain (<i>Attentiveness to the other's experience</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan bimbingan dalam memuaskan kebutuhan manusiawi • Mengijinkan terjadinya tekanan yang bersifat fenomenologis agar pertumbuhan diri dan kematangan jiwa klien dapat tercapai

Pengukuran perilaku *caring* perawat pada RSUD Sragen direncanakan menggunakan *Caring Behavior Inventory* dari Wolf (1994) dengan difokuskan pada dimensi mengakui keberadaan manusia atau *assurance of*

human presence yang terdiri atas faktor karatif *Humanistik/faith-hope-sensitivity* serta *dimensi respectful* atau menanggapi dengan rasa hormat yang terdiri atas faktor karatif *Helping/trust dan Ekspresion of positive/negative feeling*. Hal ini karena dimensi *caring* ini erat hubungannya dengan kompetensi afektif yang dibutuhkan perawat agar termotivasi memberikan asuhan keperawatan dengan menerapkan prinsip etik. Arquiza (1997 dalam Malau, 2008) menyatakan bahwa perawat yang mempunyai rasa menghormati terhadap keberadaan manusia maka akan memandang klien sebagai individu yang unik dan menganggap bahwa klien berhak mendapatkan perlakuan sesuai dengan martabatnya sebagai manusia sehingga perawat melakukan asuhan keperawatan dengan menerapkan prinsip etik seperti menghormati pilihan klien, tidak membeda-bedakan klien, mengizinkan klien berpartisipasi dalam perawatannya dan lain-lain.

Lebih lanjut dijelaskan oleh Thiroux (1990 dalam Potter & Perry, 2005) yang menyatakan bahwa *respect* dan *assurance of human presence* berarti semua orang tidak terkecuali perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien harus menghargai dirinya sendiri dan orang lain termasuk kehidupan dan kematian. Kehidupan adalah hak dasar yang dimiliki oleh semua manusia dan merupakan sesuatu yang berharga bagi manusia, oleh karena itu perawat diwajibkan untuk melakukan segala upaya untuk mempertahankan kehidupan klien baik secara kuantitas maupun secara kualitas. Tindakan ini juga berarti menghargai perbedaan dan keunikan klien sebagai individu.

Perilaku *caring* perawat jika tidak dilakukan dengan baik akan berdampak pada klien dan juga perawat. Perawat yang tidak *caring* tidak termotivasi meningkatkan kinerja sesuai dengan standar profesi termasuk kinerja dalam menerapkan prinsip etik karena sifat keras hati, tidak perhatian dengan klien dan bertindak tanpa perasaan seperti robot.

2.1.4 Upaya Peningkatan Perilaku *Caring*

Upaya peningkatan perilaku *caring* perawat dapat dilakukan melalui pendekatan individu, psikologis dan organisasi (Gibson, Ivancevich, & Donnelly, 1997):

Pendekatan individu, melalui peningkatan pengetahuan dan keterampilan *caring* dengan pelatihan, seminar, workshop maupun peningkatan pendidikan formal. Amerika telah memulai melakukan revisi kurikulum pendidikan keperawatan yang berfokus pada *caring* dan pengetahuan *caring* sejak tahun 1980 yang menuntut pendidik untuk mengembangkan metode dan strategi pembelajaran yang dapat meningkatkan perilaku *caring* perawat (Duffy, 2005). Strategi pembelajaran yang dilakukan yaitu pengenalan konsep *caring* yang dilakukan pada masa awal pendidikan bersamaan dengan pengenalan konsep kesehatan, adanya komunitas *caring* di sekolah yang dapat dijadikan ajang untuk melatih perilaku *caring* di antara sesama teman, dan adanya *role model* serta metode pembelajaran yang memberikan gambaran nyata penerapan *caring* kepada klien yang dapat diwujudkan dalam bentuk *role play* atau studi kasus (AACN, 1998 dalam Duffy, 2005).

- a. Pendekatan psikologis, yaitu melalui supervisi dan pembinaan serta *role model* yang baik dari atasan dalam berperilaku *caring*. Hal ini sesuai dengan penelitian Sutriyanti (2009) yang menyatakan adanya perbedaan yang bermakna pada kepuasan pasien antara kelompok perawat yang diberi pelatihan dan bimbingan sebanyak 6 x dibanding kelompok perawat yang diberi pelatihan dan bimbingan sebanyak 3 x.
- b. Pendekatan organisasi, yaitu dengan membangun struktur, sistem dan budaya dalam organisasi yang dapat mendorong perawat berperilaku *caring*, dimana hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Supriatin (2009).

2.2 Motivasi

Perawat manager perlu memahami tentang motivasi karena organisasi hanya dapat mencapai tujuannya jika seluruh anggota organisasi berupaya menampilkan kinerja yang optimal. Anggota organisasi bersedia meningkatkan kinerja jika ada keyakinan bahwa kebutuhan, tujuan, harapan, keinginan dan keperluannya tercapai.

2.2.1 Definisi

Motivasi berasal dari bahasa latin "*movere*" yang berarti "menggerakkan. Motivasi merupakan kekuatan yang ada dalam diri individu yang mempengaruhi atau mendorong untuk berperilaku (Marquis dan Huston, 2006). Swansburg & Swansburg (1999) menyatakan motivasi sebagai konsep yang menguraikan perilaku maupun respon instrinsik yang ditujukan dalam perilaku.

Robbins dan Judge (2007) mendefinisikan motivasi sebagai suatu proses yang menjelaskan intensitas, arah dan ketekunan individu untuk mencapai tujuannya. Pernyataan serupa dinyatakan oleh Siagian (2002) bahwa motivasi adalah daya dorong bagi seseorang untuk memberikan kontribusi yang sebesar mungkin demi keberhasilan organisasi mencapai tujuannya, di mana hal ini dapat terjadi jika tujuan pribadi anggota organisasi juga tercapai. Chaouis (2000) menyatakan bahwa motivasi merupakan suatu kerelaan untuk berusaha seoptimal mungkin dalam pencapaian tujuan organisasi yang dipengaruhi oleh kemampuan usaha untuk memuaskan kebutuhan pribadi.

Pernyataan di atas menjelaskan bahwa motivasi adalah keadaan dalam pribadi seseorang yang mendorong keinginan individu untuk melakukan kegiatan tertentu guna mencapai suatu tujuan. Motivasi yang ada pada seseorang akan mewujudkan perilaku yang diarahkan untuk mencapai kepuasan.

Manager tidak dapat memotivasi secara langsung bawahannya, karena motivasi muncul dari dalam individu. Hal yang dapat dilakukan manajer adalah menciptakan lingkungan, mendukung, mempengaruhi kolega dan berinteraksi secara personal dengan tim kerja untuk menghasilkan motivasi pekerja. Pimpinan dapat menjadi *role model*, pendengar, dan pendukung serta pendorong bagi pekerja yang mengalami penurunan motivasi. Motivasi intrinsik berbeda dengan motivasi ekstrinsik. Motivasi intrinsik berasal dari dalam diri individu, mendorong individu untuk menghasilkan sesuatu guna mencapai suatu hal yang diinginkan. Motivasi intrinsik dipengaruhi orang tua, kelompok dan budaya. Motivasi ekstrinsik adalah motivasi yang dihasilkan dari lingkungan kerja atau penghargaan eksternal. Organisasi harus memberikan lingkungan yang menstimulasi motivasi instrinsik dan ekstrinsik individu (Marquis dan Huston, 2006).

2.2.2 Teori Motivasi

Secara garis besar teori motivasi terbagi menjadi dua, yaitu teori motivasi isi dan teori motivasi proses (Swansburg, 1999). Isi teori motivasi berfokus pada faktor yang ada dalam individu yang menguatkan, mengatur, mendorong dan menghentikan perilaku serta menjelaskan kebutuhan spesifik seseorang. Teori yang termasuk teori motivasi isi adalah teori hirarki kebutuhan Maslow, teori ERG Alderfer, teori dua faktor Herzberg dan teori kebutuhan Mc. Clelland.

Teori motivasi proses juga disebut sebagai teori modifikasi perilaku. Teori ini berdasarkan pada pembelajaran penyebab perilaku, penguatan perilaku melalui *reinforcement* perilaku yang baik dengan penghargaan, pujian, dan pengakuan (Swansburg & Swansburg, 1999). Teori proses tidak menjelaskan secara langsung mengenai kebutuhan tetapi mendeskripsikan bagaimana proses kebutuhan diterjemahkan menjadi perilaku (Shane, 2003). Teori yang termasuk teori motivasi proses adalah teori harapan (*Expectasi*), teori *goal setting* dan teori *Equity*. Teori yang menjadi fokus

dari penelitian ini adalah teori motivasi Herzberg. Secara rinci teori motivasi dijelaskan pada paragraf di bawah ini:

2.2.2.1 Teori Hirarki Kebutuhan Maslow

Inti dari teori adalah memandang kebutuhan sebagai suatu hirarki (Ivancevich, 2005). Maslow (1970) dalam Marquis dan Huston (2006) berpendapat bahwa seseorang dimotivasi untuk memuaskan kebutuhan tertentu, mulai dari kebutuhan paling bawah hingga kebutuhan psikologikal yang lebih kompleks, sehingga individu hanya akan mencari kebutuhan yang lebih tinggi ketika kebutuhan dibawahnya telah terpenuhi. Secara rinci terlihat pada gambar 2.1.



Gambar 2. 1 Hirarki Kebutuhan Maslow

Sumber: A.H. Maslow, *Motivation and personality*, 1997 dalam Robbins dan Judge, *Perilaku organisasi*, 2008, hlm. 224.

Teori ini menggambarkan individu bergerak menaiki tingkat hirarki. Seseorang akan berusaha meraih kepuasan pada tingkat kebutuhan yang ada pada tingkat di atasnya setelah kebutuhan yang berada di bawahnya terpenuhi. Konsep ini dikenal sebagai proses perkembangan kepuasan. Dari sudut motivasi, teori tersebut menjelaskan bahwa meskipun tidak ada kebutuhan yang benar-benar dipenuhi, sebuah kebutuhan yang pada dasarnya telah dipenuhi tidak lagi memotivasi individu untuk meraihnya.

Hirarki kebutuhan Maslow, jika diterapkan pada pekerjaan digambarkan pada gambar 2.2:



Gambar 2. 2 Hirarki Kebutuhan Maslow dalam Pekerjaan

Sumber: J. M. Ivancevich, *Organizational Behavior and Management*, 2005

Aspek-aspek yang memotivasi perawat meliputi kebutuhan psikologi seperti keamanan, dihargai, status, harga diri dan aktualisasi diri serta kebutuhan kognitif individu meliputi kebutuhan akan pengetahuan dan ilmu, perasaan memiliki, keamanan kerja, kondisi kerja dan hubungan interpersonal. Hirarki kebutuhan Maslow tidak berlaku secara universal tetapi hirarki ini dapat dipergunakan untuk meramalkan tingkah laku berdasarkan kebutuhan lebih tinggi atau kebutuhan rendah. Seorang pimpinan harus memahami tingkat hirarki mana orang tersebut berada saat ini dan fokus untuk memenuhi kebutuhan di atau diatas tingkat tersebut bila ingin memotivasi bawahan (Robbins dan Judge, 2008).

2.2.2.2 Teori ERG Alderfer

Teori Alderfer mendukung teori Maslow bahwa kebutuhan individu merupakan suatu hirarki. Aldefer membagi hirarki kebutuhan manusia menjadi tiga tingkatan yaitu eksistensi (kebutuhan yang berhubungan dengan kelangsungan hidup atau kesejahteraan fisiologis seperti makan, udara, air, gaji dan lingkungan kerja); hubungan atau *relatedness* (menekankan pada kebutuhan akan hubungan sosial dan hubungan pribadi) dan perkembangan atau *growth* (kebutuhan individu untuk membuat suatu kreatifitas dan berkontribusi terhadap suatu hasil tertentu).

Berbeda dengan Maslow dan Herzberg, Alderfer tidak berpendapat bahwa kebutuhan tingkat yang lebih rendah harus dipenuhi sebelum individu mempunyai keinginan untuk kebutuhan pada tingkat yang berada di atasnya.

2.2.2.3 Teori Herzberg

Herzberg mengembangkan teori yang dikenal dengan teori motivasi dua faktor. Dua faktor tersebut dikenal dengan *dissafiers-satisfier* atau *hygiene motivator* atau faktor intrinsik dan ekstrinsik. Motivator adalah faktor-faktor yang menyebabkan kepuasan kerja karyawan. Yang termasuk motivator yaitu: keberhasilan, penghargaan, faktor pekerjaan itu sendiri, otonomi, tanggung jawab, dan kemungkinan pengembangan karier. Ketika faktor ini ditanggapi secara positif oleh organisasi maka akan menyebabkan kepuasan bagi karyawan dan sehingga karyawan akan termotivasi untuk meningkatkan kinerja.

Sedangkan, faktor-faktor yang berada di luar isi pekerjaan yang dapat menyebabkan ketidakpuasan jika faktor ini tidak terpenuhi dinamakan *hygiene*. *Hygiene* mencakup keamanan kerja, kondisi kerja, kebijakan perusahaan, gaji, status, hubungan dengan rekan kerja dan hubungan dengan supervisor. Ketika faktor ini ditanggapi secara positif maka akan menyebabkan pekerja tidak termotivasi, tetapi jika faktor ini tidak ada

maka pekerja akan mengalami ketidakpuasan (Ivancevich, 2005: Marquis & Huston, 2006: Shane, 2003). Model Herzberg pada dasarnya mengasumsikan bahwa kepuasan bukanlah konsep berdimensi satu, diperlukan dua kontinum untuk menggambarkan kepuasan kerja secara tepat (Ivancevich, 2005).

Penelitian yang dilakukan oleh Baedoeri (2003) menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara semua komponen motivasi (persepsi peran, desain pekerjaan, kondisi kerja, pengembangan karir dan imbalan) terhadap kinerja perawat yang merupakan sikap dan pengetahuan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Perawat dengan motivasi kerja baik berpeluang 46,667 kali menghasilkan kinerja baik.

Hasil yang sama juga juga didapatkan dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Supratman (2002) di RS I yang mengkaji variabel motivasi meliputi motivasi intrinsik dan ekstrinsik dihubungkan dengan prestasi kerja menunjukkan secara umum prestasi kerja perawat adalah tinggi (56,7%), motivasi kerja ekstrinsik tinggi sebanyak 44%, motivasi kerja intrinsik 55,4% tinggi dan adanya hubungan yang bermakna dengan prestasi kerja perawat adalah gaji, kebijakan institusi, supervisi, penghargaan, tanggung jawab dan kesempatan berkembang. Variabel prestasi kerja menggunakan indikator hubungan dengan pasien, hubungan dengan rekan kerja, kemampuan profesional, potensi untuk berkembang, sikap terhadap rumah sakit dan kualifikasi personal.

Penelitian lainnya dilakukan oleh Juliani (2007) yang mengkaji motivasi intrinsik terhadap kinerja perawat di RS P Medan. Hasil penelitian membuktikan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara motivasi intrinsik berdasarkan tanggung jawab, peluang untuk maju dan kepuasan kerja terhadap kinerja perawat. Variabel kinerja menggunakan indikator disiplin, tanggung jawab, loyalitas, dan kerjasama perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien.

Penelitian-penelitian sebelumnya menemukan faktor-faktor motivasi dalam pekerjaan yang mempengaruhi kinerja maupun produktivitas yang sesuai dengan fenomena yang terjadi di RSUD Sragen adalah otonomi, tanggung jawab, sistem penggajian, kebijakan, hubungan dengan rekan kerja dan supervisi atasan.

Tanggung jawab adalah perasaan yang dimiliki oleh pegawai tentang berjalannya pekerjaannya tanpa supervisi, perasaan pertanggungjawaban secara penuh terhadap hasil dan perasaan memiliki terhadap proses pekerjaan (Kelner, 1998). Tanggung jawab perawat di rumah sakit berkaitan erat dengan uraian tugas (*job description*) perawat pelaksana yang tertuang dalam SK direktur RS. Uraian tugas ini sangat penting agar perawat mengetahui apa yang diharapkan organisasi terhadap diri perawat dan kewenangan apa yang dimiliki perawat dalam melaksanakan tugasnya (Tappen, 1995; Tappen, Weiss dan Whitehead, 2004). Pemberian tanggung jawab yang lebih besar pada seseorang dapat menimbulkan kepuasan tersendiri bagi seseorang dan juga menambah rasa percaya diri karena berarti memberikan kesempatan kepada seseorang untuk menunjukkan kinerja dengan baik (La Monica, 1996).

Otonomi adalah bagian dari karakteristik pekerjaan yang merupakan dari persepsi terhadap kedalaman pekerjaan, dimana otonomi merupakan cara orang melakukan pekerjaan yang sebagian tergantung pada bagaimana seseorang mempersepsikan dan memikirkan pekerjaannya (Stone & Gueuthal, 1985, dalam Ivancevich, Konopaske & Matteson, 2005). Oermann (1997, dalam Schwirian, 1998) menyatakan bahwa otonomi dalam keperawatan merupakan kebebasan untuk membuat keputusan dan mengambil keputusan dalam lingkup praktek keperawatan. Kesimpulan pengertian otonomi adalah persepsi perawat tentang pekerjaannya dalam hal merencanakan, membuat keputusan dan melakukan asuhan keperawatan kepada klien sesuai dengan kewenangannya.

Penggajian adalah salah satu upaya organisasi untuk mempertahankan sumber daya manusia sehingga mempunyai kepuasan kerja yang pada akhirnya akan berdampak pada peningkatan motivasi perawat yang secara tidak langsung akan membuat pencapaian organisasi akan terwujud (Sopiah, 2008). Maslow menyatakan bahwa gaji merupakan kebutuhan fisiologis atau kebutuhan paling dasar dari semua kebutuhan manusia. Gaji yang didapatkan oleh pegawai dapat dipergunakan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehingga secara tidak langsung akan menentukan taraf ekonomi dan gaya hidup serta status sosial pegawai di masyarakat (Rachmawati, 2007). Gaji juga merupakan alat motivasi yang efektif untuk meningkatkan kinerja, produktivitas dan kepuasan kerja (Rachmawati, 2007; Siagian, 1995). Pendapat beberapa pakar ini menyatakan dengan jelas fungsi dan manfaat pemberlakuan sistem penggajian yang adil dan layak bagi kelangsungan organisasi maupun anggota organisasi.

Meskipun dari survei yang dilakukan oleh PPNI tahun 2006 pada empat propinsi di Indonesia menunjukkan bahwa sebanyak 50,9% perawat mengalami stres kerja yang ditandai dengan gejala sering pusing, lelah, tidak dapat beristirahat karena beban kerja yang terlalu tinggi dan menyita waktu dengan insentif yang tidak memadai. Kenyataan yang hampir sama juga dialami perawat yang bekerja pada rumah sakit swasta dengan gaji yang lebih tinggi dibandingkan perawat di rumah sakit negeri ternyata mengalami stres yang lebih tinggi (Hamid, 2008). Hal ini menunjukkan bahwa gaji bukan faktor dominan yang berhubungan dengan motivasi dan kinerja perawat. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Baedoeri (2003) dan Supratman (2002) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara sistem penggajian dan imbalan dengan kinerja perawat pelaksana.

Adapun dari beberapa penelitian didapatkan bahwa faktor-faktor yang paling dominan mempengaruhi kinerja perawat adalah dari hasil penelitian Gatot dan Adisasmito (2005) menyatakan bahwa faktor yang paling dominan berpengaruh terhadap kepuasan kerja perawat adalah hubungan

dengan atasan. Hubungan dengan atasan yang harmonis akan membuat bawahan menjadi respek terhadap atasan dan setiap tugas yang diberikan akan dikerjakan dengan baik sehingga proses pendelegasian dapat berjalan dengan baik. Penelitian lain yang menemukan hasil yang berbeda dilakukan oleh Supratman (2002) dan Tri Pipo (2001) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara supervisi atasan dengan kinerja dan prestasi kerja.

Rekan kerja berperan sebagai teman yang memberikan komunikasi sebagai tempat untuk menghilangkan stres kerja. Komunikasi dengan rekan kerja mengenai kesulitan menjalankan pekerjaan atau menangani pasien, tempat berbagi sedih dan saling mendengarkan maupun tempat mencari dukungan sosial. Rekan kerja yang menciptakan situasi bersahabat dan mendukung akan menimbulkan kepuasan kerja karyawan yang pada akhirnya akan berdampak pada kinerja (Gibson, Ivancevich, & Donnell, 1997).

Desphande dan Joseph (2008) dalam penelitiannya menemukan bahwa peran rekan kerja dalam meningkatkan perilaku etik perawat sangat berhubungan. Hasil yang sama juga didapatkan dari penelitian Aprizal, Kuntjoro dan Probondari (2008) yang menyatakan bahwa hubungan dengan rekan kerja berpengaruh secara positif dengan kepuasan kerja perawat meskipun yang paling dominan mempengaruhi kinerja perawat adalah sistem penghargaan. Demikian juga hasil penelitian Yohana (2003) yang menyatakan bahwa hubungan dengan rekan kerja berpengaruh secara kuat dengan kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.

Kebijakan dibuat oleh suatu organisasi untuk dilaksanakan dengan maksud pencapaian tujuan dan pemenuhan kepuasan semua pihak, baik organisasi maupun anggota organisasi (Marquis & Huston, 2000). Penelitian yang dilakukan oleh Rochatun (1999) yang bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya pengaruh aspek rumah sakit swadana yaitu kebijakan

kepegawaian terdiri dari faktor insentif, pemberian pendidikan dan latihan, keamanan kerja, pengembangan karier, pemberian penghargaan dan pembinaan oleh atasan yang diterapkan oleh atasan sejak terjadi perubahan status rumah sakit menjadi swadana. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara faktor insentif, pemberian pendidikan dan latihan, pemberian penghargaan dan pembinaan oleh atasan yang diterapkan oleh atasan dengan motivasi kerja perawat. Sesuai dengan Siagian (1995) yang menyatakan bahwa kebijakan rumah sakit mengenai pengembangan karir akan memotivasi pegawai dalam meningkatkan kinerja.

Kesimpulan dari pernyataan motivasi Herzberg bahwa motivator berkontribusi terhadap kepuasan karyawan dan ini merupakan sumber motivasi untuk melakukan perilaku dalam mencapai tujuan. Kewajiban bagi manajemen untuk membentuk sistem yang dapat memberikan kepuasan dan memotivasi karyawan.

Penelitian-penelitian yang dilakukan oleh peneliti sebelumnya menghubungkan antara motivasi baik intrinsik maupun ekstrinsik dengan kinerja, dimana variabel kinerja menggunakan indikator kinerja dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara keseluruhan. Sepengetahuan peneliti belum terdapat penelitian yang menghubungkan antara motivasi dengan kinerja perawat dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan sehingga penelitian ini bertujuan untuk mengkaji hubungan antara motivasi intrinsik dan ekstrinsik dengan kinerja perawat dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan.

2.2.2.4 Teori Kebutuhan David Mc Clelland

Mc Clelland beranggapan bahwa teori motivasi berhubungan dengan konsep “belajar”, di mana kebutuhan berasal dari kebiasaan yang dapat dipelajari. Teori kebutuhan Mc Clelland menyatakan bahwa prestasi, *afiliasi*, dan kekuasaan adalah motivasi yang kuat yang menggerakkan

individu berperilaku untuk mendapatkan kepuasan (Ivancevich, 2005: Shane, 2003: Vecchio, 1995).

- a. Kebutuhan akan prestasi (nAc) yaitu dorongan untuk melakukan yang terbaik sesuai dengan standar yang ditetapkan, bekerja keras mencapai tujuan, menggunakan keterampilan dan kemampuan untuk mencapai prestasi. Individu menyukai tantangan dalam pekerjaan, tanggung jawab untuk memecahkan masalah, cenderung menyukai pekerjaan dengan derajat kesulitan yang cukup tinggi, menyukai tantangan dan kompetisi, berani mengambil resiko, mempunyai ide-ide kreatif.
- b. Kebutuhan akan kekuasaan (nPow) yaitu keinginan untuk mengontrol lingkungan, meliputi sumber daya manusia dan material. Seseorang dengan kebutuhan kekuasaan yang tinggi akan berusaha selalu mengontrol orang lain dan mempertahankan posisinya sebagai pemimpin. Mereka sering menggunakan komunikasi persuasif, mengajukan saran di pertemuan-pertemuan dan cenderung mengkritisi apa yang terjadi di sekitarnya. Mereka menggunakan kekuasaannya untuk mengembangkan karier dan kepentingan pribadi lainnya. Kekuasaan dipandang sebagai sesuatu yang negatif jika terlalu dominan atau menguasai tapi kekuasaan juga dapat dipandang sebagai suatu hal yang positif jika bersifat persuasif dan mendorong perilaku yang baik.
- c. Kebutuhan akan afiliasi (nAff) yaitu kebutuhan untuk berinteraksi sosial dengan orang lain, kenyamanan adalah tujuan mereka dengan menghindari konflik dan konfrontasi. Seseorang yang mempunyai kebutuhan afiliasi tinggi menginginkan bentuk hubungan yang positif dengan orang lain, berusaha untuk menunjukkan image yang disukai orang lain dan berperilaku untuk disukai orang lain. Pekerja yang mempunyai kebutuhan afiliasi tinggi selalu aktif memberikan dukungan bagi rekan kerjanya dan berusaha menyelesaikan konflik yang terjadi pada rapat atau pertemuan sosial lainnya.

Manager dapat menggunakan teori Mc Clelland untuk mengidentifikasi kebutuhan akan pencapaian, kebutuhan afiliasi dan kebutuhan kekuasaan bawahannya sehingga dapat mengembangkan strategi untuk memberikan motivasi sesuai dengan kebutuhan bawahannya tersebut (Marquis & Huston, 2006).

2.2.2.5 Teori harapan (*Expectancy Theory*)

Teori ini diciptakan oleh Victor H Vroom (1964) dan disempurnakan oleh Porter dan Lawler (1968). Teori ini menganggap bahwa sebagai satu fungsi yang menimbulkan harapan-harapan seseorang dimana pemenuhannya tergantung pada kaitan upaya-upaya dan efektivitas dari seseorang atau sekelompok orang dengan imbalan yang mereka terima. Seseorang akan termotivasi jika mereka merasa usahanya akan menghasilkan prestasi yang lebih baik atau akan mendapatkan imbalan yang memadai. Motivasi individu untuk bekerja dipengaruhi oleh hubungan antara tiga faktor harapan yaitu (1) *expectancy*, yaitu kepercayaan individu bahwa dengan bekerja keras akan menghasilkan tingkat pencapaian performa terhadap pekerjaan sesuai apa yang diinginkan; (2) *Instrumentality*, yaitu kepercayaan bahwa dengan performa yang baik akan menimbulkan imbalan dan penghasilan lain yang memadai; (3) *valence*, yaitu nilai yang diberikan seseorang untuk imbalan yang didapatkan individu. Secara matematik dirumuskan dengan $M = E \times I \times V$. Vroom berpendapat bahwa motivasi individu tergantung pada interaksi tiga faktor harapan tersebut. Jika seseorang merasa salah satu faktor harapan rendah maka ia merasa tidak perlu mencoba mencapai sesuatu (Vecchio, 1995).

2.2.2.6 Teori Pencapaian Kebutuhan (*Teory Goal Setting*)

Teori penentuan tujuan menjelaskan bahwa tujuan-tujuan yang spesifik dan sulit, dengan pemberian umpan balik, dapat menghasilkan kinerja yang lebih tinggi (Robbins dan Judge, 2008). Locke dalam Robbins dan Judge (2008) menyampaikan bahwa niat untuk mencapai suatu tujuan

merupakan sumber motivasi kerja yang utama. Individu akan bekerja lebih baik ketika mereka mendapat umpan balik mengenai seberapa baik kemajuan mereka, karena umpan balik membantu mengidentifikasi ketidaksesuaian apa yang telah dan apa yang diinginkan. Tujuan-tujuan yang ditentukan secara partisipatif kemungkinan dapat meningkatkan penerimaan tujuan sebagai tujuan yang diinginkan bersama antara pimpinan dan bawahan (Robbins dan Judge, 2008).

Individu menentukan tujuan untuk berespon terhadap tuntutan pekerjaan dan performa mereka. Kekuatan hubungan antara tujuan dan performa dipengaruhi oleh kemampuan pekerja, komitmen terhadap tugas, dan penerimaan umpan balik tentang performa mereka. Performa meningkat ketika pekerja berfokus pada pekerjaan, bekerja keras dan menghabiskan banyak waktu untuk melakukan pekerjaan. Pekerja yang motivasinya rendah untuk menampilkan pekerjaan dengan benar dan efektif, kita dapat mengidentifikasi apakah individu mempunyai tujuan, menerima tujuan yang telah ditentukan, dan terakhir apakah mereka mendapatkan umpan balik terhadap pencapaian tujuan yang telah ditentukan (Gordon, 1993).

Kesimpulan dari beberapa teori yang telah dikemukakan di atas adalah faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi kerja seseorang dikategorikan menjadi dua yaitu faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik. Kedua faktor motivasi tersebut mempengaruhi kepuasan kerja seseorang. Manager yang memahami faktor-faktor motivasi karyawan dan dapat memaksimalkan kedua faktor dalam penerapan di tempat kerja maka karyawan akan meningkatkan kinerjanya secara optimal.

2.2.3 Teknik Motivasi

Teknik motivasi adalah kemampuan seseorang atau pemimpin menggunakan sumber daya dan sarana dalam menciptakan situasi yang memungkinkan timbulnya motivasi pada bawahan untuk berperilaku sesuai dengan tujuan organisasi (Cushway & Lodgee, 1999). Swansburg

dan Swansburg (1999) mengungkapkan teknik motivasi yang dapat digunakan oleh manager keperawatan dalam meningkatkan kinerja perawat dalam menerapkan perilaku etika adalah sebagai berikut:

- 2.2.3.1 Harga diri, yaitu pengakuan terhadap pekerjaan yang telah dilakukan staf perawatan sehingga semakin meningkatkan harga diri dan diharapkan dapat menumbuhkan motivasi dalam penerapan perilaku etik.
- 2.2.3.2 Memperkaya tugas, yaitu mengembangkan tugas staf perawatan sehingga tugas itu sendiri membuat staf termotivasi.
- 2.2.3.3 Pendelegasian, melalui pendelegasian tanggung jawab dan kewenangan akan timbul rasa percaya diri dan mempercayai orang lain serta saling mendukung.
- 2.2.3.4 Promosi lateral, yaitu promosi karier dengan memberikan kesempatan kepada staf perawatan untuk maju dan mendapatkan tugas yang lebih kompleks dan sesuai.
- 2.2.3.5 Pertumbuhan, yaitu tumbuh dan berkembang guna meningkatkan kemampuan dengan cara memberikan kesempatan kepada staf perawatan untuk meneruskan pendidikan dan pelatihan.
- 2.2.3.6 Komunikasi, hal ini bertujuan memberikan motivasi dengan menggunakan informasi dan konsultasi.
- 2.2.3.7 Penghargaan, pemberian penghargaan dapat berupa finansial maupun non finansial, penghargaan ini dimaksudkan untuk mendorong atau menstimulasi dalam melakukan hal-hal yang sama di masa yang akan datang.

2.2.4 Mengukur Motivasi

Para pakar mengukur motivasi dengan alat ukur sebagai berikut:

- 2.2.4.1 Pengukuran motivasi kerja yang dikembangkan oleh Streer dan Brandstein (Robbins, 2001) berdasarkan teori kebutuhan dengan komponen kebutuhan akan prestasi, kebutuhan akan kekuasaan dan kebutuhan akan afiliasi.
- 2.2.4.2 Pengukuran motivasi kerja yang dikembangkan oleh Hellriegel Solum yang berdasarkan teori pemenuhan dasar dengan komponen kebutuhan

fisik dan kenikmatan, kebutuhan kebutuhan rasa aman, kebutuhan sosial dan afiliasi, kebutuhan pemenuhan harga diri dan kebutuhan aktualisasi diri.

2.2.4.3 Lussiner (1993) mengembangkan kuesioner untuk menentukan dimensi dari teori motivasi-hygiene Herzberg berupa hal-hal yang ada dalam dan di luar pekerjaan yang dianggap penting bagi pekerja (Robbins, 2003).

Manager dapat menggunakan teori motivasi dan cara pengukuran motivasi yang sesuai dengan kebutuhan bawahannya karena setiap individu mempunyai kebutuhan yang berbeda (Swansburg, 1999). Pengukuran motivasi perawat di RSUD Sragen menggunakan konsep teori motivasi Herzberg dimana motivasi intrinsik difokuskan pada otonomi dan tanggung jawab pekerjaan sedangkan motivasi ekstrinsik difokuskan pada sistem penghargaan, kebijakan RS, hubungan dengan rekan kerja dan supervisi atasan. Hal ini karena berdasarkan literatur dan penelitian sebelumnya hal-hal ini berpengaruh secara signifikan terhadap motivasi perawat dan juga sesuai dengan fenomena yang terjadi di RSUD Sragen.

2.3 Kinerja Perawat Menerapkan Prinsip Etik

2.3.1 Kinerja

Kinerja sering diartikan sebagai penampilan kerja, hasil kerja ataupun prestasi kerja yang merupakan pernyataan atas hasil kerja atau proses kerja. Robbins (2003) menyatakan bahwa kinerja merupakan perilaku kerja yang ditampakkan oleh orang-orang yang terlibat dalam suatu perusahaan dan dapat dinyatakan melalui sistem evaluasi kerja atau *performance appraisal*. Pendapat lain mengenai kinerja disampaikan oleh Simanjutak (2005) yang menyatakan bahwa kinerja adalah tingkat pencapaian hasil atas pelaksanaan tugas tertentu. Menurut Armstrong dan Baron (1998 dalam Wibowo, 2007) kinerja merupakan hasil pekerjaan yang mempunyai hubungan dengan tujuan strategis organisasi, kepuasan pelanggan dan memberikan kontribusi ekonomi.

Kesimpulan yang dapat diambil dari pendapat beberapa pakar tersebut adalah kinerja bukan hanya hasil suatu pekerjaan melainkan juga apa yang dilakukan, bagaimana melakukan kerja tersebut dan hasil dari pekerjaan tersebut. Kinerja dari sisi individu mencakup pengetahuan, keterampilan dan kemampuan kerja. Kinerja adalah hasil karya individu dalam suatu organisasi sehingga kinerja organisasi adalah keseluruhan kinerja individu-individu yang terlibat dalam suatu organisasi.

2.3.2 Kinerja keperawatan

Pelayanan keperawatan adalah bagian integral dari pelayanan kesehatan di rumah sakit yang sarat dengan nilai-nilai humanis, *caring* berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan serta etika profesi. Kinerja keperawatan atau praktik keperawatan menggambarkan aktivitas yang diberikan kepada klien melalui pelaksanaan asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan layanan kesehatan sesuai dengan tugas dan wewenang perawat dengan memenuhi ketentuan kode etik, standar profesi, hak pengguna pelayanan kesehatan, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional (Undang-Undang no 36 tahun 2009). Kinerja profesional keperawatan merupakan rangkaian aktivitas pelayanan keperawatan yang diberikan perawat melalui penerapan standar kinerja yang dijadikan ukuran dan pedoman dalam memberikan arah dalam pelaksanaan praktik keperawatan yang didasari kompetensi keperawatan.

Pelayanan profesional keperawatan diberikan kepada individu, keluarga dan masyarakat didasarkan atas ilmu dan kiat keperawatan yang mengintegrasikan kompetensi intelektual, teknikal, interpersonal dan kompetensi etik dan legal untuk menolong sesama baik sakit maupun sehat (Komisi Disiplin Ilmu Kesehatan, 2002). Kompetensi intelektual memberikan pemahaman bahwa aktivitas keperawatan yang diberikan merupakan suatu proses yang rasional dan didasari proses berpikir kritis dalam setiap penyelesaian masalah pasien dan menggunakan ilmu keperawatan maupun ilmu-ilmu penunjang dalam asuhan keperawatan.

Kompetensi teknikal merupakan kemampuan yang berhubungan dengan kemampuan perawat dalam menggunakan peralatan secara terampil dalam rangka mencapai tujuan keperawatan yang mencakup kemampuan tangan, koordinasi, dan mampu beradaptasi secara kreatif terhadap prosedur teknis. Kompetensi intrpersonal berhubungan dengan kemampuan perawat dalam menciptakan dan mempertahankan hubungan profesional perawat-klien yang dapat memfasilitasi pencapaian tujuan asuhan keperawatan. Sedangkan kompetensi etik dan legal ditunjukkan oleh kemampuan perawat untuk bertindak mandiri sedemikian rupa secara konsisten dengan doongan moral dari dirinya dan tanggung jawab peran profesionalnya dalam melaksanakan pelayanan keperawatan.

Kinerja keperawatan didasarkan atas pedoman dan standar yang menjadi acuan dalam pelayanan keperawatan. Kinerja keperawatan diukur berdasarkan hasil pencapaian pelaksanaan standar kinerja dalam pelayanan keperawatan. Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) pada tahun 2010 telah mensyahkan standar profesi keperawatan sebagaimana tercantum dalam pasal 24 ayat (2) UU no 36 tahun 2009 yang terdiri dari standar kompetensi dan standar praktik keperawatan. Standar praktik merupakan komitmen perawat dalam melindungi masyarakat terhadap praktik yang dilakukan oleh anggota profesi. Standar praktik keperawatan meliputi standar asuhan dan standar kinerja profesional yang dipakai sebagai evaluasi dalam menilai asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat meliputi (1) standar I jaminan mutu, (2) standar II pendidikan, (3) standar III penilaian kinerja, (4) standar IV kesejawatan, (5) standar V etik, (6) standar VI kolaborasi, (7) standar VII riset dan (8) standar XIII pemanfaatan sumber. Standar Praktek Profesional meliputi (1) standar pengkajian, (2) standar II Diagnosa Keperawatan, (3) standar III Perencanaan, (4) standar IV Pelaksanaan tindakan (Implementasi), (5) standar V Evaluasi.

2.3.3 Etika Keperawatan

Etika berasal dari bahasa Inggris “*ethikos*” yang berarti budaya atau kebiasaan. Etika adalah ilmu tentang baik dan buruk, salah dan benar. Etika adalah nilai moral dan kepercayaan sebagai pedoman untuk membedakan antara benar dan salah serta baik dan buruk (Johnstone, 2000). Ada beberapa arti yang bisa diterjemahkan dari kata etika. Pertama etika merupakan metode yang digunakan untuk memahami perilaku moral manusia. Kedua etika adalah nilai-nilai yang digunakan oleh anggota profesi. Ketiga, etika adalah standar tentang perilaku yang diharapkan dimiliki oleh anggota organisasi (Kozier, Erb, Blais & Wilkinson, 1995). Beberapa pernyataan tentang etika tersebut jika disimpulkan maka etika adalah peraturan atau norma yang dapat digunakan sebagai acuan bagi perilaku seseorang atau anggota profesi yang berkaitan dengan tindakan yang baik dan buruk yang dilakukan oleh seseorang dan merupakan suatu kewajiban dan tanggung jawab moral.

Etika keperawatan adalah standar etik yang memerintahkan dan membimbing perawat dalam melakukan praktek keperawatan seperti jujur terhadap pasien, menghormati pasien serta bertindak sebagai *advocate* bagi pasien (Fry, 1994 dalam CNA, 2004).

2.3.4 Prinsip Etika

Prinsip etika adalah membantu dalam pengambilan keputusan secara umum dan berperan besar dalam pengambilan keputusan dalam tatanan pelayanan kesehatan. Prinsip etika ini kadang kala tidak dapat digunakan pada semua situasi pengambilan keputusan (CARNA, 2005). Terlepas dari keterbatasan prinsip etik, penting bagi perawat untuk mengetahui dan memahami mengenai prinsip etika karena prinsip etika membantu dalam memperjelas masalah etika dan sebagai panduan dalam pengambilan keputusan etika. Terdapat beberapa prinsip etika dalam pelayanan kesehatan dan keperawatan yaitu *otonomi*, *non maleficence*, *beneficence*, *justice*, *veracity* dan *fidelity*.

2.3.4.1 Prinsip Otonomi

Kata otonomi berasal dari bahasa Inggris “*auto*” yang berarti sendiri dan “*nomos*” yang berarti peraturan, pemerintah atau hukum. Potter & Perry (2007) mendefinisikan otonomi sebagai kebebasan individu. Otonomi diartikan sebagai kemampuan seseorang untuk membuat suatu pilihan dan berbuat sesuai dengan pilihannya tersebut (Johnstone, 2000). Tappen, Weiss & Whitehead (2004) mendefinisikan otonomi sebagai kebebasan untuk membuat keputusan bagi dirinya sendiri. Prinsip otonomi diaplikasikan dalam pelayanan kesehatan melalui pembuatan keputusan dan hal ini mengarah pada hak seseorang untuk membuat pilihan menurut apa yang dianggap dan dipikirkan paling baik untuk dirinya (CNA, 2004). Kesimpulan dari beberapa pernyataan pakar tersebut adalah otonomi berarti kebebasan dan kemampuan untuk membuat pilihan serta bertindak sesuai dengan keputusan yang diambil tersebut.

Yeo, Moorhouse & Danziel (1996 dalam CNA, 2004) mendeskripsikan empat arti utama dari otonomi yang dapat menjelaskan tentang otonomi dalam kondisi pengambilan keputusan yaitu:

- a. Otonomi dalam kebebasan melakukan tindakan yaitu kemampuan untuk melakukan apa yang diharapkan dapat dilakukan. Otonomi ini akan terganggu atau berkurang jika seseorang atau suatu tindakan terhalang untuk dilakukan.
- b. Otonomi dalam pertimbangan efektif yaitu otonomi dalam proses berpikir secara rasional, dimana hal ini menentukan dalam pengambilan keputusan dan melakukan suatu tindakan.
- c. Otonomi dalam artian sebenarnya yaitu otonomi terkait dengan hubungan antara pilihan yang diberikan atas tindakan dan hal ini sesuai dengan karakter diri sendiri.
- d. Otonomi dalam refleksi moral yaitu kesadaran akan nilai akan suatu pilihan atau keputusan yang dibuat. Kemampuan dalam merefleksikan alasan atau nilai-nilai yang mendasari pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan.

Petugas kesehatan berkeyakinan paling mengetahui tentang hal yang terbaik untuk kliennya. Tetapi klien adalah seseorang yang mengalami dan akan menjalani pengalaman sakit atau hidup dengan konsekuensi atas pilihan yang diambil. Oleh karena itu klien adalah seseorang yang paling berhak dan bertanggung jawab dalam menentukan pilihan. Terdapat 2 metode yang perlu diperhatikan untuk menghargai otonomi klien dan dapat mendorong keluarga untuk berperan serta dalam pengambilan keputusan yaitu *informed consent* dan instruksi awal (Potter & Perry, 2005).

Perawat yang menghargai otonomi pasien adalah perawat yang menyadari keunikan individu beserta hak kemanusiaan termasuk hak dalam pengambilan keputusan. Seseorang mempunyai otonomi ke dalam jika mereka mempunyai kecakapan dan kemampuan dalam mengambil keputusan dan otonomi keluar jika pilihan mereka tidak dibatasi dan dipaksakan oleh orang lain (Kozier, Erb, Blais & Wilkinson, 1995). Perawat yang mempunyai prinsip otonomi menghargai hak pasien dalam mengambil keputusan termasuk jika keputusan tersebut bukanlah keputusan yang terbaik. Menghargai seseorang juga berarti menghargai pandangan dan pemikiran mereka.

Perilaku yang tidak menerapkan prinsip otonomi (Johnstone, 2000):

- a. Melakukan intervensi tanpa persetujuan pasien
- b. Melakukan intervensi tanpa memberikan informasi yang relevan yang bisa membuat pasien membuat suatu pilihan
- c. Menyembunyikan informasi meskipun klien ingin mengetahui informasi tersebut
- d. Tidak memberikan informasi yang lengkap meskipun pasien menghendaki informasi tersebut
- e. Memaksa klien untuk menyampaikan informasi meskipun klien tidak berkeinginan menyampaikan informasi tersebut.

Perilaku yang menerapkan prinsip otonomi adalah perawat menghormati hak klien untuk membuat pilihan terkait tindakan medis atau keperawatan yang akan dilakukan, memberikan *informed consent* sebelum melakukan tindakan, operasi atau pun berpartisipasi dalam penelitian, memberikan informasi yang lengkap tentang tujuan, keuntungan, resiko dari prosedur yang akan mereka setujui, dan mendukung klien terhadap pilihan yang telah diambil klien (Tappen, Weiss & Whitehead, 2004).

2.3.4.2 Prinsip *Non Maleficence*

Non maleficence berasal dari bahasa latin *maleficent*, *maleficus*, *malum* (yang berarti jahat) dan *male* (yang berarti sakit). Aiken (2003) menyatakan bahwa *mal eficence* berarti tindakan atau perilaku yang tidak menyebabkan kecelakaan atau membahayakan orang lain. Beuchamp & Childress (2001) mengungkapkan bahwa *primum non nocere* yaitu yang terpenting adalah jangan merugikan. Pendapat ini diperkuat oleh Bosek (2001 dalam Marquis dan Huston, 2006) yang menyatakan bahwa prinsip dasar tindakan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien adalah *non maleficence*. Perawat berkewajiban untuk secara sadar tidak menimbulkan bahaya atau *injury* bagi pasien pada saat memberikan asuhan keperawatan. Bahaya atau *injury* dapat berupa bahaya fisik seperti nyeri, kecacatan atau kematian, atau bahaya emosional seperti perasaan tidak berdaya atau terisolasi (CNA, 2004). Jika tidak dapat berbuat baik maka paling tidak jangan menimbulkan bahaya dan kerugian bagi pasien.

Prinsip ini merupakan dasar dari kode etik keperawatan. Tappen, Weiss & Whitehead (2004) menyatakan bahwa perawat dapat menerapkan prinsip *non maleficenece* dengan cara melindungi klien yang tidak bisa melindungi dirinya sendiri karena kondisi mental atau fisik mereka, seperti anak kecil, klien dalam pengaruh anestesi, klien dengan penyakit alzheimer. Menimbulkan bahaya adalah sesuatu yang tidak dapat diterima dalam keperawatan, akan tetapi dalam praktek keperawatan resiko mengalami bahaya kemungkinan dapat terjadi (Kozier, Erb, Blais & Wilkinson 1995).

Beberapa kewajiban yang merupakan cabang dari prinsip *non maleficence* yaitu (Beuchamp & Childress, 2001):

- a. Jangan membunuh
- b. Jangan menyebabkan bahaya atau penderitaan bagi orang lain
- c. Jangan menimbulkan kecacatan atau ketidakmampuan bagi orang lain
- d. Jangan melanggar hak-hak orang lain
- e. Jangan menghilangkan kenikmatan hidup

Beberapa contoh tindakan perawat yang tidak merugikan antara lain (Heidental, 2003 dalam Malau, 2008):

- a. Melakukan perawatan luka dengan menggunakan teknik aseptik dan antiseptik
- b. Melakukan setiap tindakan berdasarkan protap dan standar
- c. Melakukan penyuluhan kesehatan sesuai dengan masalah klien
- d. Tidak melukai perasaan klien dan keluarganya.
- e. Selalu bekerja sesuai dengan lingkup tanggung jawab dan wewenang sebagai perawat
- f. Mengobservasi semua peraturan keamanan dan tindakan pencegahan
- g. Menjaga lingkungan klien bebas dari bahaya
- h. Menanyakan kondisi klien kepada nara sumber yang dapat dipercaya
- i. Meningkatkan keterampilan sesuai dengan perkembangan ilmu keperawatan

2.3.4 3 Prinsip *Beneficence*

Beneficence berasal dari bahasa latin "*benefices*" atau "*bene*" yang berarti baik atau bagus dan "*facere*" yang berarti melakukan. Konsep *malificence* berhubungan dengan *beneficence*, dalam artian jika tidak bisa melakukan sesuatu yang baik maka sekurang-kurangnya jangan melakukan sesuatu yang dapat menimbulkan bahaya. Prinsip *nonmaleficence* dan *beneficence* dilihat pada kontinum rentang dari tidak ada bahaya sampai menguntungkan orang lain dengan melakukan hal yang

menimbulkan kebaikan adalah membuang bahaya, mencegah bahaya dan melakukan langkah positif untuk keuntungan orang lain (Husted & Husted, 1995). Prinsip *beneficence* dapat diartikan sebagai mengutamakan berbuat baik dan melakukan tindakan yang memberikan keuntungan bagi orang lain dan berkontribusi dalam peningkatan kesejahteraan bagi orang lain (Beuchamp & Childress, 2001). Potter & Perry (2005) menyatakan bahwa prinsip *beneficence* berarti merupakan tindakan positif dan aktif untuk membantu klien. Kesimpulan dari prinsip ini berarti melakukan tindakan yang bersifat proaktif sebagai usaha untuk meningkatkan kebaikan, keuntungan dan kesejahteraan bagi orang lain.

Prinsip ini sering kali sulit dalam praktek keperawatan. Berbagai tindakan yang dilakukan oleh petugas kesehatan seing kali menimbulkan dampak yang merugikan pasien atau membahayakan pasien baik bahaya fisik maupun bahaya emosional, dalam hal ini yang paling penting adalah sumbangsih perawat terhadap keselamatan, kesehatan dan keamanan pasien

Beberapa kewajiban yang berakar dari prinsip *beneficence* meliputi (Beuchamp & Childress, 2001):

- a. Melindungi dan membela hak orang lain
- b. Mencegah orang lain mengalami bahaya
- c. Menghindarkan kondisi yang dapat menyebabkan bahaya pada orang lain
- d. Membantu orang yang mengalami ketidakmampuan atau kecacatan
- e. Menghindarkan seseorang dari bahaya

Perilaku perawat yang mencerminkan prinsip *beneficence* yaitu merawat pasien dengan penuh kasih, empati, simpati, altruisme, baik hati, belas kasih, cinta, persahabatan dan ketulusan. Berbagai contoh berbuat baik antara lain (Malau, 2008):

- a. Melindungi dan mempertahankan hak-hak pasien

- b. Mencegah timbulnya kerugian bagi klien/keluarga
- c. Menghilangkan keadaan yang dapat menimbulkan kerugian bagi klien
- d. Menolong klien dari ketidak mampuan
- e. Menyelamatkan klien dalam keadaan bahaya
- f. Memahami kebutuhan klien dan membantu klien memenuhi kebutuhan tersebut
- g. Memberikan terapi untuk mengurangi nyeri

2.3.4.4 Prinsip *Justice* (Keadilan)

Prinsip keadilan berarti kesamaan dan kesetaraan dalam memberikan pelayanan kesehatan dan pengalokasian sumber daya kepada penerima pelayanan sesuai dengan kebutuhan (ICN, 2006). Prinsip ini dapat juga diartikan sebagai memperlakukan sama bagi orang yang sama dan memperlakukan tidak sama bagi orang yang berbeda sesuai dengan kebutuhan mereka (Beuchampt & Childress, 2001). Prinsip ini biasa diaplikasikan pada saat terjadi kelangkaan sumber daya dan kemanfaatan (Marquis & Huston, 2006).

Prinsip substansif keadilan dapat digunakan sebagai kriteria yang dapat menjadi dasar untuk menentukan alokasi sumber daya kesehatan, yaitu (Yeo, Moorhouse & Donner, 1996 dalam CNA, 2004):

- a. Prinsip kebutuhan
Prinsip ini berdasarkan pada kondisi yang lebih membutuhkan bantuan dalam pelayanan kesehatan, sumber-sumber harus dialokasikan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan. Jika semua kebutuhan kesehatan tidak dapat terpenuhi maka harus diprioritaskan.
- b. Prinsip kesamaan
Semua manfaat dan beban didistribusikan secara sama sehingga setiap orang berhak mendapatkan manfaat yang sama dan setiap orang harus menanggung beban yang sama pula. Tidak dibenarkan adanya

diskriminasi suku atau ras, jenis kelamin atau agama dalam pemberian tindakan.

c. Prinsip pendayagunaan

Prinsip ini berarti bahwa sumber-sumber pelayanan kesehatan dialokasikan untuk memberikan manfaat secara maksimal.

d. Prinsip kebebasan

Prinsip ini meliputi hak untuk menentukan pilihan sendiri tanpa intervensi dari orang lain.

e. Prinsip ganti rugi

Mempertimbangkan penggantian rugi bagi seseorang yang mendapat kezaliman.

Kadang-kadang sulit untuk memberikan pembagian yang sama secara adil karena setiap orang mempunyai kebutuhan yang berbeda. Pemberian pelayanan kesehatan dan keperawatan ditentukan oleh kebutuhan pasien dan perawat membuat prioritas pemberian pelayanan keperawatan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien. Meskipun prinsip keadilan terlihat kompleks tetapi prinsip ini membantu petugas kesehatan untuk melihat suatu permasalahan dari sudut pandang yang berbeda.

Beberapa kewajiban perawat dalam penerapan prinsip keadilan yaitu:

- a. Perawat tidak diskriminatif dalam memberikan asuhan keperawatan terkait ras, etnis, budaya, agama, status marital dan sosial, orientasi seksual, usia, status kesehatan, gaya hidup, ketidakmampuan mental, fisik atau finansial.
- b. Perawat harus berusaha membuat keputusan yang adil terkait pengalokasian sumber daya kesehatan sesuai dengan kebutuhan individu yang dirawatnya.
- c. Perawat bertindak sebagai *advocate* bagi kliennya. Membantu individu atau kelompok memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan pilihannya.

Beberapa contoh penerapan prinsip keadilan adalah sebagai berikut:

- a. Melakukan observasi kepada setiap pasien
- b. Setiap klien yang akan menjalani prosedur operasi atau pembedahan mempunyai kesempatan yang sama untuk mendapatkan penjelasan dan persiapan yang berhubungan dengan operasinya.
- c. Memberikan tindakan keperawatan pada setiap klien dengan tidak membedakan agama/keyakinan klien, jenis kelamin, sosial ekonomi dan penyakit.

2.3.4.5 Prinsip *Veracity*

Kejujuran (*Veracity*) berarti mengatakan yang sebenarnya dan kejujuran merupakan suatu kewajiban untuk mengatakan tentang kebenaran, tidak berbohong dan tidak menipu klien (Fry, 1996 dalam CNA, 2004; Marquis & Huston 2006). Kejujuran merupakan dasar terbinanya hubungan saling percaya antara perawat dan pasien. Tindakan mencurangi, kebohongan yang disengaja atau tidak membimbing klien merupakan tindakan yang melanggar prinsip ini (Tappen, Weiss & Whitehead, 2004). Kejujuran juga merupakan sentral penerapan *informed consent*. Petugas kesehatan harus secara jujur mengungkapkan informasi yang sekiranya dapat dipergunakan oleh pasien sebagai dasar pertimbangan dalam mengambil keputusan terkait dengan kesehatannya. Jika hal ini tidak dilakukan maka termasuk tindakan memaksa pasien karena pasien mempunyai keterbatasan atau informasi yang salah dalam pengambilan keputusan (RNABC, 1996 dalam CNA 2004).

2.3.4.6 Prinsip *Fidelity* (*Menjaga janji*)

Fidelity adalah prinsip moral dimana individu harus memegang komitmen dan janji (Marquis & Huston, 2006). Prinsip ini menjelaskan kewajiban perawat untuk tetap setia terhadap komitmen, loyal, menepati janji, mengatakan yang benar dan tetap setia kepada klien yang telah mempercayakan kepada perawat untuk mendapatkan asuhan keperawatan (Beuchamp & Childress, 2001; Husted & Husted, 1995). Kesetiaan ini akan mempertahankan hubungan saling percaya antara perawat dan klien. Perawat sebagai pemberi jasa pelayanan keperawatan akan tetap konsisten terhadap apa yang dikatakan dan akan memenuhi kewajibannya dalam hubungan perawat klien. Kewajiban ini meliputi menepati janji dan menyimpan rahasia pasien serta *caring*.

2.3.5 Faktor mempengaruhi kinerja perawat dalam menerapkan prinsip etik dan mengambil keputusan etik

Beberapa literatur menjelaskan faktor yang secara signifikan mempengaruhi perilaku etik dan pengambilan keputusan etik. Faktor-faktor tersebut adalah:

2.3.5.1 Individu perawat

Individu perawat meliputi karakteristik demografi perawat dan perasaan kompeten serta keyakinan diri perawat. Karakteristik individu pada umumnya meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama kerja dan status pernikahan. Karakteristik demografi individu perawat ini akan menjadi variabel *confounding* pada penelitian ini. Berikut ini akan diuraikan masing-masing karakteristik demografi perawat:

a. Umur

Robbins dan Judge (2008) menyatakan bahwa semakin bertambahnya usia maka pekerja akan membawa sifat-sifat positif dalam melaksanakan pekerjaannya seperti pengalaman, perilaku etik yang kuat dan komitmen dalam menjaga kualitas pekerjaannya. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Suhartati (2002) yang menyatakan bahwa semakin bertambah tua maka kecenderungan perawat untuk berperilaku etik akan

lebih besar, terutama untuk perawat dengan usia di atas 40 tahun. Hasil yang sama didapatkan dari penelitian Purbadi dan Sofiana (2006) bahwa usia berpengaruh positif terhadap kinerja, meskipun dalam penelitian ini perawat yang dianggap mempunyai kinerja yang lebih baik adalah perawat dengan usia di atas 30 tahun karena dianggap mempunyai kemampuan analisis yang lebih baik. Sehingga semakin bertambah usia maka makin bertambah pula kemampuan seseorang dalam mengambil keputusan, berpikir secara rasional, semakin bijaksana, mampu mengendalikan emosi dan toleran terhadap pandangan orang lain.

Penelitian lain terkait umur dan kinerja mendapatkan hasil bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna dalam kinerja perawat berdasarkan umur adalah penelitian yang dilakukan oleh Riyadi dan Kusnanto (2007), Indiyah (2001) dan Burdahyat (2009). Perbedaan hasil antara beberapa penelitian yang dilakukan sebelumnya mendasari perlu dilakukan pengkajian lagi untuk variabel umur dengan kinerja agar dapat lebih memperkuat dan membuktikan kebenarannya dalam penelitian yang dilakukan peneliti kali ini.

Kebanyakan orang dewasa berada dalam tingkat menengah pada tahap perkembangan moral, semakin tinggi perkembangan moral maka semakin berkurang tingkat ketergantungan terhadap pengaruh dari luar dalam mengambil keputusan etik ataupun berperilaku etik. Individu yang telah maju pada tahap perkembangan moral yang makin tinggi akan menaruh perhatian yang lebih terhadap hak orang lain, tidak peduli dengan pendapat mayoritas, dan mempunyai kecenderungan untuk menentang budaya dalam organisasi yang dirasa tidak sesuai dengan prinsip etik atau moral yang mereka yakini (Suwanto, 1999).

b. Jenis Kelamin

Tidak ada perbedaan yang konsisten laki-laki dan perempuan dalam kemampuan memecahkan masalah, keterampilan analisis, dorongan kompetisi, motivasi, sosiabilitas dan kemampuan belajar. Beberapa studi psikologi menunjukkan bahwa perempuan cenderung mematuhi peraturan organisasi yang mendorong perempuan untuk berperilaku etik tetapi perbedaan ini sangat kecil (Robbins, 2001). Penelitian yang dilakukan oleh Burdahyat (2009) dan Muadi (2009) menemukan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan kinerja dan produktivitas perawat.

Perempuan cenderung menganalisis suatu permasalahan secara lebih mendalam dan seksama sebelum mengambil keputusan dibandingkan dengan laki-laki. Hal ini cenderung menghasilkan pertimbangan masalah dan alternatif penyelesaian dengan lebih seksama. Seorang perawat perempuan akan lebih dapat mempertimbangkan dan mempunyai alternatif penyelesaian masalah atau dilema etika dengan lebih seksama sehingga akan berperilaku etika lebih baik dibandingkan perawat laki-laki. Perilaku etika ini juga dimungkinkan karena perempuan lebih empati dan mampu memahami perasaan orang lain dengan lebih baik (Robbins&Judge, 2007).

Perbedaan-perbedaan hasil penelitian dan temuan tersebut dapat dijelaskan bahwa dalam dunia keperawatan perempuan lebih dominan akan tetapi perawat pria cenderung menduduki posisi manager yang tidak secara langsung bersentuhan dengan klien, atau pada area dengan teknologi tinggi seperti ICU, IBS, IGD sehingga perawat pria tetap dapat mempertahankan sisi rasionalitas dibandingkan dengan perempuan (MacDougall, 1997).

c. Tingkat Pendidikan

Penelitian yang dilakukan oleh Jeanine (1989) menyatakan bahwa tingkat pendidikan perawat mempengaruhi kualitas pengambilan keputusan yang etik oleh perawat. Perawat dengan tingkat pendidikan lebih tinggi mempunyai pertimbangan yang lebih matang dikarenakan wawasan yang lebih luas. Penelitian yang dilakukan oleh Sofiana dan Purwadi (2006) membuktikan bahwa perawat dengan pendidikan DIII Keperawatan dan tingkat pendidikan yang lebih tinggi mempunyai efisiensi kerja dan penampilan kerja yang lebih baik. Hasil yang sama juga didapatkan dari penelitian yang dilakukan oleh Casterlé, Janssen, dan Grypdonck (1996) yang menyatakan ada pengaruh antara pendidikan dengan perilaku etik siswa perawat.

Penelitian yang dilakukan oleh Indiyah (2001), Burdahyat (2009) dan Muadi (2009) menemukan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kinerja dan produktivitas perawat. Habaghery, Salsali dan Ahmadi (2004) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa perawat merasa kurikulum yang ada di pendidikan keperawatan tidak menyiapkan perawat untuk menjadi pembuat keputusan klinik yang efektif dan etik. Pendidikan keperawatan tidak mengajarkan tentang otoritas perawat dalam mengambil keputusan secara bebas dan mengimplementasikan keputusan tersebut.

Hal ini dapat dijelaskan oleh Siagian (2002) yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan akan meningkatkan produktivitas kerja, akan tetapi pendidikan yang dimaksud bukan saja merupakan pendidikan formal yang diperoleh melalui sekolah melainkan juga pendidikan yang di luar jalur sekolah seperti pelatihan, training ataupun seminar.

d. Masa Kerja

Masa kerja berkaitan dengan pengalaman pekerja dalam melaksanakan suatu pekerjaan. Robbins dan Judge (2007) menyatakan bahwa perilaku seseorang di masa lalu menjadi dasar yang baik untuk perilaku di masa depan. Seorang perawat akan dapat mengambil keputusan secara etik dan berperilaku secara etik saat menghadapi masalah atau dilema etik karena pernah mengalami hal tersebut di masa lalu dan telah menganalisisnya dengan lebih baik. Masa kerja di atas 3 tahun membuat perawat mempunyai pengetahuan yang lebih baik terhadap pekerjaannya sehingga dapat mengambil keputusan yang lebih cermat terkait pekerjaannya tersebut (Purbadi & Sofiana, 2006). Hal ini dijelaskan oleh Siagian (2002) karena semakin lama seseorang bekerja maka akan semakin matang secara teknis dan psikologis yang menunjukkan kematangan jiwanya.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Supratman (2002) dan Indiyah (2001) menyatakan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna kinerja perawat berdasarkan masa kerja. Perbedaan hasil antara beberapa penelitian yang dilakukan sebelumnya mendasari perlu dilakukan pengkajian lagi untuk variabel masa kerja dengan kinerja agar dapat lebih memperkuat dan membuktikan kebenarannya dalam penelitian yang dilakukan peneliti kali ini.

e. Status pernikahan

Penelitian yang dilakukan oleh Purbadi dan Sofiana (2006) membuktikan bahwa individu yang telah menikah akan meningkat dalam kinerja karena mempunyai pemikiran yang lebih matang dan bijaksana yang sangat diperlukan dalam penerapan prinsip etik. Hasil yang sama juga didapatkan dari penelitian Buick dan Thomas (2001) yang menyatakan bahwa karyawan yang telah menikah akan termotivasi untuk bekerja lebih baik dibandingkan karyawan yang belum menikah dan telah bercerai. Pernikahan menyebabkan

peningkatan tanggung jawab dan pekerjaan tetap menjadi lebih berharga dan penting. Mayoritas pekerja yang loyal dan puas terhadap pekerjaannya adalah pekerja yang telah menikah.

Goleman (1999) mempunyai pendapat agak berbeda dengan yang menyatakan bahwa seorang pria yang telah menikah dengan kehidupan pernikahan yang kurang bahagia cenderung kurang bisa mengatur emosinya. Saat seseorang tidak bisa mengatur emosinya maka orang tersebut tidak akan bisa berpikir secara seksama dan teliti serta mempunyai lapang pandang yang sempit sehingga tidak bisa menganalisa suatu masalah secara rasional dan akan menghasilkan keputusan yang cenderung tidak etikal. Penelitian Supratman (2002) dan Indiyah (2001) menyebutkan bahwa tidak ada perbedaan secara bermakna status pernikahan dengan kinerja perawat.

Penelitian Habaghery, Salsali dan Ahmadi (2004) menyebutkan faktor individu yang mempengaruhi selain karakteristik demografi adalah perasaan kompeten dan keyakinan diri perawat. Kompetensi didefinisikan sebagai pengetahuan, keterampilan dan pengalaman yang memadai serta kemampuan untuk menggunakannya dalam tatanan seting nyata. *Self confident* atau keyakinan diri adalah keyakinan perawat akan kemampuan yang dimiliki. Keyakinan diri ini membuat perawat merasa mampu mengontrol dan mempengaruhi situasi sehingga meningkatkan kesempatan dan kekuatan untuk membuat keputusan etis secara bebas. Kesimpulan yang dapat diambil dari penelitian ini adalah kemampuan perawat akan mempengaruhi keyakinan diri perawat sehingga perawat merasa mampu dan mempunyai kekuatan serta otoritas untuk membuat keputusan termasuk dalam hal membela hak klien.

2.3.5.2 Faktor sosial

a. Kode etik

Kode etik dimiliki oleh profesi untuk menuntun anggota profesi dalam menjalankan aktivitas profesinya serta melindungi masyarakat konsumennya. Kode etik didefinisikan sebagai seperangkat peraturan atau susunan harapan untuk mencapai suatu tujuan (Jonstone, 2000). Beberapa pernyataan tentang kode etik dapat diambil kesimpulan bahwa kode etik adalah pedoman yang dipandang esensial sebagai karakteristik profesi yang mencerminkan nilai, norma dan ideal profesi sebagai petunjuk bagaimana anggota profesi harus berperilaku.

Kode etik keperawatan merupakan suatu pernyataan komprehensif dari profesi yang memberikan tuntunan bagi anggota profesi melaksanakan praktek dalam bidang keperawatan, baik yang berhubungan dengan klien, masyarakat, teman sejawat, dan profesi keperawatan (Kozier, Erb, Blais & Wilkinson, 1995: Potter & Perry, 2005). Pernyataan Aiken (2003) mengenai kode etik keperawatan adalah daftar perilaku atau bentuk pedoman atau panduan etik perilaku profesi keperawatan secara profesional (Aiken, 2003). Tujuan utama adanya kode etik keperawatan adalah memberikan perlindungan bagi pelaku dan penerima praktek keperawatan.

Organisasi profesi keperawatan di berbagai negara merumuskan kode etik dengan berbagai variasi *content*, akan tetapi pada dasarnya memuat prinsip yang sama yaitu meliputi prinsip otonomi, berbuat baik, tidak merugikan, adil, berkata baik/jujur, setia/menepati janji (*keeping promise*), dan menjaga kerahasiaan (Potter & Perry, 2005). Tujuan adanya kode etik keperawatan adalah sebagai pedoman bagi perawat di negara tersebut dalam memberikan asuhan keperawatan yang aman, kompeten dan sesuai nilai-nilai dan prinsip-prinsip etika (CARNA, 2005: CNA 2008).

Kesimpulan yang dapat diambil dari beberapa pernyataan bahwa kode etik keperawatan adalah daftar tentang identitas perilaku sebagai pedoman bagi anggota profesi dalam melakukan perilaku etika yang mengindikasikan penerimaan secara jujur dan bertanggung jawab dan merupakan daftar perilaku yang menjadi panduan perilaku etis anggota profesi yang merupakan ciri penting profesi, menunjukkan penerimaan masyarakat terhadap profesi dan tanggung jawab profesi dengan berdasarkan nilai-nilai, moral profesional dan tujuan profesi.

Fungsi dan tujuan adanya kode etik keperawatan adalah (CNA, 2008: PPNI, 2010):

- Mendorong anggota organisasi profesi untuk berperilaku sesuai pedoman dan meningkatkan kesadaran etika.
- Meningkatkan kesadaran anggota profesi terhadap aspek moral dalam melaksanakan pekerjaannya.
- Memberlakukan peraturan bagi anggota organisasi dimana hal ini mencerminkan integritas organisasi profesi dan melindungi anggota profesi dari praktek yang sesuai dengan standar etika
- Memberikan petunjuk dalam mengambil keputusan terkait konflik moral
- Memberikan gambaran harapan masyarakat terhadap anggota profesi

Kode etik mencakup empat prinsip yang merupakan pedoman perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yakni tanggung jawab perawat terhadap klien, tanggung jawab perawat terhadap praktek, tanggung jawab perawat terhadap masyarakat, tanggung jawab perawat terhadap teman sejawat dan tanggung jawab perawat terhadap profesi (CNA, 2008: ICN, 2006: PPNI, 2010).

Tanggung jawab perawat terhadap klien

- 1) Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan menghargai harkat dan martabat manusia, keunikan klien dan tidak terpengaruh oleh pertimbangan kebangsaan, kesukuan, warna kulit, umur, jenis kelamin, aliran politik dan agama yang dianut serta kedudukan.
- 2) Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan senantiasa memelihara suasana lingkungan yg menghormati nilai-nilai budaya, adat istiadat dan kelangsungan hidup beragama dari klien.
- 3) Tanggung jawab utama perawat adalah kepada mereka yang membutuhkan asuhan keperawatan
- 4) Perawat wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahui sehubungan dengan tugas yang dipercayakan kepadanya, kecuali jika diperlukan oleh yang berwenang sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.

Tanggung jawab perawat terhadap praktek

- 1) Perawat memelihara dan meningkatkan kompetensi dibidang keperawatan melalui belajar terus menerus
- 2) Perawat senantiasa memelihara mutu pelayanan keperawatan yang tinggi disertai kejujuran profesional dalam menerapkan pengetahuan serta keterampilan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien
- 3) Perawat dalam membuat keputusan didasarkan pada informasi yang adekuat dan mempertimbangkan kemampuan serta kualifikasi seseorang bila melakukan konsultasi, menerima delegasi dan memberikan delegasi kepada orang lain.

Tanggung jawab perawat terhadap masyarakat

- 1) Perawat mengemban tanggung jawab bersama masyarakat untuk memprakarsai dan mendukung berbagai kegiatan dalam memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat

Tanggung jawab perawat terhadap teman sejawat

- 1) Perawat senantiasa memelihara hubungan baik dengan sesama perawat maupun dengan tenaga kesehatan lainnya, dan dalam memelihara keserasian suasana lingkungan kerja maupun dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan secara menyeluruh
- 2) Perawat bertindak melindungi klien dari tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan secara tidak kompeten, tidak etis dan ilegal.

Tanggung jawab perawat terhadap profesi

- 1) Perawat mempunyai peran utama dalam menentukan standar pendidikan dan pelayanan keperawatan serta menerapkannya dalam kegiatan pelayanan dan pendidikan keperawatan.
- 2) Perawat berperan aktif dalam berbagai kegiatan pengembangan profesi keperawatan.
- 3) Perawat berpartisipasi aktif dalam upaya profesi untuk membangun dan memelihara kondisi kerja yang kondusif demi terwujudnya asuhan keperawatan yang bermutu tinggi.

Kode etik adalah hal utama yang harus dimiliki oleh suatu organisasi untuk mencegah adanya perilaku yang tidak sesuai dengan etika. Kode etik tidak akan berpengaruh secara positif terhadap perilaku anggota suatu organisasi jika hanya sebagai aksesoris semata dan akan bekerja secara baik jika setiap pekerja menerima kode etika sebagai bagian dari budaya organisasi. Fungsi kode etik tidak berdiri sendiri tetapi terintegrasi, tercakup sebagai bagian dari budaya organisasi yang lebih besar. Organisasi harus membangun budaya yang kuat yang mencakup kode etik yang mendukung dan menghargai pekerja yang mentaati kode etik (Mayasari, 2008). Berdasarkan uraian di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa kode etik keperawatan yang merupakan pedoman perawat untuk berperilaku etik akan dapat diterapkan secara baik semua perawat menerima kode etik sebagai bagian dari budaya kerja

pada saat perawat melakukan asuhan keperawatan kepada pasien. Kode etik keperawatan berfungsi secara maksimal jika rumah sakit sebagai organisasi tempat kerja yang menaungi perawat mempunyai budaya yang kuat yang mendukung serta memberikan penghargaan yang baik terhadap perawat yang mentaati kode etik keperawatan.

b. Pembinaan

Tujuan pembinaan etika profesi adalah untuk menjaga mutu profesi dan menjaga harkat dan martabat profesi serta memelihara tata tertib anggota profesi. Jenis pembinaan bersifat mendidik dan membina selama perawat yang melakukan kelalaian memiliki keinginan untuk memperbaiki diri yaitu membuat kasus dengan topik sesuai kasus, ditugaskan mempresentasikan makalah dengan topik yang sesuai kasus, ditugaskan memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan risiko ringan, melakukan tindakan yang berhubungan dengan kasus, mengikuti kegiatan sosialisasi standar keperawatan, etik dan pembahasan kasus, tidak cuti selama pembinaan dan dinas pagi selama jangka waktu tertentu serta pemotongan jasa keperawatan (Kasie Keperawatan RSUD Sragen, 2007).

2.3.5.3 Organisasi

a. Struktur organisasi dan budaya organisasi

Struktur dan budaya sistem pelayanan kesehatan adalah faktor yang mempengaruhi partisipasi perawat dalam membuat keputusan terkait pelayanan kepada klien dan perilaku etis yang ditunjukkan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Struktur didefinisikan sebagai peraturan dan regulasi di mana hal ini menentukan otoritas perawat. Habaghery, Salsali dan Ahmadi (2004) menyebutkan dalam penelitiannya bahwa mayoritas perawat beranggapan *job description* dan peraturan rumah sakit membatasi otoritas perawat. Organisasi yang tidak mempunyai aturan atau kebijakan juga dapat meningkatkan perilaku yang tidak etis. Kebebasan individu untuk berperilaku tidak

etik dalam suatu organisasi dapat dicegah dengan adanya aturan atau kebijakan (Pride, Hughes & Kapoor, 2010).

Acharya (2005) menyatakan bahwa perilaku yang tidak etika tidak hanya disebabkan oleh sesuatu yang buruk tetapi lebih kepada iklim yang ada pada organisasi yang memfasilitasi atau menghambat perilaku tersebut. Iklim etika organisasi adalah inti dari perilaku etika dalam organisasi sebagai hasil lingkungan di mana organisasi beroperasi dan karakteristik organisasi meliputi struktur dan nilai organisasi. Setiap organisasi perlu mengetahui iklim etika yang berlangsung di organisasinya sehingga dapat mengembangkan iklim etika yang dapat mendorong individu dalam organisasi untuk berperilaku etika (Robbins & Judge, 2008).

b. Sistem manajemen

Sistem manajemen adalah faktor lain yang mempengaruhi perawat dalam berperilaku menerapkan prinsip etik. Dukungan rekan kerja adalah sumber dukungan yang sangat bermanfaat untuk berperilaku etis akan tetapi berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Habaghery, Salsali dan Ahmadi (2004) menyebutkan bahwa perawat merasa manager yang tidak mendukung merupakan hambatan bagi perawat untuk pengambilan keputusan termasuk pengambilan keputusan dalam menyelesaikan masalah etik. Dukungan manajemen dapat berupa dukungan uang kesejahteraan, persediaan fasilitas perawatan dan dukungan emosional (Habaghery, Salsali dan Ahmadi, 2004).

Penelitian lainnya yang meneliti hal terkait sistem manajemen yang membuat perawat hanya berorientasi pada tugas dan kurang pertimbangan dalam memutuskan permasalahan klien adalah ketidakseimbangan rasio perawat dan klien, beban kerja yang terlalu berat, peningkatan tugas-tugas non keperawatan yang menurunkan

interaksi perawat dan klien sehingga perawat cenderung kurang mengenal klien secara individu yang dapat menurunkan perilaku *caring* perawat (Sobirin, 2006).

c. *Positif Practice Environment*

Positif practice environment adalah lingkungan kerja yang dibutuhkan perawat untuk menjalankan tugasnya sesuai dengan lingkup dan disiplin ilmunya agar menghasilkan pelayanan keperawatan yang berkualitas (Rowell, 2003 dalam ICN, 2007). Adanya struktur dan kebijakan institusi yang mengakui pentingnya pendidikan dan pembelajaran berkelanjutan, menekan kan pada *team work* dan kesejawatan serta peningkatan kreativitas dan inovasi.

CRNBC (2007) merumuskan *guideline* lingkungan kerja berkualitas yang dapat diterapkan pada berbagai seting pelayanan keperawatan yaitu *workload management* (manajemen beban kerja), *nursing leadership* (kepemimpinan keperawatan), *control over practice* (pengaturan praktik), *professional development* (pengembangan profesional) dan *organizational support* (dukungan organisasi). Manajemen beban kerja yaitu ketercukupan jumlah perawat untuk menyediakan perawatan yang aman, kompeten dan etis. Kepemimpinan keperawatan adalah adanya pemimpin perawat yang kompeten dan disiapkan secara baik pada semua level dalam organisasi. Pengaturan praktik adalah perawat mempunyai tanggung jawab, otoritas dan akuntabilitas untuk melaksanakan praktik keperawatan. Pengembangan profesional adalah di mana organisasi mendukung dan memfasilitasi perawat untuk melanjutkan pendidikan dan menciptakan lingkungan pembelajaran bagi perawat. Dukungan organisasi adalah misi, visi, nilai dan kebijakan organisasi mendukung praktik keperawatan untuk menghasilkan pelayanan keperawatan yang sesuai dan aman.

Lingkungan kerja perawat yang berkualitas berhubungan secara langsung dengan kepuasan kerja, produktivitas, rekrutmen, retensi perawat dan yang paling penting adalah berpengaruh terhadap perawatan klien dan kesembuhan klien (CRNBC, 2007). Kepuasan kerja perawat akan mempengaruhi motivasi perawat dalam berperilaku *caring* yang pada akhirnya akhirnya akan mempengaruhi perawat menerapkan prinsip etik dalam pemberian suhan keperawatan kepada klien.

2.3.6 Meningkatkan kinerja penerapan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan

Seorang manager perlu membangun lingkungan kerja yang dapat mendorong bawahannya untuk berperilaku etik. Strategi yang dapat digunakan untuk membangun lingkungan kerja yang etika dan menurunkan stres kerja staf dikarenakan dilema etik yaitu (Raines, 2000 dalam Marquis & Huston, 2006): menyediakan perpustakaan yang berisi buku-buku atau jurnal etika keperawatan di tempat kerja, mensponsori komite etik keperawatan atau komite penelitian, membuat program pendidikan untuk semua staf yang dapat memfasilitasi kasus etik saat ini, membagikan artikel secara rutin setiap bulan kepada semua unit dan melakukan pembinaan pada pertemuan staf dan ronde keperawatan, melakukan survei pada staf perawat untuk mengkaji permasalahan etik yang sering terjadi di tempat kerja atau kasus yang sulit untuk diselesaikan, mengirimkan perwakilan dari staf perawat ke organisasi kesehatan lain untuk mencari pemecahan masalah etik berkaitan dengan isu etik, komite etik, kebijakan etik, program pendidikan dll serta mengirimkan staf perawat atau perawat manager dalam pertemuan rutin.

Chaousis (2000) menyatakan bahwa ada beberapa cara yang dapat dilakukan suatu organisasi untuk memotivasi anggota organisasi meningkatkan perilaku etik yaitu melalui faktor individu dan faktor organisasi. Penjelasan sebagai berikut:

2.3.6.1 Faktor individu

Faktor individu adalah faktor yang berperan dalam kinerja anggota organisasi berperilaku etis. Hal ini berhubungan dengan *locus of control* individu. Organisasi yang memberi kebebasan individu untuk mengikuti prinsip moral individu yang dianggap benar, bagi individu yang mempunyai moral kuat maka individu akan cenderung berperilaku etik dan dapat mengambil keputusan etis. Akan tetapi seorang individu dengan moral yang kuat dapat berperilaku tidak etis jika lingkungan organisasi mengizinkan atau mendorong perilaku tidak etis. (Suwanto, 1999).

Memotivasi seorang perawat yang dipandang sebagai individu profesional paling tepat jika dengan tanggung jawab serta otonomi dalam pekerjaannya sebagai perawat, serta adanya dukungan atas apa yang perawat kerjakan baik dukungan dari atasan, rekan kerja maupun kebijakan tempat kerja. Hal ini dikarenakan seorang profesional menganggap kepuasan kerja adalah terletak pada pekerjaan itu sendiri (Suwanto, 1999).

Robbins dan Judge (2007) menyatakan bahwa seseorang yang berkeyakinan bahwa segala sesuatu yang terjadi pada dirinya dikarenakan faktor keberuntungan dan hal-hal yang tidak dapat dikendalikan oleh dirinya akan cenderung berperilaku tidak etis, berbeda dengan individu yang beranggapan bahwa segala sesuatu yang terjadi pada dirinya merupakan hal dapat diusahakan maka akan cenderung berperilaku etis. Pemberian tanggung jawab individu dan otonomi individu dalam pekerjaan dapat meningkatkan rasa pengendalian diri individu.

2.3.6.2 Faktor Organisasi

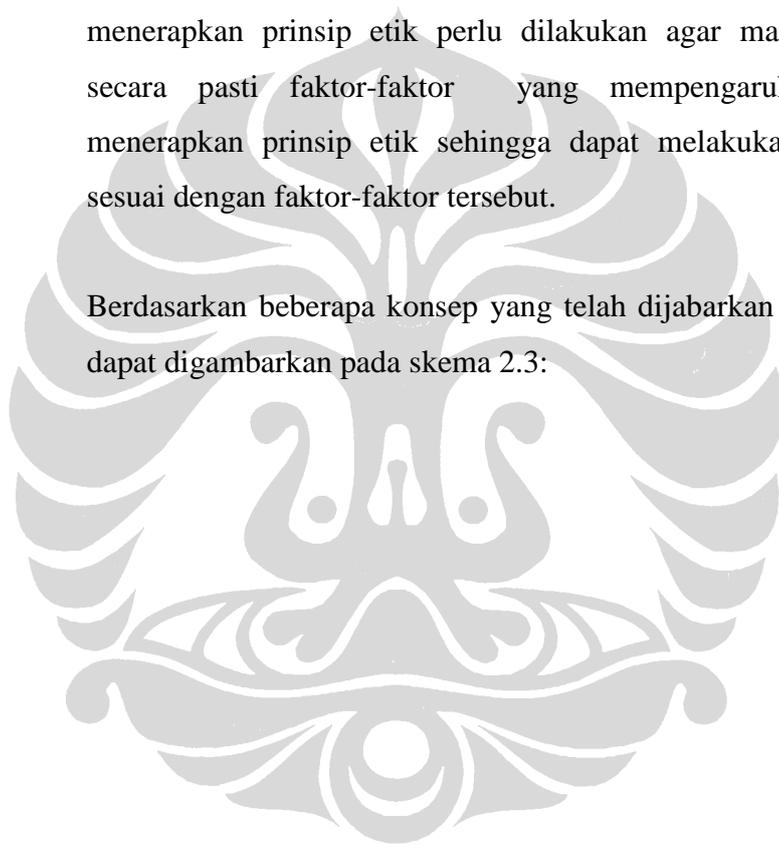
Adapun beberapa cara untuk meningkatkan perilaku etik anggota organisasi adalah dengan melibatkan semua orang untuk membangun dan mempertahankan peraturan dan etika yang ada di organisasi, menjelaskan konsep-konsep abstrak yang terdapat dalam peraturan dan kode etik agar dapat diaplikasikan dalam tatanan nyata di organisasi, menyediakan forum diskusi untuk mencari solusi dilema atau masalah etik yang dialami anggota organisasi, memberikan pemikiran pada semua anggota organisasi bahwa keputusan dan perilaku etik adalah suatu hal yang dapat dipelajari, pimpinan harus dapat berperan sebagai *role model* untuk berperilaku etik bagi bawahannya, membangun budaya organisasi dengan cara memberikan *reward* bagi anggota organisasi yang berperilaku etik dan tidak mendukung perilaku yang tidak etik, membuat sistem *performa appraisal* yang menyertakan penilaian kinerja etik pada salah satu penilaiannya, melakukan audit perilaku etik dan mengumumkan secara terbuka hasil audit tersebut.

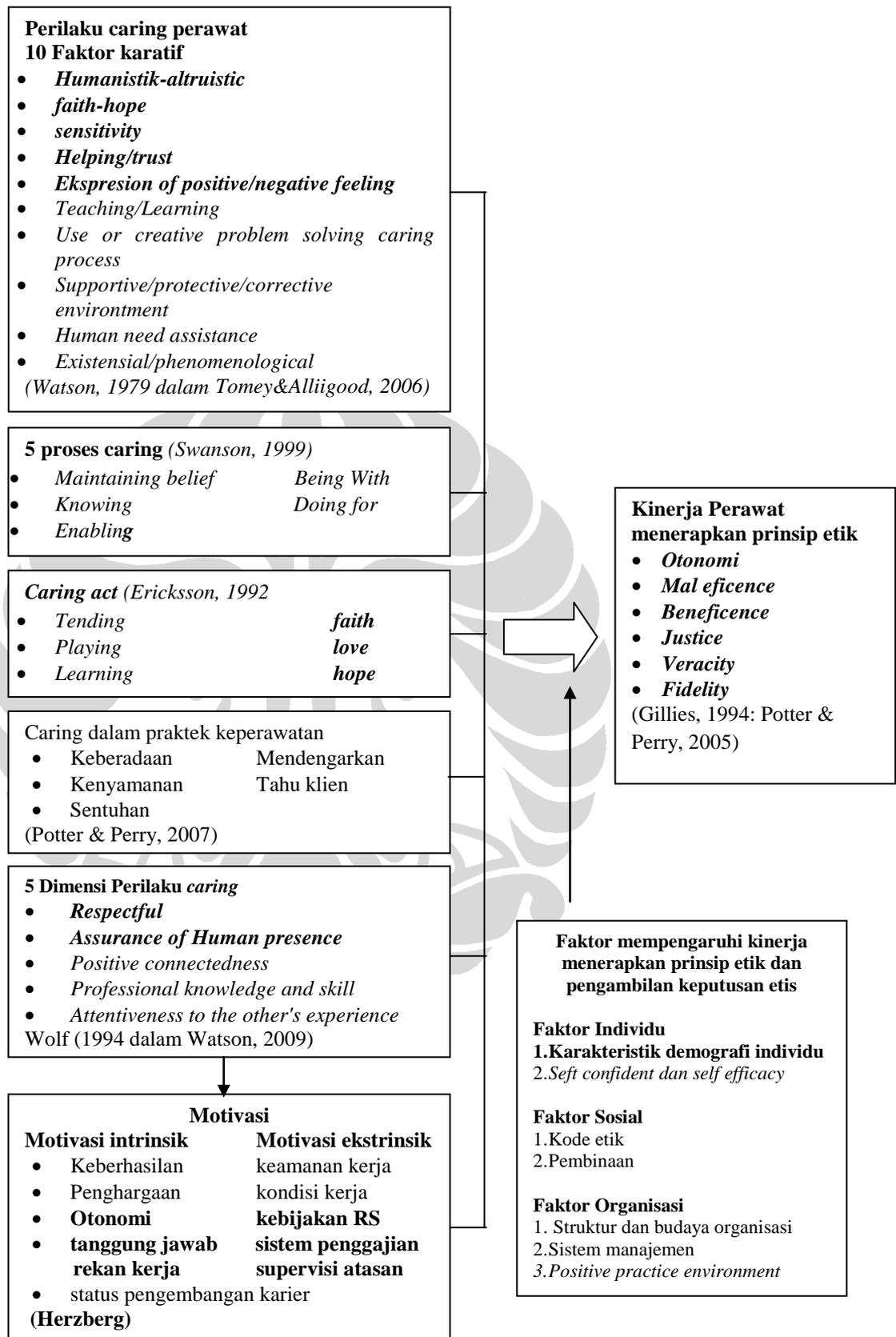
Penelitian yang berkaitan dengan penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan oleh Suhartati pada tahun 2002 yang mengkaji faktor-faktor yang berhubungan dengan penerapan etika profesi keperawatan. Variabel penerapan etika profesi keperawatan dengan menggunakan prinsip otonomi, *mal efficacy*, *beneficence*, *justice*, *veracity* dan *fidelity*. Hasil penelitian memperlihatkan bahwa ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin bertambah usia perawat, semakin lama perawat bekerja, semakin baik tingkat pemahaman, pembinaan, citra profesi dan kondisi lingkungan kerja serta dengan status telah menikah maka akan menunjukkan perilaku yang lebih etikal dalam memberikan asuhan keperawatan. Hasil uji *kai square* memperlihatkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pemahaman, pembinaan, citra profesi dan kondisi lingkungan kerja terhadap perilaku penerapan etika keperawatan. Akan tetapi hasil uji regresi logistik memperlihatkan bahwa setelah

dikontrol oleh variabel tempat kerja, variabel pemahaman merupakan variabel yang paling berpengaruh.

Penelitian yang dilakukan oleh Suhartati dilaksanakan di rumah sakit swasta sehingga hasil yang didapatkan tidak bisa digeneralisasikan pada RSUD Sragen karena perbedaan karakteristik rumah sakit dan kebijakan yang berlaku di ke dua rumah sakit. Penelitian untuk mengkaji faktor-faktor yang mempengaruhi dan berhubungan dengan kinerja perawat menerapkan prinsip etik perlu dilakukan agar manajemen mengetahui secara pasti faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat menerapkan prinsip etik sehingga dapat melakukan upaya yang tepat sesuai dengan faktor-faktor tersebut.

Berdasarkan beberapa konsep yang telah dijabarkan maka kerangka teori dapat digambarkan pada skema 2.3:





Gambar 2.3 Kerangka Teori Penelitian

Berdasarkan bagan skematik 2.3 dapat diidentifikasi bahwa kinerja perawat dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan dipengaruhi oleh perilaku *caring* perawat dan motivasi. Perilaku *caring* perawat dijabarkan oleh Watson sebagai 10 faktor karatif, Swanson sebagai 5 proses *caring*, Erickson sebagai *tending*, *playing* dan *learning* yang didasari rasa cinta, keyakinan dan harapan. Perilaku *caring* yang menjadi fokus pada penelitian ini yaitu 1) dimensi mengakui keberadaan manusia atau *assurance of human presence* yang terdiri atas faktor karatif *Humanistik/faith-hope-sensitivity* serta 2) dimensi *respectful* atau menanggapi dengan rasa hormat yang terdiri atas faktor karatif *Helping/trust dan Ekspresion of positive/negative feeling*. Perilaku *caring* perawat akan memotivasi perawat untuk menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan. Motivasi yang menjadi fokus dalam penelitian ini berdasarkan teori motivasi Herzberg yang meliputi faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik yang ada dalam pekerjaan. Faktor motivasi intrinsik yang diteliti yaitu otonomi dan tanggung jawab pekerjaan sedangkan faktor ekstrinsik yang diteliti yaitu sistem penggajian, kebijakan RS, hubungan dengan rekan kerja dan supervisi atasan.

BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menguraikan tentang kerangka konsep penelitian, hipotesis penelitian dan definisi operasional variabel-variabel dalam penelitian.

3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian merupakan landasan berpikir untuk melakukan penelitian yang dilakukan. Kerangka konsep dikembangkan berdasarkan kerangka teori yang dibahas dalam tinjauan teori. Berdasarkan penjelasan konsep-konsep yang ada pada tinjauan teori, peneliti ingin meneliti hubungan antara motivasi berdasarkan teori motivasi dua faktor Herzberg, perilaku *caring* perawat yang berdasarkan konsep Watson (1979) dengan 10 faktor karatif yang dikembangkan oleh Wolf (1994) menjadi lima dimensi perilaku *caring*, serta perilaku *caring* Erickson (1992). Dimensi perilaku *caring* yang diteliti dalam penelitian ini adalah *assurance of human presence* atau mengakui keberadaan manusia yang terdiri atas faktor karatif *Humanistik/faith-hope-sensitivity* atau *faith, love dan hope* Erickson serta dimensi *respectful* atau menanggapi dengan rasa hormat yang terdiri atas faktor karatif *helping/trust dan Ekspresion of positive/negative feeling* dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan yang berdasarkan konsep Potter dan Perry (2005) dan Gillies (1994) yang meramu inti dari isi kode etik keperawatan berbagai negara yaitu prinsip otonomi, *non maleficence, beneficence, justice, veracity* dan *fidelity*. Secara rinci variabel-variabel yang ada dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

3.1.1 Variabel independen

Variabel independen dalam penelitian ini ada dua variabel yaitu perilaku *caring* dan motivasi perawat. Variabel perilaku *caring* terdiri atas dimensi *respectful* dan *assurance human presence* Variabel motivasi terdiri atas motivasi intrinsik dan motivasi ekstrinsik yang ada dalam pekerjaan perawat. Motivasi intrinsik terbagi lagi menjadi otonomi pekerjaan dan tanggung jawab pekerjaan, sedangkan motivasi ekstrinsik terdiri dari

sistem penggajian, kebijakan RS, hubungan dengan rekan kerja dan supervisi dari atasan.

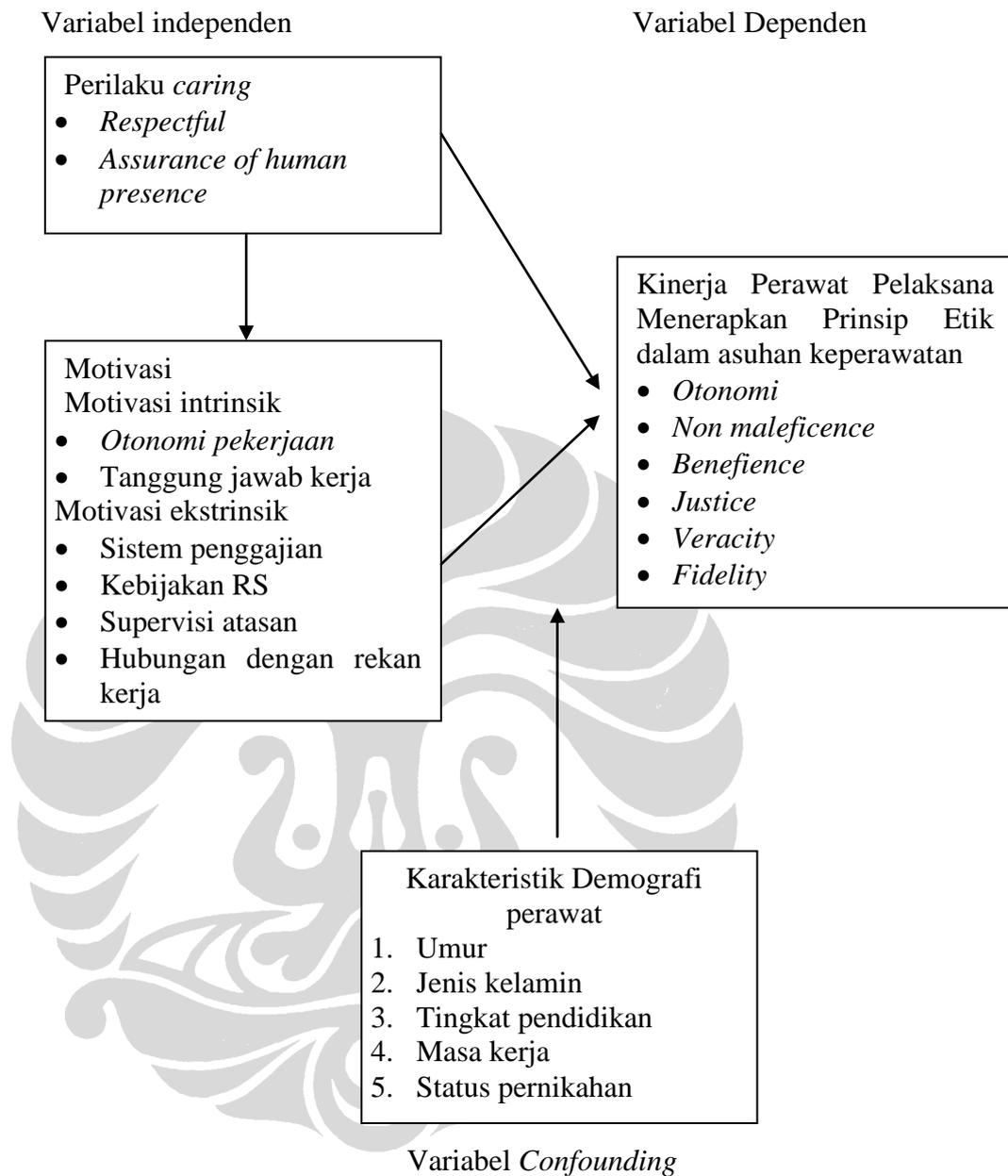
3.1.2 Variabel dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan yang terdiri atas prinsip *otonomi*, *non maleficence*, *beneficence*, *justice*, *veracity* dan *fidelity*.

3.1.3 Variabel *confounding*

Variabel *confounding* atau variabel perancu dalam penelitian ini adalah karakteristik demografi responden yang mempengaruhi kinerja perawat pelaksana dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan. Variabel demografi perawat terdiri dari umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja dan status pernikahan.

Untuk melihat hubungan perilaku *caring* dan motivasi, dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan, maka disusunlah kerangka konsep penelitian ini, yaitu pada gambar 3.1:



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini terdiri dari hipotesis mayor dan minor.

3.2.1 Hipotesis mayor

Hipotesis mayor dalam penelitian ini adalah:

3.2.1.1 Ada hubungan antara perilaku *caring* dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.

3.2.1.2 Ada hubungan antara motivasi dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.

3.2.2 Hipotesis minor

Hipotesis minor dalam penelitian ini adalah:

3.2.2.1 Ada hubungan antara perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.

3.2.2.2 Ada hubungan antara perilaku *caring* dimensi *assurance human of presence* dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.

3.2.2.3 Ada hubungan antara otonomi pekerjaan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.

3.2.2.4 Ada hubungan antara tanggung jawab pekerjaan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.

3.2.2.5 Ada hubungan antara sistem penggajian dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.

3.2.2.6 Ada hubungan antara kebijakan RS dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.

- 3.2.2.7 Ada hubungan antara hubungan dengan rekan kerja dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.
- 3.2.2.8 Ada hubungan antara supervisi atasan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.
- 3.2.2.9 Ada hubungan antara perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan otonomi kerja dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan pada perawat pelaksana di RSUD Sragen.
- 3.2.2.10 Ada hubungan antara perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan tanggung jawab kerja dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan pada perawat pelaksana di RSUD Sragen.
- 3.2.2.11 Ada hubungan antara perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dengan otonomi kerja dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan pada perawat pelaksana di RSUD Sragen.
- 3.2.2.12 Ada hubungan antara perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dengan tanggung jawab kerja dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan pada perawat pelaksana di RSUD Sragen.
- 3.2.2.13 Ada hubungan antara perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan sistem penggajian dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan pada perawat pelaksana di RSUD Sragen.
- 3.2.2.14 Ada hubungan antara perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan kebijakan RS dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan pada perawat pelaksana di RSUD Sragen.
- 3.2.2.15 Ada hubungan antara perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan hubungan dengan rekan kerja dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan pada perawat pelaksana di RSUD Sragen.
- 3.2.2.16 Ada hubungan antara perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan supervisi atasan dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan pada perawat pelaksana di RSUD Sragen.

- 3.2.2.17 Ada hubungan antara perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dengan sistem penggajian dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan pada perawat pelaksana di RSUD Sragen.
- 3.2.2.18 Ada hubungan antara perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dengan kebijakan RS dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan pada perawat pelaksana di RSUD Sragen.
- 3.2.2.19 Ada hubungan antara perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dengan hubungan dengan rekan kerja dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan pada perawat pelaksana di RSUD Sragen.
- 3.2.2.20 Ada hubungan antara perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dengan supervisi atasan dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan pada perawat pelaksana di RSUD Sragen.
- 3.2.2.21 Ada hubungan antara umur dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.
- 3.2.2.22 Ada hubungan antara jenis kelamin dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.
- 3.2.2.23 Ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.
- 3.2.2.24 Ada hubungan antara masa kerja dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.
- 3.2.2.25 Ada hubungan antara status pernikahan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.

3.3 Definisi Operasional

Definisi operasional masing-masing variabel dalam penelitian ini yang meliputi variabel dependen, independen dan *confounding* seperti pada tabel 3.1:

Tabel 3.1 Definisi Operasional

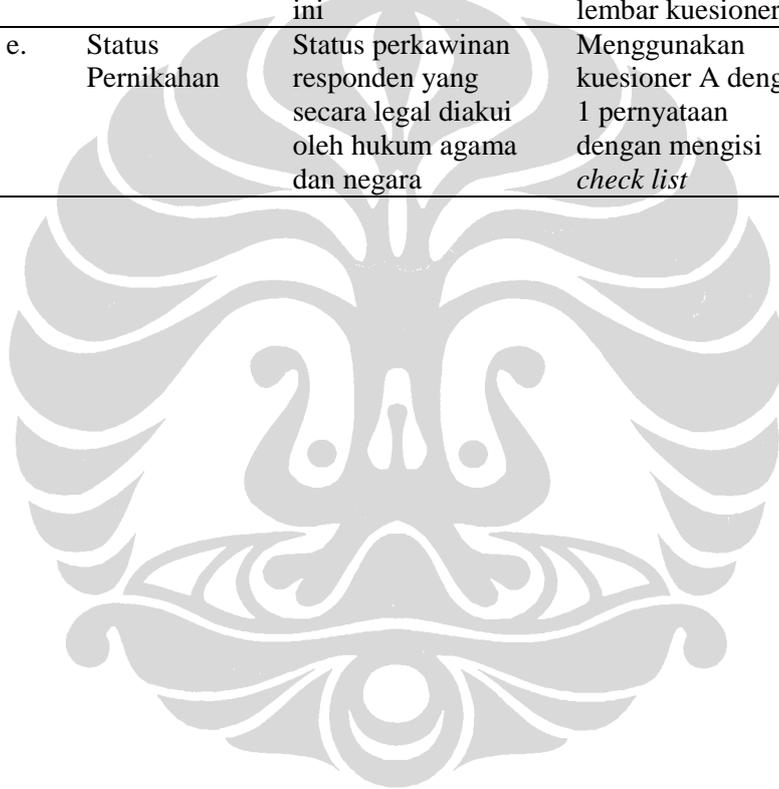
No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel independen					
1.	Motivasi	Faktor yang mendorong perawat pelaksana dalam menerapkan prinsip etik keperawatan meliputi motivasi intrinsik dan motivasi ekstrinsik	Menggunakan kuesioner B yang terdiri dari 24 pertanyaan (nomor 1-24) dengan skala likert (1. Sangat tidak setuju, 2. Tidak setuju, 3. Setuju dan 4. Sangat setuju). Dimana akan didapatkan nilai minimum 24 dan nilai maksimum 96	Jumlah nilai dari item pernyataan motivasi yang dinyatakan dalam mean, median, modus, standar deviasi, nilai minimum dan maksimum dengan CI 95%	Interval
a	Motivasi intrinsik	Faktor internal dalam pekerjaan yang mendorong perawat pelaksana dalam menerapkan prinsip etik meliputi otonomi pekerjaan dan tanggung jawab pekerjaan	Menggunakan kuesioner B yang terdiri dari 7 pertanyaan dengan skala likert (1. Sangat tidak setuju, 2. Tidak setuju, 3. Setuju dan 4. Sangat setuju). Dimana akan didapatkan nilai minimum 7 dan nilai maksimum 28	Jumlah nilai dari item pernyataan motivasi intrinsik yang dinyatakan dalam mean, median, modus, standar deviasi, nilai minimum dan maksimum dengan CI 95%	Interval
(1).	Otonomi pekerjaan	Persepsi perawat terhadap kemandiriannya dalam melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan kewenangannya di rumah sakit	Menggunakan kuesioner B yang terdiri dari 4 pertanyaan (nomor 1-4) dengan skala likert (1. Sangat tidak setuju, 2. Tidak setuju, 3. Setuju dan 4. Sangat setuju). Dimana akan didapatkan nilai minimum 4 dan nilai maksimum 16	Jumlah nilai dari item pernyataan otonomi pekerjaan yang dinyatakan dalam mean, median, modus, standar deviasi, nilai minimum dan maksimum dengan CI 95%	Interval
(2).	Tanggung jawab pekerjaan	Persepsi perawat tentang aktivitas atau kegiatan pekerjaan yang telah	Menggunakan kuesioner B yang terdiri dari 3 pertanyaan (nomor	Jumlah nilai dari item pernyataan tanggung jawab pekerjaan yang	Interval

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
		ditugaskan kepadanya	5-7) dengan skala likert (1. Sangat tidak setuju, 2. Tidak setuju, 3. Setuju dan 4. Sangat setuju). Dimana akan didapatkan nilai minimum 3 dan nilai maksimum 12	dinyatakan dalam mean, median, modus, standar deviasi, nilai minimum dan maksimum dengan CI 95%	
b.	Motivasi ekstrinsik	Faktor eksternal dalam pekerjaan yang mendorong perawat pelaksana dalam menerapkan prinsip etik meliputi otonomi pekerjaan dan tanggung jawab pekerjaan	Menggunakan kuesioner B yang terdiri dari 17 pertanyaan dengan skala likert (1. Sangat tidak setuju, 2. Tidak setuju, 3. Setuju dan 4. Sangat setuju). Dimana akan didapatkan nilai minimum 17 dan nilai maksimum 68	Jumlah nilai dari item pernyataan motivasi ekstrinsik yang dinyatakan dalam mean, median, modus, standar deviasi, nilai minimum dan maksimum dengan CI 95%	Interval
(1).	Sistem penggajian	Persepsi perawat tentang pengakuan dan sistem penggajian dari pekerjaan yang telah dilakukannya dengan baik serta adanya pengakuan dan umpan balik yang berbeda untuk setiap tingkat kinerja yang telah ditunjukkan	Menggunakan kuesioner B yang terdiri dari 3 pertanyaan (nomor 8-10) dengan skala likert (1. Sangat tidak setuju, 2. Tidak setuju, 3. Setuju dan 4. Sangat setuju). Dimana akan didapatkan nilai minimum 3 dan nilai maksimum 12	Jumlah nilai dari item pernyataan sitem penggajian yang dinyatakan dalam mean, median, modus, standar deviasi, nilai minimum dan maksimum dengan CI 95%	Interval
(2).	Kebijakan RS	Persepsi perawat terhadap kebijakan, prosedur kerja, dan prosedur administrasi yang dikeluarkan oleh rumah sakit dan bagian keperawatan dalam menjalankan pekerjaannya	Menggunakan kuesioner B yang terdiri dari 3 pertanyaan (nomor 11-13) dengan skala likert (1. Sangat tidak setuju, 2. Tidak setuju, 3. Setuju dan 4. Sangat setuju). Dimana akan didapatkan nilai minimum 3 dan	Jumlah nilai dari item pernyataan kebijakan RS yang dinyatakan dalam mean, median, modus, standar deviasi, nilai minimum dan maksimum dengan CI 95%	Interval

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
			nilai maksimum 12		
(3).	Hubungan dengan rekan kerja	Persepsi perawat terhadap hubungan dengan rekan kerja yang mendukung perawat dalam kinerja menerapkan prinsip etik	Menggunakan kuesioner B yang terdiri dari 6 pertanyaan (nomor 14-19) dengan skala likert (1. Sangat tidak setuju, 2. Tidak setuju, 3. Setuju dan 4. Sangat setuju). Dimana akan didapatkan nilai minimum 6 dan nilai maksimum 24.	Jumlah nilai dari item pernyataan hubungan dengan rekan kerja yang dinyatakan dalam mean, median, modus, standar deviasi, nilai minimum dan maksimum dengan CI 95%	Interval
(4).	Supervisi Atasan	Persepsi perawat terhadap supervisi atasan rekan kerja yang mendukung perawat dalam kinerja menerapkan prinsip etik	Menggunakan kuesioner B yang terdiri dari 5 pertanyaan (nomor 20-24) dengan skala likert (1. Sangat tidak setuju, 2. Tidak setuju, 3. Setuju dan 4. Sangat setuju). Dimana akan didapatkan nilai minimum 5 dan nilai maksimum 20	Jumlah nilai dari item pernyataan supervisi atasan yang dinyatakan dalam mean, median, modus, standar deviasi, nilai minimum dan maksimum dengan CI 95%	Interval
2.	Perilaku <i>caring</i>	Pernyataan perawat tentang perilaku <i>caring</i> yang dilakukan saat memberikan asuhan keperawatan kepada klien yang meliputi dimensi <i>respectful</i> dan <i>Assurance human presence</i>	Menggunakan kuesioner C yang terdiri dari 16 pertanyaan (nomor 1-16) dengan skala likert (1. Tidak pernah, 2. Jarang, 3. Sering, 4. Selalu). Dimana akan didapatkan nilai minimum 16 dan nilai maksimum 64	Jumlah nilai dari item pernyataan perilaku <i>caring</i> yang dinyatakan dalam mean, median, modus, standar deviasi, nilai minimum dan maksimum dengan CI 95%	Interval
a.	<i>Respectful</i>	Pernyataan perawat terhadap perilaku <i>caring</i> yang dilakukan dalam memberikan asuhan keperawatan meliputi tindakan mengembangkan	Menggunakan kuesioner C yang terdiri dari 8 item pertanyaan (nomor 1-8) dengan skala likert (1. Tidak pernah, 2. Jarang, 3. Sering, 4.	Jumlah nilai dari item pernyataan perilaku <i>caring</i> dimensi <i>respectful</i> yang dinyatakan dalam mean, median, modus, standar deviasi,	Interval

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
		hubungan saling percaya dan saling membantu, meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan positif dan negatif	Selalu). Dimana akan didapatkan nilai minimum 8 dan nilai maksimum 32	nilai minimum dan maksimum dengan CI 95%	
b.	<i>Assurance of human presence</i>	Pernyataan perawat terhadap perilaku <i>caring</i> yang dilakukan dalam memberikan asuhan keperawatan meliputi tindakan membentuk dan menghargai sistem nilai humanistik dan altruistik, menanamkan sikap penuh pengharapan, menanamkan sensitifitas atau kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain	Menggunakan kuesioner C yang terdiri dari 8 pertanyaan (nomor 9-16) dengan skala likert (1. Tidak pernah, 2. Jarang, 3. Sering, 4. Selalu). Dimana akan didapatkan nilai minimum 8 dan nilai maksimum 32	Jumlah nilai dari item pernyataan perilaku <i>caring</i> dimensi <i>Assurance of human presence</i> yang dinyatakan dalam mean, median, modus,, standar deviasi, nilai minimum dan maksimum dengan CI 95%	Interval
Variabel Dependen					
3.	Kinerja perawat pelaksana dalam menerapkan prinsip etik keperawatan	Penilaian perawat pelaksana atas kinerjanya menerapkan prinsip etik keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien meliputi prinsip <i>otonomi, non maleficence, beneficence, justice veracity</i> dan <i>fidelity</i>	Menggunakan kuesioner D dengan 36 pernyataan (nomor 1-36) dengan skala likert (1. Tidak pernah, 2. Jarang, 3. Sering, 4. Selalu). Dimana akan didapatkan nilai minimum 36 dan nilai maksimum 144	Jumlah nilai dari item pernyataan kinerja perawat dalam menerapkan prinsip etik yang dinyatakan dalam mean, median, modus, standar deviasi, nilai minimum dan maksimum dengan CI 95%	Interval
Variabel Confounding					
4. Karakteristik Demografi Perawat					
a.	Umur	Usia responden yang dinyatakan dalam tahun dihitung sejak tanggal kelahiran sampai ulang tahun terakhir	Menggunakan kuesioner A dengan 1 pernyataan dengan cara mengisi pada lembar kuesioner	Dalam tahun	Rasio
b.	Jenis Kelamin	Karakteristik fisik yang dimiliki responden berdasarkan ciri-ciri	Menggunakan kuesioner A dengan 1 pernyataan dengan mengisi	1. Laki-laki (L) 2. Perempuan (P)	Nominal

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
		jenis kelamin laki-laki dan perempuan	<i>check list</i>		
c.	Pendidikan	Pendidikan keperawatan formal terakhir yang ditempuh oleh responden	Menggunakan kuesioner A dengan 1 pernyataan dengan mengisi <i>check list</i>	1. DIII Kep 2. S1 Kep	Ordinal
d.	Masa kerja	Lama kerja responden di RSUD Sragen yang diperhitungkan sejak masuk sampai saat ini	Menggunakan kuesioner A dengan 1 pernyataan dengan cara mengisi pada lembar kuesioner	Dalam tahun	Rasio
e.	Status Pernikahan	Status perkawinan responden yang secara legal diakui oleh hukum agama dan negara	Menggunakan kuesioner A dengan 1 pernyataan dengan mengisi <i>check list</i>	1. Tidak menikah 2. Menikah	Nominal



BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

Bab 4 menguraikan tentang metodologi penelitian, termasuk desain penelitian yang digunakan, populasi dan sampel penelitian, tempat dan waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpul data, prosedur pengumpulan data serta analisis data.

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan rancangan penelitian deskripsi korelasi serta menggunakan rancangan *cross sectional* untuk melihat hubungan antara perilaku *caring* dan motivasi dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen. Penelitian deskripsi korelasi adalah penelitian yang bertujuan untuk mengetahui adanya hubungan antara dua atau lebih variabel (Notoatmodjo, 2002; Arikunto, 2009). Metode *cross sectional* dilakukan dengan cara mengukur variabel dependen dan variabel independen hanya satu kali tanpa dilakukan tindak lanjut serta penelitian dilakukan pada satu waktu (Saryono, 2005).

Variabel independen pada penelitian ini adalah perilaku *caring* dan motivasi perawat, variabel dependen penelitian ini adalah kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan, sedangkan variabel *confounding* dari penelitian ini adalah karakteristik demografi perawat yang meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja dan status pernikahan.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi merupakan keseluruhan subjek penelitian (Arikunto, 2009; Notoadmodjo, 2002). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat pelaksana baik laki-laki maupun perempuan yang berjumlah 153 di RSUD Sragen.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah sebagian populasi yang mewakili populasi. Teknik penentuan jumlah sampel dalam penelitian ini menggunakan total *sampling* yaitu semua populasi terjangkau yang memenuhi kriteria inklusi menjadi sampel penelitian, dengan demikian sampel dalam penelitian ini adalah semua perawat pelaksana baik laki-laki maupun perempuan di Instalasi Rawat Inap yang tersebar di 8 ruang rawat dan 1 ruang ICU-ICCU yang memenuhi kriteria inklusi. Jumlah total perawat pelaksana baik laki-laki dan perempuan di Instalasi Rawat Inap RSUD Sragen adalah 102 perawat. Jumlah sampel pada penelitian ini adalah 100 perawat pelaksana. Hal ini dikarenakan ada 2 perawat yang sedang cuti melahirkan pada saat penelitian dilakukan sehingga tidak termasuk dalam kriteria inklusi.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- 4.2.2.1 Merupakan perawat pelaksana dengan status pegawai tetap atau kontrak yang telah bekerja di RSUD Sragen yang tidak dalam masa orientasi kerja atau mempunyai masa kerja lebih dari 6 (enam) bulan.
- 4.2.2.2 Tidak sedang mengambil cuti pada saat proses penelitian dilakukan (cuti hamil atau melahirkan, cuti menikah atau cuti sakit lebih dari (satu) bulan).
- 4.2.2.3 Tidak sedang tugas belajar atau mengikuti pendidikan/pelatihan yang meninggalkan tugas di rumah sakit.
- 4.2.2.4 Bersedia menjadi responden dalam penelitian ini yang dibuktikan dengan penandatanganan surat pernyataan untuk menjadi responden.

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian ini mengambil tempat di RSUD Sragen, Jalan Raya Sukowati No. 534 Sragen dengan menggunakan Instalasi Rawat Inap yang terdiri dari 8 ruang rawat dan 1 ruang ICU-ICCU.

RSUD Sragen dipilih menjadi tempat penelitian dengan pertimbangan bahwa merupakan rumah sakit milik Pemerintah Daerah Kabupaten Sragen yang menjadi rujukan bagi masyarakat Sragen dan sekitarnya, terjadi perubahan tipe rumah sakit menjadi rumah sakit tipe B pada bulan Maret 2009 dan terakreditasi 12 pelayanan, mengalami perubahan status rumah sakit dari swadana menjadi Badan Layanan Umum Daerah pada bulan Juli 2009 sehingga sedang berupaya mengembangkan upaya layanan kesehatan termasuk pelayanan keperawatan agar dapat meningkatkan kepuasan pelanggan yang pada akhirnya akan berdampak pada peningkatan pendapatan dan citra rumah sakit.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada minggu ke 3 dan ke 4 bulan April 2010. Secara lengkap tabel waktu dan tahapan penelitian dapat dilihat pada lampiran 1.

4.5 Etika Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dengan mempertimbangkan etika penelitian dengan memberikan perlindungan terhadap responden yang menjadi subjek dalam penelitian ini. Hal ini dilakukan untuk mencegah timbulnya masalah etik yang dapat terjadi selama proses penelitian berlangsung dengan menerapkan prinsip etika riset penelitian yaitu *beneficence*, prinsip menghargai martabat manusia dan prinsip mendapatkan keadilan (Hamid, 2007).

4.5.2 Aplikasi Prinsip Etik Penelitian

Polit dan Beck (2006) mengaplikasikan prinsip etik penelitian dalam *self determination, privacy and dignity, anonymity and confidentiality, fair treatment* serta *protection from discomfort and harm*.

4.5.2.1 *Self determination*

Self determination berarti memberi kebebasan pada responden menentukan keikutsertaan berpartisipasi dalam penelitian setelah diberi informasi yang adekuat tentang penelitian. Hal yang dilakukan peneliti untuk menerapkan *self determination* dalam penelitian ini adalah peneliti menyampaikan berkas kuesioner yang selanjutnya mempersilahkan responden untuk membaca penjelasan penelitian dan lembar persetujuan. Informasi yang diberikan peneliti sebelum responden dipersilahkan menandatangani lembar persetujuan adalah tujuan penelitian, manfaat dan variabel yang diteliti; waktu yang diperlukan untuk penelitian; tidak ada pengaruh terhadap individu dan pekerjaannya; selanjutnya peneliti juga menjelaskan bahwa data yang diberikan responden tidak akan disebarluaskan dan hanya dipergunakan dalam penelitian ini. Peneliti juga menjelaskan bahwa responden berhak berpartisipasi atau tidak berpartisipasi dalam penelitian dan tidak ada paksaan dan hukuman terhadap keputusan responden tersebut. Responden diberikan kesempatan untuk bertanya sebelum memberikan persetujuan menandatangani responden. Responden yang bersedia menjadi subjek penelitian, peneliti mempersilahkan responden untuk menandatangani lembar persetujuan.

4.5.2.2 *Anonymity and confidentiality*

Responden tidak perlu menuliskan nama pada kuesioner yang diisi. Kuesioner dalam penelitian ini menggunakan kode responden yang diisi oleh peneliti sehingga informasi yang didapatkan dalam penelitian hanya digunakan untuk keperluan penelitian dan analisis data serta tidak dapat diketahui secara luas untuk kepentingan publikasi.

4.5.2.3 *Privacy and dignity*

Perawat yang menjadi responden penelitian dalam pengisian kuesioner mengisi kuesioner pada *nurse station* atau ruang kepala ruang. Berkas kuesioner yang telah diisi oleh responden disimpan dan diolah oleh peneliti. Selanjutnya berkas dihancurkan setelah 5 tahun dari proses pelaporan penelitian selesai dilakukan dan disetujui oleh pembimbing dan penguji.

4.5.2.4 *Fair treatment*

Penerapan prinsip *fair treatment* dalam penelitian ini dilakukan dengan pemilihan responden yang tidak diskriminatif, tidak menghukum jika responden tidak berkeinginan berpartisipasi dalam penelitian, dan mengikutsertakan semua data responden yang memenuhi kriteria inklusi dari pengolahan data hingga penyajian data.

4.5.2.5 *Protection from discomfort and harm*

Penelitian dilakukan di *nurse station* atau ruang kepala ruang yang tertutup untuk meningkatkan kenyamanan dan mencegah gangguan selama proses pengisian kuesioner. Peneliti juga menjamin informasi yang diberikan responden tidak menimbulkan dampak pada responden maupun penilaian kinerja responden.

4.5.3 *Informed Consent*

Informed consent atau persetujuan menjadi responden dibuktikan dengan penanda tangan surat persetujuan seperti tercantum pada lampiran 2 oleh responden menjadi subjek penelitian secara sukarela dan tanpa paksaan dengan didahului dengan penjelasan oleh peneliti secara lengkap dan adekuat dengan bahasa yang mudah dipahami oleh responden tentang tujuan, prosedur penelitian, manfaat, dan jaminan kerahasiaan informasi yang diberikan responden.

4.6 Alat Pengumpul Data

Alat pengumpul data atau instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner dalam bentuk pernyataan-pernyataan yang berkaitan dengan data karakteristik demografi perawat, faktor motivasi, perilaku *caring* perawat dan kinerja perawat menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan (lampiran 2).

4.6.2 Kuesioner A (Kuesioner Karakteristik Demografi Perawat)

Kuesioner ini berisi pertanyaan-pertanyaan terkait karakteristik demografi perawat pelaksana yang merupakan variabel potensial pengganggu yang dibuat sendiri oleh peneliti yang terdiri dari 5 pertanyaan dari nomor 1 sampai dengan 5 yang meliputi: umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja dan status pernikahan. Data yang diambil merupakan data primer, dimana perawat menjawab pertanyaan yang ada di kuesioner A dengan mengisi atau memberi tanda *check* pada isian yang tersedia.

4.6.3 Kuesioner B (Kuesioner Motivasi Perawat)

Kuesioner ini untuk mengukur motivasi perawat berdasarkan faktor eksternal dan internal yang ada dalam pekerjaan perawat yang dirancang dan dikembangkan oleh peneliti berdasarkan variabel-variabel yang diteliti sesuai dengan teori motivasi isi dari Herzberg yang dikaitkan dengan penerapan prinsip etik keperawatan dan telah dilakukan uji coba instrumen oleh peneliti.

Variabel motivasi ini diukur melalui perolehan skor dari setiap item pernyataan setelah dilakukan uji coba terdiri dari 24 item pernyataan yang merupakan pernyataan positif (*favorable*) dan pernyataan negatif (*unfavorable*). Nomor pernyataan dari masing-masing sub variabel tergambar pada tabel 4.1 sebagai berikut:

Tabel 4.1 Persebaran Nomor Pernyataan Tiap Sub Variabel
Kuesioner Motivasi Perawat

No	Sub variabel	Jumlah Pernyataan	Nomor Item Favorable	Nomor Item Unfavorable
1.	Otonomi kerja	4	1,3,4	2
2.	Tanggung Jawab Kerja	3	5,6,7	-
3.	Sistem Penggajian	3	8,10	9
4.	Kebijakan RS	3	11,12,13	-
5.	Hubungan dengan Rekan Kerja	6	14, 16,17,18,19	15
6.	Supervisi Atasan	5	20,22,23,24	21

Kuesioner ini merupakan alat pengumpul data primer dimana perawat mengisi pernyataan yang terdapat dalam kuesioner dengan memberikan tanda *chek* pada kolom yang sesuai. Jawaban pernyataan dengan menggunakan skala likert dari 1-4, dengan kriteria penilaian sebagai berikut:

Sangat Tidak Setuju, jika pernyataan tersebut sama sekali tidak sesuai dengan pendapat atau kondisi yang anda alami di rumah sakit ini, diberi nilai 1.

Tidak Setuju, jika pernyataan tersebut tidak sesuai dengan pendapat atau kondisi yang anda alami di rumah sakit ini, diberi nilai 2.

Setuju, jika pernyataan tersebut sesuai dengan pendapat atau kondisi yang anda alami di rumah sakit ini, diberi nilai 3.

Sangat Setuju, jika pernyataan tersebut sangat sesuai dengan pendapat atau kondisi yang anda alami di rumah sakit ini, diberi nilai 4.

Nilai pernyataan negatif berkebalikan dengan nilai yang didapatkan dari pernyataan positif.

4.6.4 Kuesioner C (Kuesioner Perilaku *Caring* Perawat)

Kuesioner ini untuk mengukur perilaku *caring* perawat. Kuesioner ini mengadopsi sebagian dari *Caring Behavior Inventory* yang dibuat oleh Wolf (1994). Peneliti hanya menggunakan 2 (dua) dimensi dari 5 (lima) dimensi perilaku *caring* dengan modifikasi yang dilakukan peneliti. Hal ini dilakukan untuk meningkatkan pemahaman responden terhadap item pertanyaan dalam CBI. Uji reliabilitas kesetaraan diupayakan peneliti dengan cara menerjemahkan kuesioner CBI yang berbahasa Inggris ke dalam bahasa Indonesia dan meminta ahli bahasa menerjemahkan kembali kuesioner CBI hasil terjemahan oleh peneliti dalam bahasa Indonesia ke dalam bahasa Inggris kembali dan mencocokkan hasil terjemahan kembali dalam bahasa Indonesia dengan kuesioner asli dalam bahasa Inggris. Jika tidak terdapat perbedaan makna maka dapat dikatakan bahwa telah terjadi reliabilitas kesetaraan atau *interrater reliability* (Jogiyanto, 2008).

Variabel perilaku *caring* perawat ini diukur melalui perolehan skor dari setiap item pernyataan yang terdiri dari 16 item pernyataan. Nomor pernyataan dari masing-masing sub variabel tergambar pada tabel 4.2 sebagai berikut:

Tabel 4.2 Persebaran Nomor Pernyataan Tiap Dimensi Kuesioner Perilaku *Caring* Perawat

No	Sub variabel	Jumlah Pernyataan	Nomor Item Favorable	Nomor Item Unfavorable
1.	<i>Respectful</i>	8	1,2,3,4,5,6,8	7
2.	<i>Assurance human presence</i>	8	9,10,11,12,14,15,16	13

Kuesioner dibuat sebagai pengumpul data primer, di mana perawat mengisi pernyataan yang terdapat dalam kuesioner dengan memberikan tanda *cek* pada kolom yang sesuai. Jawaban pernyataan dengan menggunakan skala likert dari 1-4, dengan kriteria penilaian sebagai berikut:

Tidak pernah, jika pernyataan tersebut tidak pernah dilakukan sama sekali oleh perawat, diberi nilai 1.

Kadang-kadang jika pernyataan tersebut jarang dilakukan (lebih sering tidak dilakukan) oleh perawat, diberi nilai 2.

Sering, jika pernyataan tersebut sering dilakukan (jarang tidak dilakukan) oleh perawat, diberi nilai 3.

Selalu, jika pernyataan tersebut selalu dilakukan (tidak pernah tidak dilakukan) oleh perawat, diberi nilai 4.

Nilai pernyataan negatif berkebalikan dengan nilai yang didapatkan dari pernyataan positif.

4.6.5 Kuesioner D (Kuesioner Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan)

Kuesioner ini untuk mengukur kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan. Kuesioner ini mengadopsi sebagian dari kuesioner penerapan prinsip etik profesi keperawatan yang dibuat oleh Suhartati yang dibuat berdasarkan *New Zealand Nurse Association* dan dikembangkan sendiri oleh peneliti dengan teori dari literatur dan kode etik keperawatan Indonesia. Konsistensi reliabilitas berdasarkan *Cronbach's alpha* pada uji coba I yang dilakukan oleh Suhartati dengan jumlah responden 30 perawat pelaksana adalah 0,8848 sedangkan pada ujicoba II dengan jumlah responden 33 perawat pelaksana adalah 0,8879.

Variabel kinerja perawat ini diukur melalui perolehan skor dari setiap item pernyataan yang terdiri dari 36 item pernyataan yang merupakan pernyataan positif (*favorable*) dan pernyataan negative (*unfavorable*). Nomor pernyataan dari masing-masing sub variabel sebagai berikut:

Tabel 4.3 Persebaran Nomor Pernyataan
Kuesioner Kinerja Menerapkan Prinsip Etik

No	Sub variabel	Jumlah Pernyataan	Nomor Item Favorable	Nomor Item Unfavorable
1.	Otonomi	4	1,2,3	4
2.	<i>Non Maleficence</i>	10	5,6,7,8,10,11,12,13,14	9,14
3.	<i>Beneficence</i>	7	15,16,17,18,19,20,21	-
4.	<i>Justice</i>	3	22,23,24	-
5.	<i>Veracity</i>	5	25,26,27,28	29
6.	<i>Fidelity</i>	7	31,32,33,34,35,36	30,33

Kuesioner dibuat sebagai pengumpul data primer, di mana perawat mengisi pernyataan yang terdapat dalam kuesioner dengan memberikan tanda *cek* pada kolom yang sesuai. Jawaban pernyataan dengan menggunakan skala likert dari 1-4, dengan kriteria penilaian sebagai berikut:

Tidak pernah, jika pernyataan tersebut tidak pernah dilakukan sama sekali oleh perawat, diberi nilai 1.

Kadang-kadang jika pernyataan tersebut jarang dilakukan (lebih sering tidak dilakukan) oleh perawat, diberi nilai 2.

Sering, jika pernyataan tersebut sering dilakukan (jarang tidak dilakukan) oleh perawat, diberi nilai 3.

Selalu, jika pernyataan tersebut selalu dilakukan (tidak pernah tidak dilakukan) oleh perawat, diberi nilai 4.

Nilai pernyataan negatif berkebalikan dengan nilai yang didapatkan dari pernyataan positif.

4.6.6 Uji Coba Instrumen Penelitian

Intrumen penelitian yang dipakai sebagai alat pengumpul data diuji cobakan pada populasi yang mempunyai karakteristik yang hampir sama dengan responden. Hal ini untuk menilai validitas, reliabilitas dan objektivitas intrumen penelitian. Intrumen dikatakan valid jika mampu mengukur apa yang seharusnya diukur. Uji validitas dilakukan dengan uji

korelasi *pearson product moment* (r) yaitu membandingkan antara skor nilai tiap *item* pertanyaan dengan skor total kuesioner, untuk melihat nilai korelasi tiap-tiap pertanyaan signifikan, maka nilai r hitung dibandingkan dengan r tabel. Masing-masing nilai signifikan dari item pertanyaan dibandingkan nilai r tabel pada tingkat kemaknaan 5%, jika lebih jika lebih besar maka item pertanyaan tersebut valid (Notoatmodjo, 2005). Instrumen penelitian ini agar mempunyai validitas isi dan konstruksi maka peneliti pada saat penyusunan instrumen menggunakan kisi-kisi atas item pertanyaan yang ada pada kuesioner. Uji validitas isi dalam penelitian ini juga dengan meminta penilaian atau pendapat dari pembimbing peneliti yang mempunyai kompetensi untuk menilai isi item pertanyaan kuesioner sesuai dengan aspek yang akan diteliti dan dikaji.

Analisis reliabilitas diperlukan untuk melihat tingkat stabilitas pengukuran variabel. Metode *cronbach alpha* test merupakan salah satu metode yang cukup handal dan terpercaya untuk mengukur konsistensi internal reliabilitas. Konsistensi alpha menurut Mc Dowell (1996 dalam Ilyas, 1999) bahwa $\alpha < 0.40$ termasuk konsistensi rendah; 0.41-0.60 termasuk konsistensi sedang; 0.61-0.80 termasuk konsistensi baik dan > 0.81 termasuk konsistensi hampir sempurna. Burn dan Grove (1997 dalam Hamid, 2008) menyatakan bahwa untuk instrumen yang baru dikembangkan, tingkat koefisien reliabilitas 0,70 masih dapat diterima akan tetapi untuk instrumen yang telah dikembangkan dengan baik tingkat koefisien reliabilitas yang dapat diterima lebih dari 0,80.

Uji coba pertama instrument penelitian dilakukan terhadap 30 perawat pelaksana di Instalasi Rawat Inap ruang Cempaka, Bougenvile, Melati dan Gardena RS Banyumas. Uji coba instrumen penelitian I dilakukan pada minggu ke lima bulan Maret 2010. RS Banyumas dipilih sebagai tempat untuk melakukan uji validitas dan reliabilitas instrumen karena mempunyai karakteristik perawat pelaksana, karakteristik penyakit pasien, BOR serta rasio perawat dan pasien yang hampir sama dengan RSUD

Sragen serta merupakan rumah sakit umum milik Pemerintah Daerah Kabupaten yang mempunyai komite keperawatan sebagai organisasi non struktural unsur keperawatan yang berfungsi dalam pembinaan dan pembimbingan perilaku etik bagi perawat.

Variabel kuesioner telah diukur dengan menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment* dan reliabilitas telah diukur dengan menggunakan *alpha cronbach*. Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian secara rinci tergambar pada tabel 4. 4:

Hasil uji coba instrumen menunjukkan bahwa kuesioner motivasi dari 35 item pernyataan yang valid dan reliabel berjumlah 10 item pernyataan, sedangkan item pernyataan yang tidak valid dan reliabel berjumlah 23 item pernyataan. Item pernyataan yang tidak valid dan reliabel selanjutnya 11 item pernyataan dibuang dan 12 item pernyataan dimodifikasi dalam hal bahasa dan redaksi pernyataan. Hasil uji coba kuesioner perilaku *caring* menunjukkan bahwa dari 23 item pernyataan, 14 item pernyataan valid dan reliabel dan 9 item pernyataan tidak valid dan reliabel. Item pernyataan yang tidak valid dan reliabel, 7 item pernyataan dibuang dan 2 item pernyataan dimodifikasi dalam hal bahasa dan redaksi pernyataan. Hasil uji coba kuesioner kinerja menerapkan prinsip etik menunjukkan bahwa dari 50 item pernyataan, 32 item pernyataan valid dan reliabel dan 18 item pernyataan tidak valid dan reliabel. Item pernyataan yang tidak valid dan reliabel, 14 item pernyataan dibuang dan 4 item pernyataan dimodifikasi dalam hal bahasa dan redaksi pernyataan. Item pernyataan yang dimodifikasi merupakan item pernyataan yang mempunyai nilai validitas yang mendekati nilai r tabel ($r = 0,361$) dan merupakan item pernyataan yang secara konten dianggap penting bagi variabel yang diteliti.

Tabel 4.4 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian ke I

Variabel	Jumlah Pernyataan		No Item Tidak Valid	No Item Diperbaiki	No Item Dibuang	Reliabilitas
	Sebelum Uji	Sesudah Uji				
A. Motivasi	35	24	2,5,7,10,11,12,14,15,18,1018,20,23,25,27,28,30,31,33,34,35	2,5,10,14,16,18,20,23,25,28,31,33	3,7,11,12,15,26,27,30,34,35	0,7306
B. Perilaku <i>caring</i>	23	16	4,5,7,9,12,14,15,16,23	4,23	5,7,9,12,14,15,16	0,8324
C. Kinerja menerapkan prinsip etik	50	36	2,3,5,7,8,10,16,17,19,21,20,23,24,26,31,34,38,41	19,21,23,41	2,3,5,7,8,10,16,17,20,24,26,31,34,38	0,9001

df = 28 (n-2); r = 0,361

Instrumen penelitian yang telah dimodifikasi dilakukan uji coba ulang yang merupakan uji coba ke II untuk mengetahui validitas dan reliabilitas instrumen penelitian yang akan digunakan dalam penelitian. Uji coba instrumen penelitian yang ke II dilakukan pada 30 perawat pelaksana di Instalasi Rawat Inap RSUD Banyumas ruang Flamboyan, Angrek, Edelweis dan Sakura pada minggu ke I bulan April 2010.

Variabel kuesioner telah diukur dengan menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment* dan reliabilitas telah diukur dengan menggunakan *alpha cronbach*. Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian secara rinci tergambar pada tabel 4.5

Tabel 4.5 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian ke II

No	Variabel	Jumlah Item Pernyataan		Validitas	Reliabilitas
		Sebelum Uji	Sesudah Uji		
1.	Motivasi	24	24	0.3802 – 0.6952	0.9188
2.	Perilaku <i>caring</i>	16	16	0.4113 – 0.7553	0.9063
3.	Kinerja etik	36	36	0.3766 – 0,8561	0.9472

$$df = 28 (n-2); r = 0,361$$

Hasil uji instrumen ke II menunjukkan bahwa kuesioner motivasi, perilaku *caring* dan kinerja menerapkan prinsip etik valid dan reliabel sehingga dapat digunakan dalam penelitian untuk mengukur variabel yang diteliti.

4.7 Prosedur Pengumpulan Data

Penelitian melewati uji etik (*ethical clearance*) dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia sebelum melalui prosedur pengumpulan data yang dibuktikan dengan surat keterangan lolos uji etik penelitian (Lampiran 9). Hal ini dilakukan untuk memastikan penelitian yang dilakukan tidak melanggar etik penelitian. Surat pengantar ijin penelitian dibuat oleh Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia ditujukan kepada RSUD Sragen. Penelitian dilakukan setelah melalui prosedur administratif perijinan penelitian.

Penelitian yang dilakukan melalui prosedur pengumpulan data yang terdiri atas prosedur administratif dan prosedur teknis. Secara rinci penjelasan dari prosedur pengumpulan data penelitian ini dijelaskan sebagai berikut:

4.7.2 Prosedur Administratif

Prosedur administratif ijin penelitian dilakukan sesuai dengan peraturan perijinan yang berlaku di RSUD Sragen. Prosedur ijin penelitian secara rinci dijelaskan sebagai berikut:

- 4.7.2.1 Ijin penelitian diajukan kepada Direktur RSUD Sragen, yang kemudian dilimpahkan kepada Kepala Bidang Mutu dan Pendidikan untuk dilakukan telaah (Lampiran 6).
- 4.7.2.2 Ijin penelitian diberikan setelah Direktur mendapat rekomendasi dari Kepala Bidang Mutu dan Pendidikan (Lampiran 7).
- 4.7.2.3 Peneliti berkoordinasi dengan Kepala Bidang Keperawatan dan pihak Diklat untuk menentukan daftar responden berdasarkan ruang rawat atau unit. Selanjutnya peneliti memperbanyak kuesioner dan mengelompokkan kuesioner A, B, C dan D untuk masing-masing ruang rawat.

4.7.3 Prosedur Teknis

Prosedur teknis merupakan alur yang dilalui responden dan penelitian selama proses pengambilan data. Prosedur teknis secara rinci dijelaskan sebagai berikut:

- 4.7.3.1 Peneliti bekerjasama dengan kepala ruangan untuk mengecek daftar responden yang telah dibuat.
- 4.7.3.2 Peneliti dengan ditemani kepala ruangan menemui responden. Peneliti menjelaskan tujuan penelitian, manfaat penelitian dan proses penelitian.
- 4.7.3.3 Peneliti menyerahkan kuesioner dan responden dipersilahkan untuk memahami penelitian yang dilaksanakan dengan membaca petunjuk penelitian.
- 4.7.3.4 Peneliti mempersilahkan responden untuk menandatangani lembar persetujuan atas keikutsertaannya sebagai subjek penelitian.

- 4.7.3.5 Responden diberikan waktu untuk mengisi kuesioner dan diperkenankan untuk mengklarifikasi pernyataan yang kurang jelas. Waktu pengisian kuesioner adalah 45 – 60 menit.
- 4.7.3.6 Kuesioner yang telah selesai diisi diserahkan kembali kepada peneliti dan peneliti melakukan pengecekan terhadap kelengkapan dan kejelasan isian kuesioner.
- 4.7.3.7 Peneliti mengumpulkan kuesioner-kuesioner yang telah diisi oleh responden dalam satu dokumen.

4.8 Analisis Data

4.8.1 Pengolahan Data

Proses analisis data terhadap variabel penelitian didahului oleh pengolahan data yang terdiri dari proses *editing*, *coding*, *processing* dan *cleaning* (Hastono, 2007). *Editing* adalah kegiatan untuk mengecek kelengkapan, kejelasan, relevan dan konsistensi data yang diberikan responden. *Coding* berarti merubah data yang berbentuk huruf menjadi data yang berbentuk angka atau bilangan. Hal ini dilakukan dengan cara membuat koding pada lembar kuesioner untuk memudahkan pada waktu memasukkan data. *Processing* yaitu proses data dengan cara menganalisis data yang dimulai dengan cara memasukkan data dalam lembar rekap yang selanjutnya data yang telah terkumpul dimasukkan dalam program analisis data menggunakan komputer. *Cleaning* yaitu mengecek kembali kemungkinan kesalahan dalam memasukkan data. Setelah dipastikan data dimasukkan dengan benar, maka dapat dilanjutkan ke tahap analisis data menggunakan program analisis data terkomputerisasi.

4.8.2 Analisis Data

Analisis data dalam penelitian menjadi tiga bagian yaitu analisis univariat, analisis bivariat dan analisis multivariat:

4.8.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk mendeskripsikan atau menjelaskan karakteristik variabel-variabel yang diteliti. Variabel penelitian dideskripsikan berdasarkan jenis datanya. Variabel dengan data numerik yaitu perilaku *caring*, motivasi, kinerja perawat dan karakteristik demografi perawat meliputi umur, dan masa kerja menggunakan analisis distribusi normalitas data dengan melihat nilai mean, median, standar deviasi, nilai maksimum dan minimum dengan tingkat kepercayaan (CI 95%) atau $\alpha = 0,05$. Sedangkan variabel penelitian dengan jenis data kategorik yaitu jenis kelamin, tingkat pendidikan dan status marital disajikan dalam bentuk proporsi yang disajikan dalam distribusi frekuensi.

Kesimpulan penggolongan variabel dengan skala numerik berdasarkan pada distribusi data, jika distribusi data normal maka menggunakan nilai mean yang dibandingkan dengan rentang nilai 95% CI, akan tetapi jika distribusi data tidak normal maka menggunakan nilai median yang dibandingkan dengan rentang nilai 95% CI. Termasuk kategori baik jika nilai mean/median berada pada rentang nilai 95% CI dan termasuk kategori kurang baik jika nilai mean atau median berada di bawah nilai rentang 95% CI.

4.8.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilaksanakan untuk mendapatkan nilai kemaknaan hubungan (korelasi) antara variabel independen dengan variabel dependen setelah dipengaruhi variabel *confounding*, serta melihat variabel *confounding* terhadap hubungan variabel independen dengan dependen. Uji statistik yang digunakan tergantung jenis data yang dianalisis. Jika variabel independen merupakan data yang berbentuk numerik dalam hal ini merupakan data interval atau rasio dengan variabel dependen

merupakan data interval maka digunakan uji korelasi pearson, sedangkan untuk variabel independen merupakan data dengan jenis data kategorik dalam hal ini merupakan data nominal dan variabel dependen merupakan data interval maka dipergunakan uji T independen (Hastono, 2007). Secara lengkap berdasarkan variabel dalam penelitian ini maka uji statistik bivariat yang dilaksanakan adalah pada tabel 4.6:

Tabel 4.6 Variabel Penelitian dan Uji Statistik

No	Variabel/ Subvariabel Independen	Skala	Variabel Dependen	Skala	Uji Statistik
1.	Perilaku <i>caring</i>	Interval	Kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik	Interval	Korelasi pearson
2.	Perilaku <i>caring respectfull</i>	Interval	Kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik	Interval	Korelasi pearson
3.	Perilaku <i>caring assurance of human presence</i>	Interval	Kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik	Interval	Korelasi pearson
4.	Motivasi	Interval	Kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik	Interval	Korelasi pearson
5	Otonomi pekerjaan	Interval	Kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik	Interval	Korelasi pearson
6.	Tanggung jawab pekerjaan	Interval	Kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik	Interval	Korelasi pearson
7.	Sistem penggajian	Interval	Kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik	Interval	Korelasi pearson
8.	Kebijakan RS	Interval	Kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik	Interval	Korelasi pearson
9.	Hubungan dengan rekan kerja	Interval	Kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik	Interval	Korelasi pearson
10.	Supervisi atasan	Interval	Kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik	Interval	Korelasi pearson
11.	Perilaku <i>caring dimensi respectfull</i>	Interval	Motivasi intrinsik	Interval	Korelasi pearson

No	Variabel/ Subvariabel Independen	Skala	Variabel Dependen	Skala	Uji Statistik
12.	Perilaku <i>caring</i> dimensi <i>assurance of</i> <i>human presence</i>	Interval	Motivasi intrinsik	Interval	Korelasi pearson
13.	Perilaku <i>caring</i> dimensi <i>respectful</i>	Interval	Otonomi	Interval	Korelasi pearson
14.	Perilaku <i>caring</i> dimensi <i>assurance of</i> <i>human presence</i>	Interval	Otonomi	Interval	Korelasi pearson
15.	Perilaku <i>caring</i> dimensi <i>respectful</i>	Interval	Tanggung jawab	Interval	Korelasi pearson
16.	Perilaku <i>caring</i> dimensi <i>assurance of</i> <i>human presence</i>	Interval	Tanggung jawab	Interval	Korelasi pearson
17.	Perilaku <i>caring</i> dimensi <i>respectful</i>	Interval	Motivasi ekstrinsik	Interval	Korelasi pearson
18.	Perilaku <i>caring</i> dimensi <i>assurance of</i> <i>human presence</i>	Interval	Motivasi ekstrinsik	Interval	Korelasi pearson
19.	Perilaku <i>caring</i> dimensi <i>respectful</i>	Interval	Sistem Penggajian	Interval	Korelasi Pearson
20.	Perilaku <i>caring</i> dimensi <i>assurance of</i> <i>human presence</i>	Interval	Sistem penggajian	Interval	Korelasi pearson
21.	Perilaku <i>caring</i> dimensi <i>respectful</i>	Interval	Kebijakan RS	Interval	Korelasi pearson
22.	Perilaku <i>caring</i> dimensi <i>assurance of</i> <i>human presence</i>	Interval	Kebijakan RS	Interval	Korelasi pearson
23.	Perilaku <i>caring</i> dimensi <i>respectful</i>	Interval	Hubungan dengan rekan kerja	Interval	Korelasi pearson
24.	Perilaku <i>caring</i> dimensi <i>assurance of</i> <i>human presence</i>	Interval	Hubungan dengan rekan kerja	Interval	Korelasi pearson
25.	Perilaku <i>caring</i> dimensi <i>respectful</i>	Interval	Supervisi atasan	Interval	Korelasi pearson
26.	Perilaku <i>caring</i> dimensi <i>assurance of</i> <i>human presence</i>	Interval	Supervisi atasan	Interval	Korelasi pearson

No	Variabel/ Subvariabel Independen	Skala	Variabel Dependen	Skala	Uji Statistik
27.	Umur	Rasio	Kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik	Interval	Korelasi pearson
28.	Jenis kelamin	Nominal	Kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik	Interval	Uji T independen
29.	Tingkat pendidikan	Ordinal	Kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik	Interval	Uji T independen
30.	Masa kerja	Rasio	Kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik	Interval	Korelasi pearson
31.	Status pernikahan	Nominal	Kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik	Interval	Uji T independen

4.8.2.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat bertujuan untuk menentukan variabel dan sub variabel yang paling dominan berhubungan dengan variabel dependen. Proses analisis multivariat dilakukan dengan menghubungkan beberapa variabel independen dengan satu variabel dependen pada waktu yang bersamaan. Penelitian ini dilakukan analisis multivariat untuk mengetahui variabel yang paling dominan berhubungan dengan kinerja perawat perawat menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan. Analisis multivariat pada penelitian ini menggunakan analisis regresi linear ganda (*multiple regression linier*).

Langkah-langkah uji statistik multivariat adalah:

- a. Melakukan uji bivariat variabel atau sub variabel pada variabel independen dengan variabel dependen.
- b. Menentukan variabel atau sub variabel yang dapat dimasukkan dalam uji regresi linier ganda (*multiple regression linier*), di mana uji bivariat variabel atau subvariabel independen tersebut harus mempunyai nilai $p < 0,25$. Untuk variabel yang mempunyai nilai $p > 0,25$ tetapi secara substansi penting maka variabel tersebut dapat dimasukkan dalam multivariat.

- c. Melakukan analisis multivariat secara bersama-sama sejumlah variabel dan sub variabel independen dengan variabel dependen.
- d. Menentukan variabel atau sub variabel yang dapat dimasukkan dalam permodelan multivariat yaitu variabel atau sub variabel yang mempunyai p value $\leq 0,05$.
- e. Mengeluarkan variabel atau sub variabel yang mempunyai p value $> 0,05$ dari variabel atau sub variabel yang mempunyai nilai p value paling besar selanjutnya dilakukan kembali uji analisis multivariat sampai ditemukan variabel yang paling dominan yang berhubungan dengan variabel dependen kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan (Hastono, 2007).

Tujuan analisis regresi adalah untuk membuat prediksi nilai suatu variabel (variabel dependen) melalui variabel yang lain (variabel independen). Untuk melakukan prediksi digunakan persamaan garis dengan menggunakan metode kuadrat terkecil (*least square*). Metode ini dengan cara meminimalkan jumlah kuadrat jarak antara nilai Y yang teramati dan Y yang diramalkan oleh garis regresi itu.

Secara matematis persamaan garis sebagai berikut:

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + \dots + b_nx_n + e$$

Keterangan:

- Y = Variabel dependen
 X = Variabel independen
 a = *Intercept*. Perbedaan besarnya rata-rata variabel Y ketika variabel X=0
 b = *Slope*, perkiraan besarnya perubahan nilai variabel Y jika nilai variabel X berubah satu unit pengukuran
 e = Nilai kesalahan (*error*), yaitu selisih antara nilai Y individual yang teramati dengan nilai Y yang sesungguhnya pada titik X tertentu

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menyajikan data hasil penelitian. Hasil penelitian ini disajikan secara berurutan mulai dari analisis univariat, bivariat dan multivariat. Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Sragen selama 2 minggu, yaitu pada minggu ke 3 sampai dengan minggu ke 4 bulan April 2010. Seratus kuesioner yang dibagikan kepada responden, semua kuesioner kembali dan lengkap dalam pengisian sehingga kuesioner yang memenuhi syarat analisis adalah 100 responden atau kuesioner yang kemudian dilakukan analisis data penelitian dengan menggunakan komputer. Hasil penelitian secara terperinci digambarkan sebagai berikut:

5.1 Analisis Univariat

Analisis univariat pada penelitian ini memberikan gambaran tentang persepsi perawat perilaku *caring* dan tentang motivasi yang perawat persepsikan (variabel independen), kinerja perawat pelaksanaan menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan (variabel dependen) dan gambaran karakteristik demografi perawat (variabel *confounding*). Hasil analisis univariat sebagai berikut:

5.1.1 Karakteristik Demografi Perawat

Karakteristik demografi perawat dalam penelitian ini meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja dan status pernikahan. Analisis univariat terhadap karakteristik demografi perawat dapat dijelaskan sebagai berikut:

5.1.1.1 Karakteristik Demografi Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan dan Status Pernikahan

Distribusi frekuensi jenis kelamin, tingkat pendidikan dan status pernikahan responden secara rinci tergambar pada tabel 5.1:

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Perawat Pelaksana Menurut Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan dan Status Pernikahan di RSUD Sragen per April 2010 dengan n = 100

No	Variabel	Frekuensi	Prosentase (%)
1.	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	28	28
	Perempuan	72	72
2.	Tingkat Pendidikan		
	DIII Keperawatan	84	84
	S1 Keperawatan	16	16
3.	Status Pernikahan		
	Tidak Menikah	15	15
	Menikah	85	85

Hasil yang didapatkan menunjukkan bahwa dari 100 responden yang berjenis kelamin perempuan yaitu 72 perawat (72%), pendidikan DIII Keperawatan yaitu 84 perawat (84%) dan yang berstatus pernikahan menikah yaitu 85 perawat (85%).

5.1.1.2 Karakteristik Demografi Umur dan Lama Kerja

Distribusi frekuensi umur dan Masa kerja responden didapatkan hasil secara rinci tergambar pada tabel 5.2:

Tabel 5.2 Distribusi Rata-Rata Perawat Pelaksana Menurut Umur dan Masa Kerja di RSUD Sragen per April 2010 dengan n=100

No	Variabel	Mean Median Modus	SD	Minimum - Maksimum	95% CI
1.	Umur	32,66 31 25	7,621	23 58	31,15 – 34,17
2.	Masa Kerja	9,10 6,50 5	7,311	0,5 37	7,65 – 10,55

Hasil analisis dari tabel 5.2 menunjukkan bahwa dari 100 responden di RSUD Sragen mempunyai rata-rata umur 32,66 tahun, dengan standar deviasi 7,621. Umur responden termuda 23 tahun dan umur tertua 58 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata umur perawat di RSUD Sragen adalah di antara 31,15

sampai dengan 34,17 tahun. Rentang umur tersebut merupakan usia produktif untuk bekerja.

Masa kerja dari 100 responden di RSUD Sragen berdasarkan tabel 5.2 mempunyai rata-rata 9,1 tahun, dengan standar deviasi 7,311. Masa kerja responden tersingkat adalah 0,5 tahun sedangkan terlama adalah 37 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata masa kerja perawat di RSUD Sragen adalah di antara 7,65 sampai dengan 10,55 tahun. Rata-rata masa kerja tersebut menggambarkan bahwa pada umumnya perawat pelaksana di RSUD Sragen termasuk dalam kategori senior (> 5 tahun), dengan demikian perawat pelaksana di RSUD Sragen mempunyai masa kerja yang relatif lama dan cukup berpengalaman dalam bidang pekerjaannya.

5.1.2 Perilaku *Caring*

Distribusi frekuensi perilaku *caring* yang dilaksanakan oleh perawat pelaksana secara rinci tergambar pada tabel 5.3. Perilaku *caring* dinilai dari 2 dimensi dari 5 dimensi perilaku *caring* Wolf (1994) yaitu perilaku *caring* dimensi *respectful* dan perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence*.

Tabel 5.3 Distribusi Rata-Rata Pelaksanaan Perilaku *Caring* (*Respectful* dan *Assurance Of Human Presence*) Perawat Pelaksana di RSUD Sragen per April 2010 dengan n=100

Variabel	Mean Median Modus	Standar Deviasi	Minimum – Maksimum	95% CI
Perilaku <i>Caring</i>	52,88 52 52	5,341	41 64	51,82 – 53,94
<i>Respecfult</i>	25,94 26 23	2,785	20 32	25,39 – 26,49
<i>Assurance of Human presence</i>	26,94 28 28	3,206	20 32	26,30 – 27,58

Hasil analisis data pernyataan perawat pelaksana tentang pelaksanaan perilaku *caring* menunjukkan nilai rata-rata adalah 52,88, dengan standar deviasi 5,341. Nilai terendah adalah 41 dan nilai tertinggi adalah 64. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata nilai perilaku *caring* perawat pelaksana adalah antara 51,82 sampai dengan 53,94. Berdasarkan hasil ini, nilai rata-rata perilaku *caring* perawat pelaksana berada pada rentang tingkat kepercayaan 95%, sehingga dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan perilaku *caring* perawat pelaksana di RSUD Sragen tergolong baik.

Hasil analisis data dari subvariabel perilaku *caring* dimensi *respectful* perawat pelaksana menunjukkan nilai rata-rata 25,94, dengan standar deviasi 2,785. Nilai terendah adalah 20 dan nilai tertinggi adalah 32. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata nilai perilaku *caring* dimensi *respectful* perawat pelaksana adalah antara 25,39 sampai dengan 26,49. Berdasarkan hasil ini, nilai tengah perilaku *caring* dimensi *respectful* perawat pelaksana berada pada rentang tingkat kepercayaan 95%, sehingga dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan perilaku *caring* dimensi *respectful* perawat pelaksana di RSUD Sragen tergolong baik.

Sedangkan hasil analisis data dari subvariabel perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* perawat pelaksana menunjukkan nilai rata-rata adalah 26,94, dengan standar deviasi 3,206. Nilai terendah adalah 20 dan nilai tertinggi adalah 32. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata nilai perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* perawat pelaksana adalah antara 26,30 sampai dengan 27,58. Berdasarkan hasil ini, nilai tengah perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* perawat pelaksana berada di atas rentang tingkat kepercayaan 95%, sehingga dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* perawat pelaksana di RSUD Sragen tergolong sangat baik.

5.1.3 Motivasi

Gambaran persepsi perawat tentang motivasi kerja yang dibedakan menjadi motivasi intrinsik dan motivasi ekstrinsik. Motivasi intrinsik diukur berdasarkan 2 subvariabel yang ada pada karakteristik pekerjaan perawat yaitu otonomi pekerjaan dan tanggung jawab pekerjaan, sedangkan motivasi ekstrinsik diukur berdasarkan 4 subvariabel yang meliputi sistem penggajian, kebijakan rumah sakit, hubungan dengan rekan kerja dan supervisi atasan. Hasil analisis data secara rinci terlihat pada tabel 5.4:

Tabel 5.4 Distribusi Rata-Rata Persepsi Perawat Pelaksana tentang Motivasi Kerja di RSUD Sragen per April 2010 dengan n=100

Variabel	Mean Median Modus	Standar Deviasi	Minimum – Maksimum	95% CI
Motivasi	71,25 70 68	5,555	56 88	70,15 – 72,35
Motivasi intrinsik	20,57 20,50 18	2,409	15 27	20,09 – 21,05
Otonomi kerja	11,10 11 11	1,806	6 15	10,74 – 11,46
Tanggung Jawab	9,47 9 9	1,000	7 12	9,27 – 9,67
Motivasi ekstrinsik	50,68 50 49	3,997	41 64	49,89 – 51,47
Sistem Penggajian	8,35 8 8	1,095	6 12	8,13 – 8,57
Kebijakan RS	9,28 9 9	0,965	8 12	9,09 – 9,47
Hubungan dengan rekan kerja	18,05 18 17	1,806	14 24	17,69 – 18,41
Supervisi atasan	15 15 15	1,407	11 20	14,72 – 15,28

Hasil analisis data persepsi perawat pelaksana tentang motivasi terhadap pekerjaannya menunjukkan nilai rata-rata motivasi adalah 71,25, dengan standar deviasi 5,555. Nilai terendah adalah 56 dan nilai tertinggi adalah 88. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata nilai motivasi kerja perawat pelaksana melaksanakan prinsip etik adalah antara 70,15 sampai dengan 72,35. Berdasarkan hasil ini, nilai tengah motivasi perawat pelaksana berada di bawah rentang tingkat kepercayaan 95%, sehingga dapat disimpulkan bahwa motivasi perawat pelaksana di RSUD Sragen tergolong masih kurang baik.

Hasil analisis data dari subvariabel motivasi intrinsik perawat pelaksana menunjukkan nilai rata-rata adalah 20,57 dengan standar deviasi 2,406. Nilai terendah adalah 15 dan nilai tertinggi adalah 27. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata nilai motivasi intrinsik perawat pelaksana adalah antara 20,09 sampai dengan 21,05. Berdasarkan hasil ini, nilai tengah motivasi intrinsik perawat pelaksana berada pada rentang tingkat kepercayaan 95%, sehingga dapat disimpulkan bahwa motivasi intrinsik perawat pelaksana di RSUD Sragen tergolong baik.

Sedangkan hasil analisis data dari subvariabel motivasi ekstrinsik perawat pelaksana menunjukkan nilai rata-rata adalah 50,68, dengan standar deviasi 3,997. Nilai terendah adalah 41 dan nilai tertinggi adalah 64. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata nilai motivasi ekstrinsik perawat pelaksana adalah antara 49,89 sampai dengan 51,47. Berdasarkan hasil ini, nilai tengah motivasi ekstrinsik perawat pelaksana berada pada rentang tingkat kepercayaan 95%, sehingga dapat disimpulkan bahwa motivasi ekstrinsik perawat pelaksana di RSUD Sragen tergolong baik.

Persepsi perawat untuk masing-masing subvariabel motivasi intrinsik didapatkan hasil untuk otonomi pekerjaan nilai rata-rata 11,10 dengan standar deviasi 1,806. Berdasarkan hasil tersebut rata-rata nilai otonomi pekerjaan perawat pelaksana berada pada rentang tingkat kepercayaan 95% diyakini otonomi pekerjaan mempunyai nilai antara 10,74 sampai dengan 11,46. Berdasarkan hasil ini, nilai rata-rata otonomi perawat pelaksana berada pada rentang tingkat kepercayaan 95%, sehingga dapat disimpulkan bahwa otonomi pekerjaan perawat pelaksana di RSUD Sragen tergolong baik. Sedangkan untuk sub variabel tanggung jawab pekerjaan nilai rata-rata adalah 9,47 dengan standar deviasi 1,000. Berdasarkan hasil tersebut rata-rata nilai tanggung jawab pekerjaan perawat pelaksana berada pada rentang tingkat kepercayaan 95% diyakini tanggung jawab pekerjaan mempunyai nilai antara 9,27 sampai dengan 9,67. Berdasarkan hasil ini, nilai rata-rata tanggung jawab pekerjaan perawat pelaksana berada pada rentang tingkat kepercayaan 95%, sehingga dapat disimpulkan bahwa tanggung jawab pekerjaan perawat pelaksana di RSUD Sragen tergolong baik.

Persepsi perawat untuk masing-masing subvariabel motivasi ekstrinsik untuk sistem penggajian nilai rata-rata 8,35 dengan standar deviasi 1,095. Nilai rata-rata sistem penggajian yang dipersepsikan perawat pelaksana berada pada rentang tingkat kepercayaan 95% (CI 95%: 8,13 – 8,57), sehingga dapat disimpulkan bahwa sistem penggajian yang dipersepsikan perawat pelaksana di RSUD Sragen tergolong baik. Sub variabel kebijakan RS nilai rata-rata adalah 9,28 dengan standar deviasi 0,965. Nilai rata-rata kebijakan RS berada pada rentang tingkat kepercayaan 95% (CI 95%: 9,09 – 9,47), sehingga dapat disimpulkan bahwa kebijakan RS yang berlaku di RSUD Sragen tergolong baik. Sub variabel hubungan dengan rekan kerja nilai rata-rata adalah 18,05 dengan standar deviasi 1,806. Nilai tengah hubungan dengan rekan kerja berada pada rentang tingkat kepercayaan 95% (CI 95%: 17,69 – 18,41), sehingga dapat disimpulkan bahwa hubungan dengan rekan kerja perawat di RSUD Sragen tergolong baik.

Sedangkan untuk sub variabel supervisi atasan nilai rata-rata adalah 15 dengan standar deviasi 1,407. Nilai rata-rata supervisi atasan berada pada rentang tingkat kepercayaan 95% (CI 95%: 14,72 – 15,28), sehingga dapat disimpulkan bahwa supervisi atasan perawat pelaksana di RSUD Sragen tergolong baik.

5.1.4 Kinerja Perawat Pelaksanan Menerapkan Prinsip Etik Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan

Distribusi statistik persepsi perawat tentang kinerja menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan merupakan komposit dari penerapan 6 prinsip etik profesi keperawatan yaitu otonomi, *non maleficence*, *beneficence*, *justice*, *veracity* dan *fidelity* yang dapat dilihat pada tabel 5.5:

Tabel 5.5 Distribusi Rata-Rata Penilaian Perawat Pelaksana tentang Kinerja Menerapkan Prinsip Etik Keperawatan (Otonomi, *Non Maleficence*, *Beneficence*, *Justice*, *Veracity* dan *Fidelity*) di RSUD Sragen per April 2010, n=100

Variabel	Mean Median Modus	Standar Deviasi	Minimum – Maksimum	95% CI
Kinerja menerapkan prinsip etik	115,49 115 116	10,972	90 138	113,31 – 117,67

Hasil analisis data penilaian perawat pelaksana tentang kinerja menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan menunjukkan nilai rata-rata adalah 115,49, dengan standar deviasi 10,972. Nilai terendah 90 dan nilai tertinggi 138. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata nilai kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik adalah antara 113,31 sampai dengan 117,67.

Nilai rata-rata kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik berada pada rentang tingkat kepercayaan 95%, sehingga dapat disimpulkan bahwa perawat pelaksana di RSUD Sragen mempunyai kinerja dalam menerapkan prinsip etik yang baik.

5.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dimaksudkan untuk melihat hubungan antara variabel-variabel yang diteliti dengan melakukan uji hipotesis yang telah ditetapkan yaitu uji korelasi pearson bilamana datanya numerik dengan numerik dan uji t independen jika datanya numerik dan kategorik dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05$.

5.2.1 Hubungan Perilaku *Caring (Respectful dan Assurance of Human Presence)* dengan Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik dalam Asuhan Keperawatan

Hasil analisis hubungan antara perilaku *caring* dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen terinci dalam tabel 5.6:

Tabel 5.6 Analisis Hubungan Perilaku *Caring (Respectful dan Assurance of Human Presence)* dengan Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik dalam Asuhan Keperawatan di RSUD Sragen per April 2010

Variabel Independen	Koefisien Korelasi	p value
Perilaku <i>caring</i>	0,678	0,000
<i>Respectful</i>	0,561	0,000
<i>Assurance of Human presence</i>	0,642	0,000

Variabel dependen: **kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik**

Hasil analisis yang didapatkan untuk variabel independen perilaku *caring* dengan variabel dependen kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan diperoleh $r = 0,678$ dengan $p\ value = 0,000$ yang lebih kecil daripada nilai alpha (0,05). Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah ada hubungan yang signifikan antara perilaku *caring*

dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen dengan kekuatan hubungan kuat dan berpola positif yang artinya semakin tinggi perilaku *caring* perawat di RSUD Sragen maka semakin tinggi kinerja menerapkan prinsip etik.

Hasil analisis untuk perilaku *caring* dimensi *respectful* didapatkan nilai $r = 0,561$ dan $p \text{ value} = 0,000$ yang lebih kecil daripada nilai alpha (0,05). Hasil ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan, dengan kekuatan hubungan kuat dan berpola positif yang berarti bahwa semakin tinggi perilaku *caring* dimensi *respectful* perawat maka semakin tinggi kinerja dalam menerapkan prinsip etik. Analisis perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* didapatkan hasil nilai $r = 0,642$ dan $p \text{ value} = 0,000$ yang lebih kecil daripada nilai alpha (0,05). Hasil ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan, dengan kekuatan hubungan kuat dan berpola positif yang berarti bahwa semakin tinggi perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* perawat maka semakin tinggi kinerja dalam menerapkan prinsip etik.

5.2.2 Hubungan Motivasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik dalam Asuhan Keperawatan

Hasil analisis hubungan antara motivasi dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen terangkum pada tabel 5.7:

Tabel 5.7 Analisis Hubungan Motivasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan di RSUD Sragen per April 2010

Variabel Independen	Koefisien Korelasi	p value
Motivasi	0,328	0,001
Motivasi intrinsik	0,375	0,000
Otonomi pekerjaan	0,274	0,006
Tanggung jawab kerja	0,409	0,000
Motivasi ekstrinsik	0,230	0,022
Sistem penggajian	0,082	0,416
Kebijakan RS	0,286	0,004
Hubungan rekan kerja	0,164	0,102
Supervisi atasan	0,181	0,071

Variabel dependen: **kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik**

Hasil analisis yang didapatkan untuk variabel independen motivasi dengan variabel dependen kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan diperoleh $r = 0,328$ dengan $p\ value = 0,001$ yang lebih kecil daripada nilai alpha (0,05). Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah ada hubungan yang signifikan antara motivasi dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen dengan kekuatan hubungan sedang dan berpola positif yang artinya semakin baik motivasi kerja perawat di RSUD Sragen maka semakin baik kinerja menerapkan prinsip etik.

Hasil analisis didapatkan untuk mengetahui hubungan antara otonomi pekerjaan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan diperoleh $r = 0,274$ dengan $p\ value = 0,006$ yang lebih kecil daripada nilai alpha (0,05). Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah ada hubungan yang signifikan antara otonomi pekerjaan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen dengan kekuatan hubungan sedang dan berpola positif yang artinya semakin baik otonomi perawat di RSUD Sragen maka semakin baik kinerja menerapkan prinsip etik.

Hasil analisis didapatkan untuk mengetahui hubungan antara tanggung jawab pekerjaan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan diperoleh $r = 0,409$ dengan $p\ value = 0,000$ yang lebih kecil daripada nilai alpha (0,05). Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah ada hubungan yang signifikan antara tanggung jawab pekerjaan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen dengan kekuatan hubungan sedang dan berpola positif yang artinya semakin baik tanggung jawab perawat di RSUD Sragen maka semakin baik kinerja menerapkan prinsip etik.

Hasil analisis didapatkan untuk mengetahui hubungan antara sistem penggajian dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan diperoleh $r = 0,082$ dengan $p\ value = 0,416$ yang lebih besar daripada nilai alpha (0,05). Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah ada tidak ada hubungan yang signifikan antara sistem penggajian dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.

Hasil analisis didapatkan untuk mengetahui hubungan antara kebijakan rumah sakit dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan diperoleh $r = 0,286$ dengan $p\ value = 0,004$ yang lebih kecil daripada nilai alpha (0,05). Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah ada hubungan yang signifikan antara kebijakan rumah sakit dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen dengan kekuatan hubungan sedang dan berpola positif yang artinya semakin baik kebijakan yang berlaku di RSUD Sragen maka semakin baik kinerja menerapkan prinsip etik.

Hasil analisis didapatkan untuk mengetahui hubungan antara hubungan dengan rekan kerja dan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan diperoleh $r = 0,164$ dengan $p\ value = 0,102$

yang lebih besar daripada nilai alpha (0,05). Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah ada tidak ada hubungan yang signifikan antara hubungan dengan rekan kerja dan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.

Hasil analisis didapatkan untuk mengetahui hubungan antara supervisi atasan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan diperoleh $r = 0,181$ dengan $p\text{ value} = 0,071$ yang lebih besar daripada nilai alpha (0,05). Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah ada tidak ada hubungan yang signifikan antara supervisi atasan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.

5.2.3 Hubungan Perilaku *Caring* Dimensi *Respectful* dan *Assurance of Human Presence* dengan Motivasi

Analisis bivariat antara perilaku *caring* yang terdiri dari dimensi *respectful* dan *assurance of human presence* dan motivasi yang terdiri dari motivasi intrinsik dan motivasi ekstrinsik.

5.2.3.1 Hubungan Perilaku *Caring* (*Respectful* dan *Assurance of Human Presence*) dengan Motivasi Intrinsik

Hasil analisis hubungan antara perilaku *caring* dengan motivasi intrinsik menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan Perawat Pelaksana di RSUD Sragen terangkum pada tabel 5.8:

Tabel 5.8 Analisis Hubungan Perilaku *Caring* Dimensi *Respectful* dan *Assurance of Human Presence* dengan Motivasi Intrinsik (Otonomi dan Tanggung Jawab Pekerjaan) Perawat Pelaksana di RSUD Sragen per April 2010

Variabel Independen	Koefisien Korelasi	<i>p value</i>
Perilaku <i>Caring</i>	0,349	0,000
<i>Respecfult</i>	0,374	0,000
<i>Assurance of Human presence</i>	0,257	0,010

Variabel dependen: **motivasi intrinsik**

Hasil analisis untuk mengetahui hubungan antara perilaku *caring* dengan motivasi intrinsik memperoleh nilai $r = 0,349$ dengan $p\ value = 0,000$ yang lebih kecil daripada nilai alpha (0,05). Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah ada hubungan yang signifikan antara perilaku *caring* dengan motivasi intrinsik dengan kekuatan hubungan sedang dan berpola positif yang artinya semakin baik perilaku *caring* perawat pelaksana di RSUD Sragen maka semakin baik motivasi intrinsik perawat pelaksana dalam menerapkan prinsip etik.

Hasil analisis untuk mengetahui hubungan antara perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan motivasi intrinsik memperoleh nilai $r = 0,374$ dengan $p\ value = 0,000$ yang lebih kecil daripada nilai alpha (0,05). Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah ada hubungan yang signifikan antara perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan motivasi intrinsik dengan kekuatan hubungan sedang dan berpola positif yang artinya semakin baik perilaku *caring* dimensi *respectful* perawat pelaksana di RSUD Sragen maka semakin baik motivasi intrinsik perawat pelaksana dalam menerapkan prinsip etik.

Hasil analisis untuk mengetahui hubungan antara perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dengan motivasi intrinsik memperoleh nilai $r = 0,257$ dengan $p\ value = 0,010$ yang lebih kecil daripada nilai alpha (0,05). Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah ada hubungan yang signifikan antara perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dengan motivasi intrinsik dengan kekuatan hubungan sedang dan berpola positif yang artinya semakin baik perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* perawat pelaksana di RSUD Sragen maka semakin baik motivasi intrinsik perawat pelaksana dalam menerapkan prinsip etik.

Sedangkan hasil analisis hubungan antara perilaku *caring* dengan sub variabel motivasi intrinsik dijabarkan sebagai berikut:

- a. Hubungan perilaku *caring* (*respectful* dan *assurance of human presence*) dengan otonomi pekerjaan

Hasil analisis hubungan antara perilaku *caring* dengan otonomi pekerjaan perawat pelaksana di RSUD Sragen terangkum pada tabel 5.9:

Tabel 5.9 Analisis Hubungan Perilaku *Caring* (*Respectful* dan *Assurance of Human Presence*) dengan Otonomi Pekerjaan Perawat Pelaksana di RSUD Sragen per April 2010

Variabel Independen	Koefisien Korelasi	<i>p value</i>
Perilaku <i>caring</i>	0,257	0,010
<i>Respectful</i>	0,248	0,013
<i>Assurance of Human presence</i>	0,212	0,034

Variabel dependen: **otonomi pekerjaan**

Hasil analisis untuk mengetahui hubungan antara perilaku *caring* dengan otonomi pekerjaan memperoleh nilai $r = 0,257$ dengan $p\ value = 0,010$ yang lebih kecil daripada nilai alpha (0,05). Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah ada hubungan yang signifikan antara perilaku *caring* dengan otonomi pekerjaan dengan kekuatan hubungan sedang dan berpola positif yang artinya semakin baik perilaku *caring* perawat pelaksana di RSUD Sragen maka semakin baik otonomi pekerjaan perawat pelaksana dalam menerapkan prinsip etik.

Hasil analisis untuk mengetahui hubungan antara perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan otonomi pekerjaan memperoleh nilai $r = 0,248$ dengan $p\ value = 0,013$ yang lebih kecil daripada nilai alpha (0,05). Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah ada hubungan yang signifikan antara perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan otonomi pekerjaan dengan kekuatan hubungan lemah dan berpola positif yang artinya jika perilaku *caring* dimensi *respectful* perawat pelaksana di RSUD Sragen diperbaiki

maka diharapkan semakin baik otonomi pekerjaan perawat pelaksana dalam menerapkan prinsip etik.

Hasil analisis untuk mengetahui hubungan antara perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dengan otonomi pekerjaan memperoleh nilai $r = 0,212$ dengan $p \text{ value} = 0,034$ yang lebih kecil daripada nilai alpha (0,05). Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah ada hubungan yang signifikan antara perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan otonomi pekerjaan dengan kekuatan hubungan lemah dan berpola positif yang artinya semakin jika perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* perawat pelaksana di RSUD Sragen diperbaiki maka diharapkan semakin baik otonomi pekerjaan perawat pelaksana dalam menerapkan prinsip etik.

b. Hubungan perilaku *caring* (*respectful* dan *assurance of human presence*) dengan tanggung jawab pekerjaan

Hasil analisis hubungan antara perilaku *caring* dengan tanggung jawab pekerjaan perawat pelaksana di RSUD Sragen terangkum pada tabel 5.10:

Tabel 5.10 Analisis Hubungan Perilaku *Caring* (*Respectful* dan *Assurance of Human Presence*) dengan Tanggung Jawab Pekerjaan Perawat Pelaksana di RSUD Sragen per April 2010

Variabel Independen	Koefisien Korelasi	<i>p value</i>
Perilaku <i>caring</i>	0,378	0,000
<i>Respectful</i>	0,453	0,000
<i>Assurance of Human presence</i>	0,236	0,018

Variabel dependen: **tanggung jawab pekerjaan**

Hasil analisis untuk mengetahui hubungan antara perilaku *caring* dengan tanggung jawab pekerjaan memperoleh nilai $r = 0,378$ dengan $p \text{ value} = 0,000$ yang lebih kecil daripada nilai alpha (0,05). Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah ada hubungan yang signifikan antara perilaku *caring* dengan otonomi pekerjaan dengan kekuatan hubungan

sedang dan berpola positif yang artinya semakin baik perilaku *caring* perawat pelaksana di RSUD Sragen maka semakin baik tanggung jawab pekerjaan perawat pelaksana dalam menerapkan prinsip etik.

Hasil analisis untuk mengetahui hubungan antara perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan tanggung jawab pekerjaan memperoleh nilai $r = 0,453$ dengan $p\ value = 0,000$ yang lebih kecil daripada nilai alpha (0,05). Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah ada hubungan yang signifikan antara perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan tanggung jawab pekerjaan dengan kekuatan hubungan sedang dan berpola positif yang artinya semakin baik perilaku *caring* dimensi *respectful* perawat pelaksana di RSUD Sragen maka semakin baik tanggung jawab pekerjaan perawat pelaksana dalam menerapkan prinsip etik.

Hasil analisis untuk mengetahui hubungan antara perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dengan tanggung jawab pekerjaan memperoleh nilai $r = 0,236$ dengan $p\ value = 0,018$ yang lebih kecil daripada nilai alpha (0,05). Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah ada hubungan yang signifikan antara perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dengan tanggung jawab pekerjaan dengan kekuatan hubungan lemah dan berpola positif yang artinya jika perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* perawat pelaksana di RSUD Sragen diperbaiki maka diharapkan semakin baik tanggung jawab pekerjaan perawat pelaksana dalam menerapkan prinsip etik.

5.2.3.2 Hubungan Perilaku *Caring* (*Respectful* dan *Assurance of Human Presence*) dengan Motivasi Ekstrinsik

Hasil analisis hubungan antara perilaku *caring* dengan motivasi ekstrinsik menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan Perawat Pelaksana di RSUD Sragen terangkum pada tabel 5.11:

Tabel 5.11 Analisis Hubungan Perilaku *Caring* (*Respectful* dan *Assurance of Human Presence*) dengan Motivasi Ekstrinsik Perawat Pelaksana di RSUD Sragen per April 2010

Variabel Independen	Koefisien Korelasi	<i>p value</i>
Perilaku <i>caring</i>	0,273	0,006
<i>Respectful</i>	0,327	0,001
<i>Assurance of Human presence</i>	0,171	0,089

Variabel dependen: **motivasi ekstrinsik**

Hasil analisis untuk mengetahui hubungan antara perilaku *caring* dengan motivasi ekstrinsik memperoleh nilai $r = 0,273$ dengan $p\ value = 0,006$ yang lebih kecil daripada nilai alpha (0,05). Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah ada hubungan yang signifikan antara perilaku *caring* dengan motivasi ekstrinsik dengan kekuatan hubungan sedang dan berpola positif yang artinya semakin baik perilaku *caring* perawat pelaksana di RSUD Sragen maka semakin baik motivasi ekstrinsik perawat pelaksana dalam menerapkan prinsip etik.

Hasil analisis untuk mengetahui hubungan antara perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan motivasi ekstrinsik memperoleh nilai $r = 0,327$ dengan $p\ value = 0,001$ yang lebih kecil daripada nilai alpha (0,05). Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah ada hubungan yang signifikan antara perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan motivasi ekstrinsik dengan kekuatan hubungan sedang dan berpola positif yang artinya semakin baik perilaku *caring* dimensi *respectful* perawat pelaksana di RSUD Sragen maka semakin baik motivasi ekstrinsik perawat pelaksana dalam menerapkan prinsip etik.

Hasil analisis untuk mengetahui hubungan antara perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dengan motivasi ekstrinsik memperoleh nilai $r = 0,171$ dengan $p\ value = 0,089$ yang lebih besar daripada nilai alpha (0,05). Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah tidak ada hubungan yang

signifikan antara perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dengan motivasi ekstrinsik.

Sedangkan hasil analisis hubungan antara perilaku *caring* dengan sub variabel motivasi ekstrinsik dijabarkan sebagai berikut:

a. Hubungan perilaku *caring* (*respectful* dan *assurance of human presence*) dengan sistem penggajian

Hasil analisis hubungan antara perilaku *caring* dengan sistem penggajian di RSUD Sragen terangkum pada tabel 5.12:

Tabel 5.12 Analisis Hubungan Perilaku *Caring* (*Respectful* dan *Assurance of Human Presence*) dengan Sistem Penggajian Perawat Pelaksana di RSUD Sragen per April 2010

Variabel Independen	Koefisien Korelasi	<i>p value</i>
Perilaku <i>caring</i>	-0,060	0,553
<i>Respectful</i>	0,017	0,868
<i>Assurance of Human presence</i>	-0,155	0,255

Variabel dependen: **sistem penggajian**

Hasil analisis untuk mengetahui hubungan antara perilaku *caring* dengan sistem penggajian memperoleh nilai $r = -0,060$ dengan $p\ value = 0,553$ yang lebih besar daripada nilai alpha (0,05). Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah tidak ada hubungan yang signifikan antara perilaku *caring* dengan sistem penggajian.

Hasil analisis untuk mengetahui hubungan antara perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan sistem penggajian memperoleh nilai $r = 0,017$ dengan $p\ value = 0,868$ yang lebih besar daripada nilai alpha (0,05). Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah tidak ada hubungan yang signifikan antara perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan sistem penggajian.

Hasil analisis untuk mengetahui hubungan antara perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dengan sistem penggajian memperoleh nilai $r = -0,155$ dengan $p\text{ value} = 0,255$ yang lebih besar daripada nilai $\alpha (0,05)$. Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah tidak ada hubungan yang signifikan antara perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dengan sistem penggajian.

b. Hubungan perilaku *caring* (*respectful* dan *assurance of human presence*) dengan kebijakan RS

Hasil analisis hubungan antara perilaku *caring* dengan sistem kebijakan RS di RSUD Sragen terangkum pada tabel 5.13:

Tabel 5.13 Analisis Hubungan Perilaku *Caring* (*Respectful* dan *Assurance of Human Presence*) dengan Kebijakan RS di RSUD Sragen per April 2010

Variabel Independen	Koefisien Korelasi	<i>p value</i>
Perilaku <i>caring</i>	0,322	0,001
<i>Respectful</i>	0,311	0,002
<i>Assurance of Human presence</i>	0,267	0,007

Variabel dependen: **kebijakan RS**

Hasil analisis untuk mengetahui hubungan antara perilaku *caring* dengan kebijakan RS memperoleh nilai $r = 0,322$ dengan $p\text{ value} = 0,001$ yang lebih kecil daripada nilai $\alpha (0,05)$. Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah ada hubungan yang signifikan antara perilaku *caring* dengan kebijakan RS dengan kekuatan hubungan sedang dan berpola positif yang artinya semakin baik perilaku *caring* perawat pelaksana di RSUD Sragen maka semakin baik kebijakan RS.

Hasil analisis untuk mengetahui hubungan antara perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan kebijakan RS memperoleh nilai $r = 0,311$ dengan $p\text{ value} = 0,002$ yang lebih kecil daripada nilai $\alpha (0,05)$. Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah ada hubungan yang signifikan antara

perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan kebijakan RS. Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah ada hubungan yang signifikan antara perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan kebijakan RS dengan kekuatan hubungan sedang dan berpola positif yang artinya semakin baik perilaku *caring* dimensi *respectful* perawat pelaksana di RSUD Sragen maka semakin baik kebijakan RS.

Hasil analisis untuk mengetahui hubungan antara perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dengan kebijakan RS memperoleh nilai $r = 0,267$ dengan $p \text{ value} = 0,007$ yang lebih kecil daripada nilai alpha (0,05). Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah ada hubungan yang signifikan antara perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dengan kebijakan RS. Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah ada hubungan yang signifikan antara perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dengan kebijakan RS dengan kekuatan hubungan sedang dan berpola positif yang artinya semakin baik perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* perawat pelaksana di RSUD Sragen maka semakin baik kebijakan RS.

- c. Hubungan perilaku *caring* (*respectful* dan *assurance of human presence*) dengan hubungan dengan rekan kerja.

Hasil analisis hubungan antara perilaku *caring* dengan hubungan dengan rekan kerja di RSUD Sragen terangkum pada tabel 5.14:

Tabel 5.14 Analisis Hubungan Perilaku *Caring* (*Respectful* dan *Assurance of Human Presence*) dengan Hubungan Rekan Kerja di RSUD Sragen per April 2010

Variabel Independen	Koefisien Korelasi	$p \text{ value}$
Perilaku <i>caring</i>	0,238	0,017
<i>Respectful</i>	0,312	0,002
<i>Assurance of Human presence</i>	0,211	0,126

Variabel dependen: **hubungan dengan rekan kerja**

Hasil analisis untuk mengetahui hubungan antara perilaku *caring* dengan hubungan dengan rekan kerja memperoleh nilai $r = 0,238$ dengan $p\text{ value} = 0,017$ yang lebih kecil daripada nilai alpha (0,05). Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah ada hubungan yang signifikan antara perilaku *caring* dengan hubungan dengan rekan kerja kekuatan hubungan lemah dan berpola positif yang berarti bahwa jika perilaku *caring* dimensi *respectful* diperbaiki maka diharapkan akan semakin baik pula hubungan dengan rekan kerja.

Hasil analisis untuk mengetahui hubungan antara perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan hubungan dengan rekan kerja memperoleh nilai $r = 0,312$ dengan $p\text{ value} = 0,002$ yang lebih kecil daripada nilai alpha (0,05). Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah ada hubungan yang signifikan antara perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan hubungan dengan rekan kerja kekuatan hubungan sedang dan berpola positif yang berarti bahwa semakin baik perilaku *caring* dimensi *respectful* maka semakin baik pula hubungan dengan rekan kerja.

Hasil analisis untuk mengetahui hubungan antara perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dengan hubungan dengan rekan kerja memperoleh nilai $r = 0,211$ dengan $p\text{ value} = 0,126$ yang lebih besar daripada nilai alpha (0,05). Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah tidak ada hubungan yang signifikan antara perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dengan hubungan dengan rekan kerja.

d. Hubungan perilaku *caring* (*respectful* dan *assurance of human presence*) dengan supervisi atasan

Hasil analisis hubungan antara perilaku *caring* dengan hubungan dengan rekan kerja di RSUD Sragen terangkum pada tabel 5.15:

Tabel 5.15 Analisis Hubungan Perilaku *Caring* (*Respectful* dan *Assurance of Human Presence*) dengan Supervisi Atasan di RSUD Sragen per April 2010

Variabel Independen	Koefisien Korelasi	<i>p value</i>
Perilaku <i>caring</i>	0,296	0,003
<i>Respectful</i>	0,302	0,002
<i>Assurance of Human presence</i>	0,231	0,021

Variabel dependen: **supervisi atasan**

Hasil analisis untuk mengetahui hubungan antara perilaku *caring* dengan supervisi atasan memperoleh nilai $r = 0,296$ dengan $p\ value = 0,003$ yang lebih kecil daripada nilai alpha (0,05). Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah ada hubungan yang signifikan antara perilaku *caring* dengan supervisi atasan dengan kekuatan hubungan sedang dan berpola positif yang berarti bahwa semakin baik perilaku *caring* maka semakin baik pula hubungan dengan rekan kerja.

Hasil analisis untuk mengetahui hubungan antara perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan supervisi atasan memperoleh nilai $r = 0,302$ dengan $p\ value = 0,002$ yang lebih kecil daripada nilai alpha (0,05). Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah ada hubungan yang signifikan antara perilaku *caring* dimensi *respectful* dengan supervisi atasan dengan kekuatan hubungan sedang dan berpola positif yang berarti bahwa semakin baik perilaku *caring* dimensi *respectful* maka semakin baik pula hubungan dengan rekan kerja.

Hasil analisis untuk mengetahui hubungan antara perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dengan supervisi atasan memperoleh nilai $r = 0,231$ dengan $p\ value = 0,021$ yang lebih kecil daripada nilai alpha (0,05). Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah ada hubungan yang signifikan antara perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dengan supervisi atasan dengan kekuatan hubungan lemah dan berpola positif yang berarti bahwa jika perilaku *caring* dimensi

assurance of human presence diperbaiki maka diharapkan semakin baik pula supervisi atasan.

5.2.4 Hubungan Karakteristik Demografi Perawat Dengan Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik

Karakteristik demografi perawat yang terdiri dari umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja dan status pernikahan merupakan variabel *confounding* dalam penelitian ini.

5.2.4.1 Hubungan Umur dan Masa Kerja dengan Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik

Uji bivariat yang digunakan untuk variabel independen yang merupakan data yang berbentuk numerik dalam hal ini adalah umur dan lama kerja dengan variabel dependen yang merupakan data yang berbentuk numerik dalam hal ini kinerja menerapkan prinsip etik maka digunakan uji korelasi pearson.

Hasil analisis hubungan umur dan masa kerja dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen pada tabel 5.16:

Tabel 5.16 Analisis Hubungan Umur dan Masa Kerja dengan Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik dalam Asuhan Keperawatan di RSUD Sragen per April 2010

Variabel Independen	Koefisien Korelasi	<i>p value</i>
Umur	0,069	0,494
Masa kerja	0,012	0,908

Variabel dependen: **kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik**

Hasil analisis untuk mengetahui hubungan antara umur dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik memperoleh nilai $r = 0,069$ dengan $p\ value = 0,494$ yang lebih besar daripada nilai alpha (0,05). Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah tidak ada hubungan yang

signifikan antara umur dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.

Hasil analisis untuk mengetahui hubungan antara masa kerja dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik memperoleh nilai $r = 0,012$ dengan $p \text{ value} = 0,908$ yang lebih besar daripada nilai $\alpha (0,05)$. Kesimpulan yang diperoleh dari hasil ini adalah tidak ada hubungan yang signifikan antara masa kerja dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.

5.2.4.2 Hubungan Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan Dan Status Pernikahan Dengan Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik

Sedangkan untuk variabel independen yang merupakan data dengan jenis data kategorik dalam hal ini adalah jenis kelamin, tingkat pendidikan dan status pernikahan dengan variabel dependen yang merupakan data yang berbentuk numerik dalam hal ini adalah kinerja perawat menerapkan prinsip etik maka akan dipergunakan uji T independen. Hasil analisis hubungan jenis kelamin, tingkat pendidikan dan status pernikahan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen pada tabel 5.17:

Tabel 5.17 Analisis Hubungan Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan Dan Status Pernikahan Dengan Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik Dalam Asuhan Keperawatan di RSUD Sragen per April 2010

Kinerja Etik	Mean	SD	SE	P Value	N
Jenis Kelamin					
Laki-laki	114,54	9,822	1,856	0,590	28
Perempuan	115,86	11,432	1,347		72
Tingkat Pendidikan					
DIII keperawatan	114,92	11,259	1,229	0,233	84
S1 keperawatan	118,50	9,033	2,258		16
Status Pernikahan					
Tidak Menikah	110,67	15,747	4,066	0,196	15
Menikah	116,34	9,782	1,061		85

Variabel dependen: **kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik**

Rata-rata kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik yang berjenis kelamin laki-laki adalah 114,54 dengan standar deviasi 9,822, sedangkan untuk perawat pelaksana yang berjenis kelamin perempuan adalah 115,86 dengan standar deviasi 11,432. Perawat pelaksana berjenis kelamin perempuan mempunyai rata-rata kinerja menerapkan prinsip etik lebih tinggi (115,86) dibandingkan perawat pelaksana berjenis kelamin laki-laki (114,54). Jika melihat jumlah nilai kinerja etik antara laki-laki dan perempuan, dapat dilihat bahwa selisih nilai antara laki-laki dan perempuan sangat kecil yaitu 1,32. Hasil uji statistik didapatkan $p\ value = 0,590$, berarti pada $alpha\ 5\%$ terlihat tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.

Rata-rata kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik yang mempunyai tingkat pendidikan DIII Keperawatan adalah 114,92 dengan standar deviasi 11,259, sedangkan untuk perawat pelaksana yang mempunyai tingkat pendidikan S1 Keperawatan adalah 118,50 dengan standar deviasi 9,033. Rata-rata kinerja menerapkan prinsip etik perawat pelaksana pendidikan S1 Keperawatan (118,50) lebih tinggi dibandingkan perawat pelaksana pendidikan DIII Keperawatan (114,92). Hasil uji statistik didapatkan $p\ value = 0,233$, berarti pada $alpha\ 5\%$ terlihat tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.

Rata-rata kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik yang berstatus tidak menikah adalah 110,67 dengan standar deviasi 15,747, sedangkan untuk perawat pelaksana yang berstatus menikah adalah 116,34 dengan standar deviasi 9,782. Rata-rata kinerja menerapkan prinsip etik perawat pelaksana yang menikah (116,34) lebih tinggi dibandingkan perawat pelaksana tidak menikah (110,67). Hasil uji statistik didapatkan $p\ value = 0,196$, berarti pada $alpha\ 5\%$ terlihat tidak ada

hubungan yang signifikan antara status pernikahan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.

5.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui variabel yang paling dominan berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan. Uji statistik yang digunakan adalah *multiple regression linier*.

Langkah-langkah yang dilakukan dalam uji statistik multivariat adalah:

5.3.1.1 Langkah pertama pemodelan: Seleksi Bivariat

Seleksi bivariat diperlukan untuk menentukan variabel yang dapat masuk dalam model multivariat. Analisis bivariat menggunakan uji korelasi jika variabel independennya numerik dan menggunakan uji t jika variabel independennya kategorik sehingga untuk variabel perilaku *caring* dimensi *respectful*, perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence*, otonomi, tanggung jawab pekerjaan, kebijakan rumah sakit, hubungan dengan rekan kerja, supervisi atasan, umur dan masa kerja menggunakan uji korelasi, sedangkan untuk variabel jenis kelamin, tingkat pendidikan dan status pernikahan menggunakan uji t.

Tabel 5.18 Hasil Analisis Bivariat Variabel Perilaku *Caring* dan Motivasi Dengan Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik Keperawatan Dalam Asuhan Keperawatan Di RSUD Sragen

No	Variabel/Sub Variabel	<i>p value</i>
Perilaku <i>caring</i>		
1.	Perilaku <i>caring</i> dimensi <i>respectful</i>	0,000*
2.	Perilaku <i>caring</i> dimensi <i>assurance of human presence</i>	0,000*
Motivasi		
1.	Otonomi Pekerjaan	0,006*
2.	Tanggung Jawab Pekerjaan	0,000*
3.	Sistem Penggajian	0,416
4.	Kebijakan	0,004*
5.	Hubungan dengan Rekan Kerja	0,102*
6.	Supervisi Atasan	0,071*
Confounding		
1.	Umur	0,496
2.	Jenis Kelamin	0,590
3.	Tingkat Pendidikan	0,233*
4.	Masa Kerja	0,908
5.	Status Pernikahan	0,196*

Ket: * Kandidat yang masuk multivariat

Kesimpulan dari hasil uji bivariat tersebut maka variabel yang masuk dalam permodelan multivariat berdasarkan hasil analisis bivariat (p value $< 0,25$) adalah tingkat pendidikan ($p = 0,233$), status pernikahan ($p = 0,196$), perilaku *caring* dimensi *respectful* (p value = 0,000), perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* (p value = 0,000), otonomi pekerjaan (p value = 0,006), tanggung jawab pekerjaan (p value = 0,000), kebijakan rumah sakit (p value = 0,004), hubungan dengan rekan kerja (p value = 0,102), dan supervisi atasan (p value = 0,071).

5.3.1.2 Langkah kedua: Pemodelan multivariat

Hasil analisis *multiple regression linier* variabel yang paling berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik didapatkan sebagai berikut:

Tabel 5.19 Model Awal Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik dalam Asuhan Keperawatan di RSUD Sragen per April 2010 (n=100)

Variabel	B	Beta	Sig	R Square	P Value
Constan	16,994				
<i>Respectful</i>	0,621	0,158	0,111		
<i>Assurance of human presence</i>	1,738	0,508	0,000		
Otonomi pekerjaan	0,379	0,062	0,441		
Tanggung jawab pekerjaan	2,248	0,205	0,052	0,548	0,000
Kebijakan RS	-0,270	-0,024	0,799		
Hubungan Rekan kerja	0,496	0,082	0,429		
Supervisi Atasan	-0,851	-0,109	0,268		
Tingkat pendidikan	2,545	0,085	0,238		
Status pernikahan	5,877	0,192	0,012		

Variabel dependen: **Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik**

Selanjutnya dari hasil pemodelan tersebut dikeluarkan variabel dengan nilai *p value* >0,05, secara berurutan dimulai dari yang terbesar. Hasil terakhir dengan mengeluarkan variabel kebijakan RS, hubungan dengan rekan kerja, otonomi pekerjaan, supervisi atasan, tingkat pendidikan, dan perilaku *caring* dimensi *respectful*.

Hasil akhir pemodelan multivariat terlihat pada tabel 5.20:

Tabel 5.20 Model Akhir Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik dalam Asuhan Keperawatan di RSUD Sragen per April 2010 (n=100)

Variabel	B	Beta	Sig	R square	P value
Constan	24,383		0,13		
<i>Assurance of human presence</i>	2,014	0,589	0,000	0,516	0,000
Tanggung Jawab	2,791	0,806	0,001		
Status pernikahan	5,623	0,184	0,011		

Variabel dependen: **Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik**

Berdasarkan nilai *coefficient* B maka persamaan regresi yang diperoleh dari hasil uji analisis adalah:

$$KPE = 24,4 + 2,0assurance + 2,8TJ + 5,6 nkh \pm 15,19$$

Arti dari persamaan regresi tersebut adalah setiap kenaikan nilai perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* sebesar 1 poin maka nilai kinerja perawat menerapkan prinsip etik akan meningkat sebesar 2,0 poin setelah dikontrol variabel tanggung jawab pekerjaan dan status pernikahan. Setiap kenaikan nilai tanggung jawab pekerjaan sebesar 1 poin maka nilai kinerja perawat menerapkan prinsip etik akan meningkat sebesar 2,8 poin setelah dikontrol variabel perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dan status pernikahan. Pada perawat yang berstatus menikah, nilai kinerja perawat menerapkan prinsip etik akan lebih tinggi sebesar 5,6 poin setelah dikontrol variabel perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dan tanggung jawab pekerjaan.

Persamaan ini memperkirakan variabel kinerja penerapan prinsip etik perawat akan naik sebesar 2,0 poin jika perawat berperilaku *caring* dimensi *assurance of human presence*, bertambah 2,8 jika perawat diberikan tanggung jawab dan bertambah 5,6 jika berstatus menikah. Persamaan ini dipengaruhi oleh *error* sebesar $\pm 15,19$, yang berarti bahwa perkiraan nilai kinerja perawat akan dapat meningkat atau menurun sebesar 15,19 poin.

Variabel independen yang masuk dalam pemodelan terakhir adalah perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence*, tanggung jawab pekerjaan dan status pernikahan Model summary memperlihatkan bahwa koefisien determinasi (*R square*) variabel-variabel tersebut terhadap kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan adalah 0,516. Artinya variabel perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence*, tanggung jawab pekerjaan dan status pernikahan dapat menjelaskan 51,6% dari kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik atau dengan kata lain bahwa 51,6% kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik ditentukan oleh perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence*, tanggung jawab pekerjaan, dan status pernikahan pada tingkat kepercayaan 95%, sedangkan sisanya dapat dijelaskan oleh variabel lain. Hasil ini dapat dikatakan bahwa permodelan ini cukup baik untuk menjelaskan kinerja

perawat pelaksana menerapkan prinsip etik. Prediktor yang dominan berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dari kelima variabel independen tersebut adalah variabel perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* (nilai beta tertinggi $\beta = 0,589$).

Hasil uji F menunjukkan nilai p (sig) = 0,000, berarti pada alpha 5% model regresi cocok (*fit*) dengan data yang ada atau dapat diartikan bahwa ketiga variabel secara signifikan dapat memprediksi variabel kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik.



BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini mendiskusikan hasil-hasil penelitian yang diperoleh berdasarkan literatur-literatur terkait dan penelitian yang telah ada sebelumnya. Bagian akhir bab ini menyajikan keterbatasan penelitian dan implikasi penelitian ini untuk keperawatan.

6.1 Interpretasi dan Diskusi

Interpretasi dan diskusi hasil ini didahului dengan pembahasan tentang hubungan variabel dependen (perilaku *caring* dan motivasi) dengan variabel independen (kinerja menerapkan prinsip etik) serta hubungan antara variabel perilaku *caring* dengan motivasi, kemudian dilanjutkan dengan pembahasan tentang hubungan karakteristik demografi perawat sebagai variabel *confounding* dengan kinerja menerapkan prinsip etik. Interpretasi dan diskusi ini diakhiri dengan pembahasan hasil uji multivariat hasil penelitian ini.

6.1.1 Hubungan Perilaku *Caring* dengan Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik dalam Asuhan Keperawatan

Caring merupakan konsep sentral atau inti bagi keperawatan akan tetapi *caring* tidak bisa dianggap sebagai paradigma yang unik bagi profesi keperawatan karena profesi kesehatan lain juga menganggap *caring* sebagai bagian integral dari kemampuannya yang terdiri atas pengetahuan dan keterampilan. *Caring* masih merupakan konsep yang abstrak dan masih sulit untuk dipahami. Oleh sebab itu sampai sekarang masih menjadi perdebatan dan menjadi subjek yang menarik dalam penelitian guna mencari jawaban atas pertanyaan dan perdebatan tersebut.

Watson (2002) mendefinisikan *caring* sebagai ilmu, dimana perspektif ilmu *caring* didasarkan pada ontologi hubungan dimana semua yang terlibat berada dalam suatu hubungan, bersatu dan mempunyai keterkaitan antara satu dengan yang lain. Perilaku *caring* menurut Watson adalah

proses yang dilakukan oleh perawat yang meliputi pengetahuan, tindakan dan dideskripsikan sebagai 10 faktor karatif yang digunakan dalam praktek keperawatan di beberapa seting klinik yang berbeda.

Leinenger mendeskripsikan *caring* dari dimensi budaya. Perilaku *caring* menurut pendapat Leinenger (1988) adalah aktivitas perawat yang penuh dengan keterampilan, suatu proses dan pengambilan keputusan yang berhubungan dengan membantu klien yang merefleksikan atribut sikap seperti empati, mendukung, belas kasih, melindungi, dan hal-hal lain tergantung kebutuhan, nilai, masalah, nilai dan tujuan yang ingin dicapai oleh individu ataupun kelompok yang dibantu perawat.

Kesimpulan yang dapat diambil dari beberapa pernyataan pakar di atas adalah *caring* terdiri atas dua aspek yaitu berupa tindakan nyata perawat dalam melakukan peran dan tugasnya dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien dan aspek afektif perawat seperti perasaan cinta, *altruisme*, belas kasih, kehangatan serta perasaan lain yang mendasari perawat melakukan tindakan *caring* kepada klien.

Definisi perilaku *caring* dalam penelitian ini adalah pernyataan perawat pelaksana tentang perilaku *caring* yang dilakukan pada saat memberikan asuhan keperawatan yang terdiri dari dimensi *respectful* dan *assurance of human presence*. Dimensi ini mengadopsi dari 5 dimensi perilaku *caring* yang dikategorikan oleh Wolf (1994 dalam Watson, 2009) dan oleh peneliti hanya dipilih 2 dimensi yang mempunyai keterkaitan dan hubungan dengan kompetensi dan persaaan afektif kinerja menerapkan prinsip etik.

Hasil analisis univariat didapatkan gambaran bahwa perilaku *caring* yang dilakukan oleh perawat pelaksana di RSUD Sragen tergolong baik. Hasil analisis hubungan perilaku *caring* dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan didapatkan p value =

0,000 lebih kecil dari nilai alpha (0,05). Hasil ini menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara perilaku *caring* dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik.

Penelitian yang ada selama ini lebih menfokuskan pada hubungan atau pengaruh *caring* terhadap klien yaitu terhadap peningkatan kepuasan klien (Wolf, Colahan, Costello, Warwick, Ambrose & Giardino, 1998) serta penurunan hari rawat (Wolf & Miller, 2003). Belum banyak hasil penelitian yang dilakukan dan dipublikasikan mengenai hubungan perilaku *caring* dengan kinerja perawat. Swanson (dalam Watson, 2009) melakukan meta analisis terhadap 130 penelitian keperawatan yang mengidentifikasi bahwa dampak perilaku *caring* terhadap perawat adalah timbulnya rasa cinta terhadap keperawatan sehingga perawat akan berusaha meningkatkan pengetahuan, menghargai kehidupan dan kematian, menunjukkan integritas, keutuhan dan harga diri serta perasaan puas dapat membantu klien mencapai kesehatan dan kesejahteraan. Dampak perilaku *caring* yang dirasakan oleh perawat ini yang diharapkan menimbulkan motivasi kerja perawat untuk mengoptimalkan kinerjanya termasuk kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan.

Hal yang menarik mengenai *caring* dikemukakan oleh Pepin (1992 dalam Petterson & Bredow, 2008). *Caring* dinyatakan dalam 2 dimensi yaitu cinta (*love*) dan pekerjaan (*labour*). Cinta berupa konsep-konsep afektif seperti altruisme, belas kasih, emosi, keberadaan, hubungan, pemeliharaan dan kenyamanan. Sedangkan *caring* sebagai pekerjaan berarti peran, fungsi, pengetahuan dan tugas perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien. Hal yang dapat disimpulkan dari pernyataan Pepin adalah dalam melaksanakan peran, fungsi, dan tugas sebagai seorang perawat disamping berdasarkan pada pengetahuan dan keterampilan keperawatan juga harus berlandaskan pada perasaan cinta perawat terhadap pekerjaan maupun klien yang meliputi altruisme dan

belas kasih sehingga perawat mampu mengendalikan emosi atau perasaan yang tidak menyenangkan lainnya, mampu menjalin hubungan yang baik dengan klien, membuat klien merasa nyaman dalam kondisi sakitnya, serta mampu membantu klien memenuhi kebutuhan dasarnya.

Perilaku *caring* pada dasarnya merupakan interaksi antara perawat dan klien sebagai individu yang dikenal sebagai proses klinik *caring* (*Clinical caring process*, dimana *caring* merupakan tindakan keperawatan yang menyebabkan perawat dan klien membentuk suatu hubungan yang terus menerus dan berkesinambungan dalam proses perawatan klien sehingga pada akhirnya akan menimbulkan rasa saling memahami satu sama lain antara klien dan perawat (Duffy, 2005).

Swanson (1992 dalam Tomey & Alligood, 2006) juga menjelaskan *caring* sebagai suatu proses. Proses pertama yaitu mengetahui (*knowing*). *Knowing* berarti berusaha untuk memahami arti suatu kejadian dalam kehidupan klien, mencegah adanya asumsi, berfokus pada perawatan untuk klien, mencari tanda-tanda, melakukan pengkajian secara cermat dan melibatkan diri dengan klien. Proses ini merupakan proses awal saat perawat berinteraksi dengan klien. Perawat melakukan pengkajian bio, psiko, sosio, dan spiritual klien secara lengkap dan cermat untuk mengetahui secara pasti permasalahan yang dihadapi klien dan respon klien terhadap permasalahan yang dihadapi tersebut berdasarkan fakta dan bukan asumsi. Proses yang kedua yaitu kehadiran atau keberadaan (*being with*). *Being with* berarti menghadirkan emosi saat bersama klien. Proses ini mengharapkan perawat untuk mampu memahami perasaan klien yang hanya dapat dilakukan perawat dengan cara mempergunakan perasaan dan emosi saat berinteraksi dengan klien.

Proses ketiga yaitu melakukan (*doing for*) yang berarti melakukan pelayanan keperawatan untuk membantu klien dalam perawatan total atau mendukung klien untuk melakukan perawatan mandiri. Perilaku yang

termasuk hal ini adalah mengantisipasi kebutuhan klien, memberikan kenyamanan, memberikan pelayanan keperawatan secara kompeten dan terampil, dan melindungi martabat klien selama perawatan. Hal ini merupakan tindakan keperawatan yang berupa tindakan motorik dalam membantu klien memenuhi kebutuhan dasarnya. Proses ke empat adalah *Enabling* (Memungkinkan) yang berarti membantu klien dan memfasilitasi klien agar dapat merawat dirinya sendiri. Tahap ini peran perawat yaitu memandirikan klien agar mampu merawat dirinya sendiri dengan cara memberikan dukungan, informasi maupun alternatif pemecahan masalah. Proses terakhir yaitu *maintaining belief* (mempertahankan kepercayaan) yaitu adanya upaya perawat untuk menjaga kepercayaan klien terhadap dirinya bahwa perawat mampu membantu klien dan dapat bersama-sama dengan klien memecahkan permasalahan yang dihadapi klien.

Kesimpulan yang dapat diambil dari pendapat ke 3 pakar tersebut mengenai *caring* sebagai suatu proses interaksi antara perawat dan klien yang memerlukan kerjasama antara kedua belah pihak, dan agar klien sebagai penerima asuhan keperawatan dapat kooperatif maka perawat diharapkan mempunyai kemampuan komunikasi terapeutik dan pengetahuan serta keterampilan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan yang memadai sehingga menimbulkan kepercayaan klien kepada perawat. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan Gay (1999) dan Kimble (2003) yang menyatakan bahwa aspek emosional sama pentingnya dengan aspek teknik yang ditunjukkan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan. Aspek teknik yang dianggap klien sebagai perilaku *caring* perawat adalah perawat tahu apa yang dilakukan, tahu bagaimana memberikan injeksi maupun menggunakan peralatan keperawatan dan medis, tahu kapan memberitahukan kepada dokter mengenai kondisi klien, perawat yang memberikan tindakan keperawatan dan pengobatan tepat waktu.

Sedangkan aspek emosional yang dipersepsikan oleh klien yaitu mengajarkan pada klien apa yang mereka butuhkan untuk diketahui yaitu perawat dapat menjawab pertanyaan klien secara jelas dan dapat dapat memberikan informasi yang dibutuhkan klien dengan bahasa yang mudah dimengerti klien serta mendengarkan keluhan dengan penuh perhatian sehingga klien dan keluarga dapat mengungkapkan ketakutan dan keprihatinannya. Hal ini dapat dilakukan jika perawat mempunyai kemampuan komunikasi terapeutik yang baik. Teknik komunikasi terapeutik merupakan cara untuk membina hubungan yang terapeutik dimana terjadi penyampaian informasi dan pertukaran perasaan dan pikiran dengan maksud untuk mempengaruhi orang lain (Stuart & Laraia, 2005).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik akan baik jika perilaku *caring* perawat juga baik. Pendapat peneliti tentang hasil tersebut adalah perlunya upaya peningkatan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik melalui peningkatan perilaku *caring* perawat. Meningkatkan perilaku *caring* perawat merupakan aspek yang penting dalam upaya meningkatkan kinerja perawat menerapkan prinsip etik. Upaya peningkatan perilaku *caring* perawat dapat dilakukan melalui 3 pendekatan yaitu pendekatan individu, pendekatan psikologis dan pendekatan organisasi (Gibson, Ivancevich, & Donnelly, 1996).

Upaya peningkatan perilaku *caring* perawat dengan pendekatan individu dapat dilakukan dengan cara peningkatan pengetahuan dan keterampilan *caring* melalui pelatihan, seminar, workshop maupun melalui pendidikan formal keperawatan. Peningkatan pengetahuan dan keterampilan *caring* tidak serta akan dapat membuat perawat berperilaku *caring* lebih baik, oleh karena itu perlu adanya upaya dengan pendekatan psikologis maupun organisasi untuk mendukung seorang perawat untuk menerapkan kompetensi *caring* yang dimilikinya dalam memberikan asuhan

keperawatan kepada klien. Upaya dengan menggunakan pendekatan psikologis yaitu melalui supervisi dan pembinaan serta *role model* yang baik dari atasan dalam berperilaku *caring*. Hal ini dibuktikan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sutriyanti (2009) untuk melihat pengaruh pelatihan perilaku *caring* perawat terhadap kepuasan pasien dan keluarga yang mendapatkan hasil bahwa adanya perbedaan yang bermakna pada kepuasan pasien antara kelompok perawat yang diberi pelatihan dan bimbingan sebanyak 6x dibanding kelompok perawat yang diberi pelatihan dan bimbingan sebanyak 3x.

Sedangkan upaya melalui pendekatan organisasi sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Supriatin (2009) yang menyatakan ada hubungan antara faktor organisasi dengan perilaku *caring* perawat, dalam hal ini faktor kepemimpinan, struktur organisasi, imbalan dan desain kerja maka upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan perilaku *caring* perawat antara lain dengan perencanaan pengembangan SDM perawat, imbalan atau yang terkait dengan kepuasan kerja perawat melalui sistem penghargaan serta adanya *effektive leadership* dalam keperawatan. Peran organisasi (rumah sakit) adalah menciptakan iklim kerja yang kondusif dalam keperawatan melalui kepemimpinan yang efektif, perencanaan jenjang karir perawat yang terstruktur, pengembangan sistem remunerasi yang seimbang dan berbagai bentuk pencapaian kepuasan kerja perawat dalam pekerjaan melalui pengayaan tugas dan tanggung jawab kerja yang diharapkan dapat memotivasi perawat agar berperilaku *caring* yang lebih baik.

Menumbuhkan perilaku *caring* juga penting untuk dilakukan sejak mahasiswa calon perawat mengenyam pendidikan di akademi maupun perguruan tinggi karena perubahan perilaku membutuhkan waktu yang lama sehingga akan lebih efektif jika *caring* sudah ditumbuhkan semenjak masih sebagai mahasiswa perawat. Pendidikan Keperawatan di Amerika bekerja sama dengan American Nursing Association (ANA) melakukan

revisi kurikulum pendidikan keperawatan yang berfokus pada *caring* dan pengetahuan *caring* sejak tahun 1980 (Tanner, 1990 dalam Duffy, 2005). Pendidik perawat dituntut agar dapat mengajarkan, menjadi *role model* dan mengembangkan metode pembelajaran yang dapat meningkatkan perilaku *caring* mahasiswa perawat. Hal ini bukan merupakan pekerjaan yang mudah, mengingat walaupun *caring* tercantum dalam kurikulum akan tetapi biasanya jarang tercakup dalam penerapan keterampilan yang nyata dalam praktek laboratorium atau pelajaran berbasis kompetensi lainnya (Duffy, 2005).

Strategi pembelajaran yang efektif menumbuhkan perilaku *caring* adalah berdasarkan persepsi mahasiswa perawat yaitu dengan pengenalan konsep *caring* yang dilakukan pada masa awal pendidikan bersamaan dengan pengenalan konsep kesehatan, adanya komunitas *caring* di sekolah yang dapat dijadikan ajang untuk melatih perilaku *caring* di antara sesama teman, dan adanya *role model* serta metode pembelajaran yang memberikan gambaran nyata penerapan *caring* kepada klien yang dapat diwujudkan dalam bentuk *role play* atau studi kasus (AACN, 1998 dalam Duffy, 2005). Pribadi *caring* mahasiswa perawat diharapkan dapat muncul dari institusi yang secara terus menerus melakukan pengembangan mutu yang selaras dengan hal tersebut, dimana hal ini harus diperkuat tidak hanya institusi pendidikan melainkan juga institusi tempat tempat praktek serta sarana praktek yang sesuai dengan laju perkembangan pendidikan keperawatan.

Peneliti berpendapat, dengan teridentifikasinya perilaku *caring* perawat pelaksana di RSUD Sragen yang tergolong baik maka potensi untuk pelaksanaan pelayanan keperawatan di RSUD Sragen akan semakin baik juga. Hal ini perlu menjadi pertimbangan pihak manager keperawatan dan manager rumah sakit untuk mempertahankan perilaku *caring* yang baik dengan cara menciptakan lingkungan yang mendukung dan dapat menimbulkan budaya perilaku *caring*. Upaya yang dapat dilakukan yaitu

dengan *role model* atasan dalam berperilaku *caring*, perencanaan dan pelaksanaan seminar dan pelatihan tentang *caring* bagi perawat pelaksana maupun kepala ruang dan wakil kepala ruang, membuat standar aturan baku dan instrumen baku penilaian pelaksanaan perilaku *caring* perawat, melibatkan kepala ruang dalam proses evaluasi perilaku *caring* perawat pelaksana sebagai dasar penilaian kinerja yang menjadi pertimbangan sistem pemberian penghargaan bagi perawat.

Hasil analisis ditinjau dari dua dimensi dalam perilaku *caring* terlihat bahwa ke dua dimensi ini berhubungan secara signifikan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dan pola hubungan positif, di mana untuk dimensi *respectful* kekuatan hubungan $r = 0,561$ ($p \text{ value} = 0,000$), sedangkan untuk dimensi *assurance of human presence* kekuatan hubungan $r = 0,642$ ($p \text{ value} = 0,000$).

Wolf (1994 dalam Watson, 2009) menyatakan perilaku *caring* terdiri dari 5 dimensi yaitu *respectful* (menanggapi dengan rasa hormat), *assurance of human presence* (mengakui keberadaan manusia), *positive connectedness* (menciptakan hubungan positif), *professional knowledge and skill* (pengetahuan dan keterampilan profesional) dan *attentiveness to the other's experience* (perhatian terhadap yang dialami orang lain). Lima dimensi perilaku *caring* Wolf terdiri faktor karatif yang dikembangkan oleh Watson (1979 dalam Tomey & Alligood, 2006). Dimensi 1) *respectful* terdiri atas faktor karatif mengembangkan hubungan saling percaya serta faktor karatif meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan positif dan negatif klien; dimensi 2) *assurance of human presence* terdiri atas faktor karatif pembentukan sistem nilai humanistik dan altruistik, memberikan kepercayaan-harapan serta menumbuhkan sensitifitas terhadap diri sendiri dan orang lain; dimensi 3) *positive connectedness* terdiri atas faktor karatif menciptakan lingkungan fisik, mental, sosiokultural dan spiritual yang mendukung; dimensi 4) *professional knowledge and skill* terdiri atas faktor karatif menggunakan metode

sistematis penyelesaian untuk pengambilan keputusan serta peningkatan pembelajaran dan pengajaran interpersonal; dan dimensi 5) *attentiveness to the other's experience* terdiri atas faktor karatif memberikan bimbingan dalam memuaskan kebutuhan manusiawi serta mengizinkan terjadinya tekanan yang bersifat fenomenologis agar pertumbuhan diri dan kematangan jiwa klien dapat tercapai. Implikasi dan penerapan faktor faktor karatif dan dimensi *caring* terlihat dalam perilaku dan kinerja perawat saat memberikan asuhan keperawatan yang dirasakan oleh klien sebagai penerima asuhan keperawatan.

Penelitian ini membuktikan bahwa perilaku *caring* dimensi *respectful* dan *assurance of human presence* berhubungan dengan kinerja menerapkan prinsip etik. Hasil ini sesuai dengan pendapat yang dikemukakan oleh Arquiza (1997 dalam Malau, 2008) bahwa perawat yang mempunyai rasa menghormati terhadap keberadaan manusia maka akan memandang klien sebagai individu yang unik dan menganggap bahwa klien berhak mendapatkan perlakuan sesuai dengan martabatnya sebagai manusia sehingga perawat melakukan asuhan keperawatan dengan menerapkan prinsip etik seperti menghormati pilihan klien, tidak membeda-bedakan klien, mengizinkan klien berpartisipasi dalam perawatannya dan lain-lain. Pendapat ini diperkuat oleh pernyataan Potter & Perry (2005) yang menyatakan bahwa hubungan *caring* yang terbentuk antara klien dan perawat membantu perawat untuk lebih mengenal klien secara individu yang unik sehingga perawat dapat menentukan tindakan keperawatan yang sesuai dan efektif bagi klien.

Lebih lanjut dijelaskan oleh Thiroux (1990 dalam Potter & Perry, 2005) yang menyatakan bahwa *respect* dan *assurance of human presence* berarti semua orang tidak terkecuali perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien harus menghargai dirinya sendiri dan orang lain termasuk kehidupan dan kematian. Kehidupan adalah hak dasar yang dimiliki oleh semua manusia dan merupakan sesuatu yang berharga bagi manusia, oleh karena itu perawat diwajibkan untuk melakukan segala

upaya untuk mempertahankan kehidupan klien baik secara kuantitas maupun secara kualitas. Tindakan ini juga berarti menghargai perbedaan dan keunikan klien sebagai individu. Hal ini dapat dilakukan perawat jika perawat mempunyai pengetahuan tentang manusia, aspek tumbuh kembang, respon terhadap lingkungan yang terus berubah, keterbatasan dan kekuatan serta kebutuhan-kebutuhan manusia.

Perawat yang mempunyai pengetahuan tentang manusia akan memandang klien sebagai makhluk humanistik yang harus diperlakukan sesuai dengan haknya dalam hal ini yaitu hak klien. UU no 36 tahun 2009 tentang kesehatan menyebutkan bahwa tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugasnya harus mematuhi standar profesi dan menghormati hak klien. CNA (2004: 2008) mencantumkan hak klien terdiri atas keselamatan dan keamanan, hak atas informasi, hak untuk didengarkan dan hak untuk memilih pelayanan. Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI, 2001) menyebutkan bahwa hak-hak asasi pasien adalah hak fundamental yang dimiliki pasien sebagai makhluk Tuhan yaitu hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan asuhan keperawatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi kedokteran dan standar profesi keperawatan serta hak untuk menentukan nasib sendiri.

Peraturan-peraturan yang telah diuraikan di atas secara jelas melindungi klien terhadap pemenuhan hak-hak sebagai klien yang dimiliki yang berimplikasi pada tenaga kesehatan termasuk perawat untuk memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan standar profesi dan etik. Penerapan prinsip etik universal dalam asuhan keperawatan membuat klien akan lebih kooperatif dan menimbulkan hubungan kerjasama yang baik antara perawat dan klien.

6.1.2 Hubungan Motivasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik dalam Asuhan Keperawatan

Motivasi adalah keadaan dalam pribadi seseorang yang mendorong keinginan individu untuk melakukan kegiatan tertentu guna mencapai suatu tujuan (Marquis & Huston, 2006). Motivasi yang ada pada seseorang akan mewujudkan perilaku yang diarahkan untuk mencapai kepuasan (Swansburg & Swansburg, 1999). Motivasi kerja mendorong pegawai untuk menampilkan kinerja yang optimal guna mewujudkan tujuan organisasi.

Motivasi merupakan salah satu faktor yang memberikan pengaruh langsung terhadap kinerja individu dalam suatu organisasi. Anggota organisasi bersedia meningkatkan kinerja jika ada keyakinan bahwa kebutuhan, tujuan, harapan, keinginan dan keperluannya dapat tercapai dan dipenuhi oleh organisasi. Beberapa teori motivasi dikembangkan untuk menjelaskan apa dan bagaimana individu berperilaku untuk mencapai tujuannya. Secara garis besar teori motivasi terbagi menjadi dua, yaitu teori motivasi isi dan teori motivasi proses (Swansburg, 1999). Fokus pada penelitian ini adalah teori motivasi isi khususnya teori motivasi Herzberg. Isi teori motivasi berfokus pada faktor yang ada dalam individu yang menguatkan, mengatur, mendorong dan menghentikan perilaku serta menjelaskan kebutuhan spesifik seseorang. Menurut Herzberg faktor tersebut adalah *dissatisfiers-satisfier* atau *hygiene motivator* atau faktor intrinsik dan ekstrinsik. (Ivancevich, 2005: Shane, 2003: Marquis & Huston, 2006)

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa motivasi kerja perawat pelaksana di RSUD Sragen masih kurang baik. Hasil analisis bivariat dengan menggunakan uji korelasi pearson didapatkan untuk variabel independen motivasi dengan variabel dependen kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan diperoleh $r = 0,328$ dengan $p\text{ value} = 0,001$ yang lebih kecil daripada nilai alpha (0,05). Hasil

ini menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara motivasi dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik.

Banyak literatur dan penelitian yang membuktikan adanya hubungan yang erat antara motivasi dengan kinerja (Gillies, 1994). Penelitian yang dilakukan oleh Baedoei (2003) menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara semua komponen motivasi (persepsi peran, desain pekerjaan, kondisi kerja, pengembangan karir dan imbalan) terhadap kinerja perawat yang merupakan sikap dan pengetahuan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

Kinerja individu dalam suatu organisasi, tidak terkecuali kinerja perawat menerapkan prinsip etik sangat tergantung pada kemampuan perawat manager dalam melakukan fungsi *staffing* yaitu merekrut staf yang kompeten serta membuat staf loyal terhadap organisasi dengan cara memotivasi staf agar dapat meningkatkan kinerja sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh profesi dan organisasi (Aditama, 2003). Perawat manager tidak dapat memotivasi secara langsung bawahannya, karena motivasi muncul dari dalam individu. Hal yang dapat dilakukan manajer adalah menciptakan lingkungan, mendukung, mempengaruhi kolega dan berinteraksi secara personal dengan tim kerja untuk menghasilkan motivasi pekerja. Pimpinan dapat menjadi *role model*, pendengar, dan pendukung serta pendorong bagi pekerja yang mengalami penurunan motivasi. (Marquis dan Huston, 2006).

Peneliti berpendapat motivasi yang kurang baik dalam menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen berdasarkan wawancara dengan 5 orang perawat pelaksana pada tanggal 15 April 2010 tentang motivasi dalam bekerja dan sanksi pelanggaran adalah meskipun secara tertulis berdasarkan Pedoman Penanganan Pelanggaran Kode Etik Keperawatan yang dikeluarkan oleh Kasie Keperawatan RSUD Sragen telah diatur secara jelas sanksi yang dikenakan kepada perawat yang

melanggar kode etik dan prinsip etik keperawatan sanksi tersebut kurang memberikan efek jera bagi perawat untuk tidak mengulangi kesalahan dan pelanggaran yang dilakukan dalam melakukan tindakan keperawatan kepada klien ataupun melakukan pelanggaran disiplin kerja. Perawat juga mempersepsikan bahwa tidak ada perbedaan insentif atau penghargaan yang diterima bagi perawat yang mempunyai kinerja baik ataupun kurang baik. Pihak manajemen perlu memikirkan sistem *reward* dan *punishment* yang dapat menimbulkan motivasi perawat dalam mematuhi standar kinerja maupun standar profesi.

6.1.2.1 Motivasi Intrinsik

Motivasi intrinsik terdiri dari sub variabel otonomi pekerjaan dan tanggung jawab pekerjaan. Secara rinci dijelaskan sebagai berikut:

a. Otonomi Pekerjaan

Otonomi adalah bagian dari karakteristik pekerjaan yang merupakan dari persepsi terhadap kedalaman pekerjaan, dimana otonomi merupakan cara orang melakukan pekerjaan yang sebagian tergantung pada bagaimana seseorang mempersepsikan dan memikirkan pekerjaannya (Stone & Gueuthal, 1985, dalam Ivancevich, Konopaske & Matteson, 2005). Oermann (1997, dalam Schwirian, 1998) menyatakan bahwa otonomi dalam keperawatan merupakan kebebasan untuk membuat keputusan dan mengambil keputusan dalam lingkup praktek keperawatan. Kesimpulan pengertian otonomi adalah persepsi perawat tentang pekerjaannya dalam hal merencanakan, membuat keputusan dan melakukan asuhan keperawatan kepada klien sesuai dengan kewenangannya.

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa otonomi pekerjaan yang dipersepsikan perawat pelaksana di RSUD Sragen tergolong baik. Hasil analisis didapatkan untuk mengetahui hubungan antara otonomi pekerjaan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan diperoleh $r = 0,274$ dengan $p \text{ value} = 0,006$

yang lebih kecil daripada nilai alpha (0,05). Hasil ini menunjukkan bahwa adanya hubungan yang signifikan antara otonomi pekerjaan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik. Hasil penelitian ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Supratman (2002) yang menyatakan ada hubungan yang bermakna antara otonomi dengan prestasi kerja.

Secara teori, otonomi sangat penting pengaruhnya terhadap hasil kerja yang dicapai perawat (Gillies, 1994; Swansburg, 1999). Otonomi perawat sangat dipengaruhi oleh perasaan kompeten dan keyakinan diri perawat. Keyakinan diri ini membuat perawat merasa mampu mengontrol dan mempengaruhi situasi sehingga meningkatkan kesempatan dan kekuatan untuk membuat keputusan etis secara bebas (Habaghery, Salsali dan Ahmadi, 2004). Adanya otonomi pekerjaan yang baik diharapkan perawat mampu menunjukkan kapasitasnya sebagai seorang perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Kebebasan dalam merencanakan, mengambil keputusan dan melakukan tindakan sesuai dengan kewenangan sebagai perawat pelaksana sebagaimana termuat dalam surat keputusan direktur Rumah Sakit tentang Tugas Pokok dan Fungsi Perawat Pelaksana.

b. Tanggung Jawab Pekerjaan

Tanggung jawab adalah perasaan yang dimiliki oleh pegawai tentang berjalannya pekerjaannya tanpa supervisi, perasaan pertanggungjawaban secara penuh terhadap hasil dan perasaan memiliki terhadap proses pekerjaan (Kelner, 1998). Tanggung jawab perawat di rumah sakit berkaitan erat dengan uraian tugas (*job description*) perawat pelaksana yang tertuang dalam SK direktur RS. Uraian tugas ini sangat penting agar perawat mengetahui apa yang diharapkan organisasi terhadap diri perawat dan kewenangan apa yang dimiliki perawat dalam melaksanakan tugasnya (Tappen, 1995; Tappen, Weiss dan Whitehead, 2004).

Hasil analisis didapatkan untuk mengetahui hubungan antara tanggung jawab pekerjaan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan diperoleh $r = 0,409$ dengan $p \text{ value} = 0,000$ yang lebih kecil daripada nilai alpha (0,05). Hasil ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tanggung jawab pekerjaan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen dengan kekuatan hubungan sedang dan berpola positif yang artinya semakin baik tanggung jawab perawat di RSUD Sragen maka semakin baik kinerja menerapkan prinsip etik.

Hasil ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Juliani (2007) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara tanggung jawab pekerjaan dengan kinerja perawat. Sejalan juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Muadi (2009) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara tanggung jawab pekerjaan yang dipersepsikan perawat dengan produktivitas kerja perawat di RS W Cirebon ($p \text{ value} = 0,000$).

Pemberian tanggung jawab yang lebih besar pada seseorang dapat menimbulkan kepuasan tersendiri bagi seseorang dan juga menambah rasa percaya diri karena berarti memberikan kesempatan kepada seseorang untuk menunjukkan kinerja dengan baik (La Monica, 1996). Tanggung jawab yang diemban seorang perawat sangat besar karena berhubungan erat dengan nyawa pasien dan juga sasaran pelayanan keperawatan adalah manusia yang unik, dinamis dan kompleks. Prinsip utama yang merupakan pedoman perawat dalam memberikan asuhan keperawatan telah tercakup dalam Kode etik keperawatan yakni tanggung jawab perawat terhadap klien, tanggung jawab perawat terhadap praktek, tanggung jawab perawat terhadap teman sejawat dan tanggung jawab perawat terhadap profesi (CNA, 2008: ICN, 2006: PPNI, 2010). Pengetahuan dan keterampilan yang handal dan baik dibutuhkan seorang perawat agar mampu berinteraksi dan

berkomunikasi dengan baik antara perawat dan klien sehingga dapat melaksanakan tanggung jawab yang diembannya dengan baik. Perawat sebagai anggota profesi bertanggung jawab untuk mengembangkan pengetahuan dan kompetensi keperawatan sehingga mampu menampilkan kinerja yang bermutu tinggi.

Memotivasi seorang perawat yang dipandang sebagai individu profesional paling tepat jika dengan meningkatkan motivasi intrinsik perawat, dalam hal ini dengan pemberian otonomi dan tanggung jawab sesuai dengan lingkup pekerjaannya. Hal ini dikarenakan seorang profesional menganggap kepuasan kerja adalah terletak pada pekerjaan itu sendiri (Suwanto, 1999). Robbins dan Judge (2007) menyatakan bahwa seseorang yang berkeyakinan bahwa segala sesuatu yang terjadi pada dirinya dikarenakan faktor keberuntungan dan hal-hal yang tidak dapat dikendalikan oleh dirinya akan cenderung berperilaku tidak etis, berbeda dengan individu yang beranggapan bahwa segala sesuatu yang terjadi pada dirinya merupakan hal dapat diusahakan maka akan cenderung berperilaku etis. Pemberian tanggung jawab individu dan otonomi individu dalam pekerjaan dapat meningkatkan rasa pengendalian diri individu.

Praktek Keperawatan mempunyai karakteristik kewenangan, akuntabilitas (tanggung jawab), pengambilan keputusan mandiri, kolaborasi, *advocacy* dan fasilitator (Malkemas, 1983 dalam Komisi Disiplin Ilmu Keperawatan, 2002). Otonomi dan tanggung jawab adalah bagian dari kendali terhadap praktek keperawatan yang merupakan determinan kepuasan kerja, retensi, produktivitas dan kualitas pelayanan keperawatan. Norrish dan Randall (2002 dalam Boyle, 2004) menyatakan bahwa peran perawat yang diwujudkan dalam kendali terhadap praktek merupakan karakteristik kunci dalam praktek keperawatan rumah sakit yang berpengaruh terhadap kinerja pelayanan pasien.

Pandangan peneliti mengenai hubungan antara otonomi dan tanggung jawab pekerjaan dengan kinerja perawat memiliki kesesuaian dengan sejumlah teori dan penelitian yang menekankan pada pengendalian secara mandiri terhadap praktek keperawatan sebagai dasar utama dalam melaksanakan kegiatan dan tindakan kinerja keperawatan. Kejelasan batas kewenangan, tanggung jawab sekaligus perlindungan atas hak-hak perawat dalam melaksanakan pelayanan keperawatan yang dinyatakan dalam suatu kebijakan tertulis di RS akan mendorong perawat untuk menampilkan kinerja yang diharapkan oleh profesi perawat maupun organisasi RS.

6.1.2.2 Motivasi ekstrinsik

Hal yang menarik dari penelitian ini adalah dari semua subvariabel motivasi ekstrinsik yang diteliti (sistem penggajian, kebijakan RS, hubungan dengan rekan kerja dan supervisi atasan) hanya kebijakan RS yang berhubungan secara signifikan dengan kinerja perawat menerapkan prinsip etik. Motivasi ekstrinsik adalah motivasi yang dihasilkan dari lingkungan kerja atau penggajian eksternal (Marquis dan Huston, 2006). Hal ini dapat dijelaskan bahwa organisasi yang dapat menanggapi faktor ini maka tidak akan membuat pekerja termotivasi, akan tetapi jika organisasi tidak dapat memenuhinya secara positif maka akan menyebabkan ketidakpuasan pekerja yang pada akhirnya akan membuat kinerja pekerja akan menurun. Secara rinci hubungan antara sub variabel motivasi ekstrinsik (sistem penggajian, kebijakan RS, hubungan dengan rekan kerja dan supervisi atasan) dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan dijelaskan sebagai berikut:

a. Sistem Penggajian

Penggajian adalah salah satu upaya organisasi untuk mempertahankan sumber daya manusia sehingga mempunyai kepuasan kerja yang pada akhirnya akan berdampak pada peningkatan motivasi perawat yang secara tidak langsung akan membuat pencapaian organisasi akan

terwujud (Sopiah, 2008). Maslow menyatakan bahwa gaji merupakan kebutuhan fisiologis atau kebutuhan paling dasar dari semua kebutuhan manusia. Gaji yang didapatkan oleh pegawai dapat dipergunakan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehingga secara tidak langsung akan menentukan taraf ekonomi dan gaya hidup serta status sosial pegawai di masyarakat (Rachmawati, 2007). Gaji juga merupakan alat motivasi yang efektif untuk meningkatkan kinerja, produktivitas dan kepuasan kerja (Rachmawati, 2007; Siagian, 1995). Pendapat beberapa pakar ini menyatakan dengan jelas fungsi dan manfaat pemberlakuan sistem penggajian yang adil dan layak bagi kelangsungan organisasi maupun kepuasan anggota organisasi.

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa menurut persepsi perawat pelaksana di RSUD Sragen sistem penggajian perawat baik. Hasil didapatkan untuk mengetahui hubungan antara sistem penggajian dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan diperoleh $r = 0,082$ dengan $p \text{ value} = 0,416$ yang lebih besar daripada nilai alpha (0,05). Hasil ini menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara sistem penggajian dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Baedoei (2003) dan Supratman (2002) dimana sistem penggajian atau imbalan berhubungan secara signifikan dengan kinerja perawat. Akan tetapi gaji bukan merupakan faktor dominan yang mempengaruhi motivasi perawat dalam meningkatkan kinerja. Hal ini didukung oleh hasil survei yang dilakukan oleh PPNI pada tahun 2006 pada empat propinsi di Indonesia yang menunjukkan bahwa sebanyak 50,9% perawat mengalami stres kerja yang ditandai dengan gejala sering pusing, lelah, tidak dapat beristirahat karena beban kerja yang terlalu tinggi dan menyita waktu dengan insentif yang tidak memadai.

Kenyataan yang hampir sama juga dialami perawat yang bekerja pada rumah sakit swasta dengan gaji yang lebih tinggi dibandingkan perawat di rumah sakit negeri ternyata mengalami stres yang lebih tinggi (Hamid, 2008). Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa gaji bukan merupakan faktor dominan yang mempengaruhi motivasi karena ada faktor lain yang juga berkontribusi dalam meningkatkan motivasi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien.

Pendapat Maslow agak berbeda dengan pendapat yang dinyatakan oleh Herzberg. Herzberg menganggap gaji bukan merupakan motivator yang dapat menyebabkan seseorang akan meningkatkan kinerjanya melainkan faktor *hygiene* yaitu faktor yang menyebabkan kepuasan atau ketidakpuasan. Jika faktor ini ditanggapi secara positif oleh organisasi tempat bekerja secara positif maka pekerja tidak akan termotivasi akan tetapi jika faktor ini tidak ada maka akan menyebabkan ketidakpuasan (Ivancevich, 2005: Shane, 2003: Marquis & Huston, 2006).

Pendapat peneliti mengenai tidak adanya hubungan antara sistem penggajian dengan kinerja menerapkan prinsip etik karena penggajian yang diterima berupa gaji dan insentif jasa perawatan perbulan telah tertuang secara jelas sesuai dengan peraturan yang ditetapkan pemerintah dan RS. Sistem penggajian bagi perawat yang berstatus PNS sesuai dengan UU no 43 tahun 1999 pasal 7. Sistem penggajian insentif yang selama ini berlaku bagi perawat diatur dengan kebijakan yang dikeluarkan oleh direktur RSUD Sragen no 445/948/31/2006 tentang Perubahan pertama tim perumus dan pedoman pembagian jasa pelayanan tenaga keperawatan RSUD Sragen yang berlaku sejak tanggal 2 Juni 2006. Pembagian insentif dari jasa perawatan ini berdasarkan pada status kepegawaian, tingkat pendidikan, masa kerja, tanggung jawab. Untuk perawat non PNS (*job training*) meskipun tidak mendapatkan gaji tetapi mendapatkan insentif dari RS setiap

bulan. Hak lainnya yang diterima perawat baik PNS maupun non PNS hampir sama yakni hak cuti, maupun diikutsertakan dalam pelatihan. Perawat PNS juga mendapat hak lain berupa jaminan kesehatan dan pensiun yang tidak dimiliki perawat non PNS.

Sistem penggajian yang berlaku di RSUD Sragen dipersepsikan oleh perawat tergolong baik karena telah sesuai dengan peraturan pemerintah dan RS. Sistem penggajian yang adil dan layak diperlukan untuk meningkatkan kepuasan perawat. Adil dalam artian harus sesuai dengan kinerja yang perawat lakukan. Hal ini tidak mudah dilakukan pihak organisasi karena tidak terlepas dari sifat manusia yang tidak pernah puas terhadap apa yang didapatkan jika diukur dengan materi, oleh karena itu pihak manager keperawatan perlu memperbaiki sistem penghargaan yang berupa immateri seperti pengakuan terhadap perawat yang berprestasi, adanya promosi jabatan bagi perawat yang berprestasi, kesempatan pengembangan karier dan pendidikan serta pelatihan, pujian dari pihak manager keperawatan maupun rumah sakit yang diharapkan dapat meningkatkan motivasi dan kepuasan kerja perawat.

b. Kebijakan Rumah Sakit

Kebijakan dibuat oleh suatu organisasi untuk dilaksanakan dengan maksud pencapaian tujuan dan pemenuhan kepuasan semua pihak, baik organisasi maupun anggota organisasi (Marquis & Huston, 2000). Kebijakan dibuat untuk mengoptimalkan hasil pencapaian kinerja anggota organisasi yang pada akhirnya berdampak pada peningkatan kinerja organisasi. Kebijakan RS dan keperawatan berguna untuk meningkatkan kinerja perawat dalam melakukan asuhan keperawatan kepada klien karena memberikan pedoman dan tuntunan.

Hasil univariat persepsi perawat pelaksana tentang kebijakan rumah sakit yang berlaku di RSUD Sragen menunjukkan hasil baik. Hasil

analisis bivariat dengan menggunakan uji korelasi pearson untuk mengetahui hubungan antara kebijakan rumah sakit dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan diperoleh $r = 0,286$ dengan $p \text{ value} = 0,004$ yang lebih kecil daripada nilai alpha (0,05). Hasil ini menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara kebijakan rumah sakit dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.

Penelitian lain yang mendukung hasil penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan oleh Rochatun (1999) yang bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya pengaruh aspek rumah sakit swadana yaitu kebijakan kepegawaian terdiri dari faktor insentif, pemberian pendidikan dan latihan, keamanan kerja, pengembangan karier, pemberian penggajian dan pembinaan oleh atasan yang diterapkan oleh atasan sejak terjadi perubahan status rumah sakit menjadi swadana. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara faktor insentif, pemberian pendidikan dan latihan, pemberian penggajian dan pembinaan oleh atasan yang diterapkan oleh atasan dengan motivasi kerja perawat.

Habaghery, Salsali dan Ahmadi (2004) menyebutkan dalam penelitiannya bahwa mayoritas perawat beranggapan *job description* dan peraturan rumah sakit membatasi otoritas perawat. Hal ini terjadi pada rumah sakit yang dalam pengambilan keputusan terkait keperawatan belum melibatkan perawat sehingga keputusan atau kebijakan rumah sakit yang diambil tidak berpihak kepada perawat. Kebijakan perlu diberlakukan karena organisasi yang tidak mempunyai aturan atau kebijakan juga dapat meningkatkan perilaku yang tidak etis atau dengan kata lain, kebebasan individu untuk berperilaku tidak etis dalam suatu organisasi dapat dicegah dengan adanya aturan atau kebijakan (Pride, Hughes & Kapoor, 2010).

Siagian (1995) menyatakan bahwa kebijakan rumah sakit mengenai pengembangan karir akan memotivasi pegawai dalam meningkatkan kinerja. Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa adanya kebijakan yang baik akan semakin baik kinerja perawat menerapkan prinsip etik sehingga kebijakan rumah sakit mengenai keperawatan perlu dipertahankan dan apabila memungkinkan perlu diperbaiki. Misal kebijakan tentang sistem penilaian kinerja, sistem penggajian, pelatihan dan pendidikan berkelanjutan bagi perawat.

Peneliti berpendapat kebijakan yang ditetapkan oleh organisasi terkait keperawatan hendaknya melibatkan perawat. Fenomena yang terjadi di RSUD Sragen adalah meskipun Kasie Keperawatan telah dilibatkan dalam penyusunan kebijakan terkait keperawatan akan tetapi secara struktural, posisi Kasie Keperawatan masih sebagai *middle manager* dan belum berada pada top manager dimana berada di bawah Wadir Yanmed sehingga pengambilan keputusan terkait kebijakan belum bisa optimal dilakukan. Revisi kebijakan, prosedur dan peraturan terkait keperawatan hendaknya rutin untuk dilakukan dengan tujuan menyesuaikan dengan perkembangan yang terjadi di pelayanan keperawatan.

Peningkatan kesadaran perawat pelaksana tentang kebijakan dan peraturan institusi serta standar praktek keperawatan, kode etik dan peraturan perundang-undangan tentang kesehatan dan asuhan keperawatan perlu dilakukan dengan tujuan supaya perawat mengetahui secara pasti tindakan yang harus dilakukan jika terjadi praktek tidak kompeten, tidak etis, atau tidak legal yang dilakukan oleh anggota tim kesehatan. Hal ini dapat dilakukan dengan mensosialisasikan kebijakan dan peraturan institusi serta standar praktek keperawatan, kode etik dan peraturan perundang-undangan tentang kesehatan dan asuhan keperawatan.

c. Hubungan dengan Rekan Kerja

Hasil analisis univariat menggambarkan bahwa hubungan dengan rekan kerja yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana di RSUD Sragen termasuk baik. Hasil analisis bivariat dengan menggunakan uji korelasi pearson untuk mengetahui hubungan antara hubungan dengan rekan kerja dan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan diperoleh $r = 0,164$ dengan $p\ value = 0,102$ yang lebih besar daripada nilai alpha (0,05). Hasil ini menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara hubungan dengan rekan kerja dan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan Desphande dan Joseph (2008) yang menyatakan bahwa adanya hubungan dengan rekan kerja yang baik akan meningkatkan perilaku etik perawat. Hal ini didukung oleh penelitian Aprizal, Kuntjoro dan Probondari (2008) yang menyatakan bahwa hubungan dengan rekan kerja berpengaruh secara positif dengan kepuasan kerja perawat. Demikian juga hasil penelitian Yohana (2003) yang menyatakan bahwa hubungan dengan rekan kerja berpengaruh secara kuat dengan kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.

Pendapat peneliti tentang hasil penelitian ini yang berbeda dengan hasil penelitian sebelumnya berdasarkan hasil wawancara dengan Kasie Keperawatan tentang dukungan rekan kerja dalam pelaporan pelanggaran etik pada tanggal 6 Januari 2010 adalah kebiasaan atau budaya yang ada di antara perawat di RSUD Sragen yang kurang mendukung kinerja etik yaitu rekan kerja satu shift jaga cenderung menutupi sehingga tidak banyak kasus pelanggaran etik yang tidak sampai pada atasan atau kasie keperawatan. Rekapitulasi kasus pelanggaran disiplin yang dilakukan oleh perawat tidak dimiliki oleh Kasie keperawatan karena data tentang pelanggaran disiplin seperti

terlambat, bekerja sistem paruh waktu dengan rekan satu shift dan pelanggaran peraturan RS lainnya yang ditangani oleh kepala ruangan tidak dilaporkan. Budaya Jawa yang kental dengan rasa “ewoh pakewuh” atau merasa sungkan dan tidak nyaman melaporkan rekan kerja yang melakukan pelanggaran karena tidak ingin rekan kerja mengalami kesulitan dengan pelaporan tersebut dan perasaan takut dibenci oleh rekan yang dilaporkan membuat penegakan kinerja etik tidak optimal dilaksanakan.

Hal ini perlu untuk segera ditangani mengingat rekan kerja berperan sebagai teman yang memberikan komunikasi sebagai tempat untuk menghilangkan stres kerja. Komunikasi dengan rekan kerja mengenai kesulitan menjalankan pekerjaan atau menangani pasien, tempat berbagi sedih dan saling mendengarkan maupun tempat mencari dukungan sosial. Rekan kerja yang menciptakan situasi bersahabat dan mendukung akan menimbulkan kepuasan kerja karyawan yang pada akhirnya akan berdampak pada kinerja (Gibson, Ivancevich, & Donnelly, 1997).

d. Supervisi Atasan

Hasil analisis didapatkan untuk mengetahui hubungan antara supervisi atasan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan diperoleh $r = 0,181$ dengan $p\text{ value} = 0,071$ yang lebih besar daripada nilai alpha (0,05). Hasil ini menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara supervisi atasan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.

Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Supratman (2002) dan Tri Pipo (2001) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara supervisi atasan dengan kinerja dan prestasi kerja. Berlainan dengan penelitian yang dilakukan oleh Gatot

dan Adisasmito (2005) yang menyatakan bahwa faktor yang paling dominan berpengaruh terhadap kepuasan kerja perawat adalah hubungan dengan atasan. Hal ini karena hubungan dengan atasan yang harmonis akan membuat bawahan menjadi respek terhadap atasan dan setiap tugas yang diberikan akan dikerjakan dengan baik sehingga proses pendelegasian dapat berjalan dengan baik.

Pendapat peneliti terkait perbedaan antara hasil penelitian yang dilakukan peneliti dengan penelitian sebelumnya dan juga teori terkait supervisi berdasarkan pengamatan yang dilakukan pada minggu ke 3 dan ke 4, hal ini karena kegiatan supervisi yang dilakukan oleh kepala ruangan dan wakil kepala ruangan yang berupa bimbingan, pengarahan, umpan balik, evaluasi dan pembinaan belum sepenuhnya dilakukan secara optimal dikarenakan kemampuan dan kompetensi kepala ruang dan wakil kepala ruang yang belum memadai. Kegiatan supervisi yang dilakukan pada waktu sore dan malam hari hanya merupakan kegiatan survei jumlah pasien di setiap ruangan. Evaluasi atau penilaian kinerja yang dilakukan oleh atasan dalam hal ini oleh kepala ruangan hanya berdasarkan pada DP3 untuk perawat dengan status PNS yang tidak bisa menggambarkan kinerja perawat sesuai dengan lingkup pekerjaan perawat, sedangkan untuk perawat yang berstatus non PNS tidak ada instrumen penilaian kinerja sehingga berdampak pada perawat yang kurang termotivasi untuk meningkatkan kinerja sesuai dengan standar profesi dan standar organisasi.

Akan tetapi karena adanya kesadaran perawat tentang kewenangan dan tanggung jawab sebagai perawat pelaksana sehingga hubungan dengan rekan kerja dan supervisi atasan tidak memberikan pengaruh yang bermakna terhadap kinerja menerapkan prinsip etik. Meskipun demikian, mengingat peran dan perhatian atasan serta rekan kerja dapat mendorong semangat kerja perawat maka diharapkan atasan dan rekan kerja dapat menjalin hubungan yang baik dengan perawat untuk

peningkatan kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien.

6.1.3 Hubungan Perilaku *Caring* (*Respectful* dan *Assurance of Human Presence*) dengan Motivasi

Perilaku *caring* berhubungan secara signifikan dengan motivasi intrinsik (p value = 0,000); motivasi ekstrinsik (p value = 0,006); otonomi pekerjaan (p value = 0,010); tanggung jawab pekerjaan (p value = 0,000); hubungan dengan rekan kerja (p value = 0,017), dan supervisi atasan (p value = 0,003), sedangkan perilaku *caring* tidak berhubungan dengan sistem penggajian (p value = 0,553). Perilaku *caring* dimensi *respectful* berhubungan secara signifikan dengan motivasi intrinsik (p value = 0,000); motivasi ekstrinsik (p value = 0,001); otonomi pekerjaan (p value = 0,013); tanggung jawab pekerjaan (p value = 0,000); kebijakan RS (p value = 0,002); hubungan dengan rekan kerja (p value = 0,002) dan supervisi atasan (p value = 0,002), sedangkan perilaku *caring* dimensi *respectful* tidak berhubungan dengan sistem penggajian (p value = 0,868). Perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* berhubungan dengan motivasi intrinsik (p value = 0,010); otonomi pekerjaan (p value = 0,034); tanggung jawab pekerjaan (p value = 0,018); dan supervisi atasan (p value = 0,021), sedangkan perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* tidak berhubungan dengan motivasi ekstrinsik (p value = 0,089); sistem penggajian (p value = 0,255) dan hubungan dengan rekan kerja (p value = 0,211).

Hubungan antara perilaku *caring* dan motivasi merupakan hubungan timbal balik. Faktor motivasi dapat mendorong perawat untuk berperilaku *caring*, demikian juga sebaliknya perilaku *caring* akan membuat perawat termotivasi untuk memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas.

Penelitian yang dilakukan oleh Sobirin (2006) menyebutkan bahwa ada hubungan secara signifikan antara motivasi dengan perilaku *caring* perawat (p value = 0,000). Hasil penelitian terkait sub variabel motivasi yang dapat mempengaruhi perilaku *caring* perawat didapatkan dari penelitian Supriatin (2009) menyebutkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara imbalan dengan perilaku *caring* perawat pelaksana (p value = 0,037) dan Supriyadi (2009) yang menyebutkan ada hubungan yang signifikan antara otonomi dengan perilaku *caring* perawat (p value = 0,000) dan juga umpan balik sebagai bagian dari kegiatan supervisi dengan perilaku *caring* perawat (p value = 0,000).

Hasil ini memperkuat pernyataan dan juga hasil penelitian yang dilakukan oleh beberapa peneliti sebelumnya bahwa perilaku *caring* perawat disamping berdampak pada klien sebagai penerima asuhan keperawatan juga berdampak pada diri perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan. Pada klien, perilaku *caring* perawat dalam memberikan asuhan keperawatan berpengaruh terhadap kepuasan klien dan penurunan hari rawat (Wolf, Colahan, Costello, Warwick, Ambrose, & Giardino, 1998: Wolf & Miller, 2003) karena klien merasa terpenuhi kebutuhan fisik, emosi maupun spiritual, mendapatkan kenyamanan dan rasa aman sehingga mempercepat dalam proses penyembuhannya ataupun mendapatkan kedamaian saat menghadapi kematian, sedangkan pada perawat, perilaku *caring* akan membuat perawat termotivasi untuk memberikan asuhan keperawatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar kinerja profesional, tak terkecuali pelaksanaan praktek keperawatan yang sesuai dengan prinsip etik dikarenakan rasa cinta, rasa menghargai kehidupan manusia dan perasaan puas dapat membantu kliennya untuk mencapai derajat kesehatan dan kesejahteraan yang lebih baik (Watson, 2005).

Peneliti berpendapat bahwa perilaku *caring* yang ada pada diri perawat merupakan jiwa dan kesadaran diri berupa perasaan cinta dan komitmen untuk melaksanakan kinerja sesuai dengan standar profesi dan standar kinerja, di mana hal ini akan mendorong adanya tanggung jawab dan otonomi dalam diri perawat untuk meningkatkan kinerja secara optimal. Hasil penelitian ini yang menunjukkan bahwa perilaku *caring*, perilaku *caring* dimensi *respectful* dan perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* yang berhubungan dengan motivasi dan juga hampir seluruh sub variabel motivasi, baik motivasi intrinsik maupun ekstrinsik maka perlu adanya upaya bagi pihak manajemen keperawatan dan manajemen untuk meningkatkan perilaku *caring* perawat baik melalui pendekatan individu, psikologis maupun organisasi seperti yang telah diuraikan pada pembahasan sebelumnya.

6.1.4 Hubungan Karakteristik Demografi Perawat Dengan Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik

Variabel karakteristik demografi perawat yang meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja dan status pernikahan berdasarkan hasil analisis data tidak berhubungan secara signifikan dengan kinerja perawat menerapkan prinsip etik.

a. Umur

Hasil analisis penelitian ini menunjukkan bahwa umur rata-rata perawat pelaksana di RSUD Sragen adalah 32,66 tahun dengan umur termuda perawat pelaksana adalah 23 tahun dan umur tertua adalah 58 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa perawat pelaksana di RSUD Sragen berada pada kelompok umur yang produktif untuk bekerja.

Berdasarkan hasil uji bivariat dengan menggunakan uji t independen didapatkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan umur dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan (p value = 0,496). Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Riyadi & Kusnanto (2007),

Indiyah (2001), dan Burdahyat (2009) yang menyebutkan bahwa kinerja tidak berbeda secara bermakna berdasarkan umur.

Robbins dan Judge (2008) menyatakan bahwa semakin bertambahnya usia maka pekerja akan membawa sifat-sifat positif dalam melaksanakan pekerjaannya seperti pengalaman, perilaku etik yang kuat dan komitmen dalam menjaga kualitas pekerjaannya. Kebanyakan orang dewasa berada dalam tingkat menengah pada tahap perkembangan moral, semakin tinggi perkembangan moral maka semakin berkurang tingkat ketergantungan terhadap pengaruh dari luar dalam mengambil keputusan etik ataupun berperilaku etik. Individu yang telah maju pada tahap perkembangan moral yang makin tinggi akan menaruh perhatian yang lebih terhadap hak orang lain, tidak peduli dengan pendapat mayoritas, dan mempunyai kecenderungan untuk menentang budaya dalam organisasi yang dirasa tidak sesuai dengan prinsip etik atau moral yang individu yakini (Suwanto, 1999).

Teori ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Suhartati (2002) yang menyatakan bahwa semakin bertambah tua maka kecenderungan perawat untuk berperilaku etik akan lebih besar, terutama untuk perawat dengan usia di atas 40 tahun. Hasil yang sama didapatkan dari penelitian Purbadi dan Sofiana (2006) bahwa usia berpengaruh positif terhadap kinerja, meskipun dalam penelitian ini perawat yang dianggap mempunyai kinerja yang lebih baik adalah perawat dengan usia di atas 30 tahun karena dianggap mempunyai kemampuan analisis yang lebih baik. Sehingga semakin bertambah usia maka makin bertambah pula kemampuan seseorang dalam mengambil keputusan, berpikir secara rasional, semakin bijaksana, mampu mengendalikan emosi dan toleran terhadap pandangan orang lain.

Kemampuan dan kelebihan yang dimiliki oleh perawat yang berusia tua diimbangi oleh perawat berusia muda dengan mempunyai harapan yang ideal mengenai dunia kerja sehingga akan berusaha mengeksplorasi semua pengalaman belajarnya dari pendidikan untuk diterapkan dalam tatanan pelayanan keperawatan. Perawat usia muda masih mempertahankan ideal diri sehingga berupaya mematuhi standar-standar yang berlaku di tempat kerjanya. Hal inilah yang dapat menjelaskan hasil penelitian ini yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan.

b. Jenis Kelamin

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa sebagian besar perawat pelaksana di RSUD Sragen berjenis kelamin perempuan (72%). Jika melihat jumlah nilai kinerja etik antara laki-laki dan perempuan, dapat dilihat bahwa selisih nilai antara laki-laki dan perempuan sangat kecil yaitu 1, 32. Hasil analisis bivariat didapatkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan (p value = 0,590).

Penemuan atau penelitian sebelumnya yang menyatakan adanya perbedaan secara statistik antara laki-laki dan perempuan dalam kinerja sangat sedikit jumlahnya. Hasil penelitian ini semakin memperkuat bukti jika tidak ada perbedaan yang konsisten antara laki-laki dan perempuan dalam kemampuan memecahkan masalah, keterampilan analisis, dorongan kompetisi, motivasi, sosiabilitas dan kemampuan belajar. Sebagaimana yang hasil yang didapatkan dari penelitian yang dilakukan oleh Burdahyat (2009) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kinerja perawat (p value = 0,101). Selaras juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Muadi (2009) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara jenis

kelamin dengan produktivitas kerja perawat pelaksana (*p value* = 0,143). Beberapa studi psikologi menunjukkan bahwa perempuan cenderung mematuhi peraturan organisasi yang mendorong perempuan untuk berperilaku etik tetapi perbedaan ini sangat kecil (Robbins, 2001). Sama halnya dengan hasil yang didapatkan dari penelitian ini, di mana selisih nilai kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik antara laki-laki dan perempuan hanya 1,32.

Perempuan cenderung menganalisis suatu permasalahan secara lebih mendalam dan seksama sebelum mengambil keputusan dibandingkan dengan laki-laki. Hal ini cenderung menghasilkan pertimbangan masalah dan alternatif penyelesaian dengan lebih seksama. Seorang perawat perempuan akan lebih dapat mempertimbangkan dan mempunyai alternatif penyelesaian masalah atau dilema etika dengan lebih seksama sehingga akan berperilaku etika lebih baik dibandingkan perawat laki-laki. Perilaku etika ini juga dimungkinkan karena wanita lebih empati dan mampu memahami perasaan orang lain dengan lebih baik (Robbins&Judge, 2007).

c. Tingkat Pendidikan

Hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar perawat pelaksana di RSUD Sragen mempunyai tingkat pendidikan DIII Keperawatan. Hasil analisis bivariat didapatkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan (*p value* = 0,233).

Hasil yang didapatkan dari penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Indiyah (2001), Burdahyat (2009) dan Muadi (2009), akan tetapi hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Jeanine (1989) yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan perawat mempengaruhi kualitas pengambilan keputusan yang etik oleh perawat. Perawat dengan tingkat pendidikan lebih

tinggi mempunyai pertimbangan yang lebih matang dikarenakan wawasan yang lebih luas, demikian juga dari penelitian yang dilakukan oleh Casterlé, Janssen, dan Grypdonck (1996) didapatkan hasil bahwa ada pengaruh antara pendidikan dengan perilaku etik siswa perawat. Hal ini didukung pula oleh Sofiana dan Purwadi (2006) yang membuktikan bahwa perawat dengan pendidikan DIII Keperawatan dan tingkat pendidikan yang lebih tinggi mempunyai efisiensi kerja dan penampilan kerja yang lebih baik daripada perawat dengan pendidikan SPK.

Pendapat peneliti tentang perbedaan hasil yang didapatkan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya dikarenakan tingkat pendidikan perawat di RSUD Sragen adalah DIII Keperawatan dan S1 keperawatan. Berdasarkan data perawat di RSUD Sragen yang dikirim untuk mengikuti pelatihan, seminar dan training, 95% berpendidikan DIII Keperawatan (Diklat, 2009), sehingga kemungkinan kemampuan membuat keputusan klinik yang efektif dan etik perawat didapatkan dari pendidikan informal tersebut sebagaimana dinyatakan oleh Siagian (2002) yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan akan meningkatkan produktivitas kerja, akan tetapi pendidikan yang dimaksud bukan saja merupakan pendidikan formal yang diperoleh melalui sekolah melainkan juga pendidikan yang di luar jalur sekolah seperti pelatihan, training ataupun seminar.

Hal ini dapat dijelaskan oleh Habaghery, Salsali dan Ahmadi (2004) yang dalam penelitiannya dengan menggunakan metode kualitatif menyebutkan bahwa perawat merasa kurikulum yang ada di pendidikan keperawatan tidak menyiapkan perawat untuk menjadi pembuat keputusan klinik yang efektif dan etik. Pendidikan keperawatan tidak mengajarkan tentang otoritas perawat dalam mengambil keputusan secara bebas dan mengimplementasikan keputusan tersebut.

Hal ini perlu disikapi oleh pihak manager rumah sakit maupun manager keperawatan dengan cara memberikan kesempatan dalam menerapkan konsep-konsep serta ilmu keperawatan dengan lebih baik dengan cara memberikan kewenangan tertulis mengenai tindakan keperawatan yang dapat dilakukan oleh perawat pelaksana. Adanya kompensasi yang berbeda pada perawat pelaksana yang mampu menerapkan konsep-konsep dan ilmu keperawatan perlu juga dipertimbangkan oleh pihak manager keperawatan. Sistem remunerasi dapat berdasarkan pada tingkat pendidikan perawat maupun berdasarkan keberhasilan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.

Tidak kalah pentingnya yaitu manager perlu menciptakan lingkungan pembelajaran yang dapat mendorong perawat untuk berperilaku sesuai dengan standar etik dan standar organisasi serta menurunkan stres kerja perawat karena dilema etik dalam memutuskan permasalahan etik yang dihadapi pada saat memberikan asuhan keperawatan (Chaousis, 2000). Strategi yang dapat digunakan yaitu dengan menyediakan perpustakaan yang berisi buku-buku atau jurnal etika keperawatan di tempat kerja, mensponsori komite etik keperawatan atau komite penelitian, membuat program pendidikan untuk semua staf yang dapat memfasilitasi kasus etik saat ini, membagikan artikel secara rutin setiap bulan kepada semua unit dan melakukan pembinaan pada pertemuan staf dan ronde keperawatan, melakukan survei pada staf perawat untuk mengkaji permasalahan etik yang sering terjadi di tempat kerja atau kasus yang sulit untuk diselesaikan, mengirimkan perwakilan dari staf perawat ke organisasi kesehatan lain untuk mencari pemecahan masalah etik berkaitan dengan isu etik, komite etik, kebijakan etik, program pendidikan dan lain-lain serta mengirimkan staf perawat atau perawat manager dalam pertemuan rutin.

Penjelasan lain terkait perbedaan hasil penelitian ini dengan penelitian sebelumnya dan teori terkait hubungan tingkat pendidikan adalah jumlah responden dengan pendidikan S1 keperawatan hanya 16%, berbeda cukup jauh dengan responden dengan pendidikan D3 keperawatan yang mencapai 84%, dengan demikian variabilitas data responden menjadi rendah. Untuk dapat menguji dan membuktikan hubungan tingkat pendidikan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik perlu dipertimbangkan variabilitas data responden.

d. Masa Kerja

Hasil analisis univariat didapatkan bahwa rata-rata masa kerja perawat pelaksana di RSUD Sragen adalah 9,1 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa rata-rata perawat pelaksana termasuk dalam kategori senior (> 5 tahun) sehingga diharapkan dengan masa kerja yang relatif lama maka pengalaman kerja akan semakin banyak juga sehingga dapat menampilkan kinerja dengan lebih baik. Hal ini didukung oleh penelitian Purbadi & Sofiana (2006) yang menyatakan bahwa lama kerja di atas 3 tahun membuat perawat mempunyai pengetahuan yang lebih baik terhadap pekerjaannya sehingga dapat mengambil keputusan yang lebih cermat terkait pekerjaannya tersebut.

Hasil analisis bivariat dengan menggunakan uji t independen menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara masa kerja dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan (*p value* = 0,908). Hasil yang sama juga didapatkan dari penelitian yang dilakukan oleh Supratman (2002) dan Indiyah (2001) yang menyatakan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna kinerja perawat berdasarkan masa kerja.

Hasil yang didapatkan pada penelitian ini berbeda dengan pendapat yang dikemukakan oleh Robbins dan Judge (2007) yang menyatakan

bahwa perilaku seseorang di masa lalu menjadi dasar yang baik untuk perilaku di masa depan. Seorang perawat akan dapat mengambil keputusan secara etik dan berperilaku secara etik saat menghadapi masalah atau dilema etik karena pernah mengalami hal tersebut di masa lalu dan telah menganalisisnya dengan lebih baik. Hal ini didukung oleh Siagian (2002) yang menyatakan bahwa semakin lama seseorang bekerja maka akan semakin matang secara teknis dan psikologis yang menunjukkan kematangan jiwanya.

Pendapat peneliti tentang perbedaan hasil penelitian dengan teori terkait dengan pelaksanaan rotasi perawat yang selama ini dilaksanakan di RSUD Sragen untuk perawat yang senior tidak secara rutin dilakukan, sedangkan untuk perawat junior setiap terjadi rotasi sangat potensial untuk dipindahkan. Program rotasi secara rutin dilakukan setiap 6 bulan sekali. Perawat senior mempunyai keunggulan dalam hal keterampilan dan telah mengetahui lingkungan kerja dengan baik, akan tetapi kekurangannya adalah perawat senior juga mempunyai pola kerja yang telah lama sehingga dalam melaksanakan pekerjaan bersifat rutinitas. Berbeda dengan perawat junior yang memiliki masa kerja lebih pendek, meskipun secara pengalaman dan pengenalan lingkungan kerja kurang, akan tetapi biasanya perawat junior ini masih berusia muda pula sehingga keinginan untuk belajar dan mengenal lingkungan kerja masih tinggi dan adanya kecenderungan untuk berusaha menampilkan kinerja yang optimal juga. Saran peneliti terkait hal ini maka dianjurkan untuk rotasi secara rutin untuk menghindari kejenuhan bagi perawat senior serta adanya program bimbingan dan latihan bagi perawat junior.

e. Status pernikahan

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa sebagian besar perawat pelaksana di RSUD Sragen berstatus menikah (85%). Berdasarkan hasil uji statistik bivariat dengan menggunakan uji t independen didapatkan bahwa tidak ada hubungan antara status pernikahan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan (p value = 0,196).

Hasil penelitian yang selaras dengan hasil penemuan penelitian ini bahwa tidak ada perbedaan secara bermakna status pernikahan dengan kinerja yaitu penelitian yang dilakukan oleh Supratman (2002) dan Indiyah (2001). Penelitian yang dilakukan oleh Purbadi dan Sofiana (2006) membuktikan bahwa individu yang telah menikah akan meningkat dalam kinerja karena mempunyai pemikiran yang lebih matang dan bijaksana yang sangat diperlukan dalam penerapan prinsip etik. Hasil yang sama juga didapatkan dari penelitian Buick dan Thomas (2001) yang menyatakan bahwa karyawan yang telah menikah akan termotivasi untuk bekerja lebih baik dibandingkan karyawan yang belum menikah dan telah bercerai.

Hal ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Robbin (2001) bahwa pernikahan menyebabkan peningkatan tanggung jawab dan pekerjaan tetap menjadi lebih berharga dan penting sehingga mayoritas pekerja yang loyal dan puas terhadap pekerjaannya adalah pekerja yang telah menikah.

Pendapat peneliti tentang perbedaan hasil penelitian ini dengan teori karena tidak ada perbedaan standar kinerja yang diberlakukan antara yang menikah dan tidak menikah. Artinya sebagai perawat pelaksana tanpa membedakan status pernikahan diharapkan mampu menampilkan kinerja yang baik dan etik dalam memberikan asuhan

keperawatan kepada klien. Penjelasan lain dari perbedaan penelitian ini dengan teori adalah perbedaan jumlah antara perawat yang menikah dan tidak menikah yang cukup besar sehingga menyebabkan variabilitas data responden menjadi rendah.

6.1.5 Faktor Dominan Berhubungan Dengan Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik dalam Asuhan Keperawatan

Berdasarkan hasil analisis *multiple regression linier* didapatkan hasil permodelan regresi yang didapat terdiri dari variabel, *assurance of human presence*, tanggung jawab pekerjaan dan status pernikahan. Variabel yang paling dominan berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan berdasarkan nilai koefisien B adalah *assurance of human presence*. Model kinerja menerapkan prinsip etik menghasilkan *R square* = 51,6% artinya ketiga variabel dapat menjelaskan kinerja menerapkan prinsip etik secara bersama-sama sebesar 51,6% dan sisanya dapat dijelaskan oleh faktor lain. Berdasarkan model kinerja menerapkan prinsip etik pada penelitian ini dapat dijelaskan:

- a. Setiap kenaikan skor perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* sebesar 1 poin maka skor kinerja perawat menerapkan prinsip etik akan meningkat sebesar 2,0 poin setelah dikontrol variabel tanggung jawab pekerjaan dan status pernikahan.
- b. Setiap kenaikan skor tanggung jawab pekerjaan sebesar 1 poin maka skor kinerja perawat menerapkan prinsip etik akan meningkat sebesar 2,8 poin setelah dikontrol variabel perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dan status pernikahan.
- c. Pada perawat yang berstatus menikah, skor kinerja perawat menerapkan prinsip etik akan lebih tinggi sebesar 5,6 poin setelah dikontrol variabel perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dan tanggung jawab pekerjaan.
- d. Faktor yang paling dominan berhubungan dengan kinerja menerapkan prinsip etik adalah *assurance of human presence*.

Hasil analisis ini menunjukkan bahwa perilaku *caring* dalam hal ini dimensi *assurance of human presence* merupakan faktor determinan yang mempengaruhi kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik. Hal ini bersesuaian dengan pendapat Arquiza (1997 dalam Malau, 2008) bahwa perawat yang mempunyai rasa menghormati terhadap keberadaan manusia maka akan memandang klien sebagai individu yang unik dan menganggap bahwa klien berhak mendapatkan perlakuan sesuai dengan martabatnya sebagai manusia sehingga perawat melakukan asuhan keperawatan dengan menerapkan prinsip etik. Penelitian ini membuktikan bahwa faktor yang mempengaruhi kinerja menerapkan prinsip etik perawat pelaksana di RSUD Sragen adalah perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* sehingga variabel ini perlu diintervensi untuk meningkatkan kinerja perawat pelaksana dalam menerapkan prinsip etik.

Variabel tanggung jawab pekerjaan merupakan variabel lain yang memberikan pengaruh terhadap kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik. Tanggung jawab perawat seperti tercantum dalam kode etik keperawatan merupakan empat prinsip pedoman perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yaitu tanggung jawab perawat terhadap klien, tanggung jawab perawat terhadap praktek, tanggung jawab perawat terhadap masyarakat, tanggung jawab perawat terhadap teman sejawat dan tanggung jawab perawat terhadap profesi (CNA, 2008; ICN, 2006; PPNI, 2010). Oleh karena itu upaya peningkatan pemahaman dan kesadaran perawat akan tanggung jawab seperti tercantum dalam kode etik perlu dilakukan oleh pihak manajemen perawat dengan sosialisasi dan seminar ataupun pelatihan.

Praktek keperawatan yang didasarkan pada kewenangan yang jelas dan tanggung jawab terhadap tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien membuat perawat termotivasi untuk meningkatkan kinerjanya (CRNBC, 2007). Rowell (2003 dalam ICN, 2007) menyatakan lebih lanjut bahwa pengaturan praktek keperawatan adalah hal yang dibutuhkan

oleh perawat untuk menjalankan tugasnya sesuai dengan ruang lingkup dan ilmunya agar menghasilkan pelayanan keperawatan yang berkualitas.

Pernyataan-pernyataan tersebut mengungkapkan bahwa adanya kesadaran perawat terhadap tanggung jawab pekerjaannya perlu juga didukung oleh aturan atau kebijakan organisasi yang memberikan kejelasan kewenangan dan tanggung jawab pada praktek keperawatan sehingga perawat akan semakin termotivasi dalam meningkatkan kinerjanya karena tahu secara jelas tanggung jawab yang diembannya dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien dan tahu bahwa apa yang dilakukannya sesuai dengan kebijakan yang berlaku di RS serta tahu harapan organisasi terhadap dirinya dalam hal ini yang diharapkan diwujudkan perawat dalam kinerjanya.

Status pernikahan sebagai variabel *confounding* dalam penelitian ini ternyata merupakan variabel determinan meskipun pada uji bivariat status pernikahan tidak berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik. Peneliti berpendapat hal ini dapat ditimbulkan oleh interaksi dengan faktor lain yang menjadi faktor determinan juga, mengingat status pernikahan bukan merupakan faktor satu-satunya faktor determinan analisis multivariat terhadap kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik.

Hasil analisis peneliti dengan melakukan *crosstab* terhadap status menikah dengan tingkat pendidikan didapatkan hasil bahwa 81,3% perawat yang berpendidikan S1 Keperawatan berstatus menikah, sedangkan dari hasil *crosstab* antara status menikah dengan lama kerja didapatkan bahwa 66,7% perawat yang menikah mempunyai lama kerja pada kategori senior atau di atas 5 tahun. Hal ini menjadi justifikasi status pernikahan tidak berhubungan secara signifikan secara bivariat tetapi pada pemodelan multivariat, status pernikahan menjadi faktor determinan yang berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik.

Perawat berstatus menikah dan berpendidikan S1 Keperawatan serta dengan masa kerja senior akan berkinerja menerapkan prinsip etik karena pada saat mengalami masalah dalam menangani klien, perawat akan menggunakan pengetahuan yang didapatkannya dari pendidikan dan berdasarkan pada pengalaman kerja sebelumnya serta berhati-hati dalam pengambilan keputusan karena adanya rasa tanggung jawab yang besar pada pekerjaannya.

Berdasarkan hasil pengamatan yang dilakukan peneliti didapatkan hasil bahwa perawat pelaksana yang belum menikah lebih banyak diikut sertakan dalam kegiatan-kegiatan keperawatan di ruangan maupun di rumah sakit seperti akreditasi RS, kepanitiaan lomba-lomba di ruangan maupun RS, menjadi petugas kesehatan pada kegiatan-kegiatan di luar RS dan lain-lain, akan tetapi penghargaan yang diterima tidak berbeda dengan perawat yang sudah menikah yang tidak dilibatkan.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Proses Pengumpulan Data

Peneliti melakukan proses pengumpulan data pada waktu-waktu dimana perawat tidak sibuk dengan aktivitas pemberian asuhan keperawatan kepada klien, tetapi meskipun telah dipilih waktu dimana perawat tidak sibuk, tetap saja pada penelitian ini ada 5 perawat yang menunda mengisi kuesioner karena ada kejadian yang mengharuskan perawat mendatangi klien. Hal ini dapat mempengaruhi hasil karena terkadang perawat lupa atau menjadi tidak fokus pada saat mengisi kuesioner yang tertunda tersebut.

6.3 Implikasi Hasil Penelitian

Implikasi untuk keperawatan sesuai dengan hasil penelitian yang diperoleh diperuntukkan bagi institusi pelayanan, bagi penelitian dan keilmuan keperawatan.

6.3.1 Implikasi Penelitian Bagi Institusi Pelayanan

Penelitian ini mendapatkan hasil bahwa kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dipengaruhi oleh variabel perilaku *caring* dan motivasi. Variabel perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* dan sub variabel motivasi yaitu tanggung jawab pekerjaan serta variabel *confounding* yaitu status pernikahan merupakan faktor yang paling dominan mempengaruhi kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen. Hasil tersebut mengindikasikan bahwa Pihak Manajemen dan Kasie Keperawatan serta Komite Keperawatan di RSUD Sragen dapat mempergunakan hasil penelitian ini untuk mengoptimalkan kinerja perawat menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan dengan cara mengembangkan upaya-upaya yang dapat meningkatkan perilaku *caring* dan motivasi perawat.

Usaha-usaha yang dapat dilakukan untuk menumbuhkan motivasi kerja yang baik bagi perawat pelaksana antara lain dengan memperhatikan karakteristik yang terdapat dalam pekerjaan maupun luar pekerjaan sebagai perawat yang dapat menimbulkan kepuasan kerja yaitu dari aspek otonomi dan tanggung jawab pekerjaan, dimana dapat diwujudkan dengan kejelasan otonomi yang memuat batas kewenangan, tanggung jawab sekaligus perlindungan atas hak-hak perawat dalam melaksanakan pelayanan keperawatan. Aspek sistem penggajian diupayakan diwujudkan dengan adanya sistem penggajian yang adil dan layak disesuaikan dengan peraturan pemerintah dan juga berdasarkan pencapaian hasil kinerja. Aspek kebijakan RS diupayakan diwujudkan dengan cara pembuatan kebijakan terkait keperawatan yang melibatkan perawat, mensosialisasikan kebijakan, peraturan dan prosedur kepada semua perawat pelaksana

dengan memperhatikan pemberian penghargaan dan sanksi bagi pelaksanaan kebijakan, peraturan dan prosedur yang dilakukan perawat. Aspek hubungan dengan rekan kerja dapat diupayakan diwujudkan dengan kegiatan konferensi keperawatan seperti *pre* dan *post conference*, *meeting morning*, operan dan ronde keperawatan. Aspek supervisi atasan diupayakan diwujudkan dengan perbaikan pada kegiatan supervisi dalam pembinaan, pengarahan, evaluasi dan timbal balik yang dilakukan atasan terhadap perawat pelaksana.

Motivasi perawat untuk menerapkan prinsip etik juga dapat ditingkatkan melalui peningkatan perilaku *caring*. Hal ini dikarenakan perawat yang mempunyai perilaku *caring* akan mempunyai rasa cinta, rasa menghargai kehidupan manusia dan perasaan puas dapat membantu kliennya untuk mencapai derajat kesehatan dan kesejahteraan yang lebih baik sehingga akan termotivasi untuk memberikan pelayanan keperawatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan organisasi tempat perawat bekerja. Upaya yang dapat dilakukan adalah dengan pendekatan pribadi yaitu dengan peningkatan pengetahuan *caring* melalui pelatihan, *workshop*, seminar maupun pendidikan berkelanjutan; pendekatan psikologis yaitu dengan adanya role model dari atasan serta supervisi atasan; maupun pendekatan organisasi yaitu dengan pembuatan standar peraturan dan format instrumen penilaian yang baku bagi pelaksanaan perilaku *caring* perawat.

Status pernikahan adalah karakteristik individu yang dalam penelitian ini termasuk variabel *confounding* dan merupakan variabel determinan yang mempengaruhi kinerja etik. Hasil *crosstab* menunjukkan bahwa perawat dengan berpendidikan S1 Keperawatan mayoritas berstatus menikah sehingga upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik adalah dengan memberikan kesempatan kepada perawat pelaksana untuk melanjutkan pendidikan pada tingkat yang lebih tinggi. Pemberdayaan perawat pelaksana yang belum menikah

dalam kegiatan keperawatan tanpa disertai dengan perbedaan insentif dan penghargaan menimbulkan perasaan tidak adil sehingga hal ini perlu disikapi oleh pihak manajemen dengan sistem remunerasi yang dapat menimbulkan kepuasan perawat.

6.3.2 Implikasi Bagi Penelitian

Penelitian ini menggambarkan hubungan perilaku *caring* dan motivasi dengan kinerja menerapkan prinsip etik. Hasil penelitian ini dapat dijadikan dasar bagi penelitian berikutnya yang menggali tentang perilaku *caring*, motivasi dan kinerja menerapkan prinsip etik dengan menggunakan desain penelitian yang berbeda untuk mengetahui hubungan sebab dan akibat secara langsung.

6.3.3 Implikasi Bagi Akademik dan Keilmuan

Hasil penelitian ini dapat memberikan kontribusi bagi rumah sakit sebagai data dasar dalam penerapan prinsip etik dalam asuhan keperawatan. Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan perlu diperhatikan dan ditingkatkan sehingga mutu pelayanan keperawatan dapat lebih optimal.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan penelitian analisis hubungan perilaku *caring* dan motivasi dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen dapat disimpulkan sebagai berikut:

- 7.1.1 Karakteristik demografi perawat pelaksana di RSUD Sragen sebagian besar berjenis kelamin perempuan dengan pendidikan sebagian besar DIII Keperawatan dan sebagian besar berstatus menikah, dengan rata-rata usia adalah 32,66 tahun atau dalam masa usia produktif dengan rata-rata masa kerja 9,1 tahun atau termasuk dalam kategori senior.
- 7.1.2 Pelaksanaan perilaku *caring* perawat pelaksana di RSUD Sragen menunjukkan hasil tergolong baik dan demikian juga untuk 2 dimensi perilaku *caring* yaitu dimensi *respectful* dan dimensi *assurance of human presence* menunjukkan hasil yang baik .
- 7.1.3 Motivasi kerja perawat pelaksana di RSUD Sragen menunjukkan hasil kurang baik, sedangkan untuk motivasi intrinsik dan motivasi ekstrinsik menunjukkan hasil baik. Hasil untuk sub variabel motivasi intrinsik yaitu otonomi dan tanggung jawab pekerjaan menunjukkan hasil baik. Sub variabel motivasi ekstrinsik (sistem penggajian, kebijakan RS, hubungan dengan rekan kerja dan supervisi atasan) menunjukkan hasil baik.
- 7.1.4 Kinerja Perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen menunjukkan hasil baik.
- 7.1.5 Perilaku *caring*; perilaku *caring* dimensi *respectful* dan perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* berhubungan secara signifikan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan, sifat hubungan kuat dan berpola positif.
- 7.1.6 Motivasi; motivasi intrinsik; motivasi ekstrinsik; otonomi pekerjaan; tanggung jawab pekerjaan dan kebijakan RS berhubungan secara signifikan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik

keperawatan dalam asuhan keperawatan, sifat hubungan sedang dan berpola positif; sedangkan sistem penggajian, hubungan dengan rekan kerja dan supervisi atasan tidak berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan.

- 7.1.7 Perilaku *caring* berhubungan secara signifikan dengan motivasi intrinsik; motivasi ekstrinsik; otonomi pekerjaan; tanggung jawab pekerjaan; hubungan dengan rekan kerja dan supervisi atasan, sedangkan perilaku *caring* tidak berhubungan dengan sistem penggajian. Perilaku *caring* dimensi *respectful* berhubungan secara signifikan dengan motivasi intrinsik; motivasi ekstrinsik; otonomi pekerjaan; tanggung jawab pekerjaan; kebijakan RS; hubungan dengan rekan kerja dan supervisi atasan, sedangkan perilaku *caring* dimensi *respectful* tidak berhubungan dengan sistem penggajian. Perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* berhubungan dengan motivasi intrinsik; otonomi pekerjaan; tanggung jawab pekerjaan; dan supervisi atasan sedangkan perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence* tidak berhubungan dengan motivasi ekstrinsik; sistem penggajian dan hubungan dengan rekan kerja.
- 7.1.8 Karakteristik demografi perawat pelaksana yang meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja dan status pernikahan tidak berhubungan secara signifikan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen.
- 7.1.9 Variabel yang paling dominan berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan adalah tanggung jawab pekerjaan, perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence*, dan status pernikahan. Tiga variabel yang paling berhubungan tersebut yang paling tinggi tingkat hubungannya adalah perilaku *caring* dimensi *assurance of human presence*.
- 7.1.10 *Caring* adalah proses interaksi antara perawat dan klien. Hubungan interaksi ini difasilitasi oleh kemampuan komunikasi terapeutik perawat. Dampak *caring* bagi perawat adalah menimbulkan perasaan cinta dan

kasih sayang sehingga perawat akan termotivasi untuk melakukan asuhan keperawatan yang aman dan tidak merugikan bagi klien.

7.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas, peneliti memberi saran sebagai berikut:

7.2.1 Bagi Direktur RS disarankan

Direktur RS melakukan upaya dalam memotivasi perawat pelaksana dalam mengoptimalkan kinerja menerapkan prinsip etik melalui:

Pemberlakuan sistem remunerasi yang berdasarkan pada tingkat pendidikan, masa kerja, pelatihan yang dimiliki, kompetensi dan tanggung jawab serta berdasarkan penilaian kinerja dengan memasukkan unsur *caring* sebagai salah satu kriteria penilaian kinerja perawat.

7.2.2 Bagi Kasie Keperawatan disarankan

Kasie Keperawatan melakukan upaya dalam memotivasi perawat pelaksana dalam mengoptimalkan kinerja menerapkan prinsip etik melalui:

- a. Melakukan evaluasi terhadap peraturan, peran dan prosedur yang belum jelas bagi perawat. Kasie Keperawatan harus melibatkan perawat pelaksana dalam mengembangkan kebijakan tentang peran yang jelas terkait otonomi perawat, kepatuhan perawat dalam mengikuti dan memenuhi aturan praktik keperawatan, mendorong dan mendukung perawat pelaksana agar mempunyai inisiatif dalam memenuhi aturan yang berlaku.
- b. Memberikan tanggung jawab yang lebih besar bagi perawat-perawat yang mempunyai kompetensi baik (kemampuan klinik dan managerial) serta mempunyai kredibilitas yang baik. Hal ini dapat dilakukan dengan adanya pemberlakuan sistem jenjang karier untuk perawat klinik maupun perawat manager.
- c. Memberikan penghargaan dalam bentuk materi dan immateri yang diharapkan dapat memotivasi perawat dalam menerapkan prinsip etik. Penghargaan immateri berupa pengakuan terhadap perawat yang berprestasi melalui piagam penghargaan, penobatan sebagai perawat

berprestasi, pujian dari pihak manager rumah sakit dan atasan serta promosi jabatan sesuai dengan prestasinya. Prestasi kerja juga dapat digunakan sebagai dasar penilaian poin dalam pemberian insentif sehingga ada perbedaan antara perawat yang berkinerja baik dengan yang tidak baik.

Kasie Keperawatan melakukan upaya dalam meningkatkan perilaku *caring* perawat pelaksana dalam mengoptimalkan kinerja menerapkan prinsip etik melalui:

- a. Meningkatkan budaya perilaku *caring* di rumah sakit dalam pemberian asuhan keperawatan kepada klien sehingga perlu disusun aturan baku pelaksanaan perilaku *caring* bagi perawat pelaksana serta adanya pelaksanaan supervisi secara berkala sebagai proses pengulangan dalam pemantapan budaya *caring*.
- b. Menyusun instrumen penilaian kinerja dengan menyertakan perilaku *caring* sebagai salah satu unsur penilaian yang baku dan terstandar yang diharapkan dapat meningkatkan motivasi perawat pelaksana untuk berperilaku *caring*.

7.2.3 Bagi Komite Keperawatan disarankan

Komite Keperawatan melakukan upaya dalam memotivasi perawat pelaksana dalam mengoptimalkan kinerja menerapkan prinsip etik melalui:

- a. Melakukan evaluasi dan sosialisasi terus menerus mengenai kebijakan, standar keperawatan, prosedur tindakan keperawatan (SOP) baik yang dibuat oleh RS maupun yang dibuat oleh organisasi profesi PPNI (standar praktek keperawatan dan standar kinerja profesional keperawatan).
- b. Meningkatkan komunikasi diantara perawat pada tingkat tim, memperlakukan evaluasi sejawat (*peer evaluation*) dalam rangka meningkatkan kesadaran diri dan saling mendukung antara rekan kerja dalam satu tim untuk melakukan kinerja menerapkan prinsip etik.

- c. Meningkatkan supervisi atasan dengan cara meningkatkan kemampuan dan kompetensi atasan dalam mensupervisi bawahan sehingga atasan dapat berlaku sebagai *role model* yang dapat memberikan contoh yang baik dan memberikan bimbingan (*coaching* dan *mentoring*) sehingga bawahan akan termotivasi dalam menerapkan prinsip etik.
- d. Mengevaluasi perilaku *caring* perawat pelaksana dengan melibatkan kepala ruangan, baik secara tertulis maupun dalam bentuk observasi yang merupakan dasar penilaian kinerja perawat.

Komite Keperawatan melakukan upaya dalam meningkatkan perilaku *caring* perawat pelaksana dalam mengoptimalkan kinerja menerapkan prinsip etik melalui:

- a. Pelatihan dan seminar perilaku *caring* untuk meningkatkan pengetahuan perawat pelaksana tentang *caring* dan penerapannya dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap klien.
- b. Adanya pembinaan yang intensif baik dalam bentuk studi kasus maupun pelatihan kepada para kepala ruang yang berkaitan dengan kepemimpinan dan perilaku *caring* perawat karena kepala ruang adalah *first liner manager* dalam keperawatan dan merupakan role model bagi perawat pelaksana dalam berperilaku *caring*.

7.2.4 **Bagi perawat pelaksana** disarankan:

- a. Menumbuhkan rasa cinta dan memiliki terhadap profesi keperawatan dengan cara melakukan introspeksi diri terkait perilaku *caring* dan motivasi serta kinerja menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan.
- b. Mengikuti kegiatan *outbond* dan *capacity building leadership* yang dikemas sedemikian rupa untuk perawat sehingga dapat menumbuhkan jiwa dan rasa memiliki keperawatan.
- c. Mengikuti pelatihan, seminar, work shop dan pendidikan berkelanjutan guna meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam berperilaku *caring* serta menerapkan dalam pelayanan keperawatan kepada klien

sesuai dengan standar kompetensi yang harus dipatuhi dan dilaksanakan oleh perawat.

- d. Memahami otonomi dan tanggung jawab pekerjaan sebagai perawat pelaksana seperti yang tercantum dalam *job description* sesuai dengan SK direktur dan melakukan tugas sesuai dengan kewenangan dan tanggung jawabnya tersebut.
- e. Melaksanakan tindakan keperawatan kepada klien dengan mematuhi SOP dan SAK serta peraturan yang berlaku di rumah sakit.
- f. Menciptakan hubungan kerja yang baik dengan rekan kerja serta atasan dengan cara mengikuti kegiatan konferensi keperawatan, *meeting morning*, operan, *peer evaluation*, forum diskusi dan ronde keperawatan.
- g. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan keperawatan dengan melalui pendidikan berkelanjutan, baik melalui pendidikan formal maupun informal.
- h. Mengingatkan rekan sejawat jika terjadi pelanggaran etik yang dapat merugikan klien baik fisik maupun emosional.

7.2.5 Bagi Penelitian selanjutnya disarankan

- a. Penelitian lain yang merupakan kelanjutan dari penelitian ini diharapkan menyempurnakan hasil dari penelitian ini dengan melakukan penelitian lanjutan untuk mengetahui faktor-faktor lain yang berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan. Misalnya: faktor individu (kompetensi dan *self efficacy* perawat), faktor sosial (pembinaan dan pemberlakuan kode etik), faktor organisasi (beban kerja, lingkungan kerja, kepemimpinan).
- b. Metode yang digunakan dalam penelitian ini tidak memungkinkan untuk mengetahui hubungan sebab akibat secara langsung variabel perilaku *caring*, motivasi dan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan, sehingga diharapkan untuk penelitian selanjutnya menggunakan metode quasi eksperimen.

Penelitian selanjutnya yang dapat dilakukan yaitu melihat pengaruh pelatihan *caring* dan proses bimbingan terhadap kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan.

- c. Keterbatasan penelitian ini adalah adanya beberapa kuesioner yang pada saat pengisian mengalami penundaan karena perawat harus melakukan tindakan keperawatan kepada klien, oleh karena itu peneliti menyarankan kepada peneliti selanjutnya untuk dalam pengisian kuesioner dilakukan di ruangan tertutup dan bergantian antara perawat yang sedang dinas satu shift sehingga penundaan pengisian kuesioner ini dapat diminimalkan.

7.2.6 **Bagi Institusi Pendidikan** disarankan

Pendidikan merupakan *behavioral investment* yang bersifat membangun karakter individu. Merupakan tantangan pendidikan keperawatan untuk dapat mengembangkan suatu metode pembelajaran yang dapat membangun karakter mahasiswa perawat yang mempunyai jiwa *caring* dan motivasi yang tinggi dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan. Strategi pembelajaran yang berdasarkan persepsi mahasiswa perawat yang dapat menumbuhkan perilaku *caring* adalah pengenalan konsep *caring* yang dilakukan pada masa awal pendidikan bersamaan dengan pengenalan konsep kesehatan, adanya komunitas *caring* di sekolah yang dapat dijadikan ajang untuk melatih perilaku *caring* di antara sesama teman, dan adanya *role model* serta metode pembelajaran yang memberikan gambaran nyata penerapan *caring* kepada klien yang dapat diwujudkan dalam bentuk *role play* atau studi kasus. Pribadi *caring* dapat muncul dari institusi yang secara terus menerus melakukan pengembangan mutu yang selaras dengan hal tersebut, tidak hanya institusi pendidikan melainkan juga institusi tempat tempat praktek serta sarana praktek yang sesuai dengan laju perkembangan pendidikan keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Acharya, S. (Juni, 2005). The Ethical Climate in Academic Dentistry in India: Faculty and Student Perceptions. *Journal of Dental Education*, 69(6), 671-680. Maret 17, 2010. <http://www.jdentaled.org/cgi/reprint/69/6/671.pdf>.
- Aditama, T.Y. (2002). *Manajemen administrasi rumah sakit* (2nd ed.). Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia
- Aiken. (2003). *Legal, ethical, and political issues in nursing*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Aprizal, Kuntjoro & Probondari. (April, 2008). Kepuasan kerja perawat di rsj prof hb sa'anin padang. *KMPK*. Maret 5, 2010. http://www.lrc-kmpk.ugm.ac.id/id/UP-PDF/working/No.17_Yana_04_08.pdf.
- Arikunto, S. (2009). *Manajemen penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Azwar, A. (1996). *Pengantar administrasi kesehatan* (1st ed). Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Baidoeri, S., (2003). Thesis *Hubungan antara karakteristik individu, motivasi kerja perawat dan kepemimpinan kepala ruangan rawat inap dengan kinerja perawat di ruang rawat inap rumah sakit islam asshobirin tangerang tahun 2003*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- Baron, R.A., & Greenberg, J. (1990). *Behavior in organizations: Understanding and managing the human side of work*. Boston: Allyn & Bacon.
- Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (1994). *Principles of biomedical ethics* (4th ed). New York: Oxford University Press.

- Boyle, S.M. (2004). *Nursing characteristics and patient outcome*. Economic Jurnal. May-Jun, 22(3), 111-119.
- Buick, I., & Thomas, M. (2001). Why do middle manager in hotel burnout?. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 13(6), 304-309. Maret 5, 2010. ABI/INFORM Global (Proquest) database.
- Burdahyat (2009) Thesis *Hubungan budaya organisasi dengan kinerja perawat pelaksana di RSUD Sumedang tahun 2009*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- Canadian Nurses Association. (2004). *Everyday ethics*. Ottawa: Author. Januari 2, 2010. http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/EverydayEthics_e.pdf.
- _____, (2008), Juni. *Code of ethics for registered nurses*. Ottawa: Author. Januari 14, 2010. http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Code_of_Ethics_2008_e.pdf.
- Casterlé, B.D., Janssen, P.J., Grypdonck, M. (1996). The Relationship between Education and Ethical Behavior of Nursing Students. *Western Journal of Nursing Research*, 18(3), 330-350. Maret 5, 2010. <http://wjn.sagepub.com/cgi/content/abstract/18/3/330>.
- Chaousis, L. (2000). *Organisational Behavior*. Frenchs Forest: Prentice Hall.
- Chinn, P.L. (1991). *Anthologi on caring*. New York: national League for Nursing Press.
- Clukey, L., Hayes, J., Merrill, A., Curtis, D. (April/Juni, 2009). Helping them understand: Nurses caring behaviors as perceived by family members of trauma patients. *Journal of Trauma Nursing*, 16(2), 73-81. Februari 8, 2010. ABI/INFORM Global (Proquest) database.

College & Association of Registered Nurses of Alberta. (2005, Maret). *Nursing Practice Standards*. Edmonton: Author. Januari 14, 2010. <http://www.nurses.ab.ca/pdf/Nursing%20Practice%20Standards.pdf>.

College of Registered Nurses of British Columbia. (2006, November). *Nurse client relationships*. Vancouver: Author. Januari 2, 2010. <https://www.crnbc.ca/downloads/406.pdf>.

_____. (2007). *Guidelines for a quality practice environment*. Genewa: Author. Maret 17, 2010. <https://www.crnbc.ca/downloads/409.pdf>

Cushway, B. & Lodgee, D. (1999). *Organisational behavior and design: Perilaku dan desain organisasi*. Jakarta: Media Indonesia.

Desphande, S.P., & Joseph, J. (2008). *Impact of emotional intelligence, ethical climate and behavior of peers on ethical behavior of nurses*, 85, 403-410. Januari 1, 2010. ABI/INFORM Global (Proquest) database.

Departemen Kesehatan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. (2005). *Pedoman penyusunan rencana bisnis dan anggaran dan penilaian tingkat kesehatan rumah sakit*. Jakarta: Author.

Duffy, J.R. (2005). Annual review of nursing education: strategies for teaching, assestment and program planning. In M.H. Oermann & K.T. Heinrich (Ed.). *Want to graduate nurses who care? Assesing nursing students' caring competencies* (pp. 59-76). New York: Springer Publishing Company.

Faisol, E., & Rofiuddin. (Mei 22, 2009). Kalla ingatkan rumah sakit tidak boleh tolak pasien miskin. *Koran Tempo*. Maret 19, 2010.

http://www.korantempo.com/korantempo/koran/2009/05/22/Berita_Utama-Jateng/krn.20090522.165813.id.html.

Gatot, D.B., & Adisasmito, W. (Juni, 2005). Hubungan karakteristik perawat, isi pekerjaan dan lingkungan pekerjaan terhadap kepuasan kerja perawat di instalasi rawat inap rsud gunung jati Cirebon. *Makara Kesehatan*, 9(1), 1-8. Maret 5, 2010. http://journal.ui.ac.id/upload/artikel/01_Hubungan%20karakteristik%20perawat_Dewi%20Basmala.PDF.

Gay, S., (Juli/Agustus 1999). Meeting cardiac patients' expectations of caring: Dimensions of critical care nursing, *DCCN journal*, 18(4), 46-50. Februari 8, 2010. ABI/INFORM Global (Proquest) database.

Gibson, J.L., Ivancevich, J.M., & Donnelly Jr, J.M. (1996). *Perilaku Organisasi*. (Adiarni, N., Penerjemah). Jakarta: Binarupa Akasara.

Gillies, D.A. (1994). *Nursing management: a system approach*, (3rd ed). Philadelphia: WB. Saunders Company.

Goleman, D. (1999). *Kecerdasan emosi untuk mencapai puncak prestasi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

Gordon, J.R. (1993). *A diagnostic approach to organizational behavior* (4th ed). USA: Allyn & Bacon.

Hagbaghery, M.A., Salsali, M. & Ahmadi, F. (April, 2004). The Factors facilitating and inhibiting effective clinical decision making in nursing: A qualitative study. *BMC Nursing*, 3(2). Maret 17 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC411049/pdf/1472-6955-3-2.pdf/?tool=pmcentrez>

Hamid, A.Y.S. (Ed.). (2007). *Riset keperawatan: Konsep, etika & instrumentasi*, (Vol 2). Jakarta: EGC.

_____. (2008). Kompetensi perawat perlu ditingkatkan. *Koran Kompas*. <http://www.kompas.com/kompas-cetak/0705/14/humaniora/3531067>

Hastono, S.P. (2007). *Basic data analysis for health research training: Analisis data kesehatan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Husted, G.L., & Husted, J.H. (1995). *Ethical decision making in nursing* (2nd ed). Missouri: Mosby.

Indiyah, S. (2001) Thesis *Analisis hubungan antara karakteristik individu dan organisasi dengan kinerja perawat primer di unit interna-Bedah pelayanan kesehatan sint carolus tahun 2001*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Tidak Dipublikasikan.

International Council of Nurses. (2006). *The icn code of ethis for nurses*. Genewa: Author. Januari 2, 2010. <http://icn.ch/icncode.pdf>.

_____. (2007). *Positive practice environments: Quality workplaces = quality patient care*. Genewa: Andrea Baumann. Maret 17, 2010. <http://www.icn.ch/indkit2007.pdf>.

Ilyas, Y. (1998). Analisis data skala. *Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia*. Jakarta, 1(1), 74-80.

Ivancevich, J.M. (2005). *Organizational behavior and management*. Boston : McGraw-Hill.

Ivancevich, J.M., Konopaske, R., & Matteson, M.T. (2005). *Organizational behavior and management*. New York: Mcgraw-Hill Education.

Jeanine, S.S. (1998). *The relationship between perception of organizational climate and the quality of nurses' ethical decisions across four levels of educational preparation*. Februari 8, 2010. ABI/INFORM Global (Proquest) database.

Jogiyanto. (2008). *Pedoman survey kuesioner: Mengembangkan kuesioner, mengatasi bias, meningkatkan respon*. Jogjakarta: Badan Penerbit Fakultas Ekonomi dan Bisnis UGM.

Johnstone, M.J. (2000). *Bioethic: a nursing perspective* (4th ed). Australia: Elseiver.

Juliani. (2007). Thesis *Pengaruh motivasi intrinsik terhadap kinerja perawat pelaksana di instalasi rawat inap rumah sakit umum dr. pirngadi medan*. Universitas Sumatera Utara.

Kasie Perawatan RSUD Sragen. (2007). *Pedoman penanganan pelanggaran kode etik profesi keperawatan*. Sragen: Author.

Kavanaugh, K., Moro, T.T., Savage, T., & Mahendale, R. (2006). Enacting a theory of caring to recruit and retain vulnerable participants for sensitive research. *Research in nursing & health*, 29(3), 244-252. Februari 12, 2010.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2818299/pdf/nihms153115.pdf/?tool=pmcentrez>.

Kelner, S. (1998). Managing the climate of a TQM organization, *center for quality of management journal*. 7(1), 31-37.

Kimble, L. (2003). Thesis *Patient's perceptions of nursing caring behavior in an emergency department*. Marshall University College of Nursing and Health Professions.

Kode Etik Rumah Sakit. (2001). Hak-Hak Asasi Pasien: The Author.

Komisi Disiplin Ilmu Kesehatan. (2002). *Praktek Keperawatan Ilmiah*. Jakarta: Departemen Pendidikan Nasional Dewan Pendidikan Tinggi Komisi Disiplin Ilmu Kesehatan: Author.

Kozier, B., Erb, G., Blais, K., & Wilkinson, J.M. (1995). *Fundamentals of nursing: Concept, process, and practice* (5th ed). California: Addison Wesley Nursing.

Kozier, B., Erb, G., & Blais, K. (1997). *Professional nursing practice: concept and perspectives* (3rd ed). California: Addison Wesley Longman.

Kurnia, L. (2010, Februari 8). Rumah sakit belum berpihak pada warga Miskin *Kompas*,
http://www.ham.go.id/index.php?option=com_content&view=article&id=1723%3Arumah-sakit-belum-berpihak-pada-warga-miskin&Itemid=152.

Leininger, M.M. (1988). *Care, the essence of nursing and health*. Detroit: Wayne State University Press.

_____, (1991). *Culture care diversity and universality: A Theory of nursing*. New York: National League of Nursing Press.

Malau, H. (Maret, 2008). Ethical principle dimensions of doctor and nurses toward patient's satisfaction. *Jurnal Ekonomi dan Bisnis*, 2(1), 39-51. Februari 12 2010. <http://jurnal.pdii.lipi.go.id/admin/jurnal/21083951.pdf>.

- Maridi. (2005). *Laporan kegiatan residensi kepemimpinan dan manajemen keperawatan di rumah sakit islam Jakarta pondok kopi Jakarta timur 26 september – 28 desember 2005*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- Marquis, B. L., & Huston, C.J. (2006). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Martin, K. D. and Cullen, J., B. (Desember, 2006). Continuities and Extensions of Ethical Climate Theory: A Meta- Analysis Review. *Journal of Business Ethics*. 69(2), 175-194. Maret 5, 2010. ABI/INFORM Global (Proquest) database.
- Mayasari, I. (Desember, 2008). The creating of ethical work climate & the role for influencing work attitude. *Jurnal Universitas Paramadina*. 5(2). 204-213.
- McDougall, G. (1997). Caring: a masculine perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 809-813.
- Mizuno, M., Ozawa, M., Evan, D.R., Okada, A., & Takeo, T. (2005). Caring behavior perceived by nurses in a japanese hospital. *Journal Nurse Studies*, 4(1), 13-19. Februari 6, 2010. http://www.ncn.ac.jp/04_for_medical/kiyo/ar/2005jns-ncnj05.pdf.
- Monica, E.L. (1998). *Kepemimpinan dan manajemen keperawatan pendekatan berdasarkan pengalaman*. Jakarta: EGC.
- Muadi (2009). Thesis *Hubungan iklim dan kepuasan kerja dengan produktivitas kerja perawat pelaksana di instalasi rawat inap BRSUD waled kabupaten cirebon*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Tidak dipublikasikan.

Notoatmodjo, S. (2002). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nurachmah, E. (2001). *Persepsi klien tentang asuhan keperawatan bermutu dan tingkat kepuasan*. Januari 8, 2010. www.pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=786&tbl=artikel.

Okpara, J.O., & College, B. (2002). *The influence of ethical climate types on job satisfaction of it managers: implications for management practice and development in a developing economy*. Mei 23, 2010. <http://www.questionpro.com/academic/online-survey-research-This-survey-instrument-is-for-a-doctoral-dissertation-and-contains-items-from-four-previously-published-survey-instruments.--The.html>.

Peraturan Pemerintah no 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum.

Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2009 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan.

Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2010). *Standar profesi dan kode etik keperawatan indonesia*. Jakarta: Authors.

Peterson, S.J., & Bredow, T.S., (2008). *Middle range theories: Application to nursing research*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization* (6th ed). Philadelphia: Lippincot Williams & Walkins.

Potter, P.A., & Perry, A.G. (2005). *Fundamental of nursing* (6th ed). Missouri: Elsevier Mosby.

Potter, P.A., & Perry, A.G. (2007). *Basic Nursing: Essentials for practice* (6th ed). Missouri: Elsevier Mosby.

Pride, W.M., Hughes, R.J., & Kapoor, J.R. (2010). *Business*. USA: South Western Congage Learning.

Purbadi, D., & Sofiana, N.A. (2006). Tesis *Analisis Faktor Lingkungan dan Individu yang Berpengaruh terhadap Peningkatan Kinerja Perawat (Studi Kasus Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Annisa Cikarang)*. Institut Teknologi Bandung.
<http://digilib.itb.ac.id/gdl.php?mod=browse&op=read&id=jbptsbmitb-gdl-nooraridas-86>

Rachmawati, I.K., (2007). *Manajemen sumber daya manusia*. Yogyakarta: Andi.

Riyadi, S., & Kusnanto, H. (April, 2007). *Motivasi kerja dan karakteristik individu perawat di rsd dr. h. moh. anwar sumenep madura*. KMPK Universitas Gadjah Mada. WPS no 18.

Robbins, S.P. (1993). *Organizational behavior : Concepts, controversies, and applications*. New Jersey : Prentice Hall.

Robbins, S.P. (2001). *Organizational behavior : Concepts, controversies, and applications* (8th ed). Jakarta: Pearson Education Asia.

_____, (2003). *Perilaku organisasi* (jilid 1). (Tim Indeks, penerjemah). Jakarta: Indeks.

_____, (2001). *Perilaku organisasi*. (8th ed) (Jilid 1). (Hadyana Pujaatmaka & Benyamin Molan, penerjemah). Jakarta: Pearson Education Asia.

Robbins, S.P., & Judge, T.A. (2008). *Perilaku organisasi* (12th ed.) (Vol 2). (Diana Angelica, Ria Cahyani & Abdul Rosyid, penerjemah). Jakarta: Salemba Empat.

_____, (2007). *Perilaku organisasi* (12th ed.) (Vol 1). (Diana Angelica penerjemah). Jakarta: Salemba Empat.

Rochayatun (1999) *Pengaruh aspek kebijaksanaan rumah sakit swadana terhadap motivasi kerja perawat rsud raya soewondo pati*. Undergraduate thesis, Diponegoro University. Maret 5, 2010. <http://eprints.undip.ac.id/5532/>.

Saryono. (2008). *Metodologi penelitian kesehatan: penuntun praktis bagi pemula*. Mitra Cendikia: Jogjakarta

Schwirian, P.M. (1998). *Professionalization of Nursing, Current Issues and Trends* (3rd ed.) Philadelphia: Lippincott.

Shane, M., & Glinow, M.A.V. (2003). *Organizational behavior: Emerging realities for the workplace revolution* (2nd ed). New York: McGraw-Hill.

Siagian, S. (2002). *Kiat meningkatkan produktivitas kerja*. Jakarta: Rineka Cipta.

_____. (1995). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: Bumi Aksara.

Simanjatak, P.J. (2005). *Manajemen dan evaluasi kinerja*. Jakarta: Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.

Sobirin, C. (2006). *Hubungan beban kerja dan motivasi dengan penerapan perilaku caring perawat pelaksana di brsud unit swadana kabupaten subang*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.

- Sopiah. (2008). *Perilaku Organisasional*. CV Andi Offset. Yogyakarta
- Smith, A. (Oktober, 1995). An analysis of altruism: a concept of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 22 (4), 785-790.
- Stuart, G.W., & Laraia, M.T. (2005). *Principle and practice of psychiatric nursing* (8th ed). Missouri: Elsevier Mosby.
- Suhartati. (2002). Thesis *Faktor-faktor yang berhubungan dengan penerapan etik profesi keperawatan oleh perawat pelaksana di rumah sakit metropolitan medical center jakarta*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Tidak dipublikasikan.
- Supratman. (2002). Thesis *Analisis hubungan antara faktor-faktor motivasi dan karakteristik demografi dengan prestasi kerja perawat di rumah sakit islam Jakarta*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- Supriatin, E. (2008). Thesis *Hubungan faktor individu dan faktor organisasi dengan perilaku caring perawat di instalsi rawat inap rsud kota bandung*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- Supriyadi. (2006). Thesis *Hubungan karakteristik pekerjaan dengan pelaksanaan perilaku caring oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit islam samarinda*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- Sutondo. (2010), Januari 6. Personal Interview.
- Sutriyanti, Y. (2009). Tesis *Pengaruh pelatihan perilaku caring perawat terhadap kepuasan pasien dan keluarga di ruang rawat inap rsud curup Bengkulu*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.

- Suwarto. (1999). *Perilaku organisasi*. Jogjakarta: Universitas Atma Jaya.
- Swansburg, R.C., & Swansburg, R.J. (1999). *Introductory management and leadership for nurses* (2nd ed). Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Swansburg, R.C. (1999). *Introductory management and leadership for nurses* (2nd ed). Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Tappen (1995). *Nursing leadership and management, concept and practice* (3rd ed). Philadelphia: Lipponcont.
- Tappen, R.M., Weiss, S.A., & Whitehead, D.K. (2004). *Essentials nursing leadership and management* (3rd ed). Philadelphia: F.A. Davis Comapany.
- Tempointeraktif. (Maret 1, 2009). Tarif rumah sakit jawa tengah mulai naik. *Tempo interaktif*. Maret 19, 2010. <http://www.tempointeraktif.com/hg/nusa/2009/03/01/brk,20090301-162567.id.html>.
- Tomey, A. M. (1994). *Nursing theorist and their work*. (3rd ed). Missouri: Mosby.
- Tomey, A.M., & Alligood, M.R. (2006). *Nursing theorists and their work* (6th ed). Missouri: Mosby Elsevier.
- Tri Pipo. (2001). Thesis *Analisis faktor-faktor intrinsik dan ekstrinsik yang berhubungan dengan kinerja bidan sebagai ptt di kabupaten padang pariaman*. Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Tidak Dipublikasikan.
- Tschudin, V. (2003). *Ethics in nursing: the caring relationship*. (3rd). Cina: Elsevier.
- Undang-Undang Republik Indonesia no 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Undang-Undang Republik Indonesia no 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.

Vecchio. R.P. (1995). *Organizational behavior*. (3rd ed). US: The Dryden Press.

Watson, J. (2005). *Caring science as sacred science*. Philadelphia: Davis Company.

_____, (2009). *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences*. Canada: Singer Publishing Company.

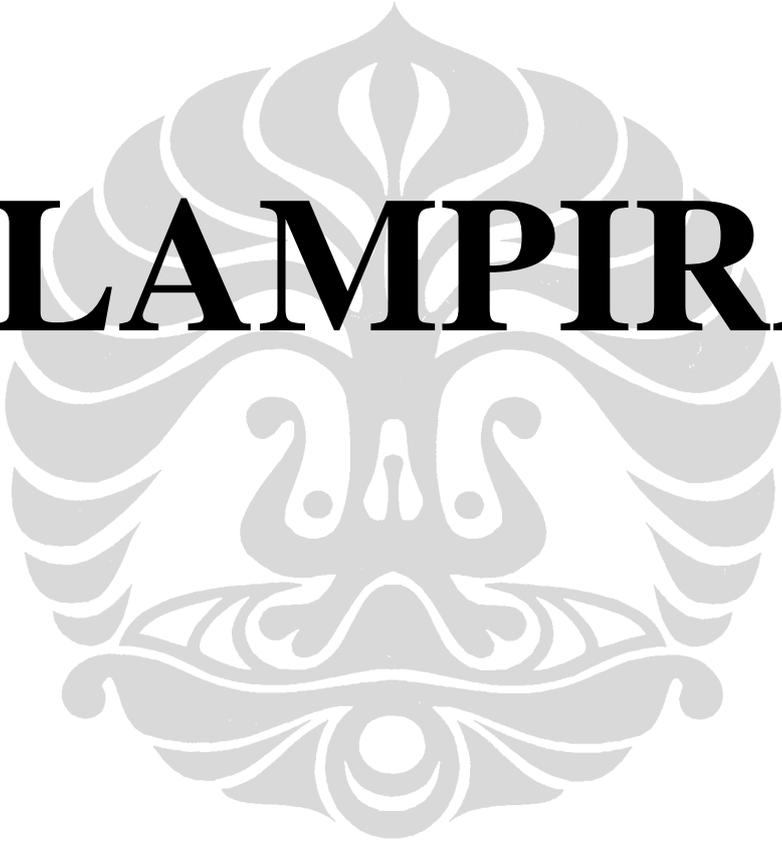
_____, (2002). *Theory of human caring*. Februari 2, 2010. [Http://www2.uchsc.edu/son/caring/content/wct.asp](http://www2.uchsc.edu/son/caring/content/wct.asp).

Wibowo. (2007). *Manajemen kinerja*. Jakarta: RajaGrafindo Persada.

Wolf, Z.B., & Miller, P.A. (2003, Desember). Relationship between nurse caring and patient satisfaction in patients undergoing invasive cardiac procedures. *Jurnal Medsur Nursing*, 12(6), 391-396. Februari 5, 2010. http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSS/is_6_12/ai_n18616793/

Wolf, Z.B., Colahan, M., Costello, A., Warwick, F., Ambrose, M.S., & Giardino, E.R. (1998, April). Relationship between nurse caring and patient satisfaction. *Jurnal Medsur Nursing*, 7(2), 99-105. Februari 5, 2010. http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSS/is_n2_v7/ai_n18607750/.

Yohana, K. (2003) *Beberapa faktor yang berhubungan dengan kinerja perawat di instalasi rawat inap rsud "dr.soedarso"pontianak kalimantan barat*. Undergraduate thesis, Diponegoro University. Februari 5, 2010. <http://eprints.undip.ac.id/7112/>



LAMPIRAN



Lampiran 1: Waktu Penelitian

MAHASISWA PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
 KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
 FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS INDONESIA

WAKTU PENELITIAN

No	Kegiatan	Bulan																
		Januari				Februari				Maret					April			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4
1.	Memilih Judul	█																
2.	Studi Pendahuluan	█																
3.	Menyusun Proposal	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
4.	Seminar Proposal																	
5.	Revisi Proposal																	
6.	Uji Coba Instrumen I																	
7.	Uji Coba Instrumen II																	
8.	Sosialisasi dan Perijinan																	
9.	Pelaksanaan Penelitian																	

No	Kegiatan	Bulan																
		Mei				Juni					Juli				Agustus			
		1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4
11.	Analisis Data	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
12.	Penyusunan Laporan																	
13.	Seminar Hasil Penelitian																	
14.	Revisi Hasil Penelitian																	
15.	Sidang Thesis																	
16.	Penyerahan Hasil Penelitian																	



UNIVERSITAS INDONESIA

KUESIONER PENELITIAN

Analisis Hubungan Perilaku *Caring* dan Motivasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan Di RSUD Sragen

KUESIONER A: Karakteristik Demografi Perawat

KUESIONER B: Motivasi

KUESIONER C: Perilaku *Caring*

KUESIONER D: Kinerja Perawat Menerapkan Prinsip Etik dalam Asuhan Keperawatan

**PENELITI:
YANI INDRASTUTI
0806447135**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK
APRIL 2010**



**SURAT PERMOHONAN
UNTUK BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Yani Indrastuti
Alamat : Jalan Mayor Suharto no 10 Sragen
Pekerjaan : Mahasiswa PascaSarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
Nomor kontak : Ponsel 08122630175, rumah (0271) 890828

Dengan ini mengajukan dengan hormat, kepada Bapak/Ibu/Saudara untuk bersedia menjadi responden penelitian yang akan saya lakukan, dengan judul “Analisis Hubungan Perilaku *Caring* dan Motivasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan di RSUD Sragen”.

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi perilaku *caring*, motivasi dan kinerja perawat pelaksana dalam menerapkan prinsip etik keperawatan serta hubungan perilaku *caring* dan motivasi dengan kinerja perawat menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD Sragen. Data yang diperoleh akan dipergunakan untuk kepentingan akademik dan sebagai masukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan di RSUD Sragen.

Bapak/Ibu/Saudara akan diminta mengisi kuesioner yang terdiri dari kuesioner data demografi, kuesioner perilaku *caring* dan kuesioner motivasi serta kuesioner kinerja menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan selama kira-kira 45-60 menit.

Saya menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif dan tidak akan mempengaruhi penilaian kinerja terhadap Bapak/Ibu/Saudara sebagai responden. Saya menjamin kerahasiaan identitas dan data yang diperoleh, baik dalam pengumpulan, pengolahan dan penyajian nanti.

Apabila ada pertanyaan lebih dalam tentang penelitian ini dapat menghubungi peneliti pada alamat dan nomor kontak yang tercantum di atas. Demikian surat permohonan ini saya buat, atas partisipasi dan kerja sama yang baik saya ucapkan terima kasih.

Sragen, 2010
Hormat saya,

Yani Indrastuti



SURAT PERNYATAAN BERSEDIA BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : _____
Umur : _____
Alamat : _____

Manyatakan bahwa:

1. Telah mendapatkan penjelasan tentang penelitian “Analisis Hubungan Perilaku *Caring* dan Motivasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana dalam Menerapkan Prinsip Etik Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan di RSUD Sragen”.
2. Telah diberikan kesempatan untuk bertanya dan mendapatkan jawaban terbuka dari peneliti
3. Memahami prosedur penelitian yang akan dilakukan, tujuan, manfaat dan kemungkinan dampak yang dapat timbul dari penelitian ini.

Dengan pertimbangan di atas, maka dengan ini saya memutuskan tanpa paksaan dari pihak manapun juga, bahwa **saya bersedia/tidak bersedia*** berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian ini.

Demikian pernyataan ini saya buat agar dapat dipergunakan seperlunya.

Sragen,2010

Peneliti

Yang membuat pernyataan

Yani Indrastuti

Nama dan tanda tangan

Catatan: * Coret yang tidak perlu



KUESIONER A
KARAKTERISTIK DEMOGRAFI PERAWAT

Responden

Kode

peneliti

Diisi oleh

Petunjuk:

Bapak/Ibu/Saudara rekan sejawat dimohon untuk mengisi kuesioner ini dengan cara mengisi titik-titik atau memberi tanda **check** (✓) pada kolom yang telah tersedia.

1. Umur Bapak/Ibu/saudara (i) : tahun
2. Jenis Kelamin : () Laki-laki
() Perempuan
3. Pendidikan keperawatan terakhir : () SPK/SPR
() D III Keperawatan
() S1 Keperawatan
4. Status pernikahan : () Tidak menikah
() Menikah
5. Lama kerja sebagai perawat : tahun



KUESIONER B **FAKTOR MOTIVASI**

Petunjuk Pengisian:

1. Mohon bantuan dan kesediaan Bapak/Ibu/Saudara (i) untuk menjawab semua pertanyaan yang ada.
2. Beri tanda **check** (✓) pada kolom yang saudara pilih sesuai dengan keadaan yang sebenarnya saudara rasakan, dengan alternatif jawaban
Sangat Tidak Setuju, jika pernyataan tersebut sama sekali tidak sesuai dengan pendapat atau kondisi yang anda alami di rumah sakit ini.
Tidak Setuju, jika pernyataan tersebut tidak sesuai dengan pendapat atau kondisi yang anda alami di rumah sakit ini.
Setuju, jika pernyataan tersebut sesuai dengan pendapat atau kondisi yang anda alami di rumah sakit ini.
Sangat Setuju, jika pernyataan tersebut sangat sesuai dengan pendapat atau kondisi yang anda alami di rumah sakit ini.
3. Sebelum mengumpulkan kuesioner dimohon memeriksa kembali jawaban anda, dan dimohon tidak mengosongkan satu pertanyaan pun.

NO	PERNYATAAN	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
1.	Saya dapat merencanakan tindakan keperawatan yang akan saya lakukan kepada klien secara bebas sesuai wewenang				
2.	Supervisor mengawasi pekerjaan saya dengan ketat				
3.	Saya diberikan kebebasan melakukan tindakan keperawatan kepada klien				
4.	Saya mempunyai kebebasan dalam mengambil keputusan perawatan klien sesuai dengan wewenang saya				
5.	Saya mempunyai tanggung jawab tertentu dalam melaksanakan tugas di ruangan				

NO	PERNYATAAN	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
6.	Saya merasa bertanggung jawab jika kondisi kesehatan klien memburuk dalam perawatan saya				
7.	Saya merasa bertanggung jawab jika klien tidak mendapatkan informasi yang dibutuhkan terkait kesehatannya				
8.	Insentif yang saya terima dari RS ini lebih tinggi dibandingkan di RS lain				
9.	Tidak ada perbedaan insentif di antara perawat di RS ini				
10.	Bekerja mematuhi peraturan termasuk penilaian kerja bagi perawat				
11.	Bidang keperawatan mensosialisasikan pedoman kerja bagi perawat				
12.	RS mempunyai peraturan sebagai pedoman bagi perawat dalam berperilaku				
13.	Ada sanksi tertulis bagi perawat yang tidak mematuhi peraturan				
14.	Rekan kerja saya mendorong saya untuk berperilaku sesuai dengan etika keperawatan				
15.	Rekan kerja tidak melaporkan pada atasan jika saya berbuat kesalahan saat melakukan perawatan kepada klien				
16.	Saya melaporkan pelanggaran etik yang dilakukan oleh rekan kerja saya pada atasan				
17.	Saya merasa nyaman bekerja bersama rekan satu tim saya sekarang				
18.	Rekan kerja memberikan bantuan kepada saya jika saya mengalami kesulitan dalam memberikan asuhan keperawatan				
19.	Anggota tim saling mendukung				

NO	PERNYATAAN	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
20.	Atasan saya merupakan contoh yang baik dalam melakukan pekerjaan				
21.	Saya takut mengungkapkan permasalahan kerja yang saya hadapi di tempat kerja pada supervisor				
22.	Jika saya kesulitan dalam mengambil keputusan dalam perawatan klien maka saya dapat meminta saran dari supervisor saya				
23.	Supervisor saya tidak pernah memberikan bimbingan dan arahan terkait permasalahan etik yang sering terjadi di tempat kerja				
24.	Supervisor mengingatkan saya untuk mematuhi pedoman prosedur kerja dalam melakukan tindakan keperawatan kepada klien				

*Kuesioner diadopsi dan dikembangkan dari teori motivasi Herzberg



KUESIONER C PERILAKU CARING

Petunjuk Pengisian:

1. Mohon bantuan dan kesediaan Bapak/Ibu/Saudara (i) untuk menjawab semua pertanyaan yang ada.
2. Beri tanda **check** (✓) pada kolom yang saudara pilih sesuai dengan keadaan yang sebenarnya saudara rasakan, dengan alternative jawaban
Tidak pernah, jika pernyataan tersebut tidak pernah dilakukan sama sekali.
Kadang-kadang jika pernyataan tersebut jarang dilakukan (lebih sering tidak dilakukan).
Sering, jika pernyataan tersebut sering dilakukan (jarang tidak dilakukan).
Selalu, jika pernyataan tersebut selalu dilakukan (tidak pernah tidak dilakukan).
3. Sebelum mengumpulkan kuesioner dimohon memeriksa kembali jawaban anda, dimohon tidak mengosongkan satu pertanyaan pun.

NO	Dalam melakukan asuhan keperawatan kepada klien saya.....	Tidak Pernah	Jarang	Sering	Selalu
1.	Mendengarkan klien dengan penuh perhatian jika klien sedang berbicara				
2.	Menerima perasaan klien tanpa menghakimi				
3.	Sering mendatangi klien untuk mengobservasi kondisi klien				
4.	Saya memanggil klien dengan nama panggilan sehari-hari klien				
5.	Segera memenuhi panggilan klien jika klien membutuhkan bantuan saya				
6.	Menyentuh klien dengan lembut untuk memberikan kenyamanan pada klien				
7.	Merasa terganggu saat klien marah				
8.	Membantu klien memahami apa yang klien rasakan				

NO	Dalam melakukan asuhan keperawatan kepada klien saya.....	Tidak Pernah	Jarang	Sering	Selalu
9.	Menghormati klien sebagai manusia				
10.	Berusaha meningkatkan kepercayaan diri klien				
11.	Memotivasi klien untuk berpikir positif tentang kondisi sakitnya				
12.	Memberikan pujian pada klien jika klien mematuhi terapi kesehatannya				
13.	Tidak memahami apa yang dirasakan klien				
14.	Menunjukkan kebaikan hati saat berinteraksi dengan klien				
15.	Peka dengan perasaan dan suasana hati klien				
16.	Berbicara dengan suara lembut tapi tegas kepada klien				

*Kuesioner diadopsi dan modifikasi dari *Caring Behavior Inventory* (Wolf)



KUESIONER D **KINERJA PERAWAT MENERAPKAN PRINSIP ETIK**

Petunjuk Pengisian:

1. Mohon bantuan dan kesediaan Bapak/Ibu/Saudara (i) untuk menjawab semua pertanyaan yang ada.
2. Beri tanda **check** (√) pada kolom yang saudara pilih sesuai dengan keadaan yang sebenarnya saudara rasakan, dengan alternative jawaban
Tidak pernah, jika pernyataan tersebut tidak pernah dilakukan sama sekali.
Kadang-kadang jika pernyataan tersebut jarang dilakukan (lebih sering tidak dilakukan).
Sering, jika pernyataan tersebut sering dilakukan (jarang tidak dilakukan).
Selalu, jika pernyataan tersebut selalu dilakukan (tidak pernah tidak dilakukan).
3. Sebelum mengumpulkan kuesioner dimohon memeriksa kembali jawaban anda, dimohon tidak mengosongkan satu pertanyaan pun.

NO	Dalam melakukan asuhan keperawatan kepada klien saya.....	Tidak Pernah	Jarang	Sering	Selalu
1.	Memfasilitasi pemberian <i>informed consent</i> kepada klien				
2.	Menghargai hak klien untuk menentukan siapa dari anggota keluarga yang akan diberitahu tentang kondisi kesehatannya				
3.	Memberikan informasi yang lengkap tentang prosedur terapi yang akan disetujui klien (tujuan, keuntungan, resiko dari prosedur)				
4.	Memaksa klien untuk memberikan informasi meskipun klien tidak berkenan memberikan informasi tersebut				
5.	Menggunakan teknik aseptik dalam merawat luka yang bersih				
6.	Merawat luka yang kotor dengan prinsip bersih				

NO	Dalam melakukan asuhan keperawatan kepada klien saya.....	Tidak Pernah	Jarang	Sering	Selalu
7.	Menggunakan standar operasional prosedur pada setiap tindakan keperawatan yang saya lakukan				
8	Melakukan penyuluhan kesehatan kepada klien sesuai dengan masalah klien				
9.	Menyampaikan informasi kesehatan klien dengan cara yang dapat melukai perasaan klien				
10.	Saya menyediakan lingkungan yang aman bagi klien				
11.	Membatasi pengunjung yang akan menjenguk jika klien membutuhkan ketenangan				
12.	Bersedia mengikuti pelatihan keperawatan yang dapat meningkatkan keterampilan saya sebagai perawat				
13..	Memasang <i>side real</i> jika klien berpotensi jatuh				
14.	Berperan serta dalam tindakan yang merugikan klien				
15.	Berani membela hak klien jika merasa hak klien dilanggar				
16.	Melakukan pengkajian secara lengkap agar dapat memahami kebutuhan klien secara tepat				
17.	Membantu klien memenuhi kebutuhan dasarnya				
18.	Tidak segan meminta bantuan dari supervisor jika saya tidak tahu mengenai tindakan yang harus saya lakukan terkait masalah klien				
19.	Mengajarkan kepada klien teknik relaksasi untuk mengurangi rasa nyerinya				
20.	Menjaga kenyamanan bagi klien dengan kondisi sakit yang berat				
21.	Melaporkan kepada supervisor jika terjadi pelayanan keperawatan yang merugikan				

NO	Dalam melakukan asuhan keperawatan kepada klien saya.....	Tidak Pernah	Jarang	Sering	Selalu
	klien				
22.	Memberikan perhatian yang lebih pada klien yang membutuhkan observasi karena sakitnya				
23.	Membuat rencana keperawatan untuk masing-masing klien sesuai dengan kebutuhan klien				
24.	Memberikan asuhan keperawatan secara <i>adequate</i> kepada klien				
25.	Memberikan informasi yang benar kepada klien dengan cara yang mudah dipahami klien				
26.	Menjelaskan berbagai alternatif tindakan yang tepat bagi klien				
27.	Memberikan informasi yang sebenarnya tentang klien jika kasus klien saya dipergunakan sebagai pembahasan kasus keperawatan				
28.	Melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan secara lengkap dan akurat				
29.	Berbohong kepada klien mengenai kondisi kesehatannya				
30.	Tidak menepati janji yang saya buat dengan klien				
31.	Dengan sukarela berpartisipasi dalam penelitian yang dapat meningkatkan profesionalisme etik perawat				
32.	Bertanggung jawab terhadap segala tindakan keperawatan yang saya lakukan terhadap klien				
33.	Memberikan informasi yang saya dapatkan dari klien kepada setiap petugas kesehatan yang bertanya				
34.	Menjaga kerahasiaan data klien				
35.	Melibatkan klien dalam merencanakan tindakan keperawatan				
36.	Saya melibatkan keluarga klien				

NO	Dalam melakukan asuhan keperawatan kepada klien saya.....	Tidak Pernah	Jarang	Sering	Selalu
	dalam merencanakan tindakan keperawatan				

* Kuesioner diadopsi dan dikembangkan dari kuesioner kinerja perawat menerapkan prinsip etik Suhartati (2002)



Kisi-kisi kuesioner

Kinerja perawat menerapkan prinsip etik

No	Sub Variabel	Perilaku penerapan prinsip etik	Pertanyaan	No pertanyaan
1.	Otonomi	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan intervensi tanpa persetujuan pasien • Melakukan intervensi tanpa memberikan informasi yang relevan yang bisa membuat pasien membuat suatu pilihan • Menyembunyikan informasi meskipun klien ingin mengetahui informasi tersebut • Tidak memberikan informasi yang lengkap meskipun pasien menghendaki informasi tersebut • Memaksa klien untuk menyampaikan informasi meskipun klien tidak berkeinginan menyampaikan informasi tersebut. • perawat menghormati hak klien untuk membuat pilihan terkait tindakan medis atau keperawatan yang akan dilakukan • memberikan <i>informed consent</i> sebelum melakukan tindakan, operasi atau pun berpartisipasi dalam penelitian, • memberikan informasi yang lengkap 	<ul style="list-style-type: none"> • Saya memfasilitasi pemberian <i>informed consent</i> kepada klien • Bilamana kondisi sakit mempengaruhi klien, saya membantu klien untuk menetapkan keputusan tindakan • Saya tidak memberitahu terlebih dahulu pada klien bila petugas kesehatan lain membutuhkan data yang telah saya kumpulkan dari klien (-) • Saya menghargai hak klien untuk menentukan siapa dari anggota keluarga yang akan diberitahu tentang kondisi kesehatannya dan sedetail apa • Saya menghormati hak klien untuk membuat pilihan terkait tindakan keperawatan yang akan dilakukan • Saya memberikan informasi yang lengkap tentang tujuan, keuntungan, resiko dari prosedur 	1-10

		<p>tentang tujuan, keuntungan, resiko dari prosedur yang akan mereka setuju,</p> <ul style="list-style-type: none"> • mendukung klien terhadap pilihan yang telah diambil klien 	<p>yang akan mereka setuju</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saya mendukung pilihan yang telah diambil klien meskipun bertentangan dengan keyakinan saya • Saya melakukan intervensi keperawatan tanpa persetujuan dari klien (-) • Saya memaksa klien untuk memberikan informasi meskipun klien tidak berkenan memberikan informasi tersebut kepada saya (-) • Saya menyembunyikan informasi kepada klien meskipun klien menginginkan informasi tersebut karena tidak ingin melukai (-) perasaan klien 	
2.	<i>Non maleficence</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan perawatan luka dengan menggunakan teknik aseptik dan antiseptik • Melakukan setiap tindakan berdasarkan protap dan standar • Melakukan penyuluhan kesehatan sesuai dengan masalah klien • Tidak melukai perasaan klien dan keluarganya. • Selalu bekerja sesuai dengan lingkup tanggung jawab dan wewenang sebagai 	<ul style="list-style-type: none"> • Saya menggunakan teknik aseptik dalam merawat luka yang bersih • Saya menggunakan teknik antiseptik dalam merawat luka yang kotor • Saya menggunakan standar operasional prosedur pada setiap tindakan keperawatan yang saya lakukan • Saya melakukan penyuluhan kesehatan kepada klien sesuai 	11-24

		<p>perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengobservasi semua peraturan keamanan dan tindakan pencegahan • Menjaga lingkungan klien bebas dari bahaya • Menanyakan kondisi klien kepada nara sumber yang dapat dipercaya • Meningkatkan keterampilan sesuai dengan perkembangan ilmu keperawatan 	<p>dengan masalah klien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saya menyampaikan informasi kesehatan klien dengan cara yang dapat melukai perasaan klien (-) • Saya melakukan pekerjaan di luar wewenang saya (-) • Saya menjauhkan barang-barang yang dapat membahayakan keselamatan klien • Saya menyediakan lingkungan yang aman bagi klien • Saya membatasi pengunjung jika klien membutuhkan ketenangan • Saya bertanya tentang klien kepada setiap orang yang kenal dengan klien (-) • Saya bersedia mengikuti pelatihan klinis keperawatan yang dapat meningkatkan keterampilan saya • Saya memasang <i>side real</i> jika klien berpotensi jatuh • Saya berpartisipasi dalam tindakan yang dapat merugikan klien (-) • Saya berpedoman kepada kode etik dalam memberikan asuhan keperawatan 	
3.	<i>Beneficence</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Melindungi dan mempertahankan hak- 	<ul style="list-style-type: none"> • Saya berani membela hak klien jika 	25-33

		<p>hak pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mencegah timbulnya kerugian bagi klien/keluarga • Menghilangkan keadaan yang dapat menimbulkan kerugian bagi klien • Menolong klien dari ketidak mampuan • Menyelamatkan klien dalam keadaan bahaya • Memahami kebutuhan klien dan membantu klien memenuhi kebutuhan tersebut • Memberikan terapi untuk mengurangi nyeri 	<p>merasa hak klien dilanggar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saya membantu klien agar dapat aktif dalam tindakan keperawatan • Saya melakukan pengkajian secara lengkap agar dapat memahami kebutuhan klien secara tepat • Saya membantu klien memenuhi kebutuhan dasarnya • Jika saya tidak tahu mengenai tindakan yang harus saya lakukan terkait masalah klien saya tidak segan meminta bantuan dari supervisor saya • Saya mengajarkan kepada klien teknik relaksasi untuk mengurangi rasa nyerinya • Saya berusaha mengurangi kecemasan pada klien dengan cara menenangkan klien • Saya menjaga kenyamanan bagi klien dengan kondisi sakit yang berat • Saya melaporkan kepada supervisor jika terjadi pelayanan keperawatan yang merugikan klien 	
4.	<i>Justice</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan observasi kepada setiap pasien • Setiap klien yang akan menjalani 	<ul style="list-style-type: none"> • Saya dalam memberikan asuhan keperawatan membedakan suku, agama, status sosial dan jenis 	34-37

		<p>prosedur operasi atau pembedahan mempunyai kesempatan yang sama untuk mendapatkan penjelasan dan persiapan yang berhubungan dengan operasinya.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan tindakan keperawatan pada setiap klien dengan tidak membedakan agama/keyakinan klien, jenis kelamin, sosial ekonomi dan penyakit. 	<p>penyakit klien (-)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saya memberikan perhatian yang lebih pada klien yang membutuhkan observasi karena sakitnya • Saya membuat rencana keperawatan untuk masing-masing klien dalam rangka memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien • Saya memberikan asuhan keperawatan secara <i>adequate</i> kepada klien 	
5.	<i>Veracity</i>		<ul style="list-style-type: none"> • Saya mempengaruhi klien jika klien akan memberikan persetujuan tindakan • Saya meberikan informasi yang benar kepada klien dengan cara yang mudah dipahami klien • Saya menjelaskan berbagai alternatif tindakan yang tepat bagi klien • Saya memberikan informasi yang benar tentang klien jika kasus klien saya dipergunakan sebagai pembahasan kasus • Saya melakukan pendokumentasian asuhan 	38-43

			<p>keperawatan secara lengkap dan akurat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saya berbohong kepada klien mengenai kondisi kesehatannya (-) 	
6.	<i>Fidelity</i>		<ul style="list-style-type: none"> • Saya tidak menepati janji yang saya buat dengan klien (-) • Saya dengan sukarela berpartisipasi dalam penelitian yang dapat meningkatkan profesionalisme etik perawat • Saya bertanggung jawab terhadap segala tindakan keperawatan yang saya lakukan terhadap klien • Saya memberikan informasi yang saya dapatkan dari klien kepada setiap petugas kesehatan yang bertanya • Saya menjaga kerahasiaan pasien dalam layanan keperawatan • Saya melibatkan klien dalam merencanakan tindakan keperawatan • Saya melibatkan keluarga klien dalam merencanakan tindakan keperawatan 	44-50

FAKTOR MOTIVASI

No	Sub Variabel	Pertanyaan	No pertanyaan
1.	Otonomi pekerjaan	<ul style="list-style-type: none"> • Saya mempunyai otoritas sebagai perawat dalam mengambil keputusan terkait asuhan keperawatan yang akan saya lakukan pada klien • Saya merasa saya disupervisi sangat ketat dari yang saya butuhkan dan lebih ketat dari yang saya inginkan (-) • Dalam menghadapi permasalahan etik dalam asuhan keperawatan, saya mempunyai sedikit kendali karena supervisi yang banyak berperan • Saya diberikan kebebasan melakukan tindakan keperawatan kepada klien • Saya mempunyai kebebasan dalam memutuskan permasalahan etik terkait klien sesuai dengan wewenang saya tanpa berkonsultasi dengan supervisor saya 	1-5
2.	Tanggung jawab pekerjaan	<ul style="list-style-type: none"> • Saya dan rekan kerja saya mempunyai tanggung jawab tertentu dalam melaksanakan tugas di ruangan saya • Saya diberi pekerjaan di luar tanggung jawab saya (-) • Saya merasa kegagalan dalam proses keperawatan bukan merupakan tanggung jawab saya (-) • Saya merasa bertanggung jawab jika klien tidak mendapatkan haknya sebagai pasien 	6-9
3.	Sistem penghargaan	<ul style="list-style-type: none"> • Insentif yang saya dapatkan dari RS ini kompetitif dibandingkan di RS lain • Insentif yang saya dapatkan tidak sesuai dengan beban kerja saya (-) • Insentif yang saya dapatkan sesuai dengan tanggung jawab kerja saya • Tidak ada perbedaan penghargaan antara perawat yang rajin dan yang tidak rajin (-) • Ada penghargaan bagi perawat yang bekerja sesuai dengan peraturan 	10-14

4.	Kebijakan RS	<ul style="list-style-type: none"> • Bidang keperawatan secara rutin mengeluarkan SAK dan SOP • Bidang keperawatan mensosialisasikan SOP dan SAK • RS mempunyai peraturan sebagai pedoman bagi karyawan dalam berperilaku • Sanksi bagi karyawan yang melanggar peraturan dan kode etik dinyatakan secara tertulis 	15-18
5.	Hubungan dengan rekan kerja	<ul style="list-style-type: none"> • Rekan kerja saya mendorong saya untuk berperilaku sesuai dengan etika keperawatan • Saya dan rekan kerja saya saling menutupi kesalahan jika berbuat kesalahan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien (-) • Saya melaporkan pelanggaran etik yang dilakukan oleh rekan kerja saya • Saya merasa nyaman bekerja bersama rekan satu tim saya sekarang • Anggota tim tanpa ragu-ragu memberikan bantuan terhadap perawat lain yang mengalami kesulitan dalam menyelesaikan pekerjaannya termasuk masalah etik yang dialami perawat • Anggota tim saling mendukung 	19-24
6.	Supervisi atasan	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisor merupakan <i>role model</i> yang baik dalam menerapkan prinsip etik dalam asuhan keperawatan • Supervisor saya mendukung saya menerapkan prinsip etik • Jika saya melaporkan hak klien yang terabaikan oleh petugas kesehatan lainnya supervisor mendengarkan saya • Saya takut mengungkapkan masalah etik yang saya hadapi di tempat kerja pada supervisor saya • Saya menghormati setiap keputusan yang terkait dengan kesehatan klien yang dibuat oleh supervisor saya • Supervisor memberikan bimbingan secara teratur pada bawahannya dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi 	25-35

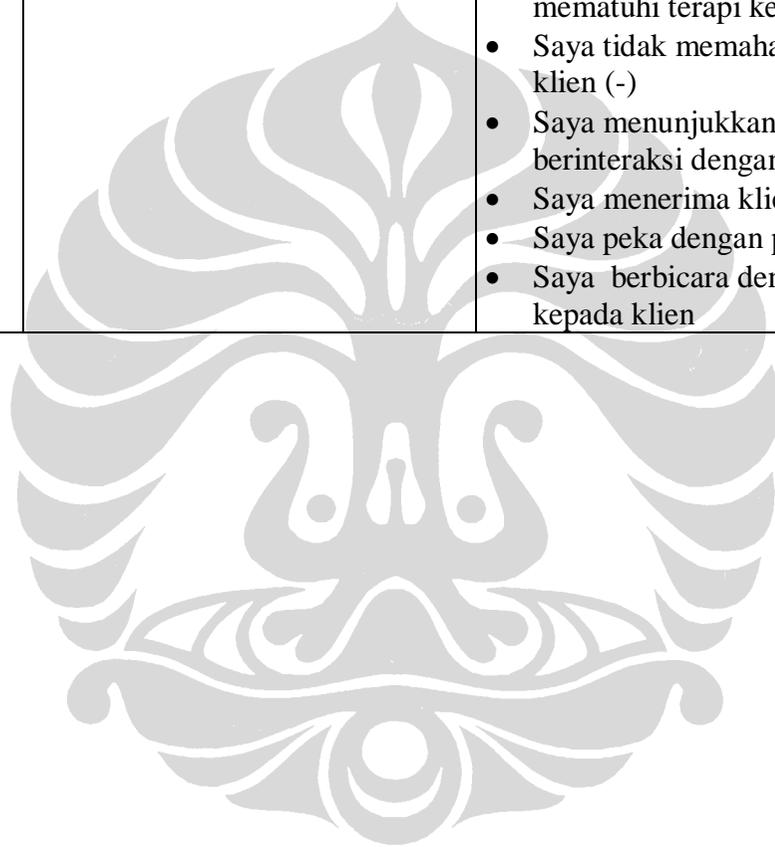
	<ul style="list-style-type: none"> • Jika saya kesulitan dalam memutuskan suatu keputusan etik, maka saya dapat meminta saran dari supervisor saya • Supervisor saya tidak pernah memberikan bimbingan dan arahan terkait permasalahan etik yang sering terjadi di tempat kerja (-)s • Supervisor mengingatkan saya untuk mematuhi SOP dan SAK saat melakukan tindakan keperawatan kepada klien • Supervisor tidak pernah menegur bawahannya jika ada yang tidak mematuhi SOP dan SAK (-) • Saya mendapat pujian dari supervisor saya jika saya menyelesaikan pekerjaan dengan baik 	
--	--	--

PERILAKU CARING PERAWAT

No	Sub Variabel	10 faktor caratif Watson	Pertanyaan	No pertanyaan
1.	Respectful (menanggapi dengan rasa hormat)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Helping/trust</i> • <i>Ekspresion of positive/negative feeling</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Saya sungguh-sungguh mendengarkan jika klien sedang berbicara • Saya dapat menerima perasaan klien tanpa menghakimi • Saya sering mendatangi klien untuk memantau kondisi klien • Saya menghindari berbicara dengan klien mengenai kehidupan klien sehari-hari (-) • Saya memanggil klien dengan nama panggilan yang disukai klien • Saya mengenalkan diri saya kepada klien • Saya segera memenuhi panggilan klien jika 	1-14

			<p>klien membutuhkan bantuan saya</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perhatian saya tidak fokus pada saat bersama klien (-) • Saya masih tetap mengunjungi klien walaupun klien dipindahkan ke ruangan lain • Saya menyentuh klien dengan lembut untuk memberikan kenyamanan pada klien • Saya memfasilitasi klien untuk membicarakan apa yang mereka rasakan tentang penyakitnya dan terapinya • Saya merasa terganggu saat klien marah (-) • Saya membantu klien memahami apa yang klien rasakan • Saya tidak memahami dengan baik apa yang akan saya lakukan dengan klien (-) 	
2.	<i>Assurance human presence</i>	Humanistik-hope-sensitifity	<ul style="list-style-type: none"> • Saya menghormati klien sebagai manusia • Saya memberikan asuhan keperawatan kepada klien dengan menghormati klien sebagai pribadi yang unik • Saya memikirkan sesuatu dari sudut pandang klien • Saya menemani klien jika klien membutuhkan saya • Saya berusaha meningkatkan kepercayaan diri klien • Saya memotivasi klien untuk berpikir positif tentang kondisi sakitnya 	15-26

			<ul style="list-style-type: none">• Saya memberikan pujian pada klien jika klien mematuhi terapi kesehatannya• Saya tidak memahami apa yang dirasakan klien (-)• Saya menunjukkan kebaikan hati saat berinteraksi dengan klien• Saya menerima klien dengan apa adanya• Saya peka dengan perasaan dan emosi klien• Saya berbicara dengan lembut tapi tegas kepada klien	
--	--	--	---	--





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 : 941 /H2.F12.D1/PDP.04.02.Tesis/2010 18 Maret 2010
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin uji instrument penelitian

Yth. Direktur
RSU. Banyumas
Jawa Tengah

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

Yani Indrastuti
0806447135

Akan mengadakan penelitian dengan judul: **"Analisis Hubungan Perilaku Caring dan Motivasi Dengan Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik Keperawatan Dalam Asuhan Keperawatan di RSUD. Sragen"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan uji instrument penelitian di RSUD. Banyumas - Jawa Tengah.

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. Diklat RSUD. Banyumas – Jawa Tengah
2. Ka. Bid. Keperawatan RSUD. Banyumas – Jawa Tengah
3. Dekan FIK-UI (sebagai laporan)
4. Sekretaris FIK-UI
5. Manajer Pendidikan FIK-UI
6. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
7. Koordinator M.A. "Tesis"
8. Pertinggal



**PEMERINTAH KABUPATEN BANYUMAS
RUMAH SAKIT UMUM BANYUMAS**

Jln. Rumah Sakit No. 01 Telp. (0281) 796182, 796031, 797111
Faks (0281) 796182 E-mail rumahsakitbanyumas@yahoo.com
BANYUMAS

SURAT KETERANGAN

No. 087 /Diklit /III / 2010

Yang bertanda tangan di bawah ini menerangkan bahwa :

Nama : YANI INDRASTUTI
NIM : 0806447135
Institusi : FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN PROGRAM
MAGISTER ILMU KEPERAWATAN KEKHUSUSAN
KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN
KEPERAWATAN

Sedang melakukan Uji validitas dan reliabilitas untuk penelitian dengan judul ANALISIS HUBUNGAN PERILAKU CARING DAN MOTIVASI DENGAN KINERJA PERAWAT PELAKSANA MENERAPKAN PRINSIP ETIK KEPERAWATAN DALAM ASUHAN KEPERAWATAN DI RSUD SRAGEN di Ruang Bougenvil, Ruang Cempaka, Ruang Melati, dan Ruang Gardena RSU Banyumas sejak tanggal 31 Maret 2010 s/d 30 April 2010.

Mohon kepada pihak-pihak yang terkait untuk dapat memfasilitasi sesuai dengan prosedur.

Banyumas, 31 Maret 2010
An. Kabag Diklit, Peningkatan Mutu dan kerjasama
Kasubbag Diklat dan Litbang

IMRON ROSYADI, S.Kep.Ns
NIP. 19760729 199703 1 003



Lampiran 6: Surat Permohonan Ijin Penelitian

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 : 1024/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010 29 Maret 2010
Lampiran : -
Perihal : Permohonan ijin penelitian

Yth. Direktur
RSUD. Sragen
Jawa Tengah

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

Yani Indrastuti
0806447135

Akan mengadakan penelitian dengan judul: "Analisis Hubungan Perilaku Caring Dan Motivasi Dengan Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik Keperawatan Dalam Asuhan Keperawatan Di RSUD. Sragen".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RSUD. Sragen – Jawa Tengah.

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. Diklat. RSUD. Sragen – Jawa Tengah
2. Ka. Bid. Keperawatan RSUD. Sragen – Jawa Tengah
3. Dekan FIK-UI (sebagai laporan)
4. Sekretaris FIK-UI
5. Manajer Pendidikan FIK-UI
6. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
7. Koordinator M.A. "Tesis"
8. Peringgal



PEMERINTAH KABUPATEN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Lampiran 7: Surat Persetujuan Ijin
Penelitian

Jl. Raya Sukowati No. 534 Telp. (0271) 891068 Fax. 890158 Sragen 57215
Website <http://www.sragen.go.id> dan E-mail : info@sragen.go.id rsud-sragen@yahoo.com

Sragen, 31 Maret 2010

Nomor : 070 / 491.B / 040 / 2010
Sifat : -
Hal : Permohonan Ijin
Penelitian

Kepada Yth,
Dekan Fak. Ilmu Keperawatan - UI
Program Magister Ilmu Keperawatan
Kampus Universitas Indonesia
Depok, Jakarta
Di

JAKARTA

Memperhatikan surat saudara Nomor : 1024 / H2.F12.D / PDP.04.02.Tesis / 2010, tanggal 29 Maret 2010, perihal tersebut diatas, maka dengan ini diberitahukan bahwa atas permohonan tersebut pihak kami tidak keberatan dan mengijinkan mahasiswa saudara tersebut :

N a m a : Yani Indrastuti
NIM : 0806447135

Untuk melaksanakan pengambilan data di RSUD Kab. Sragen dalam rangka penyusunan Tesis dengan judul : " Analisis Hubungan Perilaku Caring Dan Motivasi Dengan Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik Keperawatan Dalam Asuhan Keperawatan Di RSUD Sragen "

Dengan ketentuan :

1. Satu minggu sebelum melakukan penelitian mengirim Proposal dan surat rekomendasi dari Kantor Bappeda Sragen.
2. Membayar biaya Penelitian Rp. 660.000,- / mahasiswa / bulan.
(Perda. 9 / 2009)

Demikian untuk menjadikan periksa dan atas kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.



Tembusan disampaikan, kepada Yth.:

1. Ketua Bidang Mutu dan Pendidikan RSUD Kab. Sragen
2. Seksi Keperawatan RSUD Kab. Sragen
- ✓ 3. Mahasiswa Ybs.
4. Pertinggal.

Universitas Indonesia



PEMERINTAH KABUPATEN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Lampiran 8: Surat Keterangan Telah
Melakukan Penelitian

Jl. Raya Sukowati No. 534 Telp. (0271) 891068 Fax. 890158 Sragen 57215
Website <http://www.sragen.go.id> dan E-mail : info@sragen.go.id rsud-sragen@yahoo.com

SURAT KETERANGAN
Nomor : 070 / *244* / 040 / 2010

Yang bertanda tangan dibawah ini, Direktur RSUD Kabupaten Sragen dengan ini menerangkan bahwa mahasiswa tersebut :

NAMA : Yani Indrastuti
NIM : 0806447135
FAKULTAS : Fakultas Ilmu Keperawatan
PROGRAM STUDI : Program Magister Ilmu Keperawatan
INSTITUSI : Universitas Indonesia

Pada bulan April 2010 telah melaksanakan Penelitian di RSUD Kab. Sragen dalam rangka penulisan Tesis dengan judul : “ Analisis Hubungan Perilaku Caring Dan Motivasi Dengan Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik Keperawatan Dalam Asuhan Keperawatan Di RSUD Sragen “

Demikian surat keterangan ini dibuat dan diberikan kepada yang bersangkutan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Sragen, *27* April 2010

DIREKTUR RSUD KABUPATEN SRAGEN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
dr H.M. FARID ANSHORI, MM
Pembina Tk. I
NIP. 19580826 198711 1 001



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 :

Analisis hubungan perilaku *Caring* dan motivasi dengan kinerja perawat pelaksana menerapkan prinsip etik keperawatan dalam asuhan keperawatan di RSUD. Sragen.

Nama peneliti utama : **Yani Indrastuti**

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

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 1 April 2010

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001



DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Yani Indrastuti
Tempat/Tanggal Lahir : Sragen/19 Desember 1981
Jenis Kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Pegawai Negeri Sipil di RSUD Sragen
Alamat Rumah : Jl. Mayor Suharto no 10 Sragen, Jawa Tengah
57213
Alamat Institusi : Jl. Raya Sukowati no 534 Sragen, Jawa Tengah
57215
No Telp./HP : (0271) 890828/08122630175
Email : yanni.indras08@gmail.com
Riwayat Pendidikan : 1. Program Profesi Ners pada Program Studi Ilmu
Keperawatan UGM lulus tahun 2006
2. Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu
Keperawatan UGM lulus tahun 2004
3. SMU Negeri 1 Sragen lulus tahun 2000
4. SMP Negeri 5 Sragen lulus tahun 1997
5. SD Negeri 12 Sragen lulus tahun 1994
Riwayat Pekerjaan : 2006 – sekarang perawat di RSUD Sragen