



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN KOMUNIKASI ORGANISASI DENGAN KINERJA
PERAWAT PELAKSANA DI RUANG RAWAT INAP
SALAH SATU RUMAH SAKIT SWASTA
SURABAYA**

TESIS

**YULISTIANA RUDIANTI
0906504732**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK, JULI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN KOMUNIKASI ORGANISASI DENGAN KINERJA
PERAWAT PELAKSANA DI RUANG RAWAT INAP
SALAH SATU RUMAH SAKIT SWASTA
SURABAYA**

TESIS

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

**YULISTIANA RUDIANTI
0906504732**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK, JULI 2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Yulistiana Rudianti

NPM : 0906504732

Tanda Tangan : 

Tanggal : 7 Juli 2011


HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

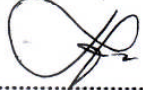
Nama : Yulistiana Rudianti
NPM : 0906504732
Program Studi : Magister Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Judul Tesis : Hubungan Komunikasi Organisasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya

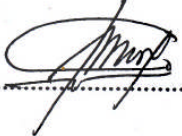
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan, Program Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

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

Pembimbing : Luknis Sabri, dr, SKM  (.....)

Penguji : Ns. Sukihananto, S.Kep., M.Kep  (.....)

Penguji : Ns. Tety Mulyati Arofi, S.Kep., M.Kep  (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 7 Juli 2011

KATA PENGANTAR

Puji syukur atas hikmat dan kasih Allah Yang Maha Esa. Atas karuniaNya peneliti dapat menyelesaikan penyusunan tesis dengan judul “Hubungan Komunikasi Organisasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya”. Penyusunan tesis ini dapat selesai karena bimbingan dan motivasi yang besar dari para pembimbing dan berbagai pihak yang mendukung. Untuk itu peneliti menyampaikan terima kasih yang dalam kepada Ibu Hanny Handiyani, SKp.,M.Kep selaku pembimbing I dan Ibu Luknis Sabri, dr, SKM selaku pembimbing II. Peneliti juga ingin menyampaikan terima kasih kepada:

1. Ibu Dewi Irawaty,MA.,Ph.D selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Astuti Yuni Nursasi, S.Kp.,M.N selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Ibu Krisna Yetti, S.Kp.,M.App.Sc selaku Koordinator Mata Ajar Tesis.
4. Bapak Ns. Sukihananto, S.Kep., M.Kep, selaku penguji yang telah memberikan masukan kepada peneliti dalam penyusunan tesis ini.
5. Direktur Utama dan para direksi Rumah Sakit yang telah memberikan izin untuk pelaksanaan penelitian ini.
6. Kepala Ruangan dan rekan-rekan perawat yang telah memberikan dukungan dan berpartisipasi dalam penelitian ini.
7. Komunitas suster SSpS, dan komunitas suster AK yang selalu memberikan perhatian dan doa bagi peneliti selama penyusunan tesis ini.
8. Ayah dan ibu tercinta serta keluarga'ku terkasih yang memberikan semangat dan kasih selama penyusunan tesis ini.
9. Rekan-rekan mahasiswa keperawatan di FIK UI, Forum Merdeka Rakyat Peduli Perawat Indonesia (MERAPI), dan khususnya kelas Manajemen 2009 yang saling memberikan semangat dan dukungan selama ini.
10. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberikan dukungan dan bantuan moral selama penyusunan tesis ini.

Peneliti menyadari bahwa penyusunan tesis ini belum sempurna. Oleh karena itu masukan, kritik dan saran yang sifatnya membangun sangat diharapkan. Semoga hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu dan pelayanan keperawatan di rumah sakit.

Depok, 7 Juli 2011

Yulistiana Rudianti



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

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

Nama : Yulistiana Rudianti
NPM : 0906504732
Program Studi : Pasca Sarjana
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis


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

Hubungan Komunikasi Organisasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok
Pada tanggal: 7 Juli 2011
Yang menyatakan



(Yulistiana Rudianti)

PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis, 7 Juli 2011
Yulistiana Rudianti

Hubungan Komunikasi Organisasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya

Abstrak

Komunikasi organisasi merupakan proses yang memberikan manfaat untuk peningkatan kinerja karyawan. Penelitian bertujuan untuk mengetahui hubungan komunikasi organisasi dengan kinerja perawat pelaksana. Desain penelitian menggunakan *deskriptif korelatif* dengan pendekatan *cross sectional* terhadap 156 perawat pelaksana. Instrumen penelitian memiliki reliabilitas 0,8716-0,8776. Hasil uji *Chi Square* ($p=0,046$; $\alpha=0,05$) membuktikan adanya hubungan antara komunikasi organisasi dengan kinerja perawat pelaksana. Variabel yang paling berpengaruh terhadap kinerja perawat pelaksana adalah supervisi dan pengarahan. Upaya meningkatkan komunikasi organisasi dengan cara melakukan supervisi dan pengarahan sesuai pedoman perlu dilakukan sehingga dihasilkan kinerja yang semakin baik.

