



UNIVERSITAS INDONESIA

TESIS

**ANALISIS FAKTOR BUDAYA ORGANISASI YANG
BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU *CARING*
PERAWAT PELAKSANA DI RUANG RAWAT INAP
RSUD PROF. DR. H. ALOEI SABOE
KOTA GORONTALO**

**Diajukan sebagai syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan**

OLEH:

RINI FAHRIANI ZEES

NPM. 0906594620

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JULI 2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Rini Fahriani Zees

NPM : 0906594620

Tanda Tangan : 

Tanggal : 13 Juli 2011



PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis yang telah saya susun ini tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan peraturan yang ada di Universitas Indonesia. Saya akan bertanggung jawab sepenuhnya jika dikemudian hari ternyata melakukan plagiarisme dan menerima sanksi yang diberikan oleh Universitas Indonesia.

Depok, Juli 2011



Rini Fahrani Zees



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

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

Nama : Rini Fahriani Zees
NPM : 0906594620
Program Studi : Pascasarjana
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 Faktor Budaya Organisasi Yang Berhubungan dengan Perilaku *Caring* Perawat Pelaksana Di Ruang Rawat Inap RSAS Kota Gorontalo.

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, 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 : 13 Juli 2011
Yang menyatakan


(Rini Fahriani Zees)

SURAT PERNYATAAN

yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : RINI FAHRIANI ZEES
NIM : 0906594620
Pekerjaan : Mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas
Indonesia

Dengan ini menyatakan bersedia mentaati ketentuan administrasi dan bersedia memaparkan Proposal Data hasil penelitian yang berjudul "**Analisis Faktor-Faktor Budaya organisasi yang berhubungan dengan perilaku Caring Perawat Pelaksana DI RSUD Prof.Dr.H. Aloei Saboe Kota Gorontalo.**"

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk digunakan seperlunya.

Gorontalo, 13 Mei 2011

Peneliti


RINI FAHRIANI ZEES

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Rini Fahriani Zees
NPM : 0906594620
Program Studi : Magister Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Judul : Analisis Faktor Budaya Organisasi yang berhubungan dengan Perilaku *Caring* Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD. Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo.

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Hanny Handiyani, SKp, M. Kep (.....)

Pembimbing : Efy Afifah, SKp, M. Kes (.....)

Penguji : Luky Dwiantoro, SKp, M. Kep (.....)

Penguji : Wida Kuswida Bhakti, SKp, M. Kes (.....)

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 13 Juli 2011

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT. Atas rahmat, hidayah, dan taufiq-Nya, penyusunan laporan tesis dengan judul “Analisis faktor budaya organisasi yang berhubungan dengan perilaku *caring* perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Prof. Dr. Hj. Aloei Saboe Kota Gorontalo” dapat diselesaikan.

Penyusunan laporan tesis dilakukan sebagai syarat untuk menyelesaikan pendidikan pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Penyusunan laporan tesis ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, karenanya peneliti mengucapkan terima kasih kepada Yth:

1. Dewi Irawaty, MA, Ph.D selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Astuti Yuni Nursasih, M.N selaku Ketua Program Studi Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Krisna Yetti, SKp, M. App.Sc selaku Koordinator Mata Ajar Tesis di FIK UI.
4. Hanny Handiyani, SKp, M. Kep selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi selama proses penyusunan.
5. Efy Afifah, SKp, M. Kes selaku pembimbing II yang telah memberikan masukan dan arahan selama proses penyusunan.
6. Syarifuddin, M. Kes selaku direktur Poltekes Kemenkes Kesehatan Gorontalo yang telah memberikan peneliti kesempatan untuk melanjutkan studi.
7. Dr. Andang Ilato selaku direktur RSUD Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk melakukan penelitian di rumah sakit
8. Dr. Nur Albar, Sp. PD selaku direktur RSUD MM Dunda kabupaten Gorontalo, yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk menguji validitas dan reliabilitas kuisioner.
9. Kepala Bidang Perawatan beserta staf RSUD Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo, yang telah membantu peneliti dalam proses peneliti
10. Kepala ruang, supervisor, dan perawat pelaksana di instalasi rawat inap RSAS Kota Gorontalo yang ikut berpartisipasi dalam pelaksanaan penelitian.

11. Orang tua tercinta Ayahanda Abdul Gani Zees dan Ibunda Hj. Ensi Bahuwa, S. Ag yang senantiasa mendoakan, meridhoi setiap langkah dan hidup peneliti serta memberikan motivasi bagi peneliti untuk terus maju.
12. Suami tercinta Hendrik Prayitno Luawo dan *my little prince* terkasih Naqli Ilham Fauzan Luawo yang merupakan *spirit* dan kekuatan bagi peneliti, yang selalu memberikan dukungan dalam kondisi apapun dari sejak awal perkuliahan hingga saat ini.
13. Sahabatku Mursidah dewi, Noraliyatun Jannah, Mazly Astuti, dan Dian Pancaninggrum yang selalu memberi semangat dan dukungan selama proses penyusunan tesis.
14. Rekan-rekan mahasiswa Program Pascasarjana FIK UI Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan angkatan ke- 10 yang selalu memberi dukungan dan semangat.

Peneliti menyadari bahwa laporan tesis ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran yang sifatnya membangun sangat diharapkan. Semoga laporan penelitian ini dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit.

Jakarta, 13 Juli 2011.

Peneliti,

Rini Fahriani Zees

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
SURAT PERNYATAAN.....	v
KATA PENGANTAR	vi
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	viii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR SKEMA.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	9
1.3 Tujuan Penelitian.....	9
1.4 Manfaat Penelitian.....	10
2. TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1 Konsep <i>Caring</i>	11
2.1.1 Pengertian	11
2.1.2 Perilaku <i>Caring</i>	13
2.1.3 Faktor- faktor yang Mempengaruhi Perilaku <i>Caring</i>	17
2.1.4 Instrumen yang Dipakai Untuk Mengukur Perilaku <i>Caring</i>	20
2.2 Konsep Budaya Organisasi.....	22
2.2.1 Pengertian	22
2.2.2 Faktor- faktor yang Mempengaruhi Budaya Organisasi	23
2.2.3 Membangun dan Mempertahankan Budaya Organisasi.....	31
2.2.4 Cara Karyawan Mempengaruhi Budaya	36
2.2.5 Tipe Budaya Organisasi.....	37
2.2.6 Instrumen Pengukuran Budaya Organisasi.....	38
2.3 Kerangka Teori	40
3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL	41
3.1 Kerangka Konsep	41
3.2 Hipotesis Penelitian	43
3.3 Definisi Operasional	43
4. METODE PENELITIAN	47
4.1 Desain Penelitian	47
4.2 Populasi dan Sampel.....	47

4.2.1	Populasi.....	47
4.2.2	Sampel.....	48
4.3	Tempat Penelitian.....	49
4.4	Waktu Penelitian.....	50
4.5	Etika Penelitian.....	50
4.6	Instrumen Pengumpulan Data	51
4.6.1	Kuesioner A	51
4.6.2	Kuesioner B.....	52
4.6.3	Kuesioner C.....	53
4.7	Pengujian Instrumen	54
4.8	Prosedur Pengumpulan Data	57
4.9	Pengolahan dan Analisis Data	57
5.	HASIL PENELITIAN	63
5.1	Analisis Univariat.....	63
5.2.1	Gambaran Perilaku <i>Caring</i>	64
5.2.2	Gambaran Budaya Organisasi.....	64
5.2.3	Gambaran Karakteristik Perawat Pelaksana	65
5.3	Analisis Bivariat	66
5.3.1	Hubungan Budaya Organisasi dengan Perilaku <i>Caring</i> Perawat Pelaksana di RSAS.....	66
5.3.2	Hubungan Faktor Budaya Organisasi dengan Perilaku <i>Caring</i> Perawat Pelaksana di RSAS.....	66
5.3.3	Hubungan karakteristik Perawat Pelaksana dengan Perilaku <i>Caring</i> Perawat Pelaksana di RSAS.....	70
5.4	Analisis Multivariat.....	73
6.	PEMBAHASAN	77
6.1	Interpretasi Hasil Penelitian dan Diskusi Hasil	77
6.1.1	Perilaku <i>Caring</i> di RSAS	77
6.1.2	Budaya Organisasi di RSAS	80
6.1.3	Karakteristik Perawat Pelaksana di RSAS.....	80
6.1.4	Hubungan Budaya Organisasi dengan Perilaku <i>caring</i> perawat Pelaksana di RSAS.....	84
6.1.5	Hubungan karakteristik Perawat dengan Perilaku <i>Caring</i> RSAS.....	97
6.1.6	Faktor yang Paling Berpengaruh dengan Perilaku <i>Caring</i> RSAS	102
6.2	Keterbatasan Penelitian	103
6.3	Implikasi Penelitian	103
7.	KESIMPULAN DAN SARAN	105
6.1	Kesimpulan.....	105
6.2	Saran	106
6.2.1	Pihak Manajemen RSAS.....	106
6.2.2	Kepala Bidang perawatan.....	106
6.2.3	Kepala ruangan dan perawat pelaksana.....	106
6.2.2	Penelitian Selanjutnya.....	107
	DAFTAR PUSTAKA	117

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional	44
Tabel 4.1	Distribusi Jumlah Perawat Pelaksana	49
Tabel 4.2	Distribusi Pernyataan Positif dan Negatif Variabel Budaya Organisasi.....	53
Tabel 4.3	Distribusi Pernyataan Positif dan Negatif Variabel Perilaku <i>Caring</i>	55
Tabel 4.3	Uji Statistik Pada Analisis Univariat.....	57
Tabel 4.4	Uji Statistik Pada Analisis Bivariat.....	58
Tabel 5.1	Distribusi frekuensi Karakteristik Perawat Pelaksana Berdasarkan Umur, Lama Kerja, Pendidikan, Jenis Kelamin, Dan Status, Pernikahan di Instalasi Rawat Inap RSAS Kota Gorontalo Mei, 2011 (n= 120).....	60
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Budaya Organisasi di Instalasi Rawat Inap RSAS Kota Gorontalo, Mei 2011 (n= 120).....	62
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Perilaku <i>Caring</i> di Instalasi Rawat Inap RSAS Kota Gorontalo Mei, 2011 (n= 120)	64
Tabel 5.4	Distribusi Hubungan Karakteristik Perawat dengan Perilaku <i>Caring</i> di Instalasi Rawat Inap RSAS Kota Gorontalo, Mei 2011 (n= 120)	65
Tabel 5.5	Distribusi Hubungan Budaya Organisasi dengan Perilaku <i>Caring</i> di Instalasi Rawat Inap RSAS Kota Gorontalo, Mei 2011 (n= 120)	66
Tabel 5.6	Analisis Bivariat Regresi Logistik Variabel Karakteristik Perawat dan Budaya Organisasi dengan Perilaku <i>Caring</i> di Instalasi Rawat Inap RSAS Kota Gorontalo Mei, 2011 (n= 120)	70
Tabel 5.7	Analisis Model Awal Multivariat Regresi Logistik, Mei 2011 (n= 120).....	71
Tabel 5.8	Hasil Analisis Akhir Regresi Logistik, Mei 2011 (n= 120).....	72
Tabel 5.9	Pemodelan Akhir, Mei 2011 (n= 120).....	72

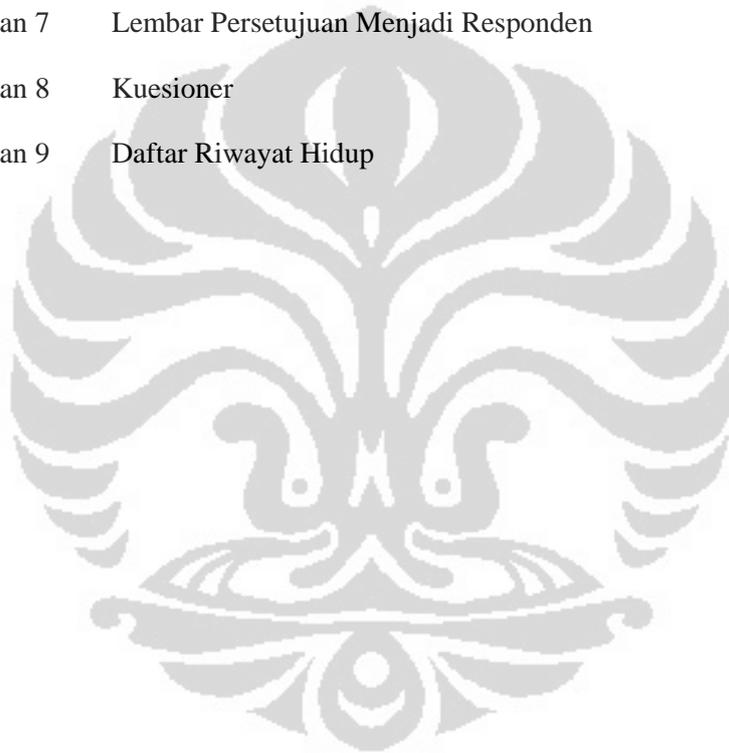
DAFTAR GAMBAR

Skema 2.1	Proses Sosialisasi	36
Skema 2.2	<i>The Evolutions of Positif Culture</i>	38
Skema 2.3	Proses Budaya Organisasi Yang Berdampak Pada Kinerja	41
Skema 2.4	Kerangka Teori	42
Skema 3.1	Kerangka Konsep Penelitian	44



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Keterangan Lolos Uji Etik
- Lampiran 2 Permohonan Izin Penelitian
- Lampiran 3 Permohonan Izin Uji Validitas Dan Reliabilitas
- Lampiran 4 Rekomendasi Permohonan Izin Penelitian
- Lampiran 5 Rekomendasi Permohonan Izin Uji Validitas Dan Reliabilitas
- Lampiran 6 Penjelasan Menjadi Responden
- Lampiran 7 Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 8 Kuesioner
- Lampiran 9 Daftar Riwayat Hidup



ABSTRAK

Nama : Rini Fahrani Zees
Program Studi : Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan UI
Judul : Analisis Faktor Budaya Organisasi yang Berhubungan Dengan Perilaku *Caring* Perawat Pelaksana di RSAS Kota Gorontalo.

Perilaku *caring* perawat merupakan salah satu perilaku anggota organisasi yang dipengaruhi budaya organisasi. Penelitian ini bertujuan menganalisis faktor budaya organisasi dengan perilaku *caring* perawat pelaksana di RSAS Kota Gorontalo. Survey analitik secara *cross sectional* dengan menggunakan uji *chi square* pada 120 perawat pelaksana menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara status pernikahan, komunikasi, pelatihan, *reward*, pengambilan keputusan dan manajemen dengan perilaku *caring* perawat ($p=0.000-0,042$; $\alpha=0,05$). Variabel yang paling dominan berhubungan dengan perilaku *caring* perawat adalah pelatihan, sehingga pelatihan perlu ditingkatkan di RSAS Kota Gorontalo terutama bagi perawat junior.

Kata kunci : Budaya organisasi, Perawat pelaksana, Perilaku *caring*.
Daftar pustaka : 62 (1997- 2011)

ABSTRACT

Nama : Rini Fahrani Zees
Program : Postgraduate Program Faculty of Nursing UI
Title : Analysis factors of organizational culture that correlate with nurses caring behavior in RSAS Kota Gorontalo.

Nurse caring behaviors is one organization that influenced the behavior of members of the organization's culture. This study aims to analyze the factors of organizational culture that correlate with nurse caring behavior in RSAS Kota Gorontalo. The analytical survey with cross sectional using the chi square test on 120 nurses showed that there was significant correlation between marriage status, communication, training, reward, decision making, and nurses care management ($p= 0000-0.042$; $\alpha = 0.05$). The most dominant variable associated with nurse caring behavior was training. So it needs to be improved in the RSAS Gorontalo, especially for junior nurses.

Key words : Caring behavior, Nurses, Organizational culture
Preferences : 62 (1997- 2011)

BAB 1

PENDAHULUAN

Studi pendahuluan dalam penelitian ini bertujuan untuk memperoleh informasi sebagai *evidence based* dalam penelitian yang akan dilakukan. Studi pendahuluan meliputi latar belakang, rumusan masalah, tujuan penelitian, dan manfaat penelitian.

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit merupakan salah satu organisasi pelayanan dibidang kesehatan yang memiliki budaya organisasi yang tercermin dalam visi, misi, serta tujuan yang ingin dicapai. Tujuan pelayanan kesehatan di rumah sakit yakni memberikan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan dan berkualitas. Kualitas pelayanan sangat ditunjang oleh perilaku atau kinerja pemberi pelayanan, yang salah satunya adalah perawat (Pohan, 2007).

Perawat merupakan tenaga kesehatan dengan proporsi terbanyak di rumah sakit dan memegang peranan penting dalam memberikan pelayanan kesehatan. Kualitas pelayanan kesehatan dapat terwujud dengan pelaksanaan asuhan keperawatan yang profesional. Profesionalisme perawat diikuti oleh pengetahuan dan keterampilan khusus yang meliputi keterampilan intelektual, teknikal, dan interpersonal yang pelaksanaannya harus mencerminkan perilaku *caring* (Dwidiyanti, 2007)

Caring merupakan esensi dari keperawatan yang membedakan perawat dengan profesi lain. Kemampuan *caring* perawat terhadap pasien memiliki nilai-nilai perawatan yang mengubah keperawatan dari pekerjaan menjadi profesi yang lebih terhormat. *Caring* tidak hanya mempraktikkan seni perawatan, memberi kasih sayang untuk meringankan penderitaan pasien dan keluarganya, meningkatkan kesehatan dan martabat tetapi juga memperluas aktualisasi diri perawat (Morrison & Burnard, 1997/2009).

Tokoh keperawatan seperti Watson (1979), Leininger (1984), dan Benner (1989) menempatkan *caring* sebagai dasar dalam praktik keperawatan. *Caring* merupakan satu istilah dalam keperawatan, mewakili semua faktor yang digunakan perawat untuk memberi pelayanan kesehatan pada kliennya. *Caring* adalah suatu karakteristik interpersonal yang tidak dapat diturunkan melalui genetika tetapi dapat dipelajari melalui pendidikan sebagai budaya profesi (Tomey & Aligood, 2006).

Terbentuknya perilaku *caring* sangat dipengaruhi oleh sistem nilai bersama yang dianut oleh para perawat yang tercermin dalam visi, misi, dan tujuan rumah sakit. Visi, misi, serta tujuan yang ingin dicapai mencerminkan budaya suatu organisasi. Robbins & Judge (2007/2008) mendefinisikan budaya organisasi sebagai sebuah sistem makna bersama yang dianut oleh para anggota yang membedakan suatu organisasi dari organisasi lainnya.

Budaya organisasi akan mempengaruhi semua aspek organisasi dan perilaku anggota organisasi. Kreitner & Kinicki (2010) menekankan bahwa budaya organisasi yang kuat menciptakan kesamaan tujuan, motivasi karyawan, dan struktur pengendalian untuk membentuk perilaku yang dibutuhkan dalam meningkatkan prestasi organisasi yang berdampak pada kinerja anggota organisasi. Pernyataan ini didukung oleh Bijaya (2006) menyatakan ada korelasi yang kuat dan signifikan antara budaya organisasi yang kuat dengan kinerja perawat.

Budaya organisasi merupakan suatu elemen yang sangat penting dalam menghadapi tantangan bisnis yang semakin berat. Wibowo (2010) mengibaratkan suatu organisasi/ perusahaan sebagai pohon dan budaya organisasi merupakan akar yang ada di dalam tanah sebagai dasar penunjang perusahaan untuk tetap berdiri, sedangkan batang dan daun-daunan yang berada di atas tanah merupakan strategi bisnis yang dipakai dan buah yang ranum adalah hasil bisnis yang dicapai (tujuan yang ingin dicapai).

Terciptanya budaya organisasi yang mendukung strategi organisasi dapat menjadi instrumen unggulan yang kompetitif. Riset yang dilakukan oleh Ricardo, Ronald, & Jolly (2003) mengemukakan dimensi-dimensi yang berpengaruh terhadap budaya organisasi, meliputi komunikasi, pelatihan dan pengembangan, imbalan, pembuat keputusan, pengambilan risiko, kerja sama, dan praktik manajemen.

Komunikasi merupakan proses penyampaian dan pertukaran informasi dari pengirim kepada penerima, baik secara lisan, tertulis maupun menggunakan alat komunikasi. Komunikasi memiliki peranan yang penting dalam membentuk organisasi yang efektif dan efisien. Informasi yang akurat, jujur, mengenai suatu pekerjaan selama proses perekrutan dan seleksi, memberikan asumsi dan nilai bagi karyawan, sehingga berpengaruh terhadap motivasi dan kinerja karyawan (Robbins & Judge, 2007/2008).

Hasil riset Rodwell et.al. (1998) menyimpulkan bahwa ada hubungan positif dan signifikan baik secara parsial maupun simultan terhadap praktik komunikasi organisasional dengan kinerja karyawan. Pendapat ini didukung oleh Sulistyio (2009) yang menekankan adanya pengaruh yang signifikan antara komunikasi organisasional terhadap kinerja karyawan.

Peningkatan kinerja karyawan diikuti peningkatan pengetahuan dan keterampilan melalui pelatihan dan pengembangan. Penelitian Sutriyanti (2009) mendapatkan hasil perlunya pelatihan dan pemberian 6 kali bimbingan setelah pelatihan untuk meningkatkan perilaku *caring* perawat. Pernyataan ini didukung oleh Rivai (2009) menjelaskan bahwa pelatihan dan pengembangan merupakan suatu kegiatan untuk meningkatkan pengetahuan dan memberikan dividen kepada karyawan dan perusahaan berupa keahlian dan keterampilan yang selanjutnya akan menjadi aset yang berharga bagi perusahaan.

Perusahaan menggunakan *reward* (imbalan) sebagai suatu sistem balas jasa atas hasil kerja anggota/ karyawan. Perilaku yang diberi imbalan, dihukum, dan dibiarkan akan yang menentukan sebuah budaya organisasi berevolusi.

Perusahaan yang memiliki sistem *reward* yang didasarkan pada *intangible performance* menciptakan budaya organisasi yang berorientasi pada karyawan atau tim atau hasil (Riani, 2011). Pendapat ini didukung oleh riset Muzaputri (2008) mendapatkan hasil ada hubungan antara imbalan dan kinerja karyawan.

Decision making (pengambil keputusan) merupakan proses identifikasi permasalahan dan peluang, serta pemilihan alternatif pemecahan masalah yang mempengaruhi kinerja karyawan. Pelibatan karyawan dalam pengambilan keputusan berperan dalam pembelajaran individu dan organisasi. Individu merasa perusahaan membutuhkan dirinya, dan nilai ini memotivasi karyawan untuk meningkatkan kinerja (Daft, 2003/ 2008a).

Risk taking (pengambilan risiko) merupakan suatu tingkatan memotivasi karyawan dalam pengambilan keputusan yang inovatif, kreatif, dan berani mengambil risiko. Penghargaan dan penilaian terhadap ide-ide kreatif karyawan, memacu karyawan untuk berkompetisi menemukan hal-hal baru untuk kemajuan perusahaan (Robins & Judge, 2007/ 2008). Pendapat ini didukung oleh riset Rizal (2001) menekankan ada pengaruh yang signifikan antara kreativitas dan inovasi terhadap motivasi dan kinerja karyawan.

Team work (kerja sama) merupakan dimensi dalam perusahaan atau organisasi yang berhubungan dengan jumlah, tipe, dan keefektifan tim. Keadilan, kebersamaan, dan konsensus merupakan faktor kunci bagi eratnya hubungan dalam kelompok. Hasil riset Bijaya (2006) menyatakan ada korelasi yang kuat antara tim kerja dengan kinerja perawat. Suatu budaya yang dapat bertahan dan berhasil menjaga perasaan ketidakpuasan kelompok dapat menjadi katalis dalam perubahan budaya yang berdampak terhadap kinerja (Wibowo, 2010).

Perubahan budaya dipengaruhi oleh faktor praktik manajemen. Praktik manajemen merupakan dukungan dan gaya manajemen yang terbentuk berdasarkan etika dan nilai-nilai dengan standar yang tinggi. Manajemen harus

menunjukkan sikap dan loyalitas positif terhadap pekerja dan organisasi. Manajer memberikan orang lain perasaan bahwa hasil pekerjaan yang karyawan lakukan dihargai betapapun sederhananya (Wibowo, 2010). Pendapat ini didukung oleh Ricardo, Ronald, & Jolly (2003) menyatakan ada korelasi yang kuat antara praktik manajemen dengan kinerja karyawan.

Kinerja karyawan selain dipengaruhi oleh faktor-faktor budaya organisasi juga dipengaruhi oleh variabel individu, psikologis, dan organisasi. Variabel individu meliputi keterampilan dan kemampuan, latar belakang, dan demografis. Variabel psikologi yaitu persepsi, sikap, belajar, dan motivasi dan variabel organisasi yaitu sumber daya, desain pekerjaan, struktur, imbalan, dan kepemimpinan (Gibson, James, & John, 2000).

Bukti empirik mengenai faktor yang mempengaruhi perilaku *caring* perawat sebagai wujud kinerja perawat yaitu penelitian yang dilakukan Suryani (2010) mendapatkan hasil bahwa beban kerja dan pengembangan profesional berhubungan dengan perilaku *caring*. Penelitian ini diperkuat oleh Muttaqin (2008) yang mendapatkan bahwa perilaku *caring* meningkat setelah dilakukan supervisi.

Penelitian lainnya yang dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku *caring* perawat, yaitu penelitian Setiati (2005) menemukan adanya hubungan antara faktor pendidikan, penghasilan, status pernikahan dan *image* dengan perilaku *caring* perawat terhadap kepuasan pasien. Pernyataan ini didukung oleh penelitian Supriatin (2009) menyatakan, adanya hubungan faktor individu dan organisasi dengan perilaku *caring*.

Hasil-hasil penelitian yang telah dilaksanakan menggambarkan sejumlah faktor-faktor yang berpengaruh ataupun yang berhubungan dengan perilaku *caring*. Penelitian faktor budaya organisasi meliputi komunikasi, pelatihan dan pengembangan, *reward*, pengambilan keputusan, pengambilan risiko, kerja sama, dan praktik manajemen yang berhubungan dengan perilaku *caring* perawat belum

menjadi fokus dalam penelitian sebelumnya. Peneliti merespon lebih lanjut untuk mengadakan penelitian tentang analisis faktor budaya organisasi yang berhubungan dengan perilaku *caring* perawat.

RSUD. Prof. DR. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo merupakan rumah sakit pemerintah tipe B non pendidikan. Visi rumah sakit yaitu terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu dengan dilandasi sentuhan manusiawi serta terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat. Misi rumah sakit yaitu; (1) menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara komprehensif, (2) meningkatkan dan mengembangkan sumber daya manusia, (3) meningkatkan dan mengembangkan sistem manajemen rumah sakit (Profil RSAS Kota Gorontalo, 2010).

Komposisi ketenagaan perawat di rumah sakit berjumlah 293 perawat. Kualifikasi pendidikan S2 kesehatan masyarakat sebanyak 0,3%, S1 keperawatan 12,6%, DIII keperawatan 78,2%, dan SPK 8,9%. Kapasitas tempat tidur berjumlah 395 TT. *Bed Occupation Rate* (BOR) RSAS Kota Gorontalo pada 2008 berjumlah 70,07%, 2009 berjumlah 62,70% dan 2010 berjumlah 52,7%. (Data bidang keperawatan dan *medical record* RSAS Kota Gorontalo, 2010).

Penurunan pemakaian tempat tidur (BOR) disebabkan karena kunjungan pasien ke rumah sakit berkurang. Penurunan kunjungan disebabkan karena tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan berkurang. Hasil pengumpulan data mengenai kepuasan pasien di RSAS Kota Gorontalo pada 2009 berjumlah 86,5% dan 2010 berjumlah 84,2%. Hasil ini signifikan menunjukkan terjadi penurunan sebesar 2,3% dari tahun sebelumnya. (Data *medical record* RSAS Kota Gorontalo, 2010).

Hasil wawancara dengan kepala bidang keperawatan dan bagian promosi kesehatan keperawatan RSUD Prof. Dr. Hj. Aloei Saboe Kota Gorontalo pada 20 Desember 2010, Perawat yang tidak profesional selalu dikeluhkan pada lembar saran kuesioner kepuasan pasien. Perawat jarang memberi informasi sebelum

melakukan tindakan, kurang tanggap, kurang ramah, kurang memperhatikan. Perawat sibuk dengan urusannya sendiri tanpa memperhatikan pasien sebagai *customernya*.

Keluhan yang disampaikan tersebut merupakan gambaran nyata atas ketidakpuasan pasien terhadap asuhan yang diberikan oleh perawat. Keluhan pasien terhadap perawat bersumber dari tidak terpenuhinya kebutuhan (bio-psiko-sosial-spiritual-kultural). Kondisi ini dapat dihindari dengan memenuhi kebutuhan pasien yang dilandasi perilaku *caring*.

Peneliti melakukan wawancara dengan 5 perawat di salah satu ruang rawat inap Rumah Sakit Aloe Saboe Kota Gorontalo pada 28 Januari 2011. Dua perawat menyatakan melakukan *caring* dengan pasien tetapi malu dengan teman-teman kalau harus memulai lebih dulu. Tiga perawat menyatakan tidak *caring* karena senior juga melakukan hal yang sama, sehingga perawat tersebut tidak merasa bersalah sepenuhnya. Pernyataan kelima perawat ini menggambarkan kerja sama antara sesama tim perawat belum kohesif, sehingga berdampak terhadap motivasi pelaksanaan *caring* mengalami penurunan.

Wawancara peneliti dengan tiga perawat yang berada di ruang perawatan yang berbeda dengan ruangan sebelumnya satu perawat menyatakan tidak *caring* dengan pasien karena tidak ada keharusan untuk melakukan *caring*. Dua perawat mengatakan tidak *caring* dengan pasien karena belum ada *reward* dan *punishment* dari pimpinan terkait *caring* dengan pasien. Pemberian *reward* dan *punishment* serta aturan yang terkait *caring* perawat sangat mempengaruhi kinerja perawat.

Pernyataan perawat pelaksana sejalan dengan pendapat beberapa kepala ruangan di RSAS Kota Gorontalo, kepala ruang membenarkan adanya perilaku perawat yang kurang *care* terhadap pasien. Motivasi dan bimbingan kepada perawat yang dilakukan kepala ruang belum memberikan hasil sesuai dengan yang diharapkan. Kepala ruang menambahkan dukungan dari pihak manajemen RS untuk memasukkan *caring* perawat dalam penilaian kinerja dan standar prosedur

pelaksanaan asuhan keperawatan belum ada. Pelatihan yang tidak memadai kepada seluruh staf juga merupakan faktor utama.

Data dari bidang keperawatan pada 2010 terkait jumlah perawat dan bidan yang mengikuti pendidikan berjumlah 12 orang. Perawat yang mengikuti pelatihan berjumlah 16 orang. *Inhouse training* mengenai *caring* pada pasien dilakukan sebanyak 2 kali dan hanya diikuti oleh sebagian kecil perawat pelaksana dan mayoritas adalah kepala ruangan serta ketua TIM.

Pola pengambilan keputusan menurut kepala ruangan melibatkan sebagian kecil perawat pelaksana. Penyelesaian konflik yang terjadi diruangan sebagian besar diselesaikan di tingkat atas (bidang keperawatan). Perawat pelaksana merasa tidak dipentingkan dan hal ini dapat berpengaruh terhadap perilaku perawat.

Sikap atau perilaku *caring* harus ditanamkan dan menjadi budaya yang melekat pada perawat sehingga setiap tindakan atau asuhan yang diberikan bukan hanya sekedar terselesaikannya pekerjaan tetapi pada pemuasan kebutuhan pasien. Pasien tidak harus memaklumi tugas perawat yang sibuk, tenaga kurang, pekerjaan menumpuk sehingga perawat tidak dapat memberi bantuan dengan bermacam alasan. Pasien membutuhkan respon dari apa yang dirasakan mendapat tanggapan dari perawat. Tanggapan yang baik dari perawat terhadap keluhan pasien dapat meningkatkan citra perawat pada masyarakat.

Fenomena inilah yang membuat peneliti *interest* untuk meneliti tentang **analisis faktor budaya organisasi yang berhubungan dengan perilaku *caring* perawat pelaksana di RSUD Prof. Dr. Hj. Aloei Saboe Kota Gorontalo.**

2.1 Rumusan Masalah

BOR RSAS Kota Gorontalo sejak 2008 sampai 2010 mengalami penurunan dan berada di bawah standar Kementerian Kesehatan, yaitu < 60%. Penurunan BOR rumah sakit diikuti oleh penurunan angka kepuasan pasien dari 2009 sampai 2010 mengalami penurunan sebanyak 2,3%. Penurunan angka ini menunjukkan adanya

ketidakpuasan bagi pasien, terhadap pelayanan rumah sakit khususnya pelayanan keperawatan.

Perlu penelaahan lebih lanjut tentang faktor-faktor budaya organisasi yang berhubungan dengan perilaku *caring* perawat. Peneliti merumuskan masalah penelitian adalah faktor-faktor budaya organisasi yang berhubungan dengan perilaku *caring* perawat pelaksana di RSUD. Prof. Hj. Aloei Saboe kota Gorontalo.

3.1 Tujuan Penelitian

3.1.1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian yaitu mengetahui faktor-faktor budaya organisasi yang berhubungan dengan perilaku *caring* perawat pelaksana di RSUD Prof. Dr. Hj. Aloei Saboe Kota Gorontalo.

3.1.2. Tujuan Khusus

Penelitian ini bertujuan agar teridentifikasi:

- a. Gambaran perilaku *caring* perawat di instalasi rawat inap RSUD. Prof. Dr. Hj. Aloei Saboe Kota Gorontalo.
- b. Gambaran budaya organisasi perawat di instalasi rawat inap RSUD. Prof. Dr. Hj. Aloei Saboe Kota Gorontalo.
- c. Gambaran karakteristik perawat di instalasi rawat inap RSUD. Prof. Dr. Hj. Aloei Saboe Kota Gorontalo.
- d. Hubungan faktor budaya organisasi (komunikasi, pelatihan dan pengembangan, *reward*, pengambilan keputusan, kerja sama, pengambilan risiko, dan manajemen) dengan perilaku *caring* perawat di instalasi rawat inap RSUD. Prof. Dr. Hj. Aloei Saboe Kota Gorontalo.
- e. Hubungan karakteristik perawat (umur, pendidikan, jenis kelamin, status pernikahan, dan lama kerja) dengan perilaku *caring* perawat di instalasi rawat inap RSUD. Prof. Dr. Hj. Aloei Saboe Kota Gorontalo.

- f. Hubungan budaya organisasi dengan perilaku *caring* perawat setelah dikontrol oleh faktor karakteristik perawat di RSUD. Prof. Dr. Hj. Aloei Saboe Kota Gorontalo.
- g. Faktor yang paling dominan berhubungan dengan perilaku *caring* perawat pelaksana di RSUD. Prof. Dr. Hj. Aloei Saboe Kota Gorontalo.

4.1 Manfaat Penelitian

4.1.1. Bagi Manajemen Rumah Sakit

Penelitian ini dapat dijadikan bahan pertimbangan dan masukan bagi pengelola rumah sakit untuk mengevaluasi kinerja perawat dilihat dari pelaksanaan perilaku *caring* sehingga dapat menetapkan kebijakan untuk memasukkan perilaku *caring* perawat dalam standar penilaian kinerja perawat dan standar operasional prosedur pelaksanaan asuhan keperawatan.

4.1.2. Bagi Profesi Keperawatan

Penelitian ini menjadi dasar dalam membudayakan perilaku *caring* perawat dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di RSUD Prof. Dr. Hj. Aloei Saboe Kota Gorontalo.

4.1.3. Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat menambah wawasan dan pengalaman dalam meningkatkan kemampuan menganalisis faktor budaya organisasi dengan perilaku *caring* perawat dengan menggunakan cara berfikir yang ilmiah. Penelitian ini selanjutnya dapat memberikan sumbangan pemikiran bagi peneliti lain terkait peran budaya organisasi dalam membentuk perilaku *caring* perawat di rumah sakit.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menguraikan konsep teoritis meliputi perilaku *caring* dan budaya organisasi. Konsep teori berguna untuk menjelaskan kerangka hubungan antar konsep dan menjawab hipotesis. Konsep ini juga digunakan sebagai bahan menyusun indikator yang dikembangkan menjadi instrumen penelitian.

2.1 Konsep *Caring*

Ilmu keperawatan adalah ilmu tentang kebutuhan manusia dan cara memenuhi kebutuhan dasar. *Caring* merupakan esensi dari praktik keperawatan dalam memenuhi kebutuhan manusia. Perawat sebagai *caring profession* harus memahami secara eksplisit dan implisit tentang apa yang terkandung dalam *caring profesional*.

2.1.1. Pengertian

Caring dapat mempengaruhi kehidupan seseorang dalam cara bermakna, dan memicu eksistensi yang lebih memuaskan. *Caring* merupakan suatu proses yang memberikan kesempatan pada seseorang, baik pemberi asuhan maupun penerima asuhan untuk pertumbuhan pribadi (Morrison & Burnard, (2007/ 2009). Aspek utama *caring* menurut Morrison & Burnard meliputi pengetahuan, pengalaman, kesabaran, kejujuran, rasa percaya, kerendahan hati, harapan dan keberanian.

Watson dengan *teori of human care* mempertegas bahwa *caring* sebagai jenis hubungan dan transaksi yang diperlukan antara pemberi dan penerima asuhan untuk meningkatkan dan melindungi klien sebagai manusia. Bentuk hubungan perawat dan klien adalah hubungan yang wajib dipertanggungjawabkan secara profesional (Tomey & Aligood, 2006).

Caring merupakan ilmu tentang manusia, bukan hanya sebagai perilaku namun merupakan suatu cara sehingga sesuatu menjadi berarti dan memberi motivasi untuk berbuat.

Watson (dalam Tomey & Aligood, 2006) menyatakan *caring* tidak dapat diturunkan dari satu generasi ke generasi berikutnya melalui genetika, melainkan melalui budaya profesi.

Caring bersifat sangat personal sehingga pengungkapan *caring* pada tiap klien berbeda. Persepsi transkultural yang dikemukakan Leininger (1988, dalam Potter & Perry, 2009) menekankan pentingnya pemahaman perawat tentang pelayanan kultural. Perawat perlu mempelajari kebiasaan kultur yang berbeda agar dapat mengenali dan memenuhi semua kebutuhan klien.

Caring merupakan sentral praktik keperawatan. Potter & Perry (2009) menjelaskan bahwa *caring* adalah fenomena universal yang mempengaruhi cara manusia berfikir, merasa, dan mempunyai hubungan dengan sesama. Klien dan keluarga mengharapkan kualitas hubungan individu yang baik dari perawat. Percakapan yang terjadi antara klien dan perawat pada umumnya sangat singkat dan tidak menggambarkan adanya suatu hubungan.

Teori yang mendukung pernyataan bahwa *caring* merupakan sentral praktik keperawatan dan bukan merupakan sesuatu yang unik dalam praktik keperawatan adalah teori yang dikemukakan oleh Swanson. Swanson (1991, dalam Potter & Perry, 2009) mendefinisikan bahwa *caring* adalah suatu cara pemeliharaan hubungan dengan menghargai orang lain, disertai perasaan memiliki, dan tanggung jawab. Teori Swanson berguna dalam memberikan petunjuk bagaimana membangun strategi *caring* yang berguna dan efektif.

Caring merupakan hubungan pemberi layanan yang dapat bersifat terbuka maupun tertutup. Perawat dan klien masuk dalam suatu hubungan yang tidak hanya sekedar seseorang “melakukan tugas untuk” yang lainnya. Ada hubungan memberi dan menerima yang terbentuk sebagai awal dari saling mengenal dan peduli antara perawat dan klien (Benner 2004, dalam Potter & Perry, 2009).

2.1.2. Perilaku *Caring*

Perilaku *caring* merupakan manifestasi perhatian kepada orang lain, berpusat pada orang, menghormati harga diri dan kemanusiaan. *Caring* mempunyai komitmen untuk mencegah terjadinya sesuatu yang buruk, memberi perhatian dan konsen, menghormati kepada orang lain dan kehidupan manusia. *Caring* juga merupakan ungkapan cinta dan ikatan, otoritas dan keberadaan, selalu bersama, empati, pengetahuan, penghargaan dan menyenangkan (Dwidiyanti, 2007).

Pelaksanaan *caring* dalam praktik keperawatan menurut Larson (1994, dalam Watson 2004) terdiri atas 6 dimensi. Dimensi ini meliputi kesiapan dan kesediaan, kemampuan perawat dalam memberikan penjelasan dan memfasilitasi, kenyamanan, tindakan antisipasi, membina hubungan saling percaya, memonitor dan *follow up* kesehatan klien.

a. **Kesiapan dan Kesediaan.**

Tujuan dari sikap ini untuk menciptakan hubungan perawat dan klien yang terbuka saling menghargai perasaan dan pengalaman antar perawat, klien dan keluarga. Perawat harus mematuhi dan menerima pikiran dan perasaan positif dan negatif yang berbeda pada situasi berbeda (Larson 1994, dalam Watson 2004)

Individu merupakan totalitas dari bagian-bagian yang memiliki harga diri didalam dirinya yang memerlukan perawatan, penghormatan, dipahami dalam memenuhi kebutuhannya. Lingkungan yang memiliki sifat *caring* yang selalu bersedia untuk membantu klien dapat meningkatkan dan membangun potensi klien untuk membuat pilihan tindakan baik bagi dirinya (Davis, 2000).

Manifestasi perilaku perawat: memberi kesempatan pada klien untuk mengekspresikan perasaannya, perawat mengungkapkan penerimaannya terhadap klien, mendorong klien untuk mengungkapkan harapannya, menjadi pendengar yang aktif, menyatakan kesediaan untuk selalu membantu dalam mengatasi masalah klien.

Sikap ini membutuhkan kesiapan mental dan fisik dari perawat. Tahap ini merupakan tahap pra interaksi dalam membina hubungan terapeutik keperawatan yang harus dipersiapkan oleh perawat (Stuart & Laraia, 2005).

b. Penjelasan dan fasilitasi

Perawat menggunakan metode proses keperawatan sebagai pola pikir dan pendekatan dalam penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan secara sistematis. Pendekatan dan pemecahan masalah harus didasari dengan *explain* dan *fasilitation*. *Explain* dan *fasilitation* yaitu kemampuan perawat untuk memberikan penjelasan yang berkaitan dengan perawatan klien, pengambilan keputusan dan pendidikan kesehatan bagi klien serta keluarga (Larson 1994 dalam Watson 2004).

Upaya pendidikan kesehatan bagi klien dan keluarga akan lebih efektif jika dilakukan dengan hubungan interpersonal. Hubungan interpersonal dalam memenuhi kebutuhan personal dapat memberikan kesempatan untuk pertumbuhan personal klien. Proses pembelajaran interpersonal dapat memotivasi klien untuk bertanggung jawab terhadap kesehatannya sendiri (Watson, 2004)

Manifestasi perilaku *caring*: klien mempunyai tanggung jawab untuk belajar. Perawat bertanggung jawab mengajarkan klien dengan menciptakan lingkungan yang kondusif untuk pemberian pendidikan kesehatan sesuai kebutuhan klien. penjelasan keluhan dan tindakan yang dilakukan secara rasional dan ilmiah, meyakinkan klien tentang kesediaan perawat untuk memberikan informasi, melakukan proses keperawatan sesuai dengan masalah klien, memenuhi kebutuhan klien dan keluarga, membantu keputusan pemecahan masalah secara ilmiah dalam menyelenggarakan pelayanan berfokus pada klien, melindungi klien dari praktik yang merugikan, menjadi mediator antara klien dengan anggota kesehatan lainnya (Stuart & Laraia, 2005).

c. Kenyamanan.

Perawat membantu klien mendapatkan kebutuhan dasar dengan *caring* dengan memperhatikan kenyamanan klien. Larson (1994 dalam Watson 2004) mengemukakan perawat harus mempunyai kemampuan *comfort* dalam memenuhi kebutuhan dasar klien meliputi fisik, emosional, dengan penuh penghargaan.

Pemenuhan kebutuhan yang paling mendasar harus dicapai terlebih dahulu sebelum beralih ke tingkat selanjutnya. Kebutuhan klien yang paling mendasar adalah makan, minum, eliminasi, dll. Kebutuhan klien tingkat tinggi adalah psikososial yaitu kemampuan aktivitas dan seksual. Kebutuhan aktualisasi tertinggi adalah kebutuhan intra dan interpersonal (Webster, 2001)

Manifestasi perilaku *caring* perawat: bersedia membantu kebutuhan *activity daily living* (ADL) dengan tulus dan menyatukan perasaan bangga dapat menolong klien, menghargai dan menghormati *privacy* klien, menunjukkan kepada klien bahwa klien orang yang pantas dihormati dan dihargai (Stuart & Laraia, 2005).

d. Tindakan Antisipasi

Perawat harus memiliki sikap *anticipates* dalam perilaku *caring*. Pelaksanaan *caring* dalam dimensi ini adalah melakukan pencegahan dan mengantisipasi perubahan-perubahan yang tidak diinginkan dari kondisi klien. Perawat dapat menyiapkan sesuatu yang dibutuhkan bila hal itu terjadi (Larson 1994, dalam Watson 2004).

Perawat harus dapat belajar menghargai kesensitifitasan perasaan klien dan dirinya sendiri. Sensitif terhadap diri sendiri akan menjadikan lebih sensitif terhadap orang lain dan menjadi lebih tulus dalam memberikan bantuan kepada orang lain, lebih empati dalam proses interpersonal perawat dan klien (Clark, 2003).

Manifestasi perilaku *caring* perawat: sikap empati, tenang dan sabar, menemani dan mendampingi klien, menempatkan dalam posisi klien, ikut merasakan dan prihatin terhadap ungkapan penderitaan yang di ungkapkan oleh klien, memahami

perilaku klien baik perilaku positif dan negatif dengan mengidentifikasi kebutuhan psikologis klien. Gangguan biologis dapat disebabkan oleh adanya gangguan psikologis dan biologis itu sendiri (Stuart & Laraia, 2005).

e. Membina Hubungan Saling Percaya.

Perawat dalam melakukan asuhan keperawatan harus dapat membina hubungan saling percaya dengan klien. Larson (1994, dalam Watson 2004) mengemukakan perilaku *caring* perawat harus mencerminkan *trusting relationship* yaitu kemampuan perawat membina hubungan interpersonal dengan klien, menunjukkan rasa tanggung jawab terhadap klien, dan selalu memahami klien sesuai kondisinya.

Perawat dalam membina hubungan interpersonal dengan klien harus memberikan informasi dengan jujur, dan memperlihatkan sikap empati. Sikap ini merupakan hubungan saling menguntungkan dan sangat penting bagi terbentuknya *transcultural caring*. *Transcultural caring* merupakan sikap antara perawat dan klien yang dapat meningkatkan penerimaan, perwujudan perasaan positif dan negatif (Clark, 2003). Pendapat ini didukung oleh Potter & Perry (2009) mengemukakan hubungan saling percaya diawali dengan belajar membangun dan mendukung pertolongan-kepercayaan, hubungan *caring*, melalui komunikasi yang efektif dengan klien.

Manifestasi perilaku *caring* perawat: *congruence*, *emphaty*, *non posesive warmth* dan *effective communication*. *Congruence* berarti hadir secara fisik, jujur, nyata dan alami. *Emphaty* adalah kemampuan untuk merasakan dan memahami persepsi dan perasaan klien. *Non posesive warmth* diperlihatkan dengan volume suara yang sedang, sikap tenang, postur badan dan wajah yang terbuka.

Komunikasi yang efektif memiliki aspek kognitif, afektif dan respon perilaku. Mengenalkan diri saat awal kontak, meyakinkan klien tentang kehadirannya bahwa perawat adalah orang yang siap menolong setiap dibutuhkan, mengenali kebiasaan klien, hobi atau kesukaan klien, bersikap hangat, bersahabat, dan menyediakan waktu bagi klien untuk mengekspresikan perasaan dan

pengalamannya melalui komunikasi yang efektif, serta menjelaskan setiap tindakan yang dilakukan (Stuart & Laraia, 2005).

f. Memonitor dan *Follow Up* Kesehatan Klien.

Pengenalan pengaruh lingkungan non fisik dan fisik perawat harus menjamin kemampuan profesionalnya dan keamanan tindakan keperawatan dalam membimbing dan mengawasi klien. Perilaku ini menurut Larson (1994 dalam Watson, 2004) adalah *monitors* dan *follows*. Perawat membuat pemulihan suasana pada semua tingkatan fisik maupun non fisik yang bersifat suportif, protektif, dan korektif. Perawat juga perlu mengenali pengaruh lingkungan internal dan eksternal klien terhadap kesehatan/kondisi penyakit klien.

Manifestasi perilaku *caring* perawat: meningkatkan kebersamaan, keindahan, kenyamanan, kepercayaan dan kedamaian dengan cara; menyetujui keinginan klien untuk bertemu dengan pemuka agama dan menghadiri pertemuannya, bersedia mencari alamat dan atau menghubungi keluarga yang ingin ditemui oleh klien. Menyediakan tempat tidur yang selalu rapih dan bersih, menjaga kebersihan dan ketertiban ruang perawatan, melakukan kunjungan rumah saat klien pulang (Stuart & Laraia, 2005).

2.1.3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku *Caring*

Caring merupakan aplikasi dari proses keperawatan sebagai bentuk kinerja yang ditampilkan oleh seorang perawat. Gibson, James, & John (2000) mengemukakan 3 faktor yang berpengaruh terhadap kinerja individu meliputi faktor individu, psikologis, dan organisasi.

a. Faktor Individu

Variabel individu dikelompokkan pada sub variabel kemampuan dan keterampilan, latar belakang, dan demografis. Sub variabel kemampuan dan keterampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku individu. Sub variabel demografis mempunyai efek tidak langsung pada perilaku dan kinerja individu.

Karakteristik demografis meliputi usia, jenis kelamin, latar belakang pendidikan, masa kerja, status perkawinan, dan status kepegawaian (Gibson, James, & John, 2000)

Usia berkaitan dengan tingkat kedewasaan/ maturitas seseorang. Siagian (2010) menegaskan semakin tinggi usia semakin mampu menunjukkan kematangan jiwa dan semakin dapat berpikir rasional, bijaksana, mampu mengendalikan emosi dan terbuka terhadap pandangan orang lain. Pendapat ini didukung oleh Dessler (2000) mengemukakan usia produktif adalah usia 25-45 tahun. Tahap ini merupakan penentu seseorang untuk memilih bidang pekerjaan yang sesuai bagi karir individu tersebut.

Pendapat berbeda dikemukakan oleh Robbins (2002/2005) bahwa kinerja merosot dengan semakin meningkatnya umur. Robbins menegaskan perundangan Amerika menyatakan pelanggaran hukum bagi perusahaan yang mempekerjakan pensiun. Zachher & Frese (2011) menyatakan terdapat hubungan antara umur dengan kinerja karyawan. Riset Masitoh (2001) menyatakan tidak ada hubungan bermakna antara karakteristik demografis khususnya umur dengan kinerja perawat.

Studi- studi psikologis mendapatkan bahwa tidak ada beda yang signifikan dalam produktivitas kerja pria dan wanita. Siagian (2010) mengemukakan secara sosial budaya pegawai perempuan yang berumah tangga akan memiliki tugas tambahan. Hal ini menyebabkan kemangkiran yang lebih sering dari pegawai laki-laki. Pendapat berbeda yang dikemukakan oleh Masitoh S (2001), Aminuddin (2002), dan Panjaitan (2002) mengatakan tidak ada perbedaan kinerja perawat pria dan wanita.

Latar belakang pendidikan mempengaruhi kinerja. Siagian (2010) menegaskan bahwa tingkat pendidikan perawat mempengaruhi kinerja perawat yang bersangkutan. Perawat yang berpendidikan tinggi kinerjanya akan lebih baik karena telah memiliki pengetahuan dan wawasan yang lebih luas dibandingkan

dengan perawat yang berpendidikan lebih rendah. Pangewa (2007) menyatakan bahwa faktor pendidikan mempengaruhi perilaku kerja. Makin tinggi pendidikan akan berhubungan positif terhadap perilaku kerja seseorang.

Masa kerja adalah lama seorang perawat bekerja pada suatu organisasi yaitu dimulai dari perawat resmi dinyatakan sebagai pegawai/ karyawan tetap rumah sakit. Masa kerja perawat merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap kinerja perawat. Siagiaan (2010) menyatakan bahwa lama kerja dan kepuasan serta kinerja berkaitan secara positif. Pendapat ini didukung oleh Riani (2011) karyawan yang lebih lama bekerja (senior) akan lebih produktif dari karyawan yang junior.

b. Faktor Psikologis

Variabel psikologik merupakan hal yang kompleks dan sulit diukur. Variabel ini terdiri atas sub variabel sikap, kepribadian, belajar, dan motivasi. Faktor ini banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman, dan karakteristik demokrafis (Gibson, James, & John, 2000)

Sikap mencerminkan bagaimana seseorang merasakan mengenai sesuatu. Sikap adalah pernyataan atau pertimbangan evaluatif (menguntungkan atau tidak menguntungkan) mengenai objek, orang dan peristiwa (Riani, 2011). Pemahaman tentang sikap dalam keperawatan adalah penting, karena sikap mempengaruhi kinerja perawat.

Persepsi merupakan suatu proses mental yang terjadi pada manusia yang di tafsirkan melalui indera. Persepsi merupakan suatu proses dimana individu-individu mengorganisasikan dan menafsirkan kesan-kesan indera mereka agar memberi makna bagi lingkungannya (Robbins, 2002/2005). Faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang adalah karakteristik individu meliputi sikap, motif, kepentingan, pengalaman, dan pengharapan.

Setiap orang cenderung mengembangkan pola motivasi tertentu. Motivasi adalah kekuatan yang dimiliki seseorang yang melahirkan intensitas dan ketekunan yang dilakukan secara sukarela (Sopiah, 2009). Motivasi terdiri atas 2 macam, yaitu motivasi intrinsik dan ekstrinsik. Motivasi intrinsik merupakan keinginan yang besar yang timbul dari dalam individu untuk mencapai tujuan-tujuan dalam hidupnya. Motivasi ekstrinsik merupakan motivasi yang bersumber dari luar diri yang menjadi kekuatan bagi individu tersebut untuk meraih tujuan-tujuan hidupnya, seperti pengaruh atasan, teman kerja, keluarga dll.

Faktor penghargaan akan dibahas pada faktor- faktor yang mempengaruhi budaya organisasi terhadap kinerja perawat.

c. Faktor Organisasi

Organisasi adalah suatu sistem terbuka yang berinteraksi dengan lingkungannya. Variabel organisasi yang mempengaruhi kinerja karyawan meliputi; sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, dan desain pekerjaan (Gibson, James, & John, 2000).

Sumber daya pada sebuah organisasi meliputi sumber daya manusia dan sumber daya alam. Sistem organisasi rumahsakit sumber daya manusia terdiri dari tenaga profesional, non profesional, staf administrasi, dan klien. Sumber daya alam meliputi uang, metode, peralatan, dan bahan-bahan.

Sub variabel kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan akan dijelaskan pada faktor-faktor budaya organisasi.

2.1.4. Instrumen yang Dipakai Untuk Mengukur Perilaku *Caring*

Instrumen yang dipakai dalam mengukur perilaku *caring* menurut beberapa ahli adalah sebagai berikut:

a. Daftar Dimensi Perilaku *Caring* (*Caring Dimention Inventory/CDI*).

Daftar dimensi *caring* yang di desain oleh Watson dan Lea dalam Watson (2004) merupakan instrumen yang dikembangkan untuk meneliti perilaku perawat (*perilaku caring*), yang terdiri atas 25 item.

Tabel 2.1 Daftar Dimensi *Caring*

CD1	Membantu klien dalam (<i>Activity Daily Living</i>) ADL.
CD2	Membuat catatan keperawatan mengenai klien
CD3	Merasa bersalah atau menyesal kepada klien
CD4	Memberikan pengetahuan kepada klien sebagai individu
CD5	Menjelaskan prosedur klinik
CD6	Berpakaian rapi ketika bekerja dengan klien
CD7	Duduk dengan klien
CD8	Mengidentifikasi gaya hidup klien
CD9	Melaporkan kondisi klien kepada perawat senior
CD10	Bersama klien selama prosedur klinik
CD11	Bersikap manis terhadap klien
CD12	Mengorganisasi pekerjaan dengan perawat lain untuk klien
CD13	Mendengarkan klien
CD14	Konsultasi dengan dokter mengenai klien
CD15	Menganjurkan klien mengenai aspek <i>self care</i>
CD16	Melakukan sharing mengenai masalah pribadi dengan klien
CD17	Memberikan informasi mengenai klien
CD18	Mengukur tanda vital klien
CD19	Menempatkan kebutuhan klien sebagai kebutuhan pribadi
CD20	Bersikap kompeten dalam prosedur klinik
CD21	Melibatkan klien dalam perawatan
CD22	Memberikan jaminan mengenai prosedur klinik
CD23	Memberikan privacy pada klien
CD24	Bersikap gembira dengan klien
CD25	Mengobservasi efek medikasi kepada klien.

Sumber: Watson (2004).

b. Care Q (*Caring Assesment Inventory*)

Larson (1984, Watson 2004) menjelaskan *care Q* merupakan suatu instrumen yang digunakan untuk mempersepsikan perilaku *caring* perawat. Penelitian dilakukan pada 2 sampel perawat profesional (n=57 dan n=112). Perawat mengidentifikasi perilaku yang penting adalah mendengarkan, sentuhan, kesempatan, mengekspresikan perasaan, komunikasi, dan melibatkan klien dalam

perencanaan keperawatannya. Perilaku *caring* yang ditampilkan pada alat ukur ini meliputi 50 dimensi *caring* yang dibagi dalam 6 variabel yaitu kesiapan dan kesediaan, penjelasan dan peralatan, rasa nyaman, antisipasi, hubungan saling percaya serta bimbingan dan pengawasan.

c. *Caring Behavior Inventory (CBI)*

Dimensi perilaku *caring* yang digambarkan dalam pengukuran ini meliputi 5 kategori yaitu; (1) mengakui keberadaan manusia, (2) menanggapi dengan rasa hormat, (3) pengetahuan dan keterampilan profesional (3) menciptakan hubungan yang positif. Instrumen ini menggunakan skala likert, dengan formasi klien 263, dan perawat 278 (Morrison & Burnard, (2007/ 2009).

2.2 Konsep Budaya Organisasi

2.2.1 Pengertian

Budaya organisasi merupakan sebuah sistem makna bersama tentang nilai, kepercayaan dan kebiasaan dalam suatu organisasi. Pernyataan ini didukung oleh Robbins & Judge (2008) mendefinisikan budaya organisasi merupakan sebuah sistem makna bersama yang dianut oleh para anggota yang membedakan suatu organisasi dari organisasi-organisasi lainnya. Sarplin (1995, dalam Riani, 2011) menyatakan pemikiran yang sama bahwa budaya organisasi merupakan suatu sistem nilai, kepercayaan dan kebiasaan dalam suatu organisasi yang saling berinteraksi dengan struktur sistem formalnya untuk menghasilkan norma-norma perilaku organisasi.

Setiap anggota akan berperilaku sesuai dengan budaya yang berlaku agar diterima oleh lingkungannya. Luthan (1998) mendefinisikan budaya organisasi merupakan norma-norma dan nilai-nilai yang mengarahkan perilaku anggota organisasi. Pendapat ini didukung oleh Wood, Wallace, Zeffane, Schermerhorn, Hunt dan Osborn (2001, dalam Riani 2011) mendefinisikan budaya organisasi sebagai sistem yang dipercayai dan nilai yang dikembangkan oleh organisasi dimana hal itu menuntun perilaku dari anggota organisasi itu sendiri.

Budaya organisasi diungkapkan melalui keyakinan, norma, perilaku, nilai-nilai, tata cara dari perusahaan dan terutama melalui tindakan serta kinerja pekerja dan manajemen. Menurut Jerome (2006, dalam Riani 2011) budaya organisasi adalah sebuah sistem keyakinan kolektif yang dimiliki orang dalam suatu organisasi tentang kemampuannya bersaing di pasar dan bagaimana mereka bertindak dalam sistem keyakinan tersebut untuk memberikan nilai tambah produk dan jasa di pasar (pelanggan) sebagai imbalan atas penghargaan finansial. Pendapat ini didukung oleh Kreitner dan Kinicky (2010) yang mendefinisikan budaya organisasi sebagai nilai-nilai, keyakinan, dan prinsip-prinsip dasar yang merupakan landasan bagi sistem dan praktik-praktik manajemen serta perilaku yang meningkatkan dan menguatkan prinsip-prinsip tersebut.

2.2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Budaya Organisasi

Budaya organisasi terdiri atas sejumlah karakteristik yang menjadi basis bagi sikap pemahaman bersama yang dimiliki para anggota mengenai organisasi, bagaimana segala sesuatu dilakukan di dalamnya dan cara para anggota diharapkan berperilaku. Ricardo, Ronald, & Jolly (2003) mengemukakan 7 dimensi yang mempengaruhi budaya organisasi meliputi komunikasi, pelatihan dan pengembangan, *reward*, pengambilan keputusan, pengambilan risiko, kerja sama dan praktik manajemen.

a. Komunikasi (*Communication*).

Komunikasi merupakan proses penyampaian dan pertukaran informasi dari pengirim kepada penerima, baik secara lisan, tertulis maupun menggunakan alat komunikasi. Komunikasi memiliki peranan yang penting dalam membentuk organisasi yang efektif dan efisien. Informasi yang akurat, jujur, mengenai suatu pekerjaan selama proses perekrutan dan seleksi, memberikan asumsi dan nilai bagi karyawan, sehingga berpengaruh terhadap motivasi dan kinerja karyawan (Robbins & Judge, 2007/2008).

Komunikasi merupakan kumpulan dari individu yang berinteraksi satu sama lain sehingga masalah komunikasi memegang peran sentral. Komunikasi yang baik menciptakan saling pengertian dan akan memperkuat kohesi dan tercapainya tujuan-tujuan kelompok yang berdampak pada tujuan organisasi (Sopiah, 2009).

Komunikasi berfungsi sebagai pengendali perilaku anggota. Fungsi ini berjalan ketika karyawan diwajibkan untuk menyampaikan keluhan terkait dengan pelaksanaan tugas kewajiban karyawan itu didalam perusahaan. Karyawan juga akan termotivasi dalam meningkatkan kinerja, jika karyawan diberikan informasi tentang seberapa baik hasil kerja dan cara untuk meningkatkan kinerjanya (Sully & Dallas, 2005)

Hasil riset Rodwell et.al. (1998) menyimpulkan bahwa ada hubungan positif dan signifikan baik secara parsial maupun simultan terhadap praktik komunikasi organisasional dengan kinerja karyawan. Pendapat ini didukung oleh Sulistyono (2009) menekankan terdapat pengaruh yang signifikan antara komunikasi organisasional terhadap kinerja karyawan.

Komunikasi dapat berperan sebagai pengungkapan emosi. Anggota kelompok dapat menunjukkan rasa kekecewaan atau kepuasan karyawan melalui komunikasi. Komunikasi juga berperan sebagai pertimbangan dalam pengambilan keputusan. Informasi yang didapat melalui komunikasi dapat dijadikan dasar dalam pengambilan keputusan baik secara individu maupun kelompok (Sopiah, 2009).

b. *Training and development* (pelatihan dan pengembangan).

Peningkatan kinerja karyawan diikuti dengan peningkatan pengetahuan dan keterampilan. Pelatihan dan pengembangan merupakan suatu kegiatan untuk meningkatkan pengetahuan dan memberikan dividen kepada karyawan dan perusahaan berupa keahlian dan keterampilan yang selanjutnya akan menjadi aset yang berharga bagi perusahaan (Rivai, 2009). Bertolino, truxillo, & Fraccarollo (2011) menekankan ada pengaruh antara pelatihan dan peningkatan kinerja.

Organisasi dalam upaya menciptakan budaya tanggap terhadap pelanggan tidak harus merekrut karyawan baru. Tantangan manajemen dalam hal ini adalah bagaimana membuat karyawan yang sudah ada agar lebih fokus pada pelanggan. Kasus semacam ini lebih menitikberatkan pada pelatihan daripada perekrutan (Robins & Judge, 2007/2008).

Indikasi penting untuk menilai komitmen manajemen adalah ketersediaan kesempatan untuk pengembangan diri bagi para karyawan. Keterampilan yang diperoleh karyawan melalui pelatihan apakah dapat diterapkan dalam pekerjaan serta pendidikan bagi karyawan ditujukan untuk kebutuhan sekarang atau untuk masa yang akan datang. Pernyataan ini didukung oleh penelitian Sutriyanti (2009) mendapatkan hasil perlu pelatihan dan pemberian bimbingan 6 kali setelah pelatihan untuk meningkatkan perilaku *caring* perawat sebagai wujud kinerja perawat.

c. Reward (imbalan).

Perusahaan menggunakan *Reward* (imbalan) sebagai suatu sistem balas jasa atas hasil kerja anggota/ karyawan. Perilaku yang diberi imbalan, dihukum, dan dibiarkan akan yang menentukan bagaimana sebuah budaya organisasi berevolusi. Perusahaan yang memiliki sistem *reward* yang didasarkan pada *intangible performance*, menciptakan budaya organisasi yang berorientasi pada pada karyawan atau tim. Budaya organisasi akan berorientasi pada hasil jika kriteria balas jasa berorientasi pada target pencapaian (Riani, 2011)

Dimensi ini dilihat dari perilaku apa yang mendapatkan imbalan, tipe imbalan yang digunakan, apakah secara pribadi atau kelompok, apakah semua karyawan mendapatkan bonus, kriteria apa yang digunakan untuk menilai kemajuan karyawan. Robins & Judge (2007/2008a) menekankan jika manajemen menginginkan karyawan memberikan layanan yang bagus, karyawan harus diberikan imbalan yang layak. Zachher & Frese (2011) menyatakan terdapat hubungan antara *reward* dengan kinerja karyawan.

Manajemen perlu memberikan penghargaan kepada karyawan yang telah menunjukkan kerja keras untuk menyenangkan pelanggan, seperti kenaikan gaji dan promosi berdasarkan layanan pelanggan yang luar biasa. Pendapat ini didukung oleh riset Muzaputri (2008) menjelaskan ada hubungan antara imbalan dan kinerja perawat.

d. *Decision Making* (pembuat keputusan)

Decision making (pengambil keputusan) merupakan proses identifikasi permasalahan dan peluang, serta pemilihan alternatif pemecahan masalah. Pelibatan pihak lain dalam pengambilan keputusan berperan dalam pembelajaran individu dan organisasi. Individu merasa perusahaan membutuhkan dirinya, dan nilai ini memotivasi karyawan tersebut untuk meningkatkan kinerjanya (Daft, 2003/ 2008a).

Peraturan dan kebijakan merupakan hasil dari pengambilan keputusan. Peraturan dan kebijakan mulai dari level yang tertinggi sampai terendah dapat kondusif bagi karyawan untuk meningkatkan kinerja atau sebaliknya. Peraturan yang bersifat *bottom up* dapat membuat karyawan lebih apresiatif karena merasa dilibatkan dalam pembuatan aturan tersebut. Karyawan akan merasa berkewajiban untuk melaksanakan aturan-aturan tersebut (Sopiah, 2009).

Dimensi ini fokus pada bagaimana kebijakan dibuat dan konflik dipecahkan. Kebijakan dan keputusan tersebut apakah dilakukan secara tepat atau lambat, apakah organisasi bersifat birokratis, apakah pembuat keputusan bersifat sentralis atau desentralisasi. Riset oleh Ricardo, Ronald, & Jolly (2003) mendapatkan hasil ada pengaruh antara pengambilan keputusan terhadap peningkatan budaya organisasi.

e. *Risk Taking* (pengambilan risiko)

Risk taking (pengambilan risiko) merupakan suatu tingkatan memotivasi karyawan dalam pengambilan keputusan yang inovatif, kreatif, dan berani mengambil risiko. Penghargaan dan penilaian terhadap ide-ide kreatif karyawan, memacu karyawan untuk berkompetisi menemukan hal-hal baru untuk kemajuan perusahaan. (Robbins & Judge, 2007/ 2008).

Inovasi mencakup lebih dari sekedar perbaikan, mencari dan mengambil risiko yang besar tentang gagasan dan perubahan. Mattew (2007, dalam Riani, 2011) mendefinisikan inovasi sebagai berupaya mencari cara untuk melakukan sesuatu dengan lebih baik dari pada sebelumnya. Hasil riset Rizal (2001) menekankan ada pengaruh yang signifikan antara kreativitas dan inovasi terhadap motivasi dan kinerja karyawan.

Dimensi ini fokus pada bagaimana kreatifitas dan inovasi dinilai dan dihargai. Apakah pengambil risiko telah didukung dan diperhitungkan, apakah ada keterbukaan terhadap ide-ide baru, untuk level mana manajemen mendukung saran-saran untuk perbaikan, apakah karyawan dihukum karena mencoba ide-ide baru atau menanyakan cara melaksanakan ide tersebut.

f. *Team Work* (kerja sama).

Dimensi ini berhubungan dengan jumlah, tipe dan keefektifan tim dalam organisasi. Jumlah tim dalam organisasi yang dibatasi atau tidak dibatasi, kerja sama dengan departemen yang berbeda, dan sejumlah kepercayaan diantara beberapa fungsi atau unit yang berbeda dan dukungan terhadap proses kerja (Daft, 2003/2008a)

Team work (kerja sama) merupakan dimensi dalam perusahaan atau organisasi yang berhubungan dengan jumlah, tipe dan dan kefektifan tim. Keadilan, persamaan dan konsensus merupakan faktor kunci bagi eratnya hubungan dalam kelompok.

Suatu budaya yang dapat bertahan dan berhasil menjaga perasaan ketidakpuasan kelompok dapat menjadi katalis dalam perubahan budaya (Wibowo, 2010).

Tim yang memiliki kinerja yang tinggi adalah tim yang memiliki karakteristik yang sama dan memiliki kepercayaan timbal balik yang tinggi antar anggota. Para manajer dan ketua tim mempunyai dampak yang besar terhadap iklim kepercayaan tim. Pendapat ini didukung oleh Bijaya (2006) menyatakan ada korelasi yang kuat antara tim kerja dengan kinerja perawat.

Cara manajer dan ketua tim membina kepercayaan meliputi menunjukkan cara bekerja yang baik untuk kepentingan sendiri dan orang lain, mendukung dan membela tim baik dengan kata-kata maupun tindakan. Cara yang lain adalah keterbukaan terhadap masalah dan seluruh informasi yang relevan, berlaku adil, berbagi perasaan dengan bawahan. Konsistensi dalam nilai-nilai dasar yang memandu pengambilan keputusan, memelihara keyakinan orang akan anda, serta menunjukkan kompetensi yang dimiliki juga termasuk dalam cara membangun kepercayaan terhadap tim (Sopiah, 2009).

Tim memberikan sarana yang wajar bagi karyawan untuk berbagi gagasan dan melaksanakan perbaikan. Perbaikan proses dan pelibatan karyawan merupakan bagian vital dari perbaikan proses yang tergambar dalam hakikat *Total Quality management (TQM)* (Sopiah, 2009).

g. *Manajemen Practice* (praktik manajemen)

Praktik manajemen merupakan dukungan dan gaya manajemen yang terbentuk berdasarkan etika dan nilai-nilai dengan standar yang tinggi. Manajemen harus menunjukkan sikap dan loyalitas positif terhadap pekerja dan organisasi. Manajer memberikan orang lain perasaan bahwa hasil pekerjaan yang karyawan lakukan dihargai betapapun sederhananya (Wibowo, 2010). Keadilan dan konsistensi, penyedia kerja lingkungan yang aman, serta bagaimana manajemen mendukung adanya perubahan.

Tindakan yang dapat diambil manajemen dalam membentuk budaya yang tanggap terhadap pelanggan meliputi seleksi, pelatihan dan sosialisasi, desain struktur, pemberdayaan, kepemimpinan, evaluasi kinerja dan sistem imbalan. Tindakan-tindakan ini dirancang untuk membentuk karyawan yang memiliki kompetensi, kemampuan, dan kemauan untuk memecahkan masalah pelanggan (Robins & Judge, 2007/ 2008)

Proses seleksi merupakan cara membangun budaya yang tanggap terhadap pelanggan dimulai ketika merekrut karyawan yang akan ditempatkan dibagian layanan pelanggan yang memiliki kepribadian dan sikap yang selaras dengan pelayanan yang tinggi. Studi menunjukkan bahwa keramahan, antusiasme, perhatian berpengaruh positif terhadap persepsi pelanggan terhadap kualitas layanan. Manajemen harus mempersyaratkan sifat-sifat tersebut dalam menciptakan budaya yang berorientasi pada pelanggan (Robins & Judge, 2007/ 2008).

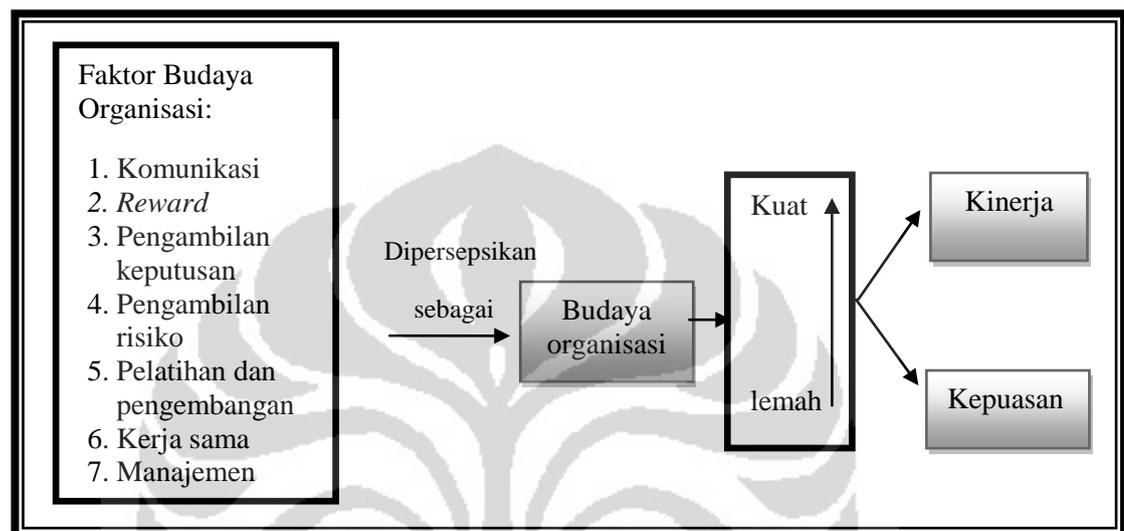
Struktur organisasi adalah bagaimana tugas pekerjaan secara formal dibagi, diklompokkan dan dikoordinasikan. Desain struktur organisasi harus memberikan karyawan lebih banyak kebebasan dengan mengurangi aturan dan ketentuan. Karyawan lebih mampu memuaskan pelanggan ketika mereka memiliki kebebasan saat memberikan pelayanan. Manajemen perlu membebaskan karyawan untuk menyesuaikan perilaku mereka dengan kebutuhan dan permintaan pelanggan yang sering berubah (Robins & Judge, 2007/ 2008).

Pemberdayaan terhadap karyawan sangat mempengaruhi kinerja. Pelanggan yang benar-benar puas adalah pelanggan yang ketika memiliki masalah, mendapati masalah itu diselesaikan oleh seorang karyawan dengan cepat dan sopan. Pemberdayaan terhadap karyawan untuk membuat keputusan seketika, *enterprise* menaikkan nilai kepuasan pelanggan (Wibowo, 2010)

Pemimpin mentransmisikan budaya organisasi melalui ucapan dan tindakan. Karyawan akan melihat perilaku manajemen puncak sebagai acuan standar untuk

menentukan perilaku yang semestinya mereka ambil. Hasil ini berdasarkan survey penelitian di universitas Michigan. Pemimpin yang berorientasi pada karyawan menghasilkan produktivitas kelompok yang tinggi dan kepuasan kerja yang baik. Pemimpin yang berorientasi produk memberikan hasil yang sebaliknya (Robins & Judge, 2007/ 2008)

Skema 2.1 Proses Budaya Organisasi yang Berdampak Terhadap Kinerja.



(Sumber Robins & Judge, 2007/2008).

2.2.3 Fungsi Budaya Organisasi

Budaya mempunyai sejumlah fungsi dalam sebuah organisasi. Menurut Robbins & Judge (2008) fungsi budaya organisasi adalah:

- a. Budaya berperan sebagai penentu batas-batas. Artinya budaya menciptakan perbedaan atau distingsi antara satu organisasi dengan organisasi lainnya. Pernyataan ini didukung oleh Sunarto (2003) bahwa budaya organisasi merupakan representatif dari ciri kualitas yang berlaku dalam organisasi tersebut.
- b. Budaya memiliki rasa identitas anggota organisasi. Sebagai contoh: logo yang digunakan *the Jakarta consultan group*, adalah orang memanah yang melambangkan ketepatan dan kecepatan (Riani, 2011).

- c. Budaya memfasilitasi lahirnya komitmen terhadap sesuatu yang lebih besar dari pada kepentingan individu. Hal senada diungkapkan Luthan (1998) bahwa budaya menghasilkan dan meningkatkan komitmen terhadap misi organisasi.
- d. Budaya meningkatkan stabilitas sistem sosial. Budaya adalah perekat sosial yang membantu menyatukan organisasi dengan cara menyediakan standar mengenai apa yang sebaiknya dikatakan dan dilakukan karyawan.
- e. Budaya sebagai mekanisme *sense-making* (pembuat makna) serta kendali yang menuntun membentuk sikap dan perilaku karyawan. Menurut Hungler (1996, dalam Sopiah, 2008) budaya menyajikan pedoman perilaku sebagai hasil dari norma-norma perilaku yang sudah terbentuk. Pernyataan ini didukung oleh Luthan (1998) budaya memberi arah dan memperkuat standar perilaku untuk mengendalikan perilaku organisasi agar melaksanakan tugas dan tanggung jawab mereka secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan dan sasaran organisasi yang telah disepakati bersama.

2.2.4 Membangun dan Mempertahankan Budaya Organisasi

Membangun dan mempertahankan budaya perusahaan yang kuat memerlukan waktu yang cukup lama dan bertahap. Budaya yang sudah terbentuk membutuhkan praktik-praktik dalam organisasi yang berfungsi memelihara dengan cara membuat karyawan memiliki pengalaman yang sama. Menurut Robbins & Judge (2007/2008) ada 3 hal yang memainkan peranan yang sangat penting dalam mempertahankan sebuah budaya yaitu proses seleksi, tindakan manajemen puncak, dan metode sosialisasi.

a. Seleksi

Proses seleksi merupakan rangkaian tahap-tahap yang digunakan untuk memutuskan pelamar mana yang akan diterima. Menurut Rivai (2009) seleksi merupakan proses pengambilan keputusan bagi calon pelamar untuk diterima atau ditolak. Tujuan seleksi secara eksplisit adalah mengidentifikasi dan merekrut individu-individu yang memiliki pengetahuan, keterampilan dan kemampuan untuk berhasil menjalankan pekerjaan didalam organisasi (Robins & Judge, 2008).

Proses seleksi merupakan upaya untuk memastikan calon pelamar memiliki kesesuaian nilai-nilai yang sama dan selaras dengan nilai organisasi. Menurut Robins & Judge (2008) Proses ini memberi informasi kepada para pelamar mengenai nilai-nilai organisasi dan para pelamar yang merasakan suatu pertentangan antara nilai-nilai yg dianut dan nilai organisasi, dapat mengajukan pengunduran diri.

Pembentukan budaya organisasi melalui proses seleksi dapat menyeragamkan dan mensosialisasikan nilai-nilai suatu organisasi kepada karyawan. Karyawan akan memiliki motivasi untuk berkarya secara maksimal sesuai dengan apa yang diharapkan oleh organisasi.

b. Tindakan Manajemen Puncak

Tindakan manajemen puncak (pimpinan) memiliki dampak besar terhadap budaya organisasi. Manajer puncak menginternalisasikan norma-norma yang berlaku di organisasi melalui apa yang mereka katakan, dan bagaimana para eksekutif senior berperilaku terkait pengambilan risiko yang diharapkan, seberapa banyak kebebasan yang diberikan kepada karyawan, pakaian dan sebagainya (Robbin & Judge, 2007/2008)

Nilai-nilai pemimpin sebuah organisasi akan menentukan nilai-nilai budaya organisasi. Menurut Hodgan (1989, dalam Riani 2011) aspek- aspek kepemimpinan tersebut meliputi *Recognition* (pengakuan), *power*, *hedonism*, *altruism*, *afiliation*, *tradition*, *security*, *commerce*, *aesthetics*, *science*.

Pemimpin dengan nilai *recognition* yang tinggi mencari ketenaran, pengakuan dan pujian dari orang lain. Perilaku pemimpin dengan tipe ini akan membentuk budaya dengan pengakuan yang tinggi, dimana prestasi, produktifitas, dan kesuksesan diakui secara cepat dan dipublikasikan. Kelemahannya, staf merasa tertekan dan kebutuhan staf tidak diperdulikan (Hodgan 1989, dalam Riani 2011)

Pemimpin dengan nilai *power* (kekuasaan) yang tinggi adalah pemimpin yang berorientasi prestasi, ingin membuat perbedaan dan membuat warisan untuk generasi berikutnya. Budaya yang diciptakan adalah budaya yang pragmatis, berorientasi hasil, dan tidak mentoleransi rasa malas. *Power* juga akan menciptakan budaya dimana pimpinan terlalu mengontrol bawahannya (*top down control*) (Hodgan 1989, dalam Riani 2011).

Pemimpin dengan *hedonism* menyukai keberagaman dan keriangannya serta gemar menghibur orang lain. Budaya yang diciptakan memiliki karakter *work-hard/play-hard*. Ada sebuah kesadaran bahwa kuantitas bersenang-senang sebanding dengan kuantitas kerja keras. Budaya ini ditandai dengan adanya pesta di kantor, perayaan bagi keberhasilan staf, dan dipenuhi rasa humor tinggi.

Kelemahannya, tidak semua orang mempunyai rasa humor yang sama, dan beberapa staf akan berpikir bahwa pimpinannya tidak serius (Hodgan 1989, dalam Riani 2011).

Pemimpin dengan nilai *altruism* cenderung suka membantu dan menyemangati orang lain. Budaya beraltruistik tinggi adalah budaya yang peduli terhadap kesejahteraan staf, dan staf didorong untuk mengembangkan bakat, dan memaksimalkan potensi mereka. Kelemahannya, sebagian staf akan berpikir, pimpinan tidak peduli dengan hasil (Hodgan 1989, dalam Riani 2011).

Pemimpin dengan afiliasi yang tinggi menyukai interaksi sosial dimanapun dan kapanpun. Budaya dengan afiliasi yang tinggi menekankan pada interaksi sosial seperti, mengadakan banyak rapat yang terjadwal atau tidak terjadwal, komunikasi yang rutin didalam sebuah bagian atau antar bagian, mengatur ruang kantor sedemikian rupa untuk mendorong interaksi (Hodgan 1989, dalam Riani 2011).

Pemimpin dengan nilai tradisi yang tinggi menghargai wewenang, tradisi, tugas dan kerja keras, serta akan menciptakan sebuah budaya yang ditandai dengan formalitas, peraturan dan prosedur yang seragam. Ada simbol-simbol yang menggambarkan rasa patriotik dan hormat pada otoritas seperti bendera, foto dan

gambar pejabat penting atau tokoh-tokoh yang berpengaruh dimasa lalu (Hodgan 1989, dalam Riani 2011).

Pemimpin yang memiliki nilai keamanan yang tinggi tidak menyukai pengambilan risiko dan menghargai struktur serta prediktabilitas. Budaya yang diciptakan sangat menghindari risiko, ditandai dengan kewaspadaan, keterbukaan untuk pilihan mundur, dan strategi-strategi yang aman. Kekhawatiran akan terjadi kesalahan, gangguan eksternal, dan berproses secara hati-hati untuk menjaga kejadian-kejadian yang tidak diinginkan (Hodgan 1989, dalam Riani 2011).

Pemimpin dengan nilai perdagangan (*commerce*) yang tinggi termotivasi dengan keuntungan. Budaya yang diciptakan ditandai oleh kedisiplinan keuangan, pencarian untung, dan usaha kerja keras untuk mengurangi biaya.

Kelemahannya yaitu karyawan akan berpikir pemimpin cenderung mementingkan keuntungan dari pada karyawan (Hodgan 1989, dalam Riani 2011).

Pemimpin dengan nilai estetika yang tinggi, khawatir pada kualitas, tampilan dan rasa produk yang dihasilkan. Budaya yang diciptakan adalah menekan pada sebuah konsep dan gaya bernilai tinggi dengan perhatian lebih pada tampilan, *layout* dan kemasan, seperti desain ruangan yang bergaya elegan, alat tulis kantor dan area resepsionis yang berkualitas tinggi (Hodgan 1989, dalam Riani 2011)

Pemimpin dengan nilai sains/ilmu pengetahuan yang tinggi memiliki karakter yang logis, empiris(hanya percaya pada dat dan fakta) dan lebih memilih untuk membuat keputusan berdasarkan data. Budaya yang diciptakan menekankan pada rasionalitas dan akuntabilitas, tetapi mungkin akan lambat bereaksi dan mengambil keputusan (Hodgan 1989, dalam Riani 2011).

c. Sosialisasi

Sosialisasi merupakan alat untuk mengintegrasikan semua hal-hal yang berhubungan dengan aktivitas dan budaya organisasi kepada karyawan. Menurut Carpenter (1994, dalam Riani, 2011) sosialisasi (*onboarding*) merupakan proses

ketika karyawan baru mempelajari sikap, pengetahuan, keterampilan, dan perilaku yang dibutuhkan untuk berfungsi secara efektif dalam organisasi. Pendapat ini didukung oleh Robbins & Judge (2007/2008) mendefinisikan sosialisasi adalah sebuah proses yang mengadaptasikan karyawan dengan kultur organisasi.

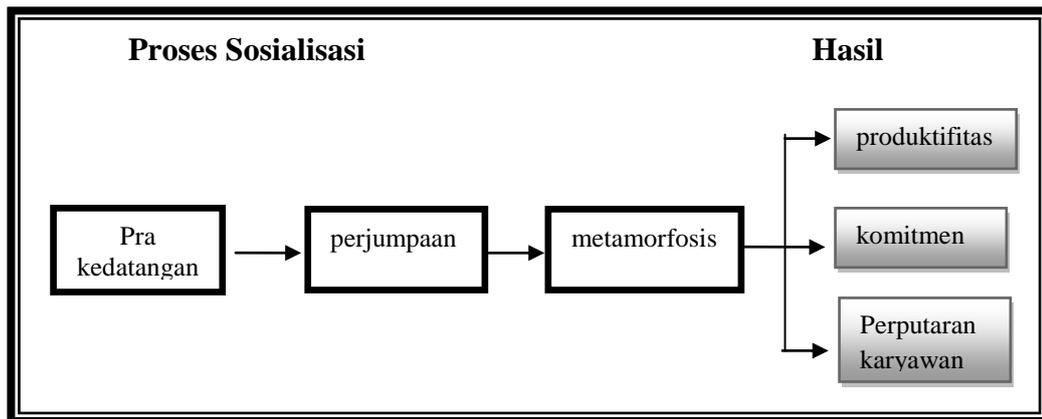
Sosialisasi bermanfaat bagi anggota, untuk memberikan gambaran yang jelas mengenai organisasi yang dimasukinya, sehingga karyawan terbantu dalam membuat keputusan yang tepat, sesuai dengan situasi yang dihadapi.

Proses ini juga memudahkan anggota dalam menyesuaikan diri dengan lingkungan, pekerjaan, dan anggota lain intra organisasi, sehingga menumbuhkan komitmen karyawan yang dapat meningkatkan kinerja organisasi secara keseluruhan Robbins & Judge (2007/2008)

Manfaat sosialisasi bagi organisasi merupakan alat komunikasi untuk semua hal yang berhubungan dengan aktifitas dan budaya organisasi sehingga hasilnya dapat dimanfaatkan anggota untuk memahami tentang organisasi. Proses sosialisasi dapat dilakukan dalam proses rekrutmen karyawan. Pemilihan karyawan yang sesuai dengan budaya organisasi akan memperkuat budaya organisasi yang telah ada (Sopiah, 2009)

Sosialisasi dapat dikonseptualisasikan sebagai sebuah proses yang terdiri atas 3 tahapan, yaitu pra kedatangan, perjumpaan dan metamorfosis. Tahap pertama pra kedatangan, mencakup semua pembelajaran yang terjadi sebelum seorang anggota baru bergabung dengan organisasi. Pada tahap kedua perjumpaan, karyawan baru melihat seperti apa sesungguhnya organisasi dan menghadapi kemungkinan bahwa antara harapan dan kenyataan berbeda. Tahap ketiga (metamorfosis) karyawan harus berubah dan menyesuaikan diri dengan pekerjaan, kelompok kerja, dan organisasi (Robbins & Judge, 2007/ 2008)

Skema 2.2 Proses Sosialisasi. (Robbins & Judge, 2007/2008)



2.2.5 Cara Karyawan Mempelajari Budaya

Budaya ditransmisikan kepada karyawan melalui berbagai bentuk, dan bentuk yang paling mungkin yaitu penceritaan kisah, ritual, simbol-simbol material, dan bahasa.

a. Cerita-cerita

Cerita yang disampaikan kepada karyawan dapat bersifat formal dan informal yang dapat menegaskan kembali tentang nilai perusahaan dan memotivasi karyawan untuk berperilaku sesuai dengan yang diharapkan organisasi. Sopiah (2009) menjabarkan cerita mengenai perjuangan pendiri organisasi, sejarah pasang surut perusahaan dan cara mengatasi kemelut dalam situasi yang tidak menentu dapat memotivasi karyawan untuk bekerja keras dan berusaha untuk memberikan yang terbaik bagi perusahaan. Pendapat ini didukung oleh Robert (2003, dalam Wibowo, 2010) mengemukakan cerita yang disampaikan baik secara formal maupun informal dapat memberi tahu dan memperkenalkan secara efektif atau menegaskan kembali nilai-nilai organisasi kepada karyawan.

b. Ritual/ Upacara

Upacara/ritual merupakan kejadian khusus untuk memperingati nilai-nilai dasar dalam organisasi. Robbins & Judge (2007/ 2008) menjelaskan ritual merupakan serangkaian kejadian berulang yang mengungkapkan dan memperkuat nilai-nilai dan tujuan terpenting organisasi, orang yang memiliki fungsi penting, dan

karyawan yang memiliki fungsi biasa-biasa saja. Seperti pemberian perhiasan kepada tenaga penjual wanita, atas keberhasilannya dalam mencapai quota penjualan.

c. Simbol

Merupakan suatu objek materil yang memberikan arti luas melebihi kandungan intrinsiknya. Wibowo (2010) mendefinisikan simbol adalah suatu objek yang dapat mengatakan lebih banyak daripada apa yang terlihat oleh mata.

Simbol ini memberikan pesan kepada karyawan baru tentang siapa-siapa yang menjadi orang penting dalam perusahaan, dan bagaimana perilaku yang sesuai dengan organisasi (konservatif, otoriter, suka mengambil risiko, dll).

d. Bahasa

Bahasa sehari-hari yang dipergunakan dalam perusahaan membantu melanjutkan budaya. Karyawan yang mempelajari bahasa yang digunakan dalam perusahaan, membuktikan penerimaan terhadap budaya dan membantu mempertahankan budaya tersebut (Kreitner & Kinicky, 2010).

2.2.6 Tipe Budaya Organisasi

Budaya organisasi merupakan filosofi dasar organisasi yang memuat keyakinan, norma, dan nilai-nilai bersama yang menjadi karakteristik inti tentang bagaimana cara melakukan sesuatu dalam organisasi. Luasnya pengertian budaya organisasi membuka peluang timbulnya berbagai pandangan tentang tipe-tipe organisasi. Menurut Kreitner & Kinicki (2010) ada 3 tipe umum budaya organisasi yang terkait dengan keyakinan normatif yang berbeda.

a. *Constructive Culture*

Constructive culture merupakan suatu kondisi budaya di mana pekerja didorong untuk berinteraksi dengan orang lain dan bekerja sama pada tugas dan proyek dengan cara yang akan membantu mereka dalam memuaskan kebutuhannya untuk tumbuh dan berkembang. Tipe budaya ini mendukung keyakinan normatif terkait dengan prestasi, aktualisasi diri dorongan kemanusiaan, dan afiliasi. (Kreitner & Kinicki, 2010).

b. *Passive-defensive Culture*

Passive-defensive culture mempunyai karakteristik menolak keyakinan bahwa pekerja harus berinteraksi dengan orang lain dengan cara yang tidak menantang keamanan kerja pekerja sendiri. Budaya ini memperkuat keyakinan normatif dikaitkan dengan penilaian, kebiasaan, ketergantungan, dan penghindaran (Kreitner & Kinicki, 2010).

c. *Aggressive-defensive Culture*

Aggressive-defensive culture mendorong pekerja mendekati tugas dan cara memaksa dengan maksud melindungi status dan keamanan kerja pekerja. Tipe budaya ini lebih mempunyai karakteristik keyakinan normatif mencerminkan oposisi, kekuatan kompetitif, dan perfeksionis (Kreitner & Kinicki, 2010).

2.2.7 Instrumen Pengukuran Budaya Organisasi

Instrumen merupakan suatu alat yang digunakan untuk mengukur variabel tertentu dalam penelitian. Instrumen atau alat pengukur yang sudah valid disuatu negara belum tentu valid jika digunakan dinegara yang budayanya berbeda. Peneliti sering kali mengadopsi satu atau beberapa instrumen dalam melakukan penelitian.

Penggunaan metode survey dalam penelitian, merupakan metode yang lebih familiar digunakan saat ini. Schein (1997) menjelaskan bahwa proses survey dapat digunakan untuk mendapatkan data yang digunakan dalam mempersepsikan budaya organisasi. Kualitas respon yang dikehendaki akan lebih kecil dari yang sebenarnya jika menggunakan metode tersebut. Peneliti tidak sebagai investigator, tetapi berinteraksi langsung dengan responden.

The denison organization culture survey merupakan salah satu bentuk format survey budaya organisasi. Model ini didasarkan pada penelitian yang sedang berlangsung lebih dari 15 tahun dan melibatkan 1000 organisasi yang dilakukan oleh Dr. Denison dari Universitas Michigan. Kelebihan dari format ini adalah mudah dan cepat diimplementasikan dan dapat dipergunakan untuk semua tingkat organisasi. (Dennison, 2000 dalam Daft, 2007/2008b).

Format survey dikembangkan berdasarkan 4 karakteristik budaya yang mempunyai pengaruh bermakna pada penampilan organisasi yaitu keterlibatan, penyesuaian, konsistensi dan misi organisasi. Karakteristik tersebut menggambarkan besarnya perhatian organisasi pada faktor internal dan eksternal sebuah organisasi (Dennison, 2000 dalam Daft, 2007/2008b).

Keterlibatan adalah faktor kunci dalam organisasi yang merupakan karakteristik nilai dari organisasi yang menempatkan pandangan tentang pentingnya keterlibatan seluruh pegawai yang bekerja sama dalam mencapai tujuan organisasi. Karakteristik ini meliputi norma dan pemberdayaan, orientasi tim dan pengembangan kapabilitas (Dennison, 2000 dalam Daft, 2007/2008b).

Penyesuaian merupakan kebutuhan organisasi dalam melaksanakan kegiatan dalam lingkungan organisasi tersebut dimana organisasi memegang nilai dan kepercayaan yang mendukung kapabilitas dalam menerima, menginterpretasikan dan menterjemahkan tanda-tanda dari lingkungan kedalam perilaku internal dari organisasi. Kemampuan adaptasi ini meliputi aspek-aspek; fokus pada pelanggan, menciptakan perubahan dan pembelajaran organisasi (Dennison, 2000 dalam Daft, 2007/2008b).

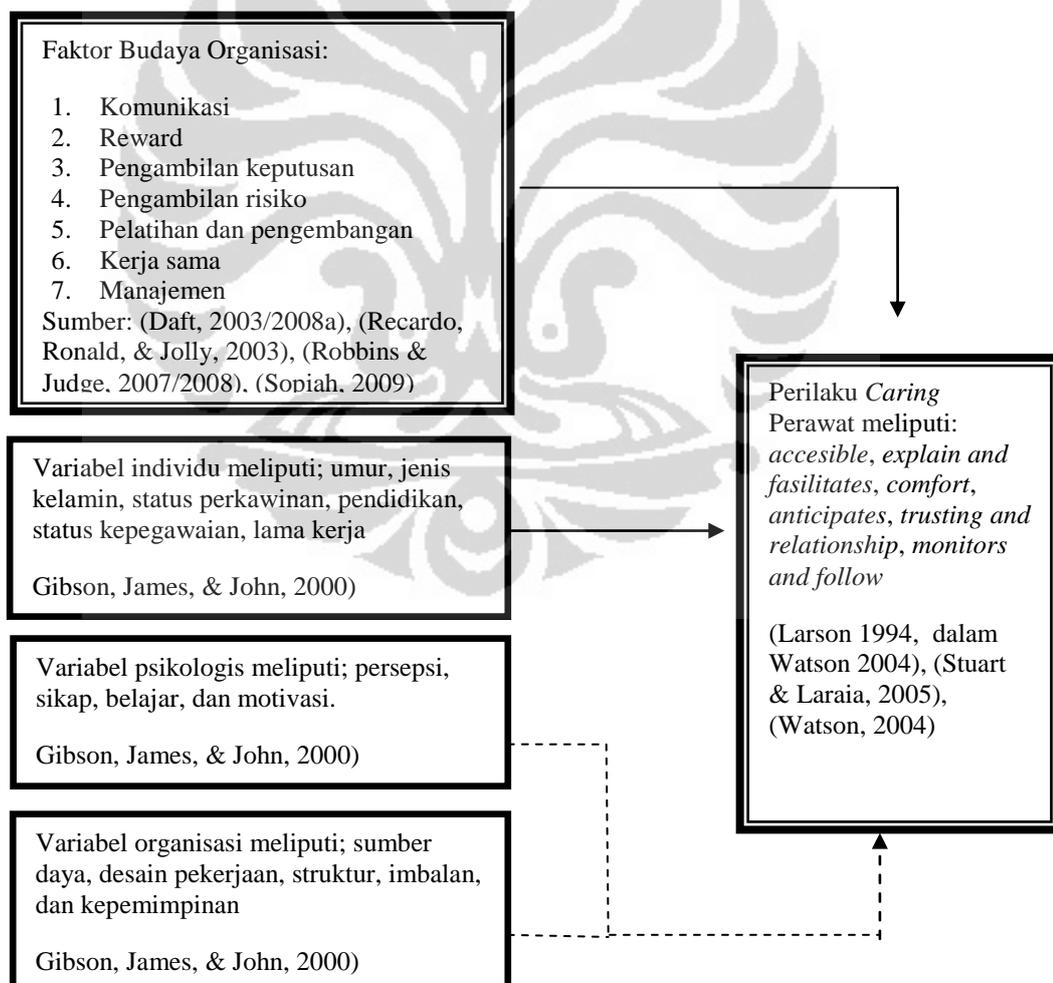
Konsistensi adalah nilai dan sistem yang mendasari kekuatan suatu budaya. Nilai memfokuskan pada integrasi sumber-sumber organisasi. Koordinasi dan sistem kontrol dan konsistensi organisasi dalam mengembangkan sistem yang efektif dalam melaksanakan kegiatan organisasi. Karakteristik konsistensi meliputi koordinasi, integrasi, kesepakatan dan nilai-nilai inti (Dennison, 2000 dalam Daft, 2007/2008b).

Misi adalah arahan pada pencapaian tujuan jangka panjang yang bermakna pada organisasi (*meaning full long term*). Misi menjelaskan tujuan dan arti yang diterjemahkan dalam tujuan eksternal organisasi. Karakteristik misi meliputi tujuan dan visi organisasi, pengarahan serta pencapaian tujuan organisasi (Dennison, 2000 dalam Daft, 2007/2008b).

2.2.8 Kerangka Teori

Perawat dalam berperilaku *caring* dipengaruhi oleh faktor budaya organisasi, karakteristik individu, psikologis dan organisasi. Watson (2004) menyatakan *caring* tidak dapat diturunkan dari satu generasi ke generasi berikutnya melalui genetika, melainkan melalui budaya profesi. Budaya organisasi menurut Ricardo, Ronald & Jolly (2003) yang dapat mempengaruhi perilaku meliputi komunikasi, pelatihan dan pengembangan, reward, pengambilan keputusan, pengambilan risiko, kerja sama, praktik manajemen. Gibson, James, & John, (2000) menjelaskan selain faktor budaya organisasi, yang mempengaruhi perilaku *caring* perawat sebagai wujud kinerjanya meliputi: karakteristik individu, psikologis, dan organisasi. Kerangka teoritis dapat dilihat pada skema berikut:

Skema 2.4 Kerangka Teori



Keterangan :  : Variabel yang diteliti.

BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini membahas kerangka konsep, hipotesis dan definisi operasional. Kerangka konsep merupakan suatu ide atau gagasan yang dinyatakan dalam simbol atau kata, yang terdiri atas variabel bebas (*independent*) dan variabel terikat (*dependent*). Hipotesis merupakan penghubung antara variabel juga merupakan jawaban sementara terhadap pertanyaan penelitian. Penelitian memerlukan proses konseptualisasi untuk menunjukkan secara tepat tentang apa yang dimaksudkan dalam penggunaan suatu istilah tertentu yang sering disebut definisi operasional.

3.1. Kerangka Konsep

Kerangka konseptual penelitian merupakan suatu hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya dari masalah yang ingin diteliti. Kerangka konsep berguna untuk menghubungkan atau menjelaskan secara panjang lebar tentang suatu topik yang akan dibahas (Setiadi, 2007). Kerangka ini didapatkan dari konsep ilmu/ teori yang dipakai sebagai landasan penelitian pada tinjauan pustaka.

Hasil kajian literatur pada tinjauan pustaka, *caring* dalam asuhan keperawatan merupakan bagian dari bentuk kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Faktor yang mempengaruhi kinerja perawat salah satunya adalah budaya organisasi.

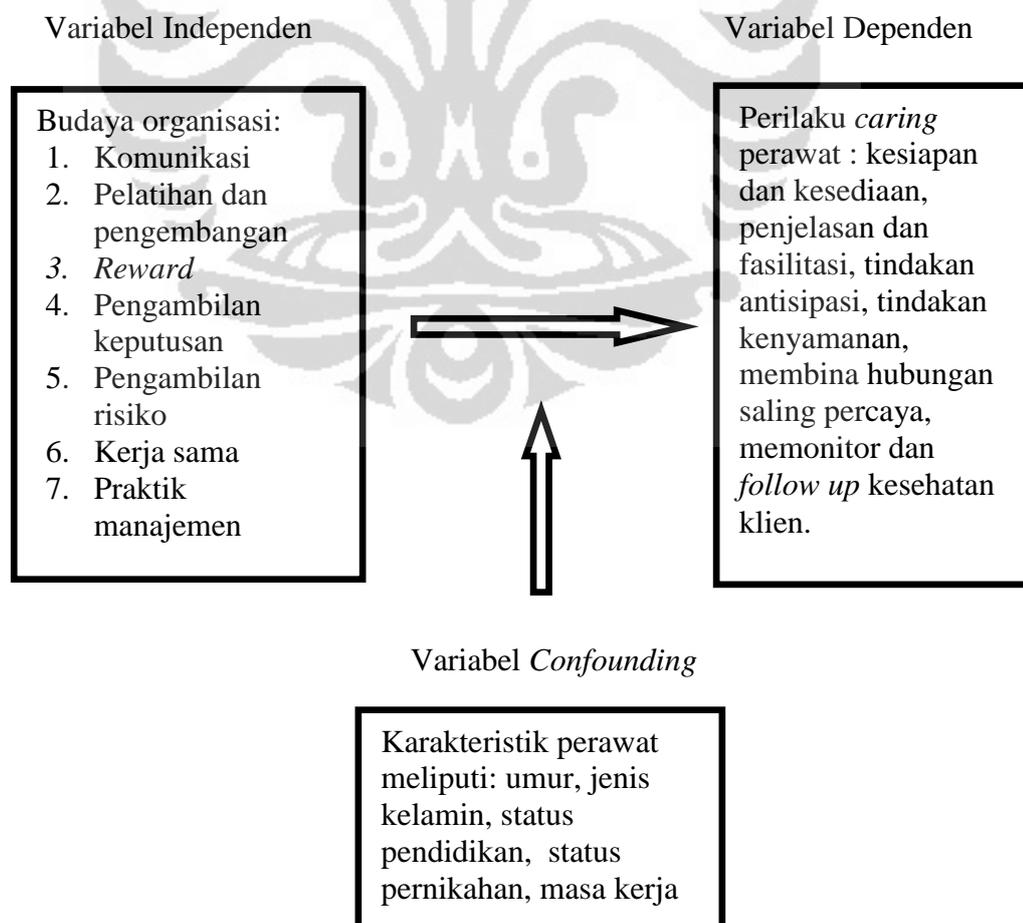
Variabel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

3.1.1. Variabel bebas (*independent*) adalah budaya organisasi. Budaya organisasi merupakan suatu sistem makna bersama yang dianut oleh para anggota dan dapat mempengaruhi perilaku karyawan. Penelitian ini akan mengelompokkan faktor budaya organisasi menjadi 7 sub variabel meliputi; komunikasi, pelatihan dan pengembangan, pengambilan keputusan, pengambilan risiko, *reward*, kerja sama dan praktik manajemen (Recardo, Ronald, & Jolly, 2003).

3.1.2. Variabel terikat (*dependent*) adalah perilaku *caring*. Perilaku *caring* merupakan esensi dari praktik keperawatan sehingga mempunyai arti yang dalam terhadap kualitas pelayanan keperawatan. Pada penelitian ini, perilaku *caring* akan dikelompokkan menjadi 6 indikator yang meliputi; kesiapan dan kesediaan, penjelasan dan fasilitasi, tindakan antisipasi, tindakan kenyamanan, membina hubungan saling percaya, memonitor dan *follow up* kesehatan klien (Larson, 1998, dalam Watson 2004).

3.1.3. Variabel *confounding* (variabel pengganggu) yaitu karakteristik perawat dengan sub variabel; umur, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, dan lama kerja (Gibson, James, & John, 2000). Variabel ini merupakan faktor yang memiliki kontribusi terhadap budaya organisasi dan perilaku *caring* perawat pelaksana. Variabel yang akan diteliti digambarkan dalam skema.

Skema 3.1. Kerangka Konsep Penelitian



3.2. Hipotesis Penelitian.

Hipotesis penelitian merupakan alternatif dugaan jawaban yang dibuat oleh peneliti bagi masalah yang diajukan dalam penelitian. Arikunto (2010) menjelaskan dugaan jawaban yang dibuat peneliti merupakan kebenaran yang sifatnya sementara yang akan diuji dengan data yang dikumpulkan melalui penelitian. Hipotesis dalam penelitian ini meliputi: .

- 3.2.1. Ada hubungan antara komunikasi, *reward*, pelatihan dan pengembangan, pengambilan keputusan, pengambilan risiko, kerja sama, praktik manajemen dengan perilaku *caring* perawat di RSUD. Prof. Dr. Hj. Aloei Saboe Kota Gorontalo.
- 3.2.2. Ada hubungan antara umur, pendidikan, jenis kelamin, status pernikahan, lama kerja dengan perilaku *caring* perawat di RSUD. Prof. Dr. Hj. Aloei Saboe Kota Gorontalo
- 3.2.3. Ada hubungan antara budaya organisasi dan perilaku *caring* perawat setelah dikontrol oleh faktor *confounding*.
- 3.2.4. Ada hubungan antara faktor yang paling dominan dengan perilaku *caring* perawat di RSUD. Prof. Dr. Hj. Aloei Saboe Kota Gorontalo.

3.3. Definisi Operasional.

Definisi operasional merupakan suatu cara untuk memberikan pemahaman yang sama tentang pengertian variabel yang akan diukur untuk menentukan metode penelitian yang akan digunakan dalam analisis data. Definisi operasional diperlukan agar pengukuran variabel atau pengumpulan data konsisten antara sumber data (responden) yang satu dengan responden yang lain (Notoatmodjo, 2010).

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel/ Sub variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1 Variabel dependen					
	Perilaku perawat <i>caring</i>	Persepsi perawat pelaksana tentang cara memenuhi kebutuhan dasar pasien yang dilandasi hubungan saling percaya dan sentuhan manusiawi dengan menggunakan 6 dimensi (<i>The Nurse behavior caring study</i>), meliputi, <i>accessible</i> (kesiapan membantu), <i>explain and facilitates</i> (penjelasan dan kemudahan), <i>comfort</i> (memberikan kenyamanan), <i>anticipates</i> (tindakan antisipasi), <i>trusting and relationship</i> (membina hubungan saling percaya), <i>monitor and follow</i> (pemantauan dan berkelanjutan)	Diukur dengan kuisioner C, terdiri dari 40 item pertanyaan perilaku <i>caring</i> dengan menggunakan skala likert: <ul style="list-style-type: none"> • Pertanyaan positif, skor: <ul style="list-style-type: none"> 1=sangat tidak setuju 2=tidak setuju 3=setuju 4=sangat setuju • Pertanyaan negatif <ul style="list-style-type: none"> Skor: <ul style="list-style-type: none"> 1=sangat setuju 2=setuju 3=tidak setuju 4= sangat tidak setuju 	Kurang (jika < 113) Baik (jika, ≥ 113)	Ordinal
2 Variabel independen					
	Budaya organisasi				
	a. komunikasi	Proses penyampaian dan pertukaran informasi tentang <i>caring</i> perawat dari pengirim kepada penerima baik secara lisan maupun tulisan	Diukur dengan kuisioner B, No. 1, 2, 3, 4, 5, 6 dan 7	Kurang (jika nilai < 20) Baik (jika, nilai ≥ 20)	Ordinal
	b. Pelatihan dan pengembangan	Persepsi perawat tentang kegiatan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat terkait perilaku <i>caring</i> meliputi pendidikan formal dan informal.	Diukur dengan kuisioner B No. 8, 9, 10, 11 dan 12.	Kurang (jika nilai < 12) Baik (jika, nilai ≥ 12)	Ordinal

No	Variabel/ Variabel	Sub	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
c.	<i>Reward</i>		Persepsi perawat tentang imbalan yang mendukung perilaku <i>caring</i> dalam bentuk: a. immateriil (suasana kerja yang kondusif, kesempatan pengembangan, syarat kerja yang tidak terlalu berat) b. materiil (gaji, insentif, sesuai dengan kinerja perawat).	Diukur dengan kuisisioner B No. 31, 32, 33 dan 34	Kurang (jika nilai < 11) Baik (jika, nilai ≥ 11)	Ordinal
d.	Pengambilan keputusan		Persepsi perawat mengenai peraturan dan kebijakan yang berkaitan dengan penerapan perilaku <i>caring</i> perawat di RS, cepat atau lambat dalam pengambilan keputusan, keputusan bersifat sentralis atau desentralisasi.	Diukur dengan kuisisioner B No. 17, 18, 19, 20 dan 21.	Kurang (jika nilai < 14) Baik (jika, nilai ≥ 14)	Ordinal
e.	Pengambilan risiko		Persepsi perawat tentang kreatifitas dan inovasi dalam perilaku <i>caring</i> dihargai, apakah ada keterbukaan mengenai ide-ide baru yang disampaikan perawat kepada pimpinan, apakah ide tentang pelaksanaan <i>caring</i> didukung oleh manajemen	Diukur dengan kuisisioner B No. 13, 14, 15, dan 16	Kurang (jika nilai < 12) Baik (jika, nilai ≥ 12)	Ordinal
f.	Kerja sama		Apakah ada kesesuaian jumlah perawat dengan beban kerja, keefektifan jumlah perawat dalam pelaksanaan <i>caring</i> terhadap pasien, apakah ruangan lain mau melaksanakan <i>caring</i> dan memiliki kesesuaian dalam jumlah untuk pelaksanaan perilaku.	Diukur dengan kuisisioner B No. 35, 36, 37, 38, dan 39	Kurang (jika nilai < 14) Baik (jika, nilai ≥ 14)	Ordinal

No	Variabel/ variabel	sub	Definisi operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
	g.	Praktik manajemen	Persepsi perawat tentang dukungan manajemen dalam melakukan <i>caring</i> terhadap pasien, meliputi fasilitas yang diberikan, aturan dan kebijakan seperti memasukkan unsur <i>caring</i> dalam SOP dan SAK, penugasan yang jelas dan adil, pengarahan dan pembinaan, serta pengawasan <i>caring</i>	Diukur dengan kuisioner B No. 22, 23, 24, 25, 26, 27. 28	Kurang (jika nilai < 24) Baik (jika, nilai ≥ 24)	Ordinal
3	Variabel konfounding					
			Karakteristik perawat			
	a.	Umur	Lama hidup perawat dihitung sejak tanggal kelahiran hingga ulang tahun terakhir pada saat mengisi kuisioner.	Diukur dengan kuisioner A No. 1.	1= < 25tahun 2= 25-45 tahun 3= ≥ 45 tahun	Ordinal
	b.	Jenis kelamin	Karakteristik perawat yang terdiri dari “laki-laki dan perempuan”	Diukur dengan kuisioner A No. 2	1= pria 2= wanita	Nominal
	c.	Pendidikan	Pendidikan formal yang terakhir diikuti dan telah selesai dibuktikan dengan tanda lulus dari institusi pendidikan tersebut.	Diukur dengan kuisioner A No. 3	1= SPK 2= DIII 3= SI	Ordinal
	d.	Status perkawinan	Perawat yang terikat pernikahan yang sah secara hukum.	Diukur dengan kuisioner A No. 6	1=belum menikah 2=menikah	Nominal
	e.	Masa kerja	Lamanya perawat bekerja dirawat inap	Diukur dengan kuisioner A No. 5.	1= < 5tahun 2= ≥ tahun	Ordinal

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang desain penelitian, populasi dan sampel yang digunakan, serta prosedur penelitian. Prosedur penelitian meliputi; tempat penelitian, waktu penelitian, etik penelitian, alat pengumpul data, pengujian instrumen, prosedur pengumpulan data dan analisis data. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis univariat, bivariat dan multivariat.

4.1.Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain survei analitik yang menjelaskan suatu keadaan atau situasi dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. *Cross sectional* bertujuan untuk meneliti hubungan antara variabel *independen* dan variabel *dependent* yang dilakukan observasi dan diukur sekaligus dalam waktu yang sama (Notoatmodjo, 2010). Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor budaya organisasi yang berhubungan dengan perilaku *caring* perawat pelaksana di RSAS Kota Gorontalo.

4.2.Populasi dan Sampel

4.2.1. Populasi

Populasi merupakan seluruh subjek (manusia, binatang atau percobaan, data laboratorium) yang akan diteliti dan memenuhi karakteristik yang ditentukan. Sugiyono (2010) menjelaskan populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek atau subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat pelaksana di ruang rawat inap berjumlah 140 perawat. Distribusi tiap ruangan dijelaskan pada tabel berikut:

**Tabel 4.1 Distribusi Jumlah Perawat Pelaksana Di Ruang Rawat Inap
RSAS Kota Gorontalo Tahun 2011.**

No	Nama Ruangan	Jumlah Perawat Pelaksana
1	Gedung I (Maternitas dan Anak)	37 perawat
2	Gedung II (Perawatan Bedah)	35 perawat
3	Gedung III (Penyakit Dalam)	40 perawat
4	Gedung IV (Tropik dan Infeksi)	9 perawat
5	VIP	19 perawat
Total		140 perawat

4.2.2. Sampel

Sampel merupakan sebagian dari populasi yang dapat mewakili atau representatif. Menurut Sugiyono (2010) sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi yang mewakili atau representatif. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *probability sampling*. *Probability sampling* merupakan teknik yang ideal dalam penelitian. Syarat teknik ini adalah memiliki *sample frame*, subyek dan karakteristik dalam populasi adalah homogen (Dahlan, 2009).

Penelitian ini menggunakan total *sampling* sebagai teknik *sampling*, setelah dilakukan kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi perawat pelaksana yaitu; perawat yang bertugas di ruang rawat inap, latar belakang pendidikan SPK, DIII, SI. Masa kerja minimal 1 tahun, dan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini. Kriteria eksklusi meliputi; perawat yang sedang cuti, sakit (dirawat di RS atau ada surat dokter jika dirawat di rumah) dan sedang mengikuti tugas belajar.

Besar sampel yang sesuai dengan kriteria inklusi adalah 120 perawat. Perawat yang masuk kriteria eksklusi yaitu 20 perawat dengan kriteria 12 perawat memiliki masa kerja < 1 tahun, 4 perawat sakit, 2 perawat cuti hamil dan 2 perawat sedang mengikuti pendidikan (Tugas belajar).

Peneliti menggunakan rumus berdasarkan proporsi dalam pengambilan besar sampel yang dikemukakan oleh Issac & Michael (dalam Sugiyono, 2010) untuk mengetahui besar sampel minimal dalam penelitian.

Rumus 4.1

$$S = \frac{\chi^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{d^2 (N - 1) + \chi^2 \cdot P \cdot Q}$$

Keterangan:

χ^2 = Nilai tabel *Chi-Square* dengan untuk satu *degree of freedom Confidence Interval (CI)* dapat menggunakan 1%, 5% dan 10%, untuk yang 1% (6,635), 5% (3,841), 10% (2,706).

N = Besarnya populasi

Q = 1-p

P = Taksiran populasi, dengan nilai 0,5

S = Besarnya proporsi

d = Perkiraan penyimpangan terhadap nilai prevalensi sebenarnya (*true prevalence*) yang besarnya disesuaikan dengan prevalensi. Secara umum nilai d yang sering dianggap bermakna adalah 5%.

Hasil berdasarkan rumus adalah sebagai berikut:

$$S = \frac{2,706 \times 140 \times 0,5 \times 0,5}{0,35 + 0,68}$$

$$S = \frac{94,71}{1,03}$$

$S = 91,5$ Dibulatkan menjadi 92 perawat pelaksana.

4.3. Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Instalasi rawat inap RSUD. Prof. Dr. Hj. Aloei Saboe Kota Gorontalo. Alasan peneliti memilih rumah sakit ini, karena rumah sakit ini merupakan rumah sakit pusat rujukan dari tatanan pelayanan kesehatan yang ada dibawahnya di Propinsi Gorontalo.

Peneliti juga *interest* dengan visi rumah sakit yaitu peningkatan mutu dengan pelayanan manusiawi yang mengasumsikan bahwa rumah sakit ingin meningkatkan mutu pelayanan khususnya pelayanan keperawatan.

Peneliti menggunakan instalasi rawat inap dengan tujuan untuk mendapatkan karakteristik yang homogen dari sampel penelitian. Ruangan intensif seperti ICU/ICCU, UGD, OKB, memiliki karakteristik pasien dengan tingkat ketergantungan penuh (*total care*) sedangkan di ruang rawat inap sebagian besar memiliki tingkat ketergantungan yang sedang (*parsial care*). Perbedaan tingkat ketergantungan berdampak terhadap perbandingan jumlah perawat dan pasien. Perawat yang bertugas di ruang intensif dituntut harus memiliki keahlian khusus dan jumlahnya lebih banyak dari ruangan rawat inap. Perbedaan karakteristik pasien dan perawat tersebut menjadikan populasi pelayanan keperawatan menjadi heterogen, sedangkan penelitian yang dilakukan saat ini membutuhkan populasi yang homogen. Oleh karena itu ruangan intensif tidak dimasukkan dalam populasi penelitian.

4.4. Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan setelah memperoleh persetujuan dari pembimbing dan izin penelitian. Penelitian dimulai dari penyusunan proposal sampai dengan penyusunan laporan tesis dilaksanakan pada 13 Februari- 30 Juni 2011.

4.5. Etika Penelitian

Peneliti telah mendapatkan izin penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI). Peneliti juga telah mendapat persetujuan izin atau lolos kaji etik (*ethical clearance*) dari Komite Etik Penelitian Keperawatan FIK UI (Lampiran 1). Aspek etik yang dijalankan dalam penelitian ini memperhatikan aspek *autonomy, confidentiality, nonmaleficence, beneficence, dan justice* (Polit & Beck, 2006; Polit & Hungler, 1999). Prinsip-prinsip etik tersebut dijaga dalam penelitian dengan cara sebagai berikut:

4.5.1. *Autonomy*

Peneliti memfasilitasi subyek penelitian untuk mengambil keputusan sendiri dalam menentukan apakah bersedia atau tidak untuk terlibat dalam penelitian ini sebagai responden tanpa paksaan. Hal ini dilakukan dengan cara memberikan penjelasan penelitian secara tertulis. Penjelasan penelitian meliputi tujuan, manfaat, serta prinsip keikutsertaan secara sukarela. Subyek penelitian diberi kebebasan untuk mengundurkan diri saat penelitian tanpa sanksi apapun. Perawat pelaksana menyatakan kesediannya berpartisipasi dalam penelitian dengan menandatangani lembar *informed consent* (Lampiran 7).

4.5.2. *Confidentiality*

Peneliti menjamin kerahasiaan penelitian. Hal ini dilakukan dengan cara tidak meminta subyek penelitian menyebutkan nama dalam pengisian kuesioner dan kuesioner dibalikkan pada tempat khusus (*box* berwarna coklat berlabel kuesioner penelitian) yang telah disediakan peneliti dalam amplop tertutup di setiap *nurse station* ruangan.

4.5.3. *Nonmaleficence*

Peneliti mengupayakan agar subyek penelitian bebas dari rasa tidak nyaman. Hal ini dilakukan dengan cara memberikan penjelasan penelitian secara tertulis bahwa subyek penelitian dijamin bebas dari risiko karena penelitian ini bersifat noneksperimental serta tidak akan mempengaruhi penilaian kinerja oleh pimpinan rumah sakit. Selain itu, pertanyaan yang diajukan dalam kuesioner penelitian tidak banyak sehingga diyakini tidak memakan waktu yang lama. Berdasarkan uji instrumen, waktu pengisian kuesioner sekitar 15 - 20 menit.

4.5.4. *Beneficience*

Hasil penelitian memiliki kontribusi untuk bidang manajemen rumah sakit dan perawat pelaksana yang dalam hal ini menjadi subyek penelitian. Hasil penelitian menjadi masukan dalam optimalisasi *caring* perawat oleh manajer rumah sakit serta manajer keperawatan. Bila pihak manajemen mampu meningkatkan *caring* perawat akan berdampak pada kepuasan pasien dan meningkat BOR rumah sakit.

4.5.5. *Justice*

Penelitian memperlakukan perawat pelaksana sama, tanpa diskriminasi pada saat memilih subyek penelitian. Penelitian menggunakan total populasi, sehingga semua perawat pelaksana memang mempunyai kesempatan yang sama untuk ikut atau tidak ikut berpartisipasi dalam penelitian

4.6. Alat Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner diklasifikasikan menjadi 3 kategori, yaitu kuesioner A untuk karakteristik perawat, kuisisioner B untuk untuk mengukur persepsi perawat tentang budaya organisasi dan kuisisioner C untuk mengukur persepsi perawat tentang perilaku *caring* (Lampiran 8).

4.6.1. Kuesioner A

Kuesioner A merupakan kuesioner tentang karakteristik perawat yang meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, dan lama kerja. Hasil pengumpulan data variabel umur dikategorikan menjadi < 25 tahun, 25- 45 tahun, dan > 45 tahun. Lama kerja dikategorikan menjadi < 5 tahun dan \geq 5 tahun. Jenis kelamin dikategorikan menjadi pria dan wanita, pendidikan dikategorikan menjadi DIII, dan SI, status pernikahan dikategorikan menjadi menikah dan belum menikah. Cara pengisian kuesioner ini dilakukan dengan memberi tanda *check list* (√)

4.6.2. Kuesioner B

Kuisisioner B merupakan kuesioner tentang budaya organisasi meliputi komunikasi, pelatihan dan pengembangan, *reward*, pengambil keputusan, pengambilan risiko, kerja sama, dan praktik manajemen. Kuesioner ini dikembangkan oleh peneliti berdasarkan teori dari dari Recardo & Jolly (2003). Peneliti mengadopsi teori ini karena lebih aplikatif dan sesuai dengan kondisi rumah sakit tempat penelitian dilakukan.

Tabel. 4.1 Distribusi Pernyataan Positif dan Negatif Variabel Budaya Organisasi.

No	Variabel	Positif	Negatif
1	Komunikasi	1, 2, 3, 6	4, 5, 7
2	Pelatihan dan pengembangan	8, 9, 11	10, 12
3	Pengambilan keputusan	17, 18, 19	20, 21
4	Pengambilan risiko	13, 15	14, 16
5	<i>Reward</i>	31, 32	33, 34
6	Kerja sama	35, 36, 37	38, 39
7	Praktik manajemen	22, 23, 25, 26, 27, 28	24, 28

Skala yang digunakan adalah skala likert 1-4 dengan kriteria untuk pernyataan positif (*favorable*) Sangat setuju, jika pernyataan tersebut sangat sesuai dengan kondisi yang dialami perawat pelaksana saat ini. (nilai 4), Setuju, jika pernyataan tersebut sesuai dengan kondisi yang dialami perawat pelaksana saat ini (nilai 3), Tidak setuju, jika pernyataan tersebut tidak sesuai dengan kondisi yang dialami perawat pelaksana saat ini (nilai 2), Sangat tidak setuju, jika pernyataan tersebut sama sekali tidak sesuai dengan kondisi yang dialami perawat pelaksana saat ini (nilai 1). Kriteria penilaian untuk pertanyaan negatif (*unfavorable*) merupakan kebalikan dari pertanyaan positif.

4.6.3. Kuesioner C

Kuesioner C merupakan penampilan perilaku *caring* yang akan dipersepsikan oleh perawat pelaksana yang bekerja di ruang rawat inap. Kuesioner ini disusun berdasarkan *Care Q (the Nurse Behavior Caring Study)* berdasarkan pendapat Larson (1998, dalam Watson 2004).

Tabel 4.2. Distribusi Pernyataan Positif dan Negatif Variabel Perilaku *Caring*

No	Variabel	Positif	Negatif
1	Kesiapan dan kesediaan	1, 3, 4, 6, 7	2, 4, 5, 8
2	Kemampuan memberikan penjelasan dan memediasi	9, 12, 14, 37, 38	10 11, 13
3	Kemampuan memenuhi kenyamanan	16, 19, 20	15, 17, 18
4	Kemampuan melakukan tindakan pencegahan	28, 27, 29, 30, 32	26, 31
5	Kemampuan perawat membina hubungan saling percaya	22, 23, 24	21, 25
6	Kemampuan memberi bantuan dan pengawasan	33, 34, 35, 36	39, 40

Peneliti menggunakan instrumen ini karena sudah teruji di dalam menilai perilaku *caring*. Instrumen ini lebih aplikatif sesuai dengan kondisi lapangan dan sangat sederhana. Pernyataan dalam kusioner dibuat dalam bentuk pernyataan positif dan negatif.

Skala yang digunakan adalah skala likert 1-4 dengan kriteria untuk pernyataan positif (*favorable*) Selalu, jika kegiatan semua dilakukan (nilai 4), Sering, jika kegiatan sebagian besar dilakukan (nilai 3), Jarang, jika kegiatan sewaktu-waktu dilakukan (nilai 2), Tidak Pernah, jika kegiatan tidak dilakukan (nilai 1). Kriteria penilaian untuk pertanyaan negatif (*unfavorable*) merupakan kebalikan dari pertanyaan positif.

4.7. Pengujian Instrumen

Karakteristik instrumen dan pengukuran yang sangat penting adalah reliabilitas dan validitas. Kedua karakteristik ini harus selalu diperhitungkan dalam setiap proses pengukuran. Instrumen yang valid dan reliabel merupakan syarat mutlak untuk mendapatkan hasil yang tepat dan akurat.

Peneliti melakukan uji coba terhadap instrumen penelitian pada 30 perawat pelaksana di RSUD. M. M. Dunda Kabupaten Gorontalo sebelum menggunakannya dalam penelitian. Alasan peneliti memilih rumah sakit ini karena memiliki tipe yang sama dengan RSAS Kota Gorontalo dan karakteristik perawat serta budaya yang sama dengan perawat di RSAS Kota Gorontalo.

4.7.1. Uji Validitas

Validitas merupakan ketepatan dan kecermatan pengukuran. Instrumen yang valid berarti alat ukur yang digunakan untuk mendapatkan data, mengukur apa yang seharusnya diukur (Sugiono, 2010). Uji validitas yang digunakan peneliti adalah uji korelasi *pearson product moment*. Pernyataan yang dinyatakan valid jika r hitung $\geq r$ tabel. Pernyataan dinyatakan tidak valid jika r hitung $< r$ tabel.

Uji coba dilakukan pada 30 perawat pelaksana di RSUD. MM. Dunda kabupaten Gorontalo pada 4- 7 April 2011. Hasil revisi untuk pertanyaan yang tidak valid adalah sebagai berikut:

- a. Pernyataan yang tidak valid tentang variabel budaya organisasi yaitu no 18 dan 37 dengan r tabel 0,299 dan 0, 2596. Peneliti melakukan revisi terhadap pernyataan yang tidak valid. Pernyataan no 18 kata “ perencanaan “ dihilangkan. Pertanyaan no 37 kata “ kohesif “ diganti “ saling mendukung”.
- b. Pernyataan yang tidak valid tentang variabel perilaku *caring* yaitu no 1, 17, 20 dan 23 dengan r tabel 0,233, 0, 3400 dan 0, 2596. Peneliti melakukan revisi terhadap pernyataan yang tidak valid. Pernyataan no 1 kata “ untuk “ diganti “seperti “. Pertanyaan no 17 ditambahkan kata “ siapapun seperti ”. Pertanyaan no 20 kata “ dengan “ diganti dengan “seperti ”. Pernyataan no 23 kalimat “saya melakukan tindakan keperawatan secara profesional“ dihilangkan.

Peneliti menguji kembali instrumen penelitian setelah direvisi kepada responden sebanyak 120 perawat pelaksana. Hasil validitas yang didapati untuk variabel *caring* berkisar dari 0,454- 0,947. Variabel budaya organisasi berkisar dari 0,421- 0,756. Perbedaan hasil uji validitas dapat dilihat pada tabel 4.3.

4.7.2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah kestabilan pengukuran. Instrumen dikatakan reliabel jika instrumen tersebut memiliki sifat konstan, stabil dan tepat. Uji reliabilitas yang dilakukan pada penelitian ini adalah uji *Cronbach's Alpha*. Pertanyaan dinyatakan reliabel jika nilai *Cronbach's Alpha* \geq kontanta (0,6) maka pertanyaan reliabel. Pertanyaan dinyatakan tidak reliabel jika nilai *Cronbach's Alpha* $<$ kontanta (0,6) (Riyanto, 2011). Hasil uji reliabilitas untuk variabel budaya organisasi adalah 0,970, sedangkan untuk variabel perilaku *caring* adalah 0,984. Perbedaan hasil uji reliabilitas dapat dilihat pada tabel 4.3

Tabel 4.3 Perbedaan Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner

No	Variabel	Validitas		Reliabilitas	
		N= 30	N= 120	N= 30	N= 120
1	Budaya organisasi	0,299- 0,756	0,421- 0,756	0,766	0,970
2	Perilaku <i>caring</i>	0,233- 0,947	0,454- 0,947	0,578	0,984

4.8. Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

4.8.1. Prosedur Administratif

- a. Peneliti mengajukan izin kepada komite etik penelitian FIK UI pada 30 Maret 2011. (Lampiran 1)
- b. Peneliti mengajukan izin penelitian dan izin uji validitas serta reliabilitas kuesioner yang dibuat oleh Dekan FIK-UI melalui koordinasi dengan pembimbing dan KPS Pascasarjana kepada direktur RSAS Kota Gorontalo pada 30 Maret 2011 (Lampiran 2 dan 3)
- c. Peneliti mengajukan izin uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian di RSUD. MM. Dunda Kabupaten Gorontalo pada 4 April 2011 (Lampiran 5).
- d. Peneliti menyiapkan kelengkapan data, dan instrumen penelitian.
- e. Peneliti mengajukan izin kepada KESBANGPOL Pemerintah daerah Kota Gorontalo pada 7 April 2011 (Lampiran 4)
- f. Peneliti menyerahkan izin penelitian dari KESBANGPOL Pemerintah daerah Kota Gorontalo kepada direktur RSAS Kota Gorontalo pada 11 April 2011.

4.8.2. Prosedur Teknik

- a. Peneliti melakukan koordinasi dengan kepala bidang keperawatan, kepala ruangan dan perawat pelaksana terkait dengan persiapan pelaksanaan penelitian pada 11 April 2011.
- b. Peneliti menjelaskan latar belakang, tujuan, dan manfaat penelitian pada seluruh kepala ruangan di ruang rawat inap pada 12 April 2011 dan selanjutnya kepala ruang membantu peneliti menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian kepada perawat pelaksana.
- c. Responden yang bersedia berpartisipasi dalam penelitian menandatangani lembar *inform consent*.

- d. Peneliti membuat kontrak waktu dengan perawat yang sudah menandatangani *informed consent* untuk berkumpul di suatu ruangan untuk mengisi kuisioner yang diberikan peneliti.
- e. Peneliti mendampingi responden agar dapat menjelaskan jika ada pertanyaan yang kurang jelas. Lama pengisian kuisioner adalah 20-30 menit dimulai dari 14- 26 April 2011.

4.9. Pengolahan dan Analisis data.

Data hasil penelitian yang telah diperoleh dilakukan pengolahan data dan penganalisisan data. pengolahan data dilakukan berdasarkan 4 tahap yaitu *editing, coding, entry, cleaning* (Hastono, 2007).

4.9.1. Editing

Memeriksa kembali kelengkapan pengisian kuisioner, kejelasan dan kesesuaian jawaban responden agar bisa diolah dengan baik. Pada tahap ini peneliti memeriksa kelengkapan lembar jawaban untuk kuisioner yang meliputi kuisioner A, B dan C. Hasil *editing* menunjukkan tidak adanya data yang tidak lengkap. Jumlah kuisioner sesuai dengan jumlah perawat yang sesuai dengan kriteria inklusi yaitu 120 perawat pelaksana. Kegiatan ini dilakukan pada 8 Mei 2011.

4.9.2. Coding

Memberikan kode pada setiap jawaban dengan mengkonversi pernyataan kedalam angka. Pada penelitian ini peneliti menggunakan nilai 1- 4 untuk mengkonversi jawaban responden. Pada variabel budaya organisasi (nilai 4), Setuju, jika pernyataan tersebut sesuai dengan kondisi yang dialami perawat pelaksana saat ini (nilai 3), Tidak setuju, jika pernyataan tersebut tidak sesuai dengan kondisi yang dialami perawat pelaksana saat ini (nilai 2), Sangat tidak setuju, jika pernyataan tersebut sama sekali tidak sesuai dengan kondisi yang dialami perawat pelaksana saat ini (nilai 1). Kriteria penilaian untuk pertanyaan negatif (*unfavorable*) merupakan kebalikan dari pertanyaan positif.

Pada variabel perilaku *caring* nilai 1-4 dengan kriteria untuk pernyataan positif (*favorable*) Selalu, jika kegiatan semua dilakukan (nilai 4), Sering, jika kegiatan sebagian besar dilakukan (nilai 3), Jarang, jika kegiatan sewaktu-waktu dilakukan (nilai 2), Tidak Pernah, jika kegiatan tidak dilakukan (nilai 1). Kriteria penilaian untuk pertanyaan negatif (*unfavorable*) merupakan kebalikan dari pertanyaan positif. Kegiatan ini dilakukan selama 3 hari yakni pada 9- 12 Mei 2011.

Pada variabel karakteristik perawat variabel umur dikategorikan dan diberi kode 1= < 25 tahun, 2= 25- 45 tahun, dan 3= > 45 tahun. Lama kerja dikategorikan menjadi 1= < 5 tahun dan 2= ≥ 5 tahun. Jenis kelamin dikategorikan menjadi 1=pria dan 2= wanita, pendidikan dikategorikan menjadi 1= SPK, 2= DIII, dan 3= SI, status pernikahan dikategorikan menjadi 2= menikah dan 1= belum menikah.

4.9.3. Entry

Peneliti melakukan *entry* data ke paket komputer terhadap semua kuisioner (A, B dan C) yang terisi penuh dan benar, dan telah dilakukan coding. Kegiatan ini dilakukan pada 13- 20 Mei 2011.

4.9.4. Cleaning

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

Penganalisisan data dilakukan setelah pengumpulan data. Penganalisisan data merupakan suatu proses lanjutan dari proses pengolahan data untuk melihat bagaimana menginterpretasikan data kemudian menganalisis data dari hasil yang sudah ada pada tahap pengolahan data (Prasetyo & Jannah, 2010).

4.9.1. Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan analisis pada satu variabel (Prasetyo & Jannah, 2010). Analisis univariat bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik masing-

masing variabel yang diteliti di dalam penelitian. Analisis univariat dalam penelitian ini berbentuk data katagorik yang dilakukan pada variabel karakteristik perawat, faktor budaya organisasi, dan variabel perilaku *caring*. Penyajian analisis univariat menggunakan frekuensi dan persentase.

4.9.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel (Prasetyo & Jannah, 2010). variabel independen adalah budaya organisasi dan variabel dependen adalah perilaku *caring* serta variabel konfonding adalah karakteristik perawat. Penelitian ini memakai Uji *Chi Square* yang digunakan untuk variabel independen berbentuk data katagorik dan dependennya katagorik.

Uji *chi square* menggunakan rumus sebagai berikut:

$$X^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

dengan $df = (k-1)(b-1)$

Keterangan:

X= *chi square*

O= nilai observasi

E= nilai ekspektasi

k= jumlah kolom

b= jumlah baris

df= derajat kebebasan

Dengan batas kemaknaan (α) yang digunakan adalah 0,05, maka:

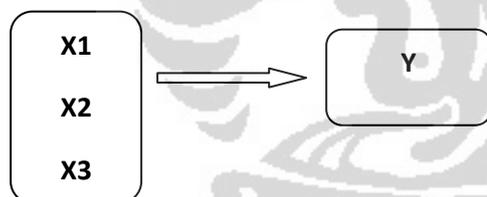
- Apabila $p \leq 0,05$, menunjukkan adanya hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen.
- Apabila $p > 0,05$, menunjukkan tidak ada hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen (Sabri,2005).

4.9.3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui variabel independen dan konfounding yang paling berhubungan dengan variabel dependen. Uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji regresi logistik ganda. Hastono (2007) mendefinisikan uji regresi logistik ganda adalah salah satu pendekatan model matematis yang digunakan untuk menganalisis hubungan satu atau beberapa variabel independen dengan sebuah variabel dependen kategorik yang bersifat dikotom/ *binary*.

Analisis multivariat regresi logistik ganda mencakup 2 hal yaitu model prediksi dan model faktor risiko. Model prediksi bertujuan memperoleh model yang terdiri dari beberapa variabel independen yang dianggap terbaik untuk memprediksi kejadian variabel dependen. Pada pemodelan ini semua variabel dianggap penting sehingga dapat dilakukan estimasi pada beberapa koefisien regresi logistik sekaligus.

Bentuk kerangka konsep model prediksi sebagai berikut:



Prosedur pemodelan meliputi; melakukan analisis bivariat dan seleksi kandidat, pemodelan multivariat, dan pemodelan akhir. Penjelasan setiap tahapan tersebut sebagai berikut:

a. Seleksi kandidat variabel independen

Tahap awal dalam analisis multivariat dengan melakukan seleksi kandidat variabel independen dengan uji bivariat kemudian dimasukkan kedalam model untuk dilanjutkan dalam analisis multivariat. Masing-masing variabel independen dilakukan analisis bivariat dengan variabel dependen. Variabel yang pada saat dilakukan uji memiliki $p < 0.25$ dan mempunyai kemaknaan secara substansi dapat dijadikan sebagai kandidat yang akan dimasukan

kedalam model multivariat. Sedangkan jika analisis bivariat menghasilkan $p > 0,25$ namun secara substansi penting, maka variabel tersebut dapat dimasukkan dalam model multivariat. Teknik pemilihan kandidat dalam analisis ini menggunakan metoda “*backward selection*”, yaitu memasukkan seluruh variabel hasil bivariat ke dalam model berdasarkan kriteria kemaknaan statistik $p < 0,25$ (Hastono, 2007) .

b. *Pemodelan Multivariat*

Pada tahap ini dilakukan pemilihan variabel yang dianggap penting untuk masuk dalam model, dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai $p < 0,05$ dan mengeluarkan variabel yang $p > 0,05$. Pengeluaran variabel tidak dilakukan serentak pada variabel dengan $p > 0,05$, namun dilakukan bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai p terbesar (Hastono, 2007).

Pengeluaran model dilakukan secara bertahap dengan tujuan melihat perubahan *Odds Ratio* (OR) pada masing-masing variabel. Bila hasil perbandingan OR terlihat tidak ada yang $> 10\%$ dengan demikian variabel dapat dikeluarkan dalam model. Namun bila pada analisis perbandingan OR, ternyata ada variabel dengan perubahan OR $> 10\%$, dengan demikian variabel yang awalnya dikeluarkan harus dimasukkan kembali ke dalam model (Hastono, 2007).

c. *Uji Interaksi*

Uji interaksi dilakukan pada variabel yang diduga secara substansi ada interaksi, kalau memang tidak ada tidak perlu dilakukan uji interaksi (Hastono, 2007).

d. *Uji confounding*

Uji *confounding* dilakukan dengan cara melihat perbedaan nilai OR untuk variabel utama dengan dikeluarkannya variabel *confounding*. Bila perubahannya $> 10\%$, maka variabel tersebut dianggap sebagai variabel *confounding* dan dipertahankan dalam model multivariat.

e. Pemodelan akhir

Pemodelan akhir dilakukan berdasarkan hasil analisis multivariat untuk melihat variabel mana yang paling dominan. Interpretasi dalam penelitian ini, yaitu penelitian *cross sectional*, dilakukan untuk menjelaskan nilai OR pada masing-masing variabel (Hastono, 2007).



BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan hasil pengumpulan data dan analisis data. Pengumpulan data dilakukan pada 7 April- 7 Mei 2011 dengan menggunakan total populasi sebanyak 120 perawat pelaksana di instalasi rawat inap setelah dikontrol dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Analisis data yang dilakukan meliputi analisis univariat, bivariat dan multivariat.

5.1. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk mengetahui nilai rata-rata, nilai tengah, dan distribusi frekuensi setiap variabel. Analisis univariat dalam penelitian ini meliputi variabel dependen yaitu perilaku *caring* perawat. Variabel independen yaitu budaya organisasi yang terdiri atas variabel komunikasi, pelatihan dan pengembangan, pengambilan keputusan, pengambilan risiko, *reward*, kerja sama dan praktik manajemen. Variabel *confounding* yaitu karakteristik perawat yang meliputi, umur, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja, dan status pernikahan.

5.2.1. Perilaku *Caring*

Perilaku *caring* perawat pelaksana di Instalasi Rawat Inap RSAS Kota Gorontalo diukur menurut persepsi perawat yang terdiri atas 2 kategori yaitu kurang dan baik berdasarkan nilai median. Peneliti menggunakan nilai median karena setelah diuji normalitas menghasilkan data yang tidak normal. Hasil pengumpulan data mengenai perilaku *caring* dapat di lihat pada tabel 5.1.

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Perilaku *Caring* di Instalasi Rawat Inap
RSAS Kota Gorontalo, Mei 2011 (n= 120)

No	Variabel	Frekuensi	Prosentase (%)
	Perilaku <i>caring</i>		
	a. Kurang	64	53,3
	b. Baik	56	46,7
	Total	120	100

Tabel diatas menunjukkan persepsi perawat pelaksana kurang tentang perilaku *caring* sebesar (53,3%) dan (46,7%) perilaku *caring* kurang.

5.2.2. Budaya Organisasi

Budaya organisasi yang diukur pada perawat pelaksana di Instalasi Rawat InapRSAS Kota Gorontalo meliputi komunikasi, pelatihan, pengambilan risiko, kerja sama, pengambilan keputusan, *reward*, dan manajemen. Distribusi sub variabel budaya dapat dilihat pada tabel 5.2

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Budaya Organisasi di Instalasi Rawat InapRSAS
Kota Gorontalo, Mei 2011 (n= 120)

No	Variabel	Frekuensi	Prosentase (%)
1	Budaya organisasi		
	a. Kurang	48	40
	b. Baik	72	60
	Total	120	100
2	Komunikasi		
	a. Kurang	56	46,7
	b. Baik	64	53,3
	Total	120	100
3	Pelatihan		
	a. Kurang	56	46,7
	b. Baik	64	53,3
	Total	120	100
4	Pengambilan risiko		
	a. Kurang	72	60
	b. Baik	48	40
	Total	120	100
5	Kerja sama		
	a. Kurang	76	63,3
	b. Baik	44	36,7
	Total	120	100
6	Pengambilan keputusan		
	a. Kurang	68	56,7
	b. Baik	52	43,3
	Total	120	100
7	<i>Reward</i>		
	a. Kurang	88	73,3
	b. Baik	32	26,7
	Total	120	100
8	Manajemen		
	a. Kurang	80	66,7
	b. Baik	40	33,3
	Total	120	100

Perawat pelaksana mempersepsikan baik tentang budaya organisasi secara keseluruhan (60%) sedangkan sisanya (40%) adalah kurang. Sub variabel budaya meliputi komunikasi sebagian besar baik (53,3%) dan (46,7%) komunikasi kurang. Pelatihan sebagian besar dipersepsikan baik (53,3%) dan (46,7%) dipersepsikan kurang oleh perawat pelaksana. Pengambilan risiko sebagian besar dipersepsikan kurang oleh perawat yaitu (60%) dan (40%) dipersepsikan baik. Kerja sama sebagian besar dipersepsikan kurang yaitu (63,3%) dan (36,7%) dipersepsikan baik. *Reward* sebagian besar dipersepsikan kurang yaitu (73,3%) dan (26,7%) dipersepsikan baik. Pengambilan keputusan sebagian besar dipersepsikan kurang oleh perawat pelaksana yaitu (56,7%) dan (43,3%) dipersepsikan baik. Manajemen dipersepsikan kurang oleh perawat sebesar (66,7%) dan (33,3%) baik.

5.2.3. Karakteristik Perawat

Karakteristik perawat meliputi umur, lama kerja, pendidikan, jenis kelamin, dan status pernikahan. Hasil uji univariat dapat dilihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3
Distribusi frekuensi karakteristik perawat pelaksana berdasarkan umur, lama kerja, pendidikan, jenis kelamin, dan status, pernikahan. di Instalasi Rawat InapRSAS Kota Gorontalo Mei, 2011 (n= 120)

No	Variabel	Frekuensi	Prosentase (%)
1	Umur		
	a. < 25 tahun	20	16,7
	b. 25- 45 tahun	98	81,7
	c. > 45 tahun	2	1,6
	Total	120	100
2	Lama kerja		
	a. < 5 tahun	56	46,7
	b. \geq 5 tahun	64	53,3
	Total	120	100
3	Pendidikan		
	a. SPK	5	4,2
	b. DIII keperawatan	88	73,3
	c. SI Keperawatan	27	22,5
	Total	120	100
4	Jenis kelamin		
	a. Laki-laki	11	9,2
	b. Perempuan	109	90,8
	Total	100	100

No	Variabel	Frekuensi	Prosentase (%)
5	Status pernikahan		
	a. Belum menikah	24	20
	b. Menikah	96	80
	Total	120	100

Hasil analisis di atas menunjukkan dari 120 responden sebagian besar karakteristik responden dengan umur 25-45 tahun yaitu (81,7%) < 25 tahun (16,7%) dan > 45 tahun (2%). Lama kerja sebagian besar \geq 5 tahun (53,3%) dan < 5 tahun (46,7%). Tingkat pendidikan sebagian besar berpendidikan DIII Keperawatan (73,3%), SI Keperawatan (22,5%). Jenis kelamin sebagian besar adalah perempuan (90,8%) sedangkan laki-laki (9,2%). Status pernikahan sebagian besar berstatus menikah (80%) dan belum menikah (20%).

5.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Variabel independen meliputi karakteristik perawat dan budaya organisasi. Variabel dependennya yaitu perilaku *caring*.

5.2.1. Hubungan Budaya Organisasi dengan Perilaku *Caring* Perawat di Instalasi Rawat InapRSAS Kota Gorontalo.

Analisis bivariat menggunakan *chi square* bertujuan untuk mengetahui hubungan budaya organisasi dengan perilaku *caring* perawat pelaksana di instalasi rawat inapRSAS Kota Gorontalo. Hasil analisisnya dapat dilihat pada tabel 5.4

Tabel 5.4
Distribusi Hubungan Budaya Organisasi Dengan Perilaku *Caring* di Instalasi Rawat InapRSAS Kota Gorontalo, Mei 2011 (n= 120)

Variabel	Perilaku <i>caring</i>				Total	P	OR (CI%)
	Kurang		Baik				
	n	%	n	%			
Komunikasi						0,000*	0.133
a. Kurang	48	75	16	25	64		(0,059-
b. Baik	16	28,6	40	71,4	56		0,300)
Pelatihan						0,024*	2,314
a. Kurang	36	64,3	20	35,7	56		(1,108-
b. Baik	28	43,8	36	56,3	64		4,834)

Variabel	Perilaku <i>caring</i>				Total	P	OR (CI%)
	Kurang		Baik				
	N	%	n	%			
Pengambilan risiko							1,250
a. Kurang	40	55,6	32	44,4	72	0,550	(0,601-
b. Baik	24	50	24	50	48		2,600)
Kerja sama							0,926
a. Kurang	24	54,5	20	45,5	48	0,840	(0,601-
b. Baik	40	52,6	36	47,4	72		2,600)
Pengambilan keputusan							0,311
a. Kurang	36	69,2	16	30,8	42	0,002*	(0,145-
b. Baik	28	41,2	40	58,8	68		0,666)
Reward							2,407
a. Kurang	52	59,1	36	40,9	88	0,036*	(1,047-
b. Baik	12	37,5	20	62,5	32		5,534)
Manajemen						0,010*	0,351
a. Kurang	28	70	12	30	40		(0,156-
b. Baik	36	45	44	55	80		0,786)
Budaya organisasi						0,036*	0,455
a. Kurang	20	61,1	28	58,3	48		(0,216-
b. Baik	44	41,7	28	58,3	72		0,957)

(*Bermakna pada $\alpha=0,05$)

Hasil analisis hubungan budaya organisasi dengan perilaku *caring* perawat menunjukkan perawat pelaksana yang mempersepsikan budaya organisasi baik dengan perilaku *caring* perawat baik sebanyak (58,3%). Sedangkan perawat pelaksana yang mempersepsikan budaya organisasi kurang dengan perilaku *caring* perawat baik sebanyak (38,9%).

Hasil uji statistik diperoleh hubungan yang bermakna artinya ada hubungan antara budaya organisasi dengan perilaku *caring* perawat ($p=0,036$; $\alpha=0,05$). Hasil analisis juga menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang mempunyai persepsi budaya organisasi baik berpeluang 0,455 kali untuk berperilaku *caring* dibanding dengan persepsi budaya organisasi kurang (OR= 0,455).

a. Hubungan komunikasi dengan perilaku *caring*

Hasil analisis hubungan komunikasi dengan perilaku *caring* perawat menunjukkan perawat pelaksana yang mempersepsikan komunikasi baik dengan perilaku *caring* perawat baik sebanyak (25%). Sedangkan perawat pelaksana yang mempersepsikan komunikasi kurang dengan perilaku *caring* perawat baik sebanyak (71,4%).

Hasil uji secara statistik menjelaskan ada hubungan yang bermakna antara komunikasi dengan perilaku *caring* perawat ($p= 0,000$; $\alpha= 0,05$). Hasil analisis juga menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang mempunyai persepsi komunikasi baik berpeluang 0,133 kali untuk berperilaku *caring* dibanding dengan persepsi budaya organisasi kurang ($OR= 0,133$).

b. Hubungan pelatihan dengan perilaku *caring*

Hasil analisis hubungan pelatihan dengan perilaku *caring* perawat menunjukkan perawat pelaksana yang mempersepsikan pelatihan baik dengan perilaku *caring* perawat baik sebanyak (56,3%). Sedangkan perawat pelaksana yang mempersepsikan pelatihan kurang dengan perilaku *caring* perawat baik sebanyak (35,7%).

Hasil analisis statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan perilaku *caring* perawat ($p= 0,024$; $\alpha= 0,05$). Hasil uji statistik juga menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang mempunyai persepsi komunikasi baik berpeluang 2,314 kali untuk berperilaku *caring* dibanding dengan persepsi komunikasi yang kurang ($OR= 2,314$).

c. Hubungan pengambilan risiko dengan perilaku *caring*

Hasil analisis hubungan pengambilan risiko dengan perilaku *caring* perawat menunjukkan perawat pelaksana yang mempersepsikan pengambilan risiko baik dengan perilaku *caring* perawat baik sebanyak (50%). Sedangkan perawat pelaksana yang mempersepsikan pengambilan risiko kurang dengan perilaku *caring* perawat baik sebanyak (44,4%).

Hasil analisis statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pengambilan risiko dengan perilaku *caring* perawat ($P=0,550$; $\alpha=0,05$). Hasil uji statistik juga menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang mempunyai persepsi pengambilan risiko baik berpeluang 1,250 kali untuk berperilaku *caring* dibanding dengan persepsi pengambilan risiko yang kurang ($OR=1,250$).

d. Hubungan kerja sama dengan perilaku *caring*

Proporsi perawat pelaksana yang mempunyai persepsi kerja sama baik dan perilaku *caring* baik sebanyak (47,4%) sedangkan perawat pelaksana yang mempunyai persepsi kerja sama kurang dan perilaku *caring* baik sebanyak (45,5%). Uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara kerja sama dengan perilaku *caring* perawat ($p=0,0840$; $\alpha=0,05$). Hasil uji statistik juga menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang mempunyai persepsi kerja sama baik berpeluang 0,926 kali untuk berperilaku *caring* dibanding dengan persepsi kerja sama yang kurang didapatkan ($OR=0,926$).

e. Hubungan pengambilan keputusan dengan perilaku *caring*

Proporsi perawat pelaksana yang mempunyai persepsi pengambilan keputusan baik dan perilaku *caring* baik sebanyak (58,8%) sedangkan perawat pelaksana yang mempunyai persepsi pengambilan keputusan kurang dan perilaku *caring* baik sebanyak (30,8%).

Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pengambilan keputusan dengan perilaku *caring* perawat ($p=0,002$; $\alpha=0,05$). Hasil uji statistik juga menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang mempunyai persepsi kerja sama baik berpeluang 0,311 kali untuk berperilaku *caring* dibanding dengan persepsi pengambilan keputusan yang kurang ($OR=0,311$).

f. Hubungan *reward* dengan perilaku *caring*

Proporsi perawat pelaksana yang mempunyai persepsi *reward* baik dan perilaku *caring* baik sebanyak (62,5%) sedangkan perawat pelaksana yang mempunyai persepsi *reward* kurang dan perilaku *caring* baik sebanyak (40,9%). Uji statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara *reward* dengan perilaku *caring* perawat ($p= 0,036$; $\alpha= 0,05$). Hasil uji statistik juga menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang mempunyai persepsi kerja sama baik berpeluang 2,407 kali untuk berperilaku *caring* dibanding dengan persepsi *reward* yang kurang (OR= 2,407).

g. Hubungan manajemen dengan perilaku *caring*

Proporsi perawat pelaksana yang mempunyai persepsi manajemen baik dan perilaku *caring* baik sebanyak (55%) sedangkan perawat pelaksana yang mempunyai persepsi manajemen kurang dan perilaku *caring* baik sebanyak (30%). Uji statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara manajemen dengan perilaku *caring* perawat ($p= 0,010$; $\alpha= 0,05$). Hasil uji statistik juga menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang mempunyai persepsi manajemen baik berpeluang 0,351 kali untuk berperilaku *caring* dibanding dengan persepsi manajemen yang kurang OR= 0,351).

5.2.2. Hubungan Karakteristik Perawat dengan Perilaku *Caring* Perawat di Instalasi Rawat Inap RSAS Kota Gorontalo.

Analisis bivariat pada penelitian ini menggunakan *Chi-square*. Analisis ini dilakukan untuk mengetahui hubungan karakteristik individu dengan perilaku *caring*. Hasil penelitian dapat dilihat pada tabel 5.4

Tabel 5.4
Distribusi Hubungan Karakteristik Perawat Dengan Perilaku *Caring*
Di instalasi Rawat Inap RSAS Kota Gorontalo, Mei 2011 (n= 120).

Variabel	Perilaku <i>caring</i>				Total	P	OR (CI%)
	Kurang		Baik				
	n	%	N	%			
Umur							(a) 1,730
a. < 25 tahun	13	65	7	35	20	0,519	(0, 332
b. 25- 45 tahun	50	51	48	49	98		- 9,005)
c. > 45 tahun	1	50	1	50	2		(b) 1,598
							(0,012-
							204.79)
Lama kerja							1,527
a. < 5 tahun	33	58,9	25	41,1	56	0,250	(0,741-
b. \geq 5 tahun	31	48,4	33	51,6	64		3,149)
Pendidikan							a. 1,551
a. SPK	3	60	2	40	5	0,061	(0,063-
b. DIII Kep	52	59,1	36	40,9	88		37,98)
c. SI Kep	9	33,3	18	66,7	27		b. 0,101
							(71,8
Jenis kelamin							0,706
a. Laki-laki	5	45,5	6	54,5	11	0,583	(0,203- 2,
b. Perempuan	59	84,1	50	45,9	109		453)
Status Pernikahan							
a. Belum menikah	18	75	6	25	24	0,017*	3,261
b. Menikah	46	47,9	50	52,1	96		(1,191-
							8,926)

(* bermakna pada $\alpha=0,05$)

Proporsi perawat pelaksana dengan kategori umur 25-45 tahun memiliki persepsi perilaku *caring* baik sebanyak (50 %). Perawat pelaksana dengan kategori umur < 25 tahun memiliki persepsi perilaku *caring* baik sebanyak (35%). Perawat dengan kategori umur > 45 tahun memiliki persepsi perilaku *caring* baik sebanyak (49%). Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dan perilaku *caring* perawat ($p=0,519$; $\alpha=0,05$).

Hasil uji statistik juga menunjukkan bahwa perawat pelaksana dengan kategori umur 25-45 tahun berpeluang 1,730 kali berperilaku *caring* baik dibanding perawat dengan kategori umur < 25 tahun. (OR= 1,730).

Proporsi perawat pelaksana dengan kategori lama kerja ≥ 5 tahun memiliki persepsi perilaku *caring* baik sebanyak (51,6%). Perawat pelaksana dengan kategori lama kerja < 5 tahun memiliki persepsi perilaku *caring* baik sebanyak (41,1%). Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara lama kerja dan perilaku *caring* perawat ($P= 0,250$; $\alpha= 0,05$). Hasil uji statistik juga menunjukkan bahwa perawat pelaksana dengan kategori lama kerja ≥ 5 tahun berpeluang 1, 527 kali berperilaku *caring* baik dibanding perawat dengan kategori lama kerja < 5 tahun. (OR= 1, 527).

Proporsi perawat pelaksana dengan tingkat pendidikan SI memiliki persepsi perilaku *caring* baik sebanyak (66,6%). Perawat pelaksana dengan tingkat pendidikan DIII Keperawatan memiliki persepsi perilaku *caring* baik sebanyak (40,9 %). Sedangkan perawat pelaksana dengan tingkat pendidikan SPK memiliki persepsi perilaku *caring* baik sebanyak (40 %). Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dan perilaku *caring* perawat ($P= 0,061$; $\alpha= 0,05$). Hasil uji statistik juga menunjukkan bahwa perawat pelaksana dengan pendidikan SI berpeluang 1,551 kali berperilaku *caring* baik dibanding perawat dengan tingkat pendidikan DIII, dan SPK . (OR= 1,551)

Proporsi perawat pelaksana dengan jenis kelamin perempuan memiliki persepsi perilaku *caring* baik sebanyak (45 %). Perawat pelaksana dengan jenis kelamin laki-laki memiliki persepsi perilaku *caring* baik sebanyak (54,5 %). Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dan perilaku *caring* perawat ($P= 0, 583$; $\alpha= 0,05$). Hasil uji statistik juga menunjukkan bahwa perawat pelaksana dengan jenis kelamin laki-laki berpeluang 0,706 kali berperilaku *caring* baik dibanding perawat dengan jenis kelamin perempuan. (OR= 0,706)

Proporsi perawat pelaksana dengan kategori menikah memiliki persepsi perilaku *caring* baik sebanyak (52,1%). Perawat pelaksana dengan kategori belum menikah memiliki persepsi perilaku *caring* baik sebanyak (25 %). Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara status pernikahan dengan perilaku *caring* perawat ($P= 0,017$; $\alpha= 0,05$). Hasil uji statistik juga menunjukkan bahwa perawat pelaksana dengan kategori menikah berpeluang 3,261 kali berperilaku *caring* baik dibanding perawat belum menikah ($OR=3,261$).

5.3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat untuk mengetahui variabel yang paling berhubungan dengan perilaku *caring* setelah dikontrol variabel *confounding*. Tahapan analisis multivariat meliputi pemilihan variabel kandidat multivariat, uji interaksi dan pemodelan akhir.

5.3.1. Pemilihan Variabel Kandidat

Tahap ini dilakukan antara variabel independen dan variabel konfounding meliputi komunikasi, pelatihan, pengambilan risiko, kerja sama, pengambilan keputusan, *reward*, manajemen, umur, lama kerja, pendidikan, jenis kelamin, status pernikahan, dan status kepegawaian. Hasil analisis bivariat dengan $p < 0,25$ maka variabel tersebut dapat masuk ke pemodelan multivariat. Hasil analisis bivariat yang menghasilkan $p > 0,25$ tetapi secara substansi penting, maka variabel tersebut dapat dimasukkan ke dalam model multivariat. Seleksi bivariat menggunakan uji regresi logistik berganda. Hasil analisis bivariat dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.6

Analisis Bivariat Regresi Logistik Variabel Karakteristik Perawat dan Budaya Organisasi dengan Perilaku *Caring* Perawat di Instalasi Rawat InapRSAS Kota Gorontalo, Mei 2011 (n= 120).

No	Variabel	P
1	Umur	0,513
2	Lama kerja	0,25
3	Pendidikan	0,059*
4	Jenis kelamin	0,583
5	Status pernikahan	0,05*
6	Komunikasi	0.000*
7	Pelatihan	0,024*
8	Pengambilan risiko	0,550
9	Kerja sama	0,838
10	Pengambilan keputusan	0.002*
11	<i>Reward</i>	0,036*
12	Manajemen	0.0009*

*. Kandidat terpilih

Hasil analisis bivariat menunjukkan variabel yang masuk pemodelan adalah variabel pendidikan, status pernikahan, komunikasi, pelatihan, pengambilan keputusan, *reward*, dan manajemen. Peneliti menganggap semua substansi penting, sehingga semua variabel dimasukkan sebagai variabel kandidat.

5.3.2. Pemodelan Multivariat

Tahappemodelan ini dilakukan dengan cara memilih variabel yang dianggap penting untuk masuk didalam model dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai $p < 0,05$ dan mengeluarkan variabel yang $p > 0,05$. Pengeluaran variabel dilakukan secara bertahap mulai dari variabel yang memiliki nilai P terbesar. Hasil analisis pemodelan awal dapat dilihat pada tabel 5.7.

Tabel 5.7
Analisis Model Awal Multivariat Regresi Logistik n=120

No	Variabel	P Wald	OR	CI 95%
1	Umur	0,809		
	Umur 1	0,515	1,730	0,332- 9,005
	Umur 2	0,850	1,598	0,012- 204, 792
2	Lama kerja	0,217	0,472	0,143- 1,556
3	Pendidikan	0,661		
	Didik 1	0,788	1,551	0,063- 37,983
	Didik 2	0,554	2,696	0,101- 71,814
4	Jenis kelamin	0,290	0,377	0,062- 2,295
5	Status pernikahan	0,049	4,935	1,007- 24, 173
6	Komunikasi	0,000	0,131	0,042- 0,406
7	Pelatihan	0,005	4,646	1,579- 13,671
8	Pengambilan risiko	0,260	2,175	0,562- 8,421
9	Kerja sama	0,559	0,714	0,321- 2,210
10	Pengambilan keputusan	0,007	0,155	0,040- 0,595
11	Reward	0,501	1,646	0,385- 7,034
12	Manajemen	0,002	0,119	0,031- 0,452

Hasil analisis tabel di atas menunjukkan bahwa ada variabel yang $p > 0,05$, sehingga harus dikeluarkan dari pemodelan multivariat secara bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai p terbesar. Variabel yang pertama dikeluarkan adalah umur1 ($p= 0,809$), kemudian secara berturut-turut yaitu didik ($p= 0,661$), kerja sama ($p= 0,559$), *reward* ($p= 0, 501$), lama kerja ($p= 0, 217$), jenis kelamin ($p= 0, 290$).

Setelah melalui langkah- langkah dalam analisis multivariat maka didapatkan model adalah sebagai berikut:

Tabel 5.8
Hasil Analisis Akhir Regresi Logistik, n= 120

No	Variabel	P Wald	OR	CI 95%
1	Status pernikahan	0,042	4,091	1,050- 15,943
2	Komunikasi	0,000	0,119	0,044- 0,321
3	Pelatihan	0,005	4,156	1,539- 11,227
4	Manajemen	0,002	0,174	0,058- 0,527
5	Pengambilan keputusan	0,010	0,282	0,108- 0,736

Berdasarkan hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa variabel yang berhubungan secara bermakna dengan *caring* perawat adalah komunikasi, pelatihan, manajemen dan pengambilan keputusan. Sedangkan status pernikahan adalah faktor konfounding.

5.3.3. Uji interaksi

Uji interaksi dilakukan pada variabel yang masuk pada hasil akhir analisis multivariat, yaitu status pernikahan, komunikasi, pelatihan, manajemen dan pengambilan keputusan. Hasil uji interaksi didapati $p > 0,05$ (0,531- 0, 854), artinya tidak ada interaksi antara status pernikahan dengan komunikasi, pelatihan, manajemen dan pengambilan keputusan.

5.3.4. Pemodelan akhir

Hasil analisis multivariat dapat menentukan model terakhir yang paling berhubungan dengan perilaku *caring* perawat. Pemodelan terakhir hasil analisis multivariat dapat dilihat pada tabel 5.9

Tabel 5.9
Pemodelan Akhir, n= 120

No	Variabel	PWald	OR	CI 95%
1	Status pernikahan	0,042	4,091	1,050- 15,943
2	Komunikasi	0,000	0,119	0,044- 0,321
3	Pelatihan	0,005	4,156	1,539- 11,227
4	Manajemen	0,002	0,174	0,058- 0,527
5	Pengambilan keputusan	0,010	0,282	0,108- 0,736

Hasil analisis multivariat menunjukkan variabel yang berhubungan bermakna adalah komunikasi, pelatihan, manajemen dan pengambilan keputusan. Sedangkan variabel status pernikahan adalah variabel konfounding. Hasil analisis didapatkan OR dari pelatihan adalah 4,156, artinya perawat pelaksana yang memiliki persepsi baik tentang pelatihan berpeluang 4, 156 untuk melaksanakan *caring* dengan baik setelah dikontrol variabel status pernikahan di instalasi rawat inap RSAS Kota Gorontalo.

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan hasil penelitian mengenai analisis faktor-faktor budaya organisasi yang berhubungan dengan perilaku *caring* perawat di RSAS Kota Gorontalo. Bahasan meliputi hasil penelitian yang didapat dengan membandingkan dengan kajian literatur serta hasil- hasil penelitian sebelumnya. Keterbatasan penelitian dan implikasi terhadap hasil penelitian dibahas pada bagian akhir bab ini.

6.1. Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian

Pembahasan hasil penelitian ditujukan pada variabel independen dan konfounding dengan perilaku *caring* sebagai variabel dependen. Variabel independen meliputi, komunikasi, pelatihan, pengambilan keputusan, pengambilan resiko, *reward*, kerja sama, manajemen. Variabel konfounding meliputi umur, pendidikan, jenis kelamin, status pernikahan, dan status kepegawaian.

6.1.1. Perilaku *caring*

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar perilaku *caring* dipersepsikan kurang oleh perawat pelaksana yaitu sebanyak (53,3%). Hal ini sangat mungkin terjadi karena perilaku *caring* belum membudaya dikalangan para perawat. Sebagian besar perawat lebih memfokuskan pada tindakan medik dan diagnostik. Perawat lebih disibukkan oleh tindakan-tindakan pengobatan sehingga waktu untuk melakukan *caring* kepada pasien lebih berkurang.

Hasil penelitian yang mendukung kurangnya perilaku *caring* perawat adalah penelitian yang dilakukan oleh Green Halg, Vanhanen dan Kyngas (1998) dalam Morrison & Burnard, (2007/ 2009) menjelaskan bahwa perawat lebih menunjukkan perilaku *caring* fisik dari pada yang afektif. Pemenuhan kebutuhan biologis menjadi fokus utama perawat, sehingga kebutuhan lainnya seperti kebutuhan psikologis, spiritual dan sosial menjadi kurang diperhatikan.

Pendapat ini sejalan dengan yang dikemukakan oleh Supriatin (2009) bahwa sebagian besar perilaku *caring* masih kurang yaitu (58,1%). Pernyataan ini didukung oleh hasil penelitian Julianti (2009) menyatakan 54,2% pelaksanaan perilaku *caring* masih rendah.

Caring merupakan esensi dari praktik keperawatan dalam memenuhi kebutuhan manusia. Perawat sebagai *caring profession* harus memahami secara eksplisit dan implisit tentang apa yang terkandung dalam *caring profesional*.

Caring dapat mempengaruhi kehidupan seseorang dalam cara bermakna, dan memicu eksistensi yang lebih memuaskan. *Caring* merupakan suatu proses yang memberikan kesempatan pada seseorang, baik pemberi asuhan maupun penerima asuhan untuk pertumbuhan pribadi (Morrison & Burnard, (2007/ 2009). Aspek utama *caring* menurut Morison & Burnard meliputi pengetahuan, pengalaman, kesabaran, kejujuran, rasa percaya, kerendahan hati, harapan dan keberanian.

Watson dengan *teori of human care* mempertegas bahwa *caring* sebagai jenis hubungan dan transaksi yang diperlukan antara pemberi dan penerima asuhan untuk meningkatkan dan melindungi klien sebagai manusia. Bentuk hubungan perawat dan klien adalah hubungan yang wajib dipertanggungjawabkan secara profesional (Tomey & Aligood, 2006).

Caring merupakan ilmu tentang manusia, bukan hanya sebagai perilaku namun merupakan suatu cara sehingga sesuatu menjadi berarti dan memberi motivasi untuk berbuat. Watson (dalam Tomey & Aligood, 2006) menyatakan *caring* tidak dapat diturunkan dari satu generasi ke generasi berikutnya melalui genetika, melainkan melalui budaya profesi.

Caring bersifat sangat personal sehingga pengungkapan *caring* pada tiap klien berbeda. Persepsi transkultural yang dikemukakan Leininger (1988, dalam Potter & Perry, 2009) menekankan pentingnya pemahaman perawat tentang pelayanan

kultural. Perawat perlu mempelajari kebiasaan kultur yang berbeda agar dapat mengenali dan memenuhi semua kebutuhan klien.

Caring merupakan sentral praktik keperawatan. Potter & Perry (2009) menjelaskan bahwa *caring* adalah fenomena universal yang mempengaruhi cara manusia berfikir, merasa, dan mempunyai hubungan dengan sesama. Klien dan keluarga mengharapkan kualitas hubungan individu yang baik dari perawat. Percakapan yang terjadi antara klien dan perawat pada umumnya sangat singkat dan tidak menggambarkan adanya suatu hubungan.

Teori yang mendukung pernyataan bahwa *caring* merupakan sentral praktik keperawatan dan bukan merupakan sesuatu yang unik dalam praktik keperawatan adalah teori yang dikemukakan oleh Swanson. Swanson (1991, dalam Potter & Perry, 2009) mendefinisikan bahwa *caring* adalah suatu cara pemeliharaan hubungan dengan menghargai orang lain, disertai perasaan memiliki, dan tanggung jawab. Teori Swanson berguna dalam memberikan petunjuk bagaimana membangun strategi *caring* yang berguna dan efektif.

Caring merupakan hubungan pemberi layanan yang dapat bersifat terbuka maupun tertutup. Perawat dan klien masuk dalam suatu hubungan yang tidak hanya sekedar seseorang “melakukan tugas untuk” yang lainnya. Ada hubungan memberi dan menerima yang terbentuk sebagai awal dari saling mengenal dan peduli antara perawat dan klien (Benner 2004, dalam Potter & Perry, 2009).

RSAS Kota Gorontalo merupakan RS tipe B Non pendidikan yang sedang berkembang. Upaya yang dilakukan RSAS dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan dimulai dari perbaikan infrastruktur sampai peningkatan SDM. Perawat sebagai *caring profession* merupakan salah satu bagian dari SDM di rumah sakit harus dapat memberikan asuhan keperawatan yang optimal sehingga mutu pelayanan kesehatan dapat ditingkatkan.

Perilaku *caring* perawat pelaksana di RSAS Kota Gorontalo yang kurang disebabkan oleh komunikasi yang kurang antara atasan dan bawahan serta sesama perawat pelaksana, belum adanya SAK dan SOP mengenai *caring* di RS, *reward* terkait pelaksanaan *caring* masih kurang. Banyak perawat yang belum memahami tentang arti, tujuan, serta tindakan keperawatan yang berlandaskan *caring* sehingga pelatihan tentang *caring* sangat penting dalam meningkatkan perilaku *caring*.

6.1.2. Budaya Organisasi

Budaya organisasi RSAS menurut perawat pelaksana secara keseluruhan cenderung baik, tetapi masih perlu ditingkatkan karena 40% responden masih menjawab kurang baik. Secara spesifik, faktor budaya organisasi yang sudah baik meliputi pelatihan, pengambin resiko, dan *reward*. Sedangkan faktor yang kurang menurut persepsi perawat meliputi, manajemen, kerja sama dan pengambilan keputusan.

Budaya organisasi merupakan sebuah sistem makna bersama. Pernyataan ini didukung oleh Robbins & Judge (2008) mendefinisikan budaya organisasi merupakan sebuah sistem makna bersama yang dianut oleh para anggota yang membedakan suatu organisasi dari organisasi-organisasi lainnya. Sarplin (1995, dalam Riani, 2011) menyatakan pemikiran yang sama bahwa budaya organisasi merupakan suatu sistem nilai, kepercayaan dan kebiasaan dalam suatu organisasi yang saling berinteraksi dengan struktur sistem formalnya untuk menghasilkan norma-norma perilaku organisasi.

Setiap anggota akan berperilaku sesuai dengan budaya yang berlaku agar diterima oleh lingkungannya. Luthan (1998) mendefinisikan budaya organisasi merupakan norma-norma dan nilai-nilai yang mengarahkan perilaku anggota organisasi. Pendapat ini didukung oleh Wood, Wallace, Zeffane, Schermerhorn, Hunt dan Osborn (2001, dalam Riani 2011) mendefinisikan budaya organisasi sebagai sistem yang dipercayai dan nilai yang dikembangkan oleh organisasi dimana hal itu menuntun perilaku dari anggota organisasi itu sendiri.

Budaya organisasi diungkapkan melalui keyakinan, norma, perilaku, nilai-nilai, tata cara dari perusahaan dan terutama melalui tindakan serta kinerja pekerja dan manajemen. Menurut Jerome (2006, dalam Riani 2011) budaya organisasi adalah sebuah sistem keyakinan kolektif yang dimiliki orang dalam suatu organisasi tentang kemampuan mereka bersaing di pasar dan bagaimana mereka bertindak dalam sistem keyakinan tersebut untuk memberikan nilai tambah produk dan jasa di pasar (pelanggan) sebagai imbalan atas penghargaan finansial. Pendapat ini didukung oleh Kreitner dan Kinicky (2010) yang mendefinisikan budaya organisasi sebagai nilai-nilai, keyakinan, dan prinsip-prinsip dasar yang merupakan landasan bagi sistem dan praktik-praktik manajemen serta perilaku yang meningkatkan dan menguatkan prinsip-prinsip tersebut.

Membangun dan mempertahankan budaya perusahaan yang kuat memerlukan waktu yang cukup lama dan bertahap. Budaya yang sudah terbentuk membutuhkan praktik-praktik dalam organisasi yang berfungsi memelihara dengan cara membuat karyawan memiliki pengalaman yang sama. Menurut Robbins & Judge (2007/2008) ada 3 hal yang memainkan peranan yang sangat penting dalam mempertahankan sebuah budaya yaitu proses seleksi, tindakan manajemen puncak, dan metode sosialisasi.

Proses seleksi merupakan rangkaian tahap-tahap yang digunakan untuk memutuskan pelamar mana yang akan diterima. Menurut Rivai (2009) seleksi merupakan proses pengambilan keputusan bagi calon pelamar untuk diterima atau ditolak. Tujuan seleksi secara eksplisit adalah mengidentifikasi dan merekrut individu-individu yang memiliki pengetahuan, keterampilan dan kemampuan untuk berhasil menjalankan pekerjaan didalam organisasi (Robins & Judge, 2008).

Proses seleksi merupakan upaya untuk memastikan calon pelamar memiliki kesesuaian nilai-nilai yang sama dan selaras dengan nilai organisasi. Menurut Robins & Judge (2008) Proses ini memberi informasi kepada para pelamar mengenai nilai-nilai organisasi dan para pelamar yang merasakan suatu

pertentangan antara nilai-nilai yang dianut dan nilai organisasi, dapat mengajukan pengunduran diri.

Pembentukan budaya organisasi melalui proses seleksi dapat menyeragamkan dan mensosialisasikan nilai-nilai suatu organisasi kepada karyawan. Karyawan akan memiliki motivasi untuk berkarya secara maksimal sesuai dengan apa yang diharapkan oleh organisasi.

Tindakan manajemen puncak (pimpinan) memiliki dampak besar terhadap budaya organisasi. Manajer puncak menginternalisasikan norma-norma yang berlaku di organisasi melalui apa yang mereka katakan, dan bagaimana para eksekutif senior berperilaku terkait pengambilan risiko yang diharapkan, seberapa banyak kebebasan yang diberikan kepada karyawan, pakaian dan semacamnya (Robbin & Judge, 2007/2008).

Perawat pelaksana di ruang rawat inap RSAS Kota Gorontalo, sebagian besar memiliki lama kerja ≥ 5 tahun yaitu (53,3%) yang mengindikasikan perawat senior lebih banyak dari perawat junior. Perilaku yang ditampilkan perawat senior masih banyak yang tidak sesuai dengan SOP dan SAK pelayanan keperawatan sehingga perilaku ini yang dijadikan acuan bagi perawat junior untuk melaksanakan tindakan perawatan. Tindakan manajemen puncak yang dimulai dari kepala ruang hingga manajer keperawatan terkait *reward* dan *funishment* bagi yang tidak melakukan tindakan keperawatan yang tidak sesuai SOP dan SAK masih belum dirasakan oleh semua perawat yang berdampak pada kurangnya budaya organisasi tentang *caring* perawat.

Sosialisasi merupakan alat untuk mengintegrasikan semua hal-hal yang berhubungan dengan aktivitas dan budaya organisasi kepada karyawan. Menurut Carpenter (1994, dalam Riani, 2011) sosialisasi (*onboarding*) merupakan proses ketika karyawan baru mempelajari sikap, pengetahuan, keterampilan, dan perilaku yang dibutuhkan untuk berfungsi secara efektif dalam organisasi. Pendapat ini

didukung oleh Robbins & Judge (2007/2008) mendefinisikan sosialisasi adalah sebuah proses yang mengadaptasikan karyawan dengan dengan kultur organisasi.

Sosialisasi bermanfaat bagi anggota, untuk memberikan gambaran yang jelas mengenai organisasi yang dimasukinya, sehingga karyawan terbantu dalam membuat keputusan yang tepat, sesuai dengan situasi yang dihadapi. Proses ini juga memudahkan anggota dalam menyesuaikan diri dengan lingkungan, pekerjaan, dan anggota lain intra organisasi, sehingga menumbuhkan komitmen karyawan yang dapat meningkatkan kinerja organisasi secara keseluruhan Robbins & Judge (2007/2008)

Manfaat sosialisasi bagi organisasi merupakan alat komunikasi untuk semua hal yang berhubungan dengan aktifitas dan budaya organisasi sehingga hasilnya dapat dimanfaatkan anggota untuk memahami tentang organisasi. Proses sosialisasi dapat dilakukan dalam proses rekrutmen karyawan. Pemilihan karyawan yang sesuai dengan budaya organisasi akan memperkuat budaya organisasi yang telah ada (Sopiah, 2009)

Sosialisasi dapat dikonseptualisasikan sebagai sebuah proses yang terdiri atas 3 tahapan, yaitu pra kedatangan, perjumpaan dan metamorfosis. Tahap pertama pra kedatangan, mencakup semua pembelajaran yang terjadi sebelum seorang anggota baru bergabung dengan organisasi. Pada tahap kedua perjumpaan, karyawan baru melihat seperti apa sesungguhnya organisasi dan menghadapi kemungkinan bahwa antara harapan dan kenyataan berbeda. Tahap ketiga (metamorfosis) karyawan harus berubah dan menyesuaikan diri dengan pekerjaan, kelompok kerja, dan organisasi (Robbins & Judge, 2007/ 2008)

6.1.3. Hubungan Faktor Budaya Organisasi (komunikasi, pelatihan, pengambilan keputusan, pengambilan resiko, kerja sama, *reward*, dan manajemen) dengan perilaku *caring*.

a. Budaya organisasi dengan perilaku *caring*.

Hasil analisis hubungan budaya organisasi dengan perilaku *caring* perawat menunjukkan perawat pelaksana yang mempersepsikan budaya organisasi baik dengan perilaku *caring* perawat baik sebanyak (58,3%). Sedangkan perawat pelaksana yang mempersepsikan budaya organisasi kurang dengan perilaku *caring* perawat baik sebanyak (38,9%).

Hasil uji statistik diperoleh hubungan yang bermakna artinya ada hubungan antara budaya organisasi dengan perilaku *caring* perawat ($p= 0,036$; $\alpha= 0,05$). Hasil analisis juga menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang mempunyai persepsi budaya organisasi baik berpeluang 0,455 kali untuk berperilaku *caring* dibanding dengan persepsi budaya organisasi kurang ($OR= 0,455$). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Burdahyat (2009) menyatakan ada hubungan antara budaya organisasi dengan kinerja perawat.

Budaya organisasi merupakan sebuah sistem makna bersama. Pernyataan ini didukung oleh Robbins & Judge (2008) mendefinisikan budaya organisasi merupakan sebuah sistem makna bersama yang dianut oleh para anggota yang membedakan suatu organisasi dari organisasi-organisasi lainnya. Sarplin (1995, dalam Riani, 2011) menyatakan pemikiran yang sama bahwa budaya organisasi merupakan suatu sistem nilai, kepercayaan dan kebiasaan dalam suatu organisasi yang saling berinteraksi dengan struktur sistem formalnya untuk menghasilkan norma-norma perilaku organisasi.

Membangun dan mempertahankan budaya perusahaan yang kuat memerlukan waktu yang cukup lama dan bertahap. Budaya yang sudah terbentuk membutuhkan praktik-praktik dalam organisasi yang berfungsi memelihara dengan cara membuat karyawan memiliki pengalaman yang sama. Menurut

Robbins & Judge (2007/2008) ada 3 hal yang memainkan peranan yang sangat penting dalam mempertahankan sebuah budaya yaitu proses seleksi, tindakan manajemen puncak, dan metode sosialisasi.

Proses seleksi merupakan rangkaian tahap-tahap yang digunakan untuk memutuskan pelamar mana yang akan diterima. Menurut Rivai (2009) seleksi merupakan proses pengambilan keputusan bagi calon pelamar untuk diterima atau ditolak. Tujuan seleksi secara eksplisit adalah mengidentifikasi dan merekrut individu-individu yang memiliki pengetahuan, keterampilan dan kemampuan untuk berhasil menjalankan pekerjaan didalam organisasi (Robins & Judge, 2008).

Proses seleksi merupakan upaya untuk memastikan calon pelamar memiliki kesesuaian nilai-nilai yang sama dan selaras dengan nilai organisasi. Menurut Robins & Judge (2008) Proses ini memberi informasi kepada para pelamar mengenai nilai-nilai organisasi dan para pelamar yang merasakan suatu pertentangan antara nilai-nilai yg dianut dan nilai organisasi, dapat mengajukan pengunduran diri.

Pembentukan budaya organisasi melalui proses seleksi dapat menyeragamkan dan mensosialisasikan nilai-nilai suatu organisasi kepada karyawan. Karyawan akan memiliki motivasi untuk berkarya secara maksimal sesuai dengan apa yang diharapkan oleh organisasi. RSAS kota gorontalo sudah menerapkan proses seleksi terhadap perawat baru tetapi hanya terbatas pada perawat non PNS. Perawat CPNS yang baru tidak dilakukan proses seleksi lagi karena perawat tersebut sudah memiliki Surat Keputusan dari pemerintah daerah dan langsung ditempatkan pada ruangan yang membutuhkan. Adanya perbedaan perlakuan proses seleksi terhadap perawat PNS dan Non PNS berdampak pada perbedaan nilai-nilai organisasi khususnya tentang *caring* perawat. Hal ini menyebabkan perawat kurang termotivasi dalam melakukan *caring* pada pasien.

Tindakan manajemen puncak (pimpinan) memiliki dampak besar terhadap budaya organisasi. Manajer puncak menginternalisasikan norma-norma yang berlaku di organisasi melalui apa yang mereka katakan, dan bagaimana para eksekutif senior berperilaku terkait pengambilan risiko yang diharapkan, seberapa banyak kebebasan yang diberikan kepada karyawan, pakaian dan semacamnya (Robbin & Judge, 2007/2008).

Perawat pelaksana di ruang rawat inap RSAS Kota Gorontalo, sebagian besar memiliki lama kerja ≥ 5 tahun yaitu (53,3%) yang mengindikasikan perawat senior lebih banyak dari perawat junior. Perilaku yang ditampilkan perawat senior masih banyak yang tidak sesuai dengan SOP dan SAK pelayanan keperawatan sehingga perilaku ini yang dijadikan acuan bagi perawat junior untuk melaksanakan tindakan perawatan. Tindakan manajemen puncak yang dimulai dari kepala ruang hingga manajer keperawatan terkait *reward* dan *funishment* bagi yang tidak melakukan tindakan keperawatan yang tidak sesuai SOP dan SAK masih belum dirasakan oleh semua perawat yang berdampak pada kurangnya motivasi perawat dalam membudayakan *caring* perawat.

Sosialisasi merupakan alat untuk mengintegrasikan semua hal-hal yang berhubungan dengan aktivitas dan budaya organisasi kepada karyawan. Menurut Carpenter (1994, dalam Riani, 2011) sosialisasi (*onboarding*) merupakan proses ketika karyawan baru mempelajari sikap, pengetahuan, keterampilan, dan perilaku yang dibutuhkan untuk berfungsi secara efektif dalam organisasi. Pendapat ini didukung oleh Robbins & Judge (2007/2008) mendefinisikan sosialisasi adalah sebuah proses yang mengadaptasikan karyawan dengan kultur organisasi.

Sosialisasi bermanfaat bagi anggota, untuk memberikan gambaran yang jelas mengenai organisasi yang dimasukinya, sehingga karyawan terbantu dalam membuat keputusan yang tepat, sesuai dengan situasi yang dihadapi. Proses ini juga memudahkan anggota dalam menyesuaikan diri dengan lingkungan, pekerjaan, dan anggota lain intra organisasi, sehingga menumbuhkan komitmen

karyawan yang dapat meningkatkan kinerja organisasi secara keseluruhan (Robbins & Judge (2007/2008)).

Sosialisasi tentang pelaksanaan *caring* bagi perawat belum dapat terlihat secara nyata. Masih banyak perawat yang belum paham dan menyadari tentang *caring* bagi keperawatan. Pelatihan tentang *caring* baru dilaksanakan sebanyak 2 kali dan hanya diikuti oleh sebagian besar kepala ruang dan ketua tim. Sehingga belum berdampak terhadap pembudayaan *caring* di RSAS.

b. Komunikasi Dengan Perilaku *Caring*.

Hasil analisis hubungan komunikasi dengan perilaku *caring* perawat menunjukkan perawat pelaksana yang mempersepsikan komunikasi baik dengan perilaku *caring* perawat baik sebanyak (71,4%). Sedangkan perawat pelaksana yang mempersepsikan komunikasi kurang dengan perilaku *caring* perawat baik sebanyak (25%).

Hasil uji secara statistik menjelaskan ada hubungan yang bermakna antara komunikasi dengan perilaku *caring* perawat ($p= 0,000$; $\alpha= 0,05$). Hasil analisis juga menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang mempunyai persepsi komunikasi baik berpeluang 0,133 kali untuk berperilaku *caring* dibanding dengan persepsi budaya organisasi kurang (OR= 0,133).

Komunikasi merupakan proses penyampaian dan pertukaran informasi dari pengirim kepada penerima, baik secara lisan, tertulis maupun menggunakan alat komunikasi. Komunikasi memiliki peranan yang penting dalam membentuk organisasi yang efektif dan efisien. Informasi yang akurat, jujur, mengenai suatu pekerjaan selama proses perekrutan dan seleksi, memberikan asumsi dan nilai bagi karyawan, sehingga berpengaruh terhadap motivasi dan kinerja karyawan (Robbins & Judge, 2007/2008).

Komunikasi merupakan kumpulan dari individu yang berinteraksi satu sama lain sehingga masalah komunikasi memegang peran sentral. Komunikasi yang baik

menciptakan saling pengertian dan akan memperkuat kohesi dan tercapainya tujuan-tujuan kelompok yang berdampak pada tujuan organisasi (Sopiah, 2009).

Komunikasi berfungsi sebagai pengendali perilaku anggota. Fungsi ini berjalan ketika karyawan diwajibkan untuk menyampaikan keluhan terkait dengan pelaksanaan tugas kewajiban karyawan itu didalam perusahaan. Karyawan juga akan termotivasi dalam meningkatkan kinerja, jika karyawan diberikan informasi tentang seberapa baik hasil kerja dan cara untuk meningkatkan kinerjanya (Sully & Dallas, 2005).

Hasil riset Rodwell et.al. (1998) menyimpulkan bahwa ada hubungan positif dan signifikan baik secara parsial maupun simultan terhadap praktik komunikasi organisasional dengan kinerja karyawan. Pendapat ini didukung oleh Sulisty (2009) menekankan terdapat pengaruh yang signifikan antara komunikasi organisasional terhadap kinerja karyawan.

Komunikasi yang dapat memberikan dampak terhadap perilaku *caring* perawat yakni memberikan informasi yang akurat, jujur, mengenai *caring* perawat selama proses perekrutan, seleksi dan sosialisasi. Proses perekrutan, seleksi dan sosialisasi dapat memberikan asumsi dan nilai bagi perawat, sehingga berdampak terhadap motivasi dan kinerja perawat dalam melakukan *care* terhadap pasien.

c. Pelatihan Dengan Perilaku *Caring*

Hasil analisis hubungan pelatihan dengan perilaku *caring* perawat menunjukkan perawat pelaksana yang mempersepsikan pelatihan baik dengan perilaku *caring* perawat baik sebanyak (56,3%). Sedangkan perawat pelaksana yang mempersepsikan pelatihan kurang dengan perilaku *caring* perawat baik sebanyak (35,7%). Hasil analisis statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan perilaku *caring* perawat ($p= 0,024$; $\alpha= 0,05$). Hasil uji statistik juga menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang mempunyai persepsi pelatihan baik berpeluang 2,314 kali untuk berperilaku *caring* dibanding dengan persepsi pelatihan yang kurang (OR= 2,314).

Pelatihan merupakan bagian dari proses pendidikan yang dilaksanakan secara sistematis dan terorganisir untuk meningkatkan kualitas dan produktivitas kerja karyawan. Notoatmodjo (2003) menjelaskan pelatihan merupakan bagian dari proses pendidikan yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan khusus seseorang atau sekelompok orang. Dampak kognitif yang diperoleh seseorang melalui pelatihan adalah berupa proses pengambilan keputusan yang semakin baik sehingga seseorang dapat terhindar dari kesalahan dan semakin kompeten dalam kualitas dan produktivitas kerja (Cahyono, 2008)

Peningkatan kinerja karyawan diikuti dengan peningkatan pengetahuan dan keterampilan. Pelatihan dan pengembangan merupakan suatu kegiatan untuk meningkatkan pengetahuan dan memberikan dividen kepada karyawan dan perusahaan berupa keahlian dan keterampilan yang selanjutnya akan menjadi aset yang berharga bagi perusahaan (Rivai, 2009).

Organisasi dalam upaya menciptakan budaya tanggap terhadap pelanggan tidak harus merekrut karyawan baru. Tantangan manajemen dalam hal ini adalah bagaimana membuat karyawan yang sudah ada agar lebih fokus pada pelanggan. Kasus semacam ini lebih menitikberatkan pada pelatihan daripada perekrutan (Robins & Judge, 2007/2008).

Indikasi penting untuk menilai komitmen manajemen adalah ketersediaan kesempatan untuk pengembangan diri bagi para karyawan. Keterampilan yang diperoleh karyawan melalui pelatihan apakah dapat diterapkan dalam pekerjaan serta pendidikan bagi karyawan ditujukan untuk kebutuhan sekarang atau untuk masa yang akan datang.

Bukti empirik yang dikemukakan oleh Bertolino, Truxillo, & Fraccarollo (2011) menekankan ada pengaruh antara pelatihan dan peningkatan kinerja. Pernyataan ini didukung oleh penelitian Sutriyanti (2009) mendapatkan hasil perlu pelatihan dan pemberian bimbingan 6 kali setelah pelatihan untuk meningkatkan perilaku *caring* perawat sebagai wujud kinerja perawat.

Pelatihan mengenai perilaku *caring* sangat penting dalam upaya peningkatan kualitas dan produktifitas kerja. Hasil wawancara dengan bidang mutu keperawatan RSAS Kota Gorontalo pelatihan tentang *caring* sudah dilaksanakan sebanyak 2 kali tetapi hanya diikuti oleh sebagian besar kepala ruang dan ketua tim.

Pelatihan yang diikuti oleh sebagian besar kepala ruang dan ketua tim tidak terlalu berdampak terhadap pelaksanaan *caring* di ruangan, oleh karena itu disarankan untuk peserta pelatihan sebaiknya adalah perawat pelaksana. Perawat pelaksana merupakan tenaga perawat yang langsung berhadapan pasien, sehingga untuk aplikasinya dapat langsung diterapkan pada pasien masing-masing.

Kualitas pelatihan atau metode yang digunakan dalam memberikan pelatihan kepada perawat harus lebih diperhatikan. Metode yang digunakan harus dapat mempengaruhi secara langsung tampilan kerja seperti *role play*, simulasi dan metode kasus.

d. Pengambilan resiko dengan perilaku *caring*

Hasil analisis hubungan pengambilan resiko dengan perilaku *caring* perawat menunjukkan perawat pelaksana yang mempersepsikan pengambilan resiko baik dengan perilaku *caring* perawat baik sebanyak (50%). Sedangkan perawat pelaksana yang mempersepsikan pengambilan resiko kurang dengan perilaku *caring* perawat baik sebanyak (44,4%). Hasil analisis statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pengambilan resiko dengan perilaku *caring* perawat ($P=0,550$; $\alpha= 0,05$). Hasil uji statistik juga menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang mempunyai persepsi pengambilan resiko baik berpeluang 1,250 kali untuk berperilaku *caring* dibanding dengan persepsi pengambilan resiko yang kurang (OR= 1,250).

Risk taking (pengambilan risiko) merupakan suatu tingkatan memotivasi karyawan dalam pengambilan keputusan yang inovatif, kreatif, dan berani mengambil risiko. Penghargaan dan penilaian terhadap ide-ide kreatif karyawan,

memacu karyawan untuk berkompetisi menemukan hal-hal baru untuk kemajuan perusahaan. (Robbins & Judge, 2007/ 2008).

Inovasi mencakup lebih dari sekedar perbaikan, mencari dan mengambil risiko yang besar tentang gagasan dan perubahan. Mattew (2007, dalam Riani, 2011) mendefinisikan inovasi sebagai berupaya mencari cara untuk melakukan sesuatu dengan lebih baik dari pada sebelumnya. Hasil riset Rizal (2001) menekankan ada pengaruh yang signifikan antara kreativitas dan inovasi terhadap motivasi dan kinerja karyawan.

Kurangnya penghargaan atasan yang dimulai dari kepala ruang terhadap kreatifitas dan inovasi perawat dalam melaksanakan *caring* menyebabkan para perawat kurang termotivasi untuk melakukan *caring* terhadap pasien. Perawat yang tidak *caring* juga tidak diberikan *punishment*, sehingga kompetisi perawat dalam upaya peningkatan *caring* tidak terlaksana.

e. Pengambilan keputusan dengan perilaku *caring*

Proporsi perawat pelaksana yang mempunyai persepsi pengambilan keputusan baik dan perilaku *caring* baik sebanyak (58,8%) sedangkan perawat pelaksana yang mempunyai persepsi pengambilan keputusan kurang dan perilaku *caring* baik sebanyak (30,8%). Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pengambilan keputusan dengan perilaku *caring* perawat ($p=0,002$; $\alpha=0,05$). Hasil uji statistik juga menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang mempunyai persepsi kerja sama baik berpeluang 0,311 kali untuk berperilaku *caring* dibanding dengan persepsi pengambilan keputusan yang kurang (OR= 0,311).

Decision making (pengambil keputusan) merupakan proses identifikasi permasalahan dan peluang, serta pemilihan alternatif pemecahan masalah. Pelibatan pihak lain dalam pengambilan keputusan berperan dalam pembelajaran individu dan organisasi. Individu merasa perusahaan membutuhkan dirinya, dan nilai ini memotivasi karyawan tersebut untuk meningkatkan kinerjanya (Daft, 2003/ 2008a).

Peraturan dan kebijakan merupakan hasil dari pengambilan keputusan. Peraturan dan kebijakan mulai dari level yang tertinggi sampai terendah dapat kondusif bagi karyawan untuk meningkatkan kinerja atau sebaliknya. Peraturan yang bersifat *bottom up* dapat membuat karyawan lebih apresiatif karena merasa dilibatkan dalam pembuatan aturan tersebut. Karyawan akan merasa berkewajiban untuk melaksanakan aturan-aturan tersebut (Sopiah, 2009).

Riset oleh Ricardo, Ronald, & Jolly (2003) mendapatkan hasil ada pengaruh antara pengambilan keputusan terhadap peningkatan budaya organisasi. Kurangnya perilaku *caring* perawat salah satunya disebabkan karena belum adanya peraturan dan kebijakan mengenai pelaksanaan *caring* pada pasien. Sehingga disarankan untuk memasukkan *caring* perawat pada penilaian kinerja perawat serta SOP dan SAK sebagai panduan dalam melakukan *caring*.

f. Reward dengan perilaku *caring*

Proporsi perawat pelaksana yang mempunyai persepsi *reward* baik dan perilaku *caring* baik sebanyak (62,5%) sedangkan perawat pelaksana yang mempunyai persepsi *reward* kurang dan perilaku *caring* baik sebanyak (40,9%). Uji statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara *reward* dengan perilaku *caring* perawat ($p= 0,036$; $\alpha= 0,05$). Hasil uji statistik juga menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang mempunyai persepsi *reward* baik berpeluang 2,407 kali untuk berperilaku *caring* dibanding dengan persepsi *reward* yang kurang (OR= 2,407).

Perusahaan menggunakan *Reward* (imbalan) sebagai suatu sistem balas jasa atas hasil kerja anggota/ karyawan. Perilaku yang diberi imbalan, dihukum, dan dibiarkan akan yang menentukan bagaimana sebuah budaya organisasi berevolusi. Perusahaan yang memiliki sistem *reward* yang didasarkan pada *intangible performance*, menciptakan budaya organisasi yang berorientasi pada pada karyawan atau tim. Budaya organisasi akan berorientasi pada hasil jika kriteria balas jasa berorientasi pada target pencapaian (Riani, 2011)

Dimensi ini dilihat dari perilaku apa yang mendapatkan imbalan, tipe imbalan yang digunakan, apakah secara pribadi atau kelompok, apakah semua karyawan mendapatkan bonus, kriteria apa yang digunakan untuk menilai kemajuan karyawan. Robins & Judge (2007/2008a) menekankan jika manajemen menginginkan karyawan memberikan layanan yang bagus, karyawan harus diberikan imbalan yang layak. Zachher & Frese (2011) menyatakan terdapat hubungan antara *reward* dengan kinerja karyawan.

Manajemen perlu memberikan penghargaan kepada karyawan yang telah menunjukkan kerja keras untuk menyenangkan pelanggan, seperti kenaikan gaji dan promosi berdasarkan layanan pelanggan yang luar biasa. Pendapat ini didukung oleh riset Muzaputri (2008) dan Aminuddin (2002) menjelaskan ada hubungan antara imbalan dan kinerja perawat.

Pemberian imbalan tidak selalu dalam bentuk uang sebab bentuk materi akan sampai pada titik jenuh. Manajer keperawatan harus memperhatikan pemberian imbalan non materil misalnya suasana kerja yang kondusif, kesempatan pengembangan kreativitas, syarat kerja yang tidak terlalu ketat, dan kondisi kerja yang lebih manusiawi. Pemberian imbalan yang lebih efektif oleh manajer akan meningkatkan produktifitas kerja karyawan (Anoraga, 1995)

Perawat di ruang rawat inap RSAS Kota Gorontalo sebagian besar berstatus pegawai negeri (98,7%), sehingganya untuk *reward* finansial diatur pemerintah daerah kota Gorontalo. Pemberian *reward* non finansial kepada perawat pelaksana masih belum dilaksanakan secara optimal. Perawat yang melakukan *caring* dengan yang tidak *caring* mendapatkan penghargaan yang sama baik secara finansial maupun non finansial. Hal ini dibuktikan dengan hasil analisis univariat 73,3% perawat pelaksana menyatakan *reward* kurang.

Seseorang yang menggunakan pengetahuan, keterampilan, tenaga, dan sebagian waktunya untuk berkarya pada organisasi maka ia akan mengharapkan imbalan / kompensasi tertentu. Hal ini didukung oleh penelitian Robinson & Larsen (1990)

menyatakan pemberian imbalan mempunyai pengaruh yang lebih besar di bandingkan dengan kelompok yang tidak diberikan imbalan. Pemberian *reward* kepada para perawat akan mendorong perawat untuk bekerja secara produktif seperti penghargaan kepada perawat yang *caring* kepada pasien dan diumumkan setiap bulan pada apel pagi.

g. Kerja sama dengan perilaku *caring*

Proporsi perawat pelaksana yang mempunyai persepsi kerja sama baik dan perilaku *caring* baik sebanyak (45,5%) sedangkan perawat pelaksana yang mempunyai persepsi kerja sama kurang dan perilaku *caring* baik sebanyak (47,4%). Uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara kerja sama dengan perilaku *caring* perawat ($p= 0,0840$; $\alpha= 0,05$). Hasil uji statistik juga menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang mempunyai persepsi kerja sama baik berpeluang 0,926 kali untuk berperilaku *caring* dibanding dengan persepsi kerja sama yang kurang didapatkan (OR= 0,926).

Team work (kerja sama) merupakan dimensi dalam perusahaan atau organisasi yang berhubungan dengan jumlah, tipe dan dan keefektifan tim. Keadilan, persamaan dan konsensus merupakan faktor kunci bagi eratnya hubungan dalam kelompok. Suatu budaya yang dapat bertahan dan berhasil menjaga perasaan ketidakpuasan kelompok dapat menjadi katalis dalam perubahan budaya (Wibowo, 2010).

Tim yang memiliki kinerja yang tinggi adalah tim yang memiliki karakteristik yang sama dan memiliki kepercayaan timbal balik yang tinggi antar anggota. Para manajer dan ketua tim mempunyai dampak yang besar terhadap iklim kepercayaan tim. Pendapat ini didukung oleh Bijaya (2006) menyatakan ada korelasi yang kuat antara tim kerja dengan kinerja perawat.

ketidakadanya hubungan antara kerja sama dan *caring* perawat disebabkan oleh karakteristik perawat yang berbeda. Lama kerja perawat di rawat inap 53,3% ≥ 5 tahun, sehingga senior lebih banyak dari junior. Berdasarkan hasil wawancara

awal dengan beberapa perawat dirawat inap, perawat yang senior lebih sering melimpahkan tugas mereka kepada perawat yang junior. Perawat senior juga sering tidak *caring* kepada pasien, Hal ini yang merupakan faktor pemicu tidak adanya kerja sama diantara para perawat.

Menyikapi hal ini para manajer keperawatan dan ketua TIM harus bijak dalam melakukan penilaian. Para manajer dan ketua tim mempunyai dampak yang besar terhadap iklim kepercayaan tim. *Funishment* kepada perawat yang tidak melakukan *caring* harus dilakukan tanpa memperhatikan tingkat senioritas.

h. Manajemen dengan perilaku *caring*

Proporsi perawat pelaksana yang mempunyai persepsi manajemen baik dan perilaku *caring* baik sebanyak (55%) sedangkan perawat pelaksana yang mempunyai persepsi manajemen kurang dan perilaku *caring* baik sebanyak (30%). Uji statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara manajemen dengan perilaku *caring* perawat ($p= 0,010$; $\alpha= 0,05$). Hasil uji statistik juga menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang mempunyai persepsi manajemen baik berpeluang 0,351 kali untuk berperilaku *caring* dibanding dengan persepsi manajemen yang kurang OR= 0,351).

Praktik manajemen merupakan dukungan dan gaya manajemen yang terbentuk berdasarkan etika dan nilai-nilai dengan standar yang tinggi. Manajemen harus menunjukkan sikap dan loyalitas positif terhadap pekerja dan organisasi. Manajer memberikan orang lain perasaan bahwa hasil pekerjaan yang karyawan lakukan dihargai betapapun sederhananya (Wibowo, 2010). Keadilan dan konsistensi, penyedia kerja lingkungan yang aman, serta bagaimana manajemen mendukung adanya perubahan.

Tindakan yang dapat diambil manajemen dalam membentuk budaya yang tanggap terhadap pelanggan meliputi seleksi, pelatihan dan sosialisasi, desain struktur, pemberdayaan, kepemimpinan, evaluasi kinerja dan sistem imbalan. Tindakan-tindakan ini dirancang untuk membentuk karyawan yang memiliki kompetensi,

kemampuan, dan kemauan untuk memecahkan masalah pelanggan (Robins & Judge, 2007/ 2008)

Proses seleksi merupakan cara membangun budaya yang tanggap terhadap pelanggan dimulai ketika merekrut karyawan yang akan ditempatkan dibagian layanan pelanggan yang memiliki kepribadian dan sikap yang selaras dengan pelayanan yang tinggi. Studi menunjukkan bahwa keramahan, antusiasme, perhatian berpengaruh positif terhadap persepsi pelanggan terhadap kualitas layanan. Manajemen harus mempersyaratkan sifat-sifat tersebut dalam menciptakan budaya yang berorientasi pada pelanggan (Robins & Judge, 2007/ 2008).

Pemimpin mentransmisikan budaya organisasi melalui ucapan dan tindakan. Karyawan akan melihat perilaku manajemen puncak sebagai acuan standar untuk menentukan perilaku yang semestinya mereka ambil. Hasil ini berdasarkan survey penelitian di universitas Michigan. Pemimpin yang berorientasi pada karyawan menghasilkan produktivitas kelompok yang tinggi dan kepuasan kerja yang baik. Pemimpin yang berorientasi produk memberikan hasil yang sebaliknya (Robins & Judge, 2007/ 2008)

Hasil analisis univariat 66,7% perawat mempersepsikan manajemen kurang. Hasil ini mempersepsikan proses seleksi, desain struktur dan kepemimpinan di RSAS Kota Gorontalo masih kurang. Proses seleksi di RSAS Kota Gorontalo untuk perawat yang non PNS (honorar) sudah berjalan sesuai dengan prosedur yaitu dimulai dengan tes masuk, wawancara dan orientasi. Perawat yang langsung menjadi CPNS tidak dilakukan hal yang sama.

Perawat yang langsung menjadi CPNS langsung ditempatkan pada ruangan-ruangan yang membutuhkan tanpa di lakukan orientasi terlebih dahulu. Perilaku dan kompetensi yang dihasilkan berbeda dengan CPNS yang diangkat dari tenaga honorar.

Kepemimpinan adalah proses mempengaruhi orang lain untuk mencapai tujuan organisasi (Swansburg, 1999). Kepala ruang sebagai *first line* manajer keperawatan harus dapat mempengaruhi staf dalam berperilaku dan bekerja. Setiap kepala ruang harus memiliki pengetahuan yang lebih dari para staf, sikap dan perilaku yang dapat dijadikan *role model* bagi staf.

Struktur organisasi adalah bagaimana tugas pekerjaan secara formal, dibagi, dikelompokkan dan dikoordinasikan (Robins & Judge, 2007/ 2008). Perawat di instalasi rawat inap RSAS Kota Gorontalo belum semuanya mengetahui tupoksinya masing-masing, sehingga tugas dan kewenangannya belum jelas. SOP dan SAKpun belum dilakukan sebagai acuan dalam melakukan pelayanan keperawatan, hal ini terlihat dalam pelaksanaan tindakan keperawatan banyak yang tidak sesuai dengan SOP dan SAK rumah sakit.

6.1.4. Hubungan Karakteristik Perawat Dengan Perilaku *Caring*

a. Umur dengan perilaku *caring*

Proporsi perawat pelaksana dengan kategori umur 25-45 tahun memiliki persepsi perilaku *caring* baik sebanyak (50%). Perawat pelaksana dengan kategori umur < 25 tahun memiliki persepsi perilaku *caring* baik sebanyak (35%). Perawat dengan kategori umur > 45 tahun memiliki persepsi perilaku *caring* baik sebanyak (49%). Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dan perilaku *caring* perawat ($p= 0,519$; $\alpha= 0,05$). Hasil uji statistik juga menunjukkan bahwa perawat pelaksana dengan kategori umur 25-45 tahun berpeluang 1,730 kali berperilaku *caring* baik dibanding perawat dengan kategori umur < 25 tahun. (OR= 1,730).

Hasil penelitian ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Robbins (2002/2005) bahwa kinerja merosot dengan semakin meningkatnya umur. Robbins menegaskan perundangan Amerika menyatakan pelanggaran hukum bagi perusahaan yang mempekerjakan pensiun. Riset Masitoh (2001) dan Burdahyat (2009) dan Sari M.T (2009) mendukung pernyataan diatas bahwa tidak ada

hubungan bermakna antara karakteristik demokrafis khususnya umur dengan kinerja perawat.

Struktur usia merupakan aspek demokrafis yang penting untuk diamati karena dapat mencerminkan beberapa nilai seperti pengalaman, kematangan berfikir, pengetahuan, dan kemampuan beberapa nilai tertentu. Menurut Hasibuan (2003) umur akan mempengaruhi kondisi fisik mental kemampuan kerja dan tanggung jawab seseorang. Karyawan yang umurnya lebih tua kondisi fisiknya kurang, tetapi bekerja ulet, dan memiliki tanggung jawab yang besar.

Asumsi peneliti tidak adanya hubungan antara umur dan perilaku *caring* disebabkan karena kejenuhan dan kurangnya penyegaran-penyegaran yang dilakukan oleh pihak RS terhadap perawat pelaksana khususnya tentang *caring* perawat. Hal ini terlihat dari frekuensi pelaksanaan *caring* perawat baru dilakukan sebanyak 2 kali dan hanya melibatkan sebagian kecil perawat pelaksana.

Kejenuhan yang dirasakan disebabkan karena rentang usia perawat berada pada 25- 45 tahun (81,7%). Pada usia yang semakin bertambah akan menyebabkan kejenuhan dan penurunan produktivitas kerja. Pendapat ini didukung oleh Riani (2011) menyatakan bahwa pengetahuan dan keterampilan akan menurun dengan bertambahnya usia seseorang. Usia yang bertambah akan menyebabkan penurunan kecepatan, kecekatan dan kekuatan serta meningkatnya kejenuhan karena kurangnya rangsangan intelektual.

Untuk dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan perlu adanya perhatian bagi pihak manajemen untuk mengoptimalkan pengembangan SDM keperawatan dan rotasi ruangan. Pengembangan tersebut meliputi program peningkatan jenjang pendidikan, pelatihan dan seminar yang berhubungan dengan *caring* perawat. Rotasi ruangan sebaiknya dilakukan setiap 2 tahun. Tujuannya untuk mengurangi kejenuhan bekerja dan memotivasi perawat agar mengetahui proses perawatan di ruang perawatan yang lain.

b. Lama kerja dengan Perilaku *Caring*

Proporsi perawat pelaksana dengan kategori lama kerja ≥ 5 tahun memiliki persepsi perilaku *caring* baik sebanyak 33 (51,6%). Perawat pelaksana dengan kategori lama kerja < 5 tahun memiliki persepsi perilaku *caring* baik sebanyak 25 (41,1%). Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara lama kerja dan perilaku *caring* perawat ($P= 0,250$; $\alpha= 0,05$). Hasil uji statistik juga menunjukkan bahwa perawat pelaksana dengan kategori lama kerja ≥ 5 tahun berpeluang 1, 527 kali berperilaku *caring* baik dibanding perawat dengan kategori lama kerja < 5 tahun. (OR= 1, 527).

Robin (2007) mengatakan pengalaman kerja belum tentu menjamin kinerja yang baik, tergantung dari motivasi karyawan itu sendiri. Pendapat ini didukung oleh Riani (2011) menjelaskan lama kerja tidak menjamin produktivitas kerja yang dihasilkan. Produktivitas kerja yang baik merupakan cerminan dari kinerja yang baik. Hasil penelitian yang mendukung pernyataan tersebut adalah Rusmiati (2007) dan Burdahyat (2009) menjelaskan bahwa tidak ada hubungan lama kerja dengan kinerja perawat.

Pengalaman kerja bukan merupakan suatu jaminan perawat akan melakukan *caring* dengan pasien. Seorang perawat yang memiliki pengalaman kerja yang lama dan keterampilan yang cukup untuk melaksanakan tugasnya, jika tidak didukung oleh fasilitas, suasana kerja, motivasi maka potensi yang dimiliki perawat tidak akan berdampak positif pada pekerjaannya.

c. Pendidikan dengan Perilaku *Caring*

Proporsi perawat pelaksana dengan tingkat pendidikan SI memiliki persepsi perilaku *caring* baik sebanyak (66,6%). Perawat pelaksana dengan tingkat pendidikan DIII Keperawatan memiliki persepsi perilaku *caring* baik sebanyak (40,9 %). Sedangkan perawat pelaksana dengan tingkat pendidikan SPK memiliki persepsi perilaku *caring* baik sebanyak (40 %). Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dan perilaku *caring* perawat ($P= 0,061$; $\alpha= 0,05$). Hasil uji statistik juga menunjukkan bahwa perawat

pelaksana dengan pendidikan SI berpeluang 1,551 kali berperilaku *caring* baik dibanding perawat dengan tingkat pendidikan DIII, dan SPK . (OR= 1,551).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Burdahyat (2009) dan Supriatin (2009) yang menjelaskan tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dan kinerja perawat. Berbeda dengan hasil penelitian Pangewa (2007), menyatakan bahwa faktor pendidikan mempengaruhi perilaku kerja. Makin tinggi pendidikan akan berhubungan positif terhadap perilaku kerja seseorang. Siagian (2010) menegaskan bahwa tingkat pendidikan perawat mempengaruhi kinerja perawat yang bersangkutan. Perawat yang berpendidikan tinggi kinerjanya akan lebih baik karena telah memiliki pengetahuan dan wawasan yang lebih luas dibandingkan dengan perawat yang berpendidikan lebih rendah.

Caring merupakan ilmu tentang manusia, bukan hanya sebagai perilaku namun merupakan suatu cara sehingga sesuatu menjadi berarti dan memberi motivasi untuk berbuat. Watson (dalam Tomey & Aligood, 2006) menyatakan *caring* tidak dapat diturunkan dari satu generasi ke generasi berikutnya melalui genetika, melainkan melalui budaya profesi.

Budaya profesi dapat dicapai dengan menumbuhkan spirit *caring* diantara para perawat melalui proses seleksi yang ketat, sosialisasi secara terus menerus, manajemen, kerja sama, simbol dan ritual atau kebiasaan.

d. Jenis Kelamin Dengan Perilaku *Caring*

Proporsi perawat pelaksana dengan jenis kelamin perempuan memiliki persepsi perilaku *caring* baik sebanyak (45,9 %). Perawat pelaksana dengan jenis kelamin laki-laki memiliki persepsi perilaku *caring* baik sebanyak (54,5 %). Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dan perilaku *caring* perawat ($p= 0,583$; $\alpha= 0,05$). Hasil uji statistik juga menunjukkan bahwa perawat pelaksana dengan jenis kelamin laki-laki berpeluang 0,706 kali berperilaku *caring* baik dibanding perawat dengan jenis kelamin perempuan. (OR= 0,706).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian panjaitan (2002), Aminuddin (2002), Supriatin (2009) dan Burdahyat (2009) menyatakan bahwa tidak ada hubungan jenis kelamin dengan kinerja perawat. Penelitian yang berbeda dikemukakan oleh Green, Vanhanen, dan kyngas (1988) tentang *nurse care behavior*, menyatakan bahwa terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku *caring* perawat. Perawat perempuan lebih *caring* karena memiliki naluri sebagai *mother insting* dibanding perawat laki-laki.

Perbedaan hasil penelitian sangat mungkin karena adanya perbedaan budaya, kebiasaan, nilai dan keyakinan. Perbedaan *gender* saat ini sudah tidak berlaku lagi di masyarakat. Tidak adanya hubungan antara jenis kelamin perempuan dan laki-laki dikarenakan tidak adanya perbedaan pekerjaan yang dilakukan perawat selama bertugas dirawat inap. Perawat pelaksana bekerja sesuai dengan uraian tugas yang telah ditetapkan dan berlaku untuk semua perawat dengan tidak memandang jenis kelamin.

e. Status Pernikahan Dengan Perilaku *Caring*

Proporsi perawat pelaksana dengan kategori menikah memiliki persepsi perilaku *caring* baik sebanyak (52,1%). Perawat pelaksana dengan kategori belum menikah memiliki persepsi perilaku *caring* baik sebanyak (25 %). Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara status pernikahan dengan perilaku *caring* perawat ($P= 0,017$; $\alpha= 0,05$). Hasil uji statistik juga menunjukkan bahwa perawat pelaksana dengan kategori menikah berpeluang 3,261 kali berperilaku *caring* baik dibanding perawat belum menikah ($OR=3,261$).

Siagian (2010) mengemukakan secara sosial budaya ada hubungan antara status pernikahan dengan kinerja. Pegawai perempuan yang berumah tangga akan memiliki tugas tambahan, hal ini menyebabkan kemangkiran yang lebih sering dari pegawai laki-laki. Pendapat ini didukung oleh hasil penelitian panjaitan (2002) menjelaskan bahwa ada hubungan antara status pernikahan dengan kinerja perawat.

Perawat yang sudah menikah akan memiliki tingkat absensi yang tinggi dibanding dengan yang belum menikah. Pegawai perempuan yang berumah tangga akan memiliki tugas tambahan seperti mengurus anak dan suami di rumah sehingga tingkat absensinya tinggi. Perawat yang belum menikah memiliki motivasi kerja yang kurang dibanding yang sudah menikah, karena beban rumah tangga akan menimbulkan motivasi yang kuat bagi pekerja yang sudah berumah tangga.

6.1.5. Faktor yang paling berhubungan dengan Perilaku *Caring*.

Hasil analisis multivariat yang dilakukan terhadap 12 variabel yang menjadi kandidat multivariat untuk mendapatkan pemodelan akhir. Pada pemodelan akhir didapatkan perawat pelaksana yang memiliki persepsi baik tentang pelatihan berpeluang 4, 156 untuk melaksanakan *caring* dengan baik setelah dikontrol variabel status pernikahan.

Pelatihan merupakan bagian dari proses pendidikan yang dilaksanakan secara sistematis dan terorganisir untuk meningkatkan kualitas dan produktivitas kerja karyawan. Notoatmodjo (2003) menjelaskan pelatihan merupakan bagian dari proses pendidikan yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan khusus seseorang atau sekelompok orang. Dampak kognitif yang diperoleh seseorang melalui pelatihan adalah berupa proses pengambilan keputusan yang semakin baik sehingga seseorang dapat terhindar dari kesalahan dan semakin kompeten dalam kualitas dan produktivitas kerja (Cahyono, 2008)

Peningkatan kinerja karyawan diikuti dengan peningkatan pengetahuan dan keterampilan. Pelatihan dan pengembangan merupakan suatu kegiatan untuk meningkatkan pengetahuan dan memberikan dividen kepada karyawan dan perusahaan berupa keahlian dan keterampilan yang selanjutnya akan menjadi aset yang berharga bagi perusahaan (Rivai, 2009).

Organisasi dalam upaya menciptakan budaya tanggap terhadap pelanggan tidak harus merekrut karyawan baru. Tantangan manajemen dalam hal ini adalah bagaimana membuat karyawan yang sudah ada agar lebih fokus pada pelanggan.

Kasus semacam ini lebih menitikberatkan pada pelatihan daripada perekrutan (Robins & Judge, 2007/2008).

Indikasi penting untuk menilai komitmen manajemen adalah ketersediaan kesempatan untuk pengembangan diri bagi para karyawan. Keterampilan yang diperoleh karyawan melalui pelatihan apakah dapat diterapkan dalam pekerjaan serta pendidikan bagi karyawan ditujukan untuk kebutuhan sekarang atau untuk masa yang akan datang.

6.2. Keterbatasan Penelitian

Waktu pengisian kuesioner direncanakan dilakukan setelah responden melakukan dinas pagi. Sebagian perawat mengisi kuesioner pada saat melakukan dinas sehingga konsentrasi sering terganggu karena harus melayani pasien.

6.3. Implikasi Hasil Penelitian

6.3.1. Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian menjelaskan bahwa faktor-faktor budaya organisasi yang meliputi variabel pelatihan, pengambilan keputusan, dan manajemen sangat berhubungan dengan perilaku *caring* perawat. Penanaman nilai-nilai budaya organisasi yang berlandaskan *caring* terhadap pasien perlu diciptakan dalam suatu organisasi pelayanan keperawatan agar perawat sebagai *frontliners* memiliki kesamaan nilai-nilai dalam pelayanan keperawatan yang cukup sehingga mempunyai dampak besar dalam meningkatkan kepuasan pasien serta BOR rumah sakit.

6.3.2. Pendidikan keperawatan

Hasil pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh perilaku pemberi pelayanan, yaitu perawat. Perilaku pemberi pelayanan dalam hal ini adalah perawat salah satunya dipengaruhi oleh dosen sebagai tenaga pendidik. Pendidikan keperawatan perlu mensinergiskan perkembangannya dengan pelayanan keperawatan agar berjalan seiring sehingga berdampak nyata pada

peningkatan *output* pelayanan. Tenaga pengajar yang berperan dalam output tenaga perawat, harus dapat menjadi *role model* dalam lingkungan pendidikan untuk berperilaku *caring* terhadap peserta didik, sehingga peserta didik akan merasa nyaman dan hal inilah yang dapat memicu tumbuhnya nilai- nilai serta kebiasaan dalam melakukan *caring* terhadap pasien.

6.3.3. Penelitian Keperawatan

Penelitian ini dapat menjadi dasar penelitian bagi peneliti lain untuk meneliti budaya organisasi terhadap perilaku *caring* perawat dengan kerangka yang lebih kompleks dan spesifik, sehingga dapat menambah wawasan dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan .



BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini akan menguraikan kesimpulan dan saran yang disesuaikan dengan hasil penelitian. Kesimpulan didasarkan atas tujuan penelitian. Saran didasarkan atas manfaat penelitian dan rekomendasi hasil penelitian.

7.1. Simpulan

Hasil penelitian ini mendapat kesimpulan sebagai berikut:

- 7.1.1. Perawat pelaksana di instalasi rawat inap RSAS Kota Gorontalo sebagian besar berperilaku *caring* kurang.
- 7.1.2. Perawat pelaksana di instalasi rawat inap RSAS Kota Gorontalo memiliki budaya organisasi kurang.
- 7.1.3. Ada hubungan yang bermakna antara komunikasi, pelatihan, pengambilan keputusan, *reward*, dan manajemen dengan perilaku *caring* perawat pelaksana dan tidak ada hubungan yang bermakna antara pengambilan resiko dan kerja sama dengan perilaku *caring* perawat pelaksana di instalasi rawat inap RSAS Kota Gorontalo.
- 7.1.4. Ada hubungan yang bermakna antara status pernikahan dengan perilaku *caring* perawat dan tidak ada hubungan yang bermakna antara umur, lama kerja, pendidikan, dan jenis kelamin dengan perilaku *caring* perawat pelaksana di instalasi rawat inap RSAS Kota Gorontalo.
- 7.1.5. Faktor yang paling berhubungan dengan perilaku *caring* perawat adalah pelatihan.

7.2. Saran

Saran yang dapat diberikan kepada pihak RSAS Kota Gorontalo terkait pelaksanaan *caring* perawat adalah sebagai berikut:

7.2.1. Manajemen Rumah Sakit

- a. Perlu dukungan dan kebijakan rumah sakit berupa sistem *reward* bagi ruangan yang perawatnya melaksanakan *caring* dengan pasien melalui pemilihan perawat *caring* atas rekomendasi pasien melalui kuesioner kepuasan pasien dan diumumkan setiap bulan pada apel pagi.
- b. Perlunya kebijakan untuk memasukkan item *caring* kedalam SOP dan SAK serta penilaian kinerja perawat.
- c. Perlu melakukan proses seleksi perawat yang ketat dengan memberikan informasi yang akurat tentang hal-hal yang harus dan tidak boleh dilakukan serta *reward* dan sanksinya.

7.2.2. Bidang Keperawatan

- a. Monitoring dan evaluasi secara terjadwal setiap 1 bulan sekali pelaksanaan *caring* perawat terhadap pasien di ruangan melalui kuesioner kepuasan pasien.
- b. Menindaklanjuti hasil supervisi di ruangan dengan memberikan *reward* dan *punishment* terhadap pelaksanaan *caring* perawat terhadap pasien di ruangan.
- c. Penyebaran (*in house training*) tentang pelaksanaan *caring* perawat terhadap pasien di ruangan secara berkala terutama untuk perawat-perawat junior.

7.2.3. Kepala Ruangan

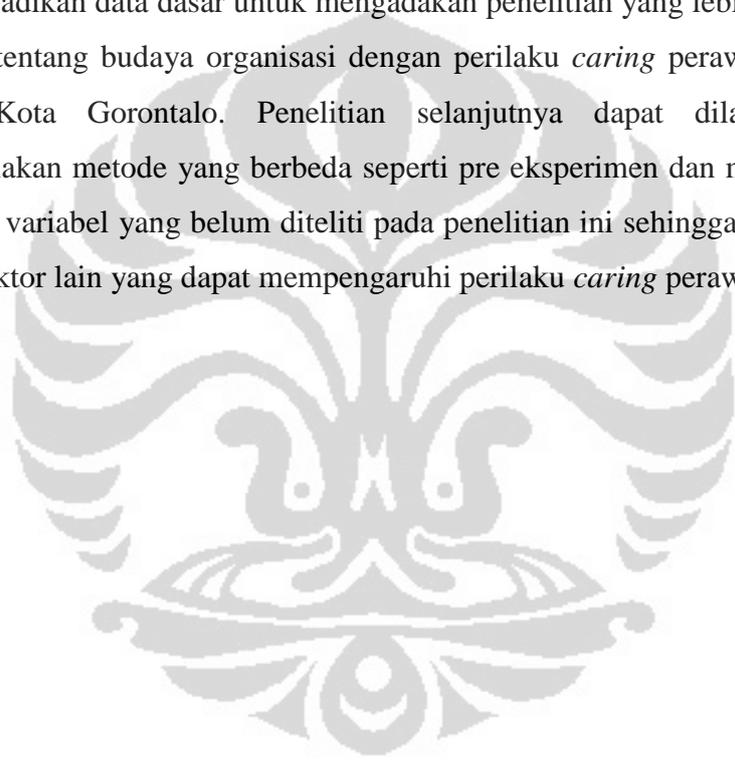
- a. Menjadi *role model* kepada *staff* dalam pelaksanaan *caring* perawat terhadap pasien yang sesuai standar.
- b. Supervisi secara terjadwal setiap 2 minggu dan menindaklanjuti hasil supervisi terkait pelaksanaan *caring* perawat terhadap pasien di ruangan melalui kuesioner kepuasan pasien.
- c. Mensosialisasikan pelaksanaan *caring* di ruangan dengan membuat motto terkait dengan pelaksanaan *caring* terhadap pasien
- d. Membudayakan kegiatan pelaksanaan *caring* perawat terhadap pasien dengan cara melaksanakan kegiatan dengan kesungguhan hati dan didasari kecintaan terhadap profesi.

7.2.4. Perawat Pelaksana

- a. Membudayakan pelaksanaan *caring* perawat terhadap pasien dengan saling mengingatkan diantara teman sejawat untuk peningkatan mutu pelayanan keperawatan.
- b. Memulai dari diri sendiri untuk melakukan setiap perubahan ke arah yang lebih baik atau menjadi *change agent* dalam setiap perubahan.

7.2.5. Peneliti

Dapat dijadikan data dasar untuk mengadakan penelitian yang lebih kompleks dan spesifik tentang budaya organisasi dengan perilaku *caring* perawat pelaksana di RSAS Kota Gorontalo. Penelitian selanjutnya dapat dilakukan dengan menggunakan metode yang berbeda seperti pre eksperimen dan mengembangkan variabel- variabel yang belum diteliti pada penelitian ini sehingga dapat diketahui faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi perilaku *caring* perawat.



DAFTAR PUSTAKA

- Aminuddin. (2002) *Hubungan iklim kerja dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD dr. Yunus Bengkulu*. Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Arikunto, S. (2010). *Manajemen penelitian*. Jakarta: Rineke Cipta.
- Bertolino, Truxillo, & Fraccarollo. (2011) Age as moderator of the relationship of proactive personality with training motivation, perceived career development from training, and training behavioral intentions. *Journal of Organizational Behavior*. Volume 32. Pages 248–263.
- Bijaya, A. (2006) *Pengaruh budaya organisasi terhadap kinerja perawat di ruang rawat inap rumah sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor*. Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Clark, M. J. (2003). *Community health nursing: Caring for populations*. New Jersey: Prentice Hall 2003.
- Cahyono, J.B. (2008). *Membangun budaya keselamatan pasien dalam praktek kedokteran*. Yogyakarta: Kanesus.
- Daft, R. (2008a). *Manajemen*. Edisi 1. (Terj. D. Angelica) Jakarta: Salemba Empat. (Buku asli tahun 2003).
- Daft, R. (2008b). *Manajemen*. Edisi 2. (Terj. D. Angelica) Jakarta: Salemba Empat. (Buku asli tahun 2003).
- Dahlan, M. S. (2009). *Besar sampel dan cara pengambilan sampel: Dalam penelitian kedokteran dan kesehatan*. Jakarta: salemba Medika.
- Davis, B. D. (2000). *Caring for people in pain*. London: Routhledge.
- Dessler, G. (2000) *Human resource management*. Seventh edition. New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Dwidiyanti, M. (2007). *Caring kunci sukses perawat mengamalkan ilmu*. Semarang: Hasani.
- Gibson, J., James, I, & John, D. (2000). *Organization behavior*. Boston: Mc Graw-Hill Higher education.
- Hastono, S. P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta: FKM UI.
- Ilyas, Y. (2005). *Perencanaan SDM rumah sakit*. Jakarta: FKM-UI.

- Kreitner, R. & Kinicki. (2010). *Organizational Behavior*. New York: Mc Graw-Hill Higher education.
- Luthan, F. S. (1998). *Organizational Bahavior*. Sevent edition. Singapore: Mc. Graw Hill.
- Loedin, A. A. (2003). *Pedoman nasional etik penelitian kesehatan*. Jakarta: Komite Nasional Etik Peneltian Kesehatan.
- Masitoh, S. (2001) *Analisis kinerja perawat pelaksana dan hubungannya dengan karakteristik demograrafis dan karakteristik organisasi di ruang rawat inap RSAB Harapan Kita*. Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan FIK UI. Tidak dipublikasikan
- Morrison, P. & Burnard, P. (2009). *Caring and communicating: hubungan interpersonal dalam keperawatan*. Edisi kedua. (Terj. Widyawati, E. Meiliya). Jakarta: EGC. (Buku asli 1997)
- Muttaqin. (2008). *Pengaruh supervisi terhadap perilaku caring perawat pelaksana di rumah sakit umum daerah kabupaten cianjur* Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Muzaputri, G. (2008). *Hubungan karakteristik individu dan faktor organisasi dengan kinerja perawat di RSUD Langsa Nangroe Aceh Darussalam*. Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineke Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineke Cipta.
- Pangewa, M. (2007) *Perilaku keorganisasian*. Jakarta: Departemen Pendidikan Nasional.
- Panjaitan, R.(2002) *Hubungan efektifitas kepemimpinan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSPAD Gatot Subroto Jakarta*. Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Polit, D.F & Beck, C.T. (2006) *Essential of nursing research: Methode, appraisal and utilization*. (6th ed). Philadelphia: Lipincot Williams & Walkins.
- Profil dan data *medical record* RSAS Kota Gorontalo tahun 2010.

- Pohan, I. (2007). *Penjaminan mutu kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Potter, P. & Perry, A. G. (2009). *Fundamental of nursing*. 7th edition. Singapore: Mosby Elsevier.
- Prasetyo, B. & Jannah, M. (2010). *Metode penelitian kuantitatif: Teori dan aplikasi*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Ricardo, Ronald & Jolly, J. (2003). Organization culture and teams. *Academy of management journal*. Volume 13. Page 245.
- Rivai, V. (2009). *Manajemen sumber daya manusia untuk perusahaan dari teori ke praktek*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Riyanto, A. (2011). *Aplikasi metodologi penelitian kesehatan*. Yogyakarta: Nuha medika.
- Rizal, Y. (2001). *Pengaruh budaya organisasi terhadap motivasi kerja karyawan kantor direksi PTP Nusantara VII Bandar Lampung*. Universitas Brawijaya Malang. Tesis Program Magister manajemen.
- Riani, A. (2011). *Budaya organisasi*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Robbins, S. & Judge, T. (2008). *Perilaku organisasi*. (Terj. D. Angelica, R. Cahyani, dan A. Rosyid) Edisi 12. Jakarta: Salemba Empat. (Buku asli tahun 2007)
- Robbins S. (2005). *Prinsip-prinsip perilaku organisasi*. Edisi kelima. (Terj. Halida dan D. Sartika) Jakarta: Erlangga. (Buku asli 2002).
- Rodwell, John J., Rene K., & Mark A. (1998) The relationship among work related perceptions integral role of comunication. *Employess' Journal of management*. Vol 20.
- Sabri, L. (2005) Statistik kesehatan. Jakarta: Salemba Empat.
- Schein. (1997). *Organizational culture & leadership*. San Fransisco: Jossey-Buss.
- Setiadi. (2007). *Konsep dan penulisan riset keperawatan*. Yogyakarta: Candi Gerbang Permai.
- Setiati. (2005). *Hubungan faktor individu dengan perilaku caring terhadap kepuasan pasien di rumah sakit* Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan FIK UI. Tidak dipublikasikan.

- Siagiaan, P.S. (2010) *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Sulistyo, H. (2009) Pengaruh kepemimpinan spiritual dan komunikasi organisasi terhadap kinerja karyawan. *Jurnal ekonomi & bisnis (Ekobis)*. Volume 6. Hal. 21-28.
- Stuart, G.W & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing* (eight editions). USA: St. Mosby Inc.
- Sully, P & Dallas, J. (2005). *Essential communication skill for nursing*. USA: Philadelphia st Louis Sidney Toronto: Elsevier Mosby.
- Sunarto. (2003). *Teori organisasi*. Yogyakarta: Amus Mahendro Total Design.
- Sugiono. (2010). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Supriyatin, E. (2009) *Hubungan faktor individu dan organisasi dengan perilaku caring perawat di ruang rawat inap RSUD Kota Bandung*. Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Suryani. (2010). *Hubungan beban kerja dan pengembangan profesional dan perilaku caring perawat pelaksana di RS Cikini Jakarta*. Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Sutriyanti. (2009). *Pengaruh pelatihan caring terhadap kepuasan pasien Di ruang rawat inap Rumah Sakit Curup Bengkulu*. Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Sopiah. (2009). *Perilaku organisasional*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Tomey, A.M., & Alligood, M.R. (2006). *Nursing theorists and their work*. Six edition. Missouri: Mosby Elsevier.
- Watson, J. (1998). *Nursing human science and human care*. New York: National language for nursing.
- (2004) *Assessing and measuring caring in nursing and health science*. <http://books.google.co.id/books?hl=id&client=firefox-a&channel=s&rls=org.mozilla:Cronin%20%26%20harisson%CBA%20tool&um=1&ie=UTF>.
- Wibowo, S. (2010). *Budaya organisasi: Sebuah kebutuhan untuk meningkatkan kinerja jangka panjang*. Jakarta: Rajawali Pers.

Webster, C. (2001). *Caring for health: History and diversity*. Philadelphia: Open university press.

Zacher, H & Frese, M. (2011) Maintaining a focus on opportunities at work: The interplay between age, job complexity, and the use of selection, optimization, and compensation strategies. *Journal of Organizational Behavior*. Volume 32. Pages 291–318.





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 : 42/H2.F12.D/PDP.04.02/2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

24 Maret 2011

Yth. Direktur
RSUD. Prof. Dr. H. Aloei Saboe
Kota Gorontalo

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

Sdr. Rini Fahrani Zees
0906594620

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Analisis Faktor-faktor Budaya Organisasi Yang Berhubungan Dengan Perilaku Caring Perawat Pelaksana di RSUD. Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RSUD. Prof. Dr. H. Aloei Saboe Gorontalo.

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



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

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Kepala Bidang Penelitian RSUD. Prof. Dr. H. Aloei Saboe
3. Kepala Bidang Perawatan RSUD. Prof. Dr. H. Aloei Saboe
4. Sekretaris FIK-UI
5. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
6. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
7. Koordinator M.A. "Tesis"
8. Pertiinggal



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

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

Nomor : 1006/H2.F12.D/PDP.04.02/2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin uji instrument penelitian

28 Maret 2011

Yth. Direktur
RSUD. M.M. Dunda
Kabupaten Gorontalo

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

Sdr. Rini Fahrani Zees
0906505041

akan mengadakan uji instrument penelitian dengan judul : **"Analisis Faktor-faktor Budaya Organisasi yang Berhubungan Dengan Perilaku Caring Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD. Prof. Dr. H. Aloe Saboe Kota Gorontalo"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan uji instrument penelitian di RSUD. M.M. Dunda Kabupaten Gorontalo.

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



Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Kepala Bidang Keperawatan RSUD. M.M. Dunda
3. Sekretaris FIK-UI
4. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
5. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
6. Koordinator M.A. "Tesis"
7. Peninggal



PEMERINTAH KOTA GORONTALO

BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jln. Nani Wartabone No.03 Telp. (0435) 821003

REKOMENDASI

Nomor : 070 / Kesbangpol / 320

Berdasarkan Surat Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Nomor : 942/H2.F12.D/PDP.04/02/2011 tanggal 24 Maret 2011. Perihal Permohonan Izin Penelitian, maka dengan ini memberikan Rekomendasi/Izin Penelitian kepada :

Nama : RINI FAHRIANI ZEES
NIM : 0906594620
Judul : *Analisis Faktor-Faktor Budaya Organisasi Yang Berhubungan Dengan Perilaku Caring Perawat Pelaksana Di RSUD Prof. Dr. Aloi Saboe Kota Gorontalo*
Lokasi : RSUD Prof. Dr. Aloi Saboe Kota Gorontalo
Waktu : 07 April s/d 07 Mei 2011

Dalam melakukan Survey/penelitian harus mentaati ketentuan sebagai berikut :

1. Melapor kepada Instansi Tempat melakukan Penelitian serta menjaga keamanan dan ketertiban;
2. Tidak dibenarkan melakukan Penelitian yang tidak sesuai atau tidak ada kaitannya dengan tujuan Penelitian dimaksud;
3. Mentaati ketentuan Perundang-Undangan yang berlaku serta mengindahkan adat-istiadat setempat;
4. Apabila masa berlaku Surat Rekomendasi ini berakhir dan pelaksanaan Penelitian belum selesai, maka harus mengajukan kembali perpanjangan izin kepada Instansi pemohon;
5. Menyerahkan 1 (satu) rangkap hasil Penelitian kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Gorontalo setelah selesai melakukan Penelitian;
6. Surat Rekomendasi ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang Surat Rekomendasi ini tidak mentaati / mengindahkan ketentuan-ketentuan seperti tersebut diatas.

Demikian surat ini dikeluarkan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Gorontalo, 07 April 2011

An. KEPALA BADAN KESBANGPOL
KOTA GORONTALO
SEKRETARIS *tr*



THAMRIN HUSAIN, Bac, S.Pd
PEMBINA
Nip. 19610706 198703 1 017

Tembusan :

1. Yth, Walikota Gorontalo (sebagai laporan);
2. Yth, Direktur RSUD Prof Dr. Aloi Saboe Kota Gorontalo;
3. Yth, Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Gorontalo;
- ④ Yang Bersangkutan;



PEMERINTAH KOTA GORONTALO
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROF. DR. H. ALOEI SABOE
KOTA GORONTALO

Jalan Prof. Dr. H. Aloei Saboe No. 92 ☎ (0435) 821218, 822753

REKOMENDASI

NO : 800 / RSUD-II /UK/673 / 2011

Berdasarkan Surat dari Badan Kesbangpol & Linmas Nomor : 070/ Kesbang Pol/320 Tanggal 07 April 2011 Perihal Izin Penelitian, maka Direktur RSUD Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo, dengan ini memberikan Rekomendasi kepada :

Nama : RINI FAHRIANI ZEES
NIM : 0906594620
Pekerjaan : Mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas
Indonesia

Untuk mengadakan Penelitian dengan judul "Analisis Faktor-Faktor Budaya Organisasi Yang Berhubungan Dengan Perilaku Caring Perawat Pelaksana Di RSUD Dr Prof Aloe Saboe Kota Gorontalo." Terhitung mulai Tanggal 07 April sampai dengan 07 Mei 2011, Dengan ketentuan yang bersangkutan harus menunjukkan Surat Pernyataan bersedia mentaati ketentuan administrasi dan bersedia memaparkan Proposal dan data hasil Penelitian di RSUD Prof. Dr. H. Aloei Kota Gorontalo sebelum di publikasikan di luar.

Demikian Rekomendasi ini diberikan untuk dipergunakan seperlunya.

Dikeluarkan : GORONTALO
Pada Tanggal : 13 Mei 2010



Dr. ANDANG ILATO, MM
NIP. 19640430 199803 1 002

Tembusan :

1. Yth. Kepala Bidang Pelayanan Prof Dr H Aloei Saboe Kota Gorontalo



PEMERINTAH KABUPATEN GORONTALO
BLUD RSU Dr. M.M. DUNDA KABUPATEN GORONTALO

Jln. A. Yani No. 53 Telp. (0435) 881455

SURAT KETERANGAN

Nomor : 070/BLUD-RSU/2021/V/2011

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Elis N. Wantu, S.Kep
NIP : 19620829 198403 2 006
Pangkat / Gol.Ruang : Pembina Utama Madya, IV/A
Jabatan : Sekretaris Badan Layanan Umum Daerah RSU
Dr. M.M. Dunda Kabupaten Gorontalo

Menerangkan dengan benar :

Nama : RINI FAHRIANI ZEES
Nim : 0906505041
Pekerjaan : Mahasiswi

Bahwa yang bersangkutan benar-benar telah melakukan Uji Instrumen Penelitian di BLUD RSU Dr. M.M. Dunda Limboto Kabupaten Gorontalo pada bulan maret 2011 dengan judul "Analisis Faktor-faktor Budaya Organisasi yang Berhubungan dengan Perilaku Caring Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Di BLUD RSU Dr M.M. Dunda Kabupaten Gorontalo"

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Limboto, 23 Mei 2011
A.n Kepala BLUD RSU Dr. M. M. Dunda
Kabupaten Gorontalo
Sekretaris





KUESIONER PENELITIAN

**ANALISIS FAKTOR BUDAYA ORGANISASI
YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU *CARING*
PERAWAT PELAKSANA DI RUANG RAWAT INAP RSAS
KOTA GORONTALO**

OLEH:

RINI FAHRIANI ZEES

NPM.0906594620

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN
KEPERAWATAN
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, MARET 2011**

LEMBAR PENJELASAN MENJADI RESPONDEN

Teman sejawat yang terhormat,

Puji syukur kehadirat Allah SWT karena atas kuasa dan taufiq-Nya peneliti selalu berada dalam kondisi baik dan sehat serta mampu menjalankan tugas kita masing-masing.

Saya, Rini Fahriani Zees, Mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, bermaksud melakukan riset tentang “**Analisis Faktor-Faktor Budaya Organisasi Yang Berhubungan Dengan Perilaku *Caring* Perawat Di Ruang Rawat Inap RSUD. Prof. Dr. Hj. Aloei Saboe Kota Gorontalo**”.

Kuesioner ini dibuat bukan untuk menilai kinerja dan pengetahuan rekan-rekan terhadap ilmu keperawatan, tetapi bertujuan untuk memperoleh gambaran yang tepat tentang hubungan faktor budaya organisasi dan perilaku *caring* perawat. Manfaat penelitian ini adalah untuk meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya pelayanan keperawatan dengan membudayakan *caring* pada pasien. Segala informasi yang diberikan akan dijamin kerahasiaannya dan akan digunakan hanya untuk penelitian serta peningkatan mutu pelayanan keperawatan di di RSUD. Prof. Dr. Hj. Aloei Saboe Kota Gorontalo.

Demikian penjelasan ini disampaikan, apabila rekan sejawat menyetujui, maka saya mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar *inform concent* dan menjawab semua pertanyaan yang telah disiapkan. Atas perhatian, dan partisipasinya diucapkan terima kasih.

Gorontalo, Maret 2011

Peneliti

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah saya mendapat informasi dan membaca penjelasan di atas, maka saya memahami manfaat dan tujuan penelitian ini. Saya yakin peneliti akan menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden. Saya juga menyadari bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi saya dan RSUD. Prof. Dr. Hj. Aloe Saboe Kota Gorontalo tempat saya bekerja.

Saya mengerti bahwa keikutsetaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan mutu pelayanan dan asuhan keperawatan di RSAS Kota Gorontalo, dan saya sudah berkontribusi di dalamnya. Dengan menandatangani lembar persetujuan ini, maka saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Gorontalo, 4 April 2011

Responden

(.....)

Cukup paraf, tidak perlu menuliskan nama.



RISET MAHASISWA PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
 FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS INDONESIA
 Di RSUD PROF. DR. Hj. ALOEI SABOE KOTA GORONTALO
 PERIODE 4 APRIL s/d 2 MEI 2011

KUESIONER
UNTUK PERAWAT PELAKSANA

Petunjuk Pengisian:

1. Kuesioner terdiri dari 3 bagian yaitu karakteristik perawat, budaya organisasi dan perilaku *caring*.
2. Berilah tanda *check* (✓) pada jawaban yang tersedia sesuai jawaban yang Saudara pilih.
3. Tulislah jawaban secara singkat, dan jelas pada tempat yang telah tersedia.
4. dimohon untuk TIDAK mengosongkan jawaban pada setiap pertanyaan.

KODE

A. Karakteristik perawat

1. Umur : tahun
2. Jenis Kelamin : Pria Wanita
3. Pendidikan Terakhir Keperawatan : SPK DIII SI
4. Lama Bekerja di Ruang Rawat Inap :tahunbulan
5. Lama Bekerja di Ruangan Sekarang :tahun.....bulan
6. Status Perkawinan : Menikah Belum menikah
7. Status Kepegawaian : PNS Non PNS

B. Budaya Organisasi

Petunjuk pengisian:

1. Berilah tanda *check* (√) pada jawaban yang tersedia sesuai jawaban yang Saudara pilih.
2. Tulislah jawaban secara singkat, dan jelas pada tempat yang telah tersedia.
3. Dimohon untuk TIDAK mengosongkan jawaban pada setiap pertanyaan.

Pilihan jawaban:

STS	: Sangat Tidak Setuju , pernyataan tersebut sama sekali tidak sesuai dengan kondisi yang dialami perawat pelaksana saat ini
TS	: Tidak Setuju , pernyataan tersebut tidak sesuai dengan kondisi yang dialami perawat pelaksana saat ini
S	: Setuju , pernyataan tersebut sesuai dengan kondisi yang dialami perawat pelaksana saat ini
SS	: Tidak Setuju , pernyataan tersebut sangat sesuai dengan kondisi yang dialami perawat pelaksana saat ini.

NO	PERNYATAAN	JAWABAN			
		STS	TS	S	SS
1	Perawat saling berkomunikasi dengan baik dalam melakukan asuhan keperawatan				
2	Perawat diberikan informasi tentang visi, misi, tujuan RS saat proses rekrutmen				
3	Perawat diberitahukan tentang visi, misi, dan tujuan pelayanan di ruangan				
4	Atasan sulit diajak berkomunikasi saat mendapatkan masalah yang berhubungan dengan pekerjaan.				
5	Konflik dalam pekerjaan diatasi sendiri oleh masing-masing staf yang terlibat				
6	Masalah diruangan diatasi dengan musyawarah mufakat				
7	Atasan cenderung tertutup untuk dan tidak memberikan kesempatan untuk konsultasi.				

NO	PERNYATAAN	JAWABAN			
		STS	TS	S	SS
8	Atasan memberikan kesempatan dalam pengembangan karir				
9	Pelatihan merata untuk semua staf				
10	Atasan menolak jika staf ingin melanjutkan studi kejenjang yang lebih tinggi				
11	Pengembangan karir ditempat kerja sesuai dengan kompetensi perawat				
12	<i>Inhouse training</i> hanya untuk kepala ruangan dan ketua tim				
13	Atasan memberikan kesempatan kepada staf untuk memberikan gagasan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan diruangan				
14	Tata ruang lingkungan kerja diatur sesuai dengan keinginan atasan.				
15	Tempat kerja memberikan kebebasan untuk melakukan pekerjaan secara mandiri sesuai dengan kemampuan.				
16	Kesempatan untuk melakukan inovasi dibatasi atasan				
17	Atasan menuntut perawat bekerja sesuai dengan standar yang ditetapkan				
18	Perawat dilibatkan dalam menyusun perencanaan, kebijakan ataupun aturan di ruangan				
19	Perawat melakukan asuhan keperawatan berdasarkan standar prosedur pelaksanaan.				
20	Perawat bekerja berdasarkan status kepegawaian				
21	Ada tuntutan melakukan pekerjaan diluar tugas pokok.				
22	Atasan memberikan masukan setelah memberikan penilaian terhadap pekerjaan yang dilakukan.				
23	Perawat diberikan contoh oleh atasan dalam kegiatan asuhan keperawatan				
24	Perawat mempertanggungjawabkan hasil pekerjaan kepada teman sejawat sesuai dengan struktur organisasi.				

NO	PERNYATAAN	JAWABAN			
		STS	TS	S	SS
25	Pekerjaan dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan.				
26	Pendelegasian dilakukan kepada staf sesuai dengan kompetensi yang dimiliki				
27	Standar asuhan keperawatan diperlukan dalam melakukan asuhan keperawatan				
28	Atasan mengawasi setiap tindakan yang dilakukan oleh perawat tertentu				
29	Perawat menjalankan orientasi selama 3 bulan setelah lulus seleksi				
30	Perawat mengutamakan kepuasan pasien tertentu dalam bekerja				
31	Perawat diberikan <i>punishment</i> dalam melakukan kesalahan				
32	perawat diberikan <i>reward</i> oleh atasan terhadap tugas yang diselesaikan dengan baik.				
33	Perawat kurang puas terhadap <i>reward non materil</i> yang diberikan atasan				
34	<i>Reward financial</i> disesuaikan dengan status senioritas				
35	Teman sejawat perawat saling membantu dalam melakukan pekerjaan				
36	Perawat menggunakan komunikasi terapeutik saat berinteraksi dengan pasien maupun teman sejawat.				
37	Tim kerja perawat harus <i>kohesif</i> dalam memberikan asuhan keperawatan				
38	Jumlah perawat saat ini melebihi kebutuhan pasien.				
39	Pembagian kerja tim diruangan disesuaikan dengan tingkat senioritas				

C. Perilaku *Caring*.

Petunjuk pengisian:

1. Berilah tanda *check* (✓) pada jawaban yang tersedia sesuai jawaban yang Saudara pilih.
2. Tulislah jawaban secara singkat, dan jelas pada tempat yang telah tersedia.
3. Dimohon untuk TIDAK mengosongkan jawaban pada setiap pertanyaan.

Pilihan Jawaban:

- SL** : Selalu, jika kegiatan semua dilakukan
- SR** : Sering, jika kegiatan sebagian besar dilakukan
- JR** : Jarang, jika kegiatan sewaktu-waktu dilakukan.
- TP** : Tidak pernah, jika semua kegiatan tidak dilakukan.

No	PERNYATAAN	JAWABAN			
		TP	JR	SR	SL
1	Saya menawarkan bantuan kepada pasien untuk mengompres rasa sakit, <i>massage</i> punggung, memandikan dll				
2	Saya menyapa klien jika saya sedang istirahat.				
3	Saya berusaha untuk tepat waktu dalam memberikan perawatan kepada klien.				
4	Saya mengikuti keinginan klien saat ia menolak dilakukan terapi pengobatan (injeksi IM, IV dan SC)				
5	Saya menemui klien yang menjadi tanggung jawab saya selama dinas minimal sekali dalam sehari.				
6	Saya merespon dengan cepat terhadap panggilan klien yang membutuhkan pertolongan saya				
7	Saya menyarankan pada klien untuk memanggil perawat apabila klien mengalami kesulitan				
8	Saya menganjurkan kepada klien yang <i>partial care</i> untuk merawat diri sendiri tanpa bantuan perawat.				
9	Saya memberikan informasi yang memadai tentang penyakit klien sesuai dengan kebutuhannya.				

No	PERNYATAAN	JAWABAN			
		TP	JR	SR	SL
10	Saya tidak memberitahu kepada klien adanya sistem pendukung rumah sakit yang berlaku seperti tim pertolongan pertama atau penanganan penyakit tertentu				
11	Saya menanggapi pertanyaan klien tentang hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan klien saja.				
12	Saya menghargai keputusan klien dan keluarga untuk memilih perawatan alternatif dalam usaha penyembuhan klien				
13	Saya menolak permintaan klien untuk melibatkan pemuka agama dalam proses perawatan				
14	Saya menghormati dan menghargai keputusan klien dalam proses perawatan				
15	Saya <i>blocking</i> dan gugup saat menghadapi kondisi klien yang gawat.				
16	Saya berusaha untuk bersikap ramah kepada klien, teman sejawat maupun kepada tim kesehatan lainnya.				
17	Saya kurang senang dikritik oleh klien				
18	Saya merasa jenuh untuk memahami perasaan klien yang ingin diperhatikan dalam semua kebutuhannya.				
19	Saya melibatkan keluarga klien atau orang yang dianggap berarti dalam perawatan klien				
20	Saya memberikan kenyamanan saat klien menjelang tidur dengan mengontrol suara saat berkomunikasi dengan klien, memberikan selimut yang bersih, mengatur pencahayaan dll.				
21	Saya memanggil nama klien sesuai dengan yang tercantum dalam status klien				
22	Saya dipanggil oleh klien dengan nama yang saya sukai.				
23	Saya melakukan tindakan keperawatan kepada pasien dengan profesional dan menjaga penampilan saya didepan pasien				
24	Saya meyakinkan klien untuk siap menolong setiap kali dibutuhkan				
25	Saya bersikap hangat, bersahabat, dan menyediakan waktu untuk klien tertentu saja				
NO	PERNYATAAN	JAWABAN			
		TP	JR	SR	SL

26	Saya membiarkan klien yang tidak mau dilakukan tindakan perawatan dan pengobatan.				
27	Saya selalu menempatkan diri untuk berpihak pada posisi pasien dalam hal perawatan				
28	Saya mengatur jadwal pemeriksaan klien				
29	Saya membatasi pengunjung ruangan				
30	Saya menjamin kerahasiaan pribadi klien.				
31	Saya membatasi hak klien atas dirinya, karena selama di rumah sakit klien adalah tanggung jawab saya.				
32	Saya memberikan perhatian kepada klien dalam masa kritis sampai masa kritisnya lewat.				
33	Saya mengawasi klien jika klien berada dikamar sendirian untuk mengantisipasi hal-hal yang membahayakan klien.				
34	Saya melakukan observasi kepada pasien khususnya pasien dengan tingkat ketergantungan <i>total care</i> atau <i>parsial care</i>				
35	Saya mengajarkan klien tehnik menghilangkan nyeri seperti relaksasi, saat klien merasa nyeri				
36	Saya melakukan <i>follow up</i> terhadap kesehatan pasien yang sudah pulang melalui kunjungan rumah.				
37	Saya menjelaskan tujuan sebelum melakukan tindakan.				
38	Saya menjelaskan manfaat pengobatan				
39	Saya sukar membiasakan diri dalam menjadi pendengar yang aktif terhadap keluhan klien.				
40	Saya memantau perkembangan kesehatan klien setiap minggu.				

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



1. DATA UMUM

Nama : Rini Fahrani Zees
 Tempat dan tanggal lahir : Gorontalo, 14 Oktober 1981
 Agama : Islam
 Pendidikan terakhir : Sarjana Keperawatan, Profesi Ners
 Status pernikahan : Menikah
 Pekerjaan : Staf Pengajar Poltekkes Kemenkes Gorontalo
 Alamat rumah : Jl. Usman Isa No. 99 Kelurahan Lekobalo, Kecamatan Kota Barat Kota Gorontalo.
 Alamat institusi : Jl. Taman Pendidikan No. 36 Kelurahan Moodu, Kecamatan Kota Timur Kota Gorontalo.

Identitas orang tua
 Ayah : Abdul Gani Zees
 Ibu : Ensi bahuwa, S. Ag.

2. RIWAYAT PENDIDIKAN

2009-2011 : Program Magister Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Universitas Indonesia
 2005-2006 : Program Profesi Ners Universitas Hasanuddin Makassar
 2003-2005 : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin
 1999-2002 : DIII Keperawatan Poltekkes Depkes Gorontalo.
 1996-1999 : SMUN. 3. Gorontalo
 1993-1996 : SMPN. 3. Limboto
 1993- 1987 : SDN. II. Hutabohu.

3. RIWAYAT PEKERJAAN

2005- sekarang : Staf pengajar Poltekkes Kemenkes Gorontalo.
 2002-2004 : Perawat pelaksana di RSAS Kota Gorontalo.