Kata kunci: kinerja perawat, komunikasi organisasi, pengarahan, supervisi

Relationship Between Organizational Communication and Performance of Nursing Service at Nursing Wards in One of Non Government Hospital in Surabaya

Abstract

Communicational organization is a process that is useful to improve the quality of nursing performance. The aim of this study is finding the relationship between organizational communication with the performance of nursing service. The study used correlationally descriptive design with cross sectional approach from 156 respondents (nursing service). The reliability value of questionnaire was from 0,8716 until 0,8776. Chi Square analysis result ($p=0,046$; $\alpha=0,05$) proved that there was relationship between communicational organization with performance of nursing service. The most influential variables to nursing performance were supervision and directing. The effort to improve communicational organization by conducting appropriate supervision and directing with guidelines is needed so that creating better nurse performance.

Keywords: communicational organization, directing, performance nurse, supervision

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR SKEMA	xi
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB 1. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	8
1.3 Tujuan Penelitian	9
1.4 Manfaat Penelitian	10
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Kinerja	12
2.2 Komunikasi Organisasi	19
2.3 Manajemen Keperawatan	31
BAB 3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Konsep	36
3.2 Hipotesis Penelitian	38
3.3 Definisi Operasional	39

BAB 4. METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian	42
4.2 Populasi dan Sampel	42
4.3 Tempat Penelitian	44
4.4 Waktu Penelitian	44
4.5 Etika Penelitian	44
4.6 Alat Pengumpulan Data	45
4.7 Uji Validitas dan Reliabilitas	47
4.8 Prosedur Pengumpulan Data	49
4.9 Pengolahan dan Analisis Data	50
BAB 5. HASIL PENELITIAN	
5.1 Analisis Univariat	53
5.2 Analisis Bivariat	58
5.3 Analisis Multivariat	62
BAB 6. PEMBAHASAN	
6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil	68
6.2 Keterbatasan Penelitian	80
6.3 Implikasi Hasil Penelitian	81
BAB 7. SIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Simpulan	85
7.2 Saran	86

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR SKEMA

Isi	Hal
Skema 2.1 <i>The Basic Mechanism of Communication</i>	20
Skema 2.2 Kerangka Teori Penelitian	35
Skema 3.1 Kerangka Konsep	37



DAFTAR GAMBAR

Isi	Hal
Gambar 5.1 Distribusi Frekuensi Kinerja Perawat	53
Gambar 5.2 Distribusi Frekuensi Sub Variabel Kinerja Perawat	54



DAFTAR TABEL

Isi	Hal
Tabel 3.1 Definisi Operasional	39
Tabel 4.1 Kisi Kuesioner Kinerja Perawat	46
Tabel 4.2 Kisi Kuesioner Komunikasi Organisasi	47
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Komunikasi Organisasi	55
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Sub Variabel Komunikasi Organisasi.....	56
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden	57
Tabel 5.4 Distribusi Responden Menurut Komunikasi Organisasi dan Kinerja Perawat	58
Tabel 5.5 Distribusi Responden Menurut Sub Variabel Komunikasi Organisasi dan Kinerja Perawat	59
Tabel 5.6 Distribusi Responden Menurut Karakteristik dan Kinerja Perawat	61
Tabel 5.7 Analisis Seleksi Bivariat	63
Tabel 5.8 Hasil Analisis Model Awal Multivariat	64
Tabel 5.9 Hasil Analisis <i>Full Model</i>	65
Tabel 5.10 Pemodelan Akhir	67

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 *Informed Consent*
- Lampiran 3 Kuesioner Penelitian
- Lampiran 4 Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran 5 Surat Lolos Kaji Etik
- Lampiran 6 Daftar Riwayat Hidup



BAB 1

PENDAHULUAN

Bab 1 merupakan pendahuluan terdiri atas latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan dan manfaat penelitian. Bab ini selanjutnya digunakan sebagai dasar melakukan penelitian.

1.1 Latar belakang

Kinerja sebagai hasil kegiatan individu atau kelompok dalam suatu organisasi merupakan hal penting yang menunjukkan keberhasilan pelaksanaan sistem manajemen. Fried, Fottler dan Johnson (2005) menyebutkan penilaian kinerja sebagai unsur kunci dari pelaksanaan manajemen. Kinerja individu dari hasil penilaian kinerja dapat memberikan gambaran bagaimana staf melaksanakan sistem manajemen untuk mencapai tujuan organisasi salah satunya adalah organisasi rumah sakit.

Rumah sakit sebagai suatu organisasi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan diharapkan mampu memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan sesuai kebutuhan masyarakat. Pohan (2007) mengemukakan peranan terpenting sistem layanan kesehatan adalah jaminan mutu layanan kesehatan yang artinya sesuai dengan harapan dan kebutuhan pasien. Ilyas (2004) mengemukakan bahwa pengelola rumah sakit diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan lebih memperhatikan kepentingan konsumen. Pelayanan kesehatan yang bermutu melibatkan sumber daya yang dimiliki rumah sakit termasuk perawat sebagai tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan secara terus menerus selama 24 jam dan langsung dirasakan oleh pasien.

Perawat sebagai tenaga kesehatan di rumah sakit merupakan sumber daya penting untuk ambil bagian memberikan jaminan mutu layanan kesehatan. PPNI (2010) menjabarkan bahwa keperawatan sebagai bentuk pelayanan profesional dilakukan oleh perawat berdasarkan standar profesi untuk memastikan pelayanan yang

kompeten dan aman kepada masyarakat. Potter dan Perry (2009) menyebutkan bahwa keperawatan memegang peranan penting dalam menyediakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Pelayanan keperawatan profesional yang dilakukan oleh perawat berdasarkan standar profesi perlu dilakukan evaluasi agar tetap berkualitas dan dapat memberikan jaminan keamanan kepada masyarakat sebagai penerima layanan.

Kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan oleh perawat dapat diketahui melalui suatu evaluasi yaitu penilaian kinerja. Penilaian kinerja dilakukan berdasarkan prinsip dan standar profesi sehingga dapat menggambarkan hasil kegiatan perawat. Swansburg dan Swansburg (1999) menyebutkan bahwa penilaian kinerja perawat merupakan proses kontrol kualitas pelayanan keperawatan berdasarkan standar-standar tertentu termasuk standar praktik keperawatan dari ANA. Gillies (1994) menyebutkan prinsip-prinsip untuk mengevaluasi bawahan antara lain didasarkan pada standar pelaksanaan kerja dan sampel tingkah laku perawat yang cukup. Penilaian kinerja perawat yang dilakukan dengan baik diharapkan dapat bermanfaat bagi organisasi dan individu perawat.

Penilaian kinerja mempunyai manfaat sebagai informasi bagi individu dan organisasi. Informasi yang didapatkan dari penilaian kinerja dapat digunakan oleh organisasi untuk menentukan kebutuhan pengembangan SDM. Individu sendiri yaitu perawat dengan penilaian kinerja akan mengetahui tingkat kinerja sehingga terpacu untuk meningkatkan kinerja. Marquis dan Huston (2009) mengemukakan bahwa penilaian kinerja membuat pegawai mengetahui tingkat kinerja dan harapan organisasi, juga menjadi salah satu alat terbaik untuk mengembangkan dan memotivasi staf. Hasil dari evaluasi kinerja merupakan informasi kinerja ternilai dalam pengambilan keputusan untuk memberikan promosi dan menentukan kebutuhan pengembangan SDM (Robbins, 2003/2006; Wirawan, 2009).

Kinerja individu dalam organisasi dipengaruhi oleh faktor-faktor yang berasal dari individu maupun organisasi. Wirawan (2009) menyebutkan kinerja pegawai merupakan hasil sinergi dari faktor lingkungan organisasi dan faktor internal karyawan. Robbins (2003/2006) dan Ilyas (2001) menyebutkan faktor yang mempengaruhi kinerja yaitu faktor individu dan organisasi. Faktor individu antara lain terdiri dari latar belakang individu (tingkat sosial dan pengalaman) dan demografis (usia dan jenis kelamin), sedangkan faktor organisasi antara lain terdiri dari struktur organisasi, desain pekerjaan, supervisi dan kontrol (Ilyas, 2001).

Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara faktor karakteristik individu dan organisasi dengan kinerja perawat. Penelitian Kanestren (2009) menyatakan bahwa variabel karakteristik individu (umur, lama kerja dan tingkat pendidikan) memiliki hubungan bermakna dengan kinerja perawat. Hasil penelitian Mila (2009) dan Burdahyat (2009) menunjukkan hubungan yang bermakna antara faktor organisasi yaitu budaya organisasi dengan kinerja perawat. Penelitian Muzaputri (2008) menunjukkan faktor organisasi (kepemimpinan, supervisi, dan imbalan) memiliki hubungan bermakna dengan kinerja perawat. Faktor individu dan organisasi yang berhubungan dengan kinerja perawat menggambarkan bagaimana individu yaitu perawat berinteraksi dalam organisasi.

Hubungan timbal balik antara individu dengan kelompok dalam suatu organisasi mempengaruhi pencapaian kinerja yang tinggi. Ilyas (2001) menyatakan bahwa adanya saling ketergantungan, saling membutuhkan dan saling mempengaruhi antara individu dan kelompok berefek terhadap kinerja individu maupun kelompok. Saling ketergantungan satu sama lain dalam organisasi perlu diciptakan melalui sistem manajemen terutama fungsi pengarahan untuk melakukan koordinasi.

Koordinasi dengan berbagai cara dalam komunikasi membuat individu atau kelompok menjadi bagian yang terintegrasi untuk mencapai satu tujuan. Ivancevich (1999) menyebutkan bahwa komunikasi adalah perekat kebersamaan dalam

organisasi untuk mencapai tujuan, mengkoordinasikan aktivitas organisasi dan mengarahkan perilaku yang diharapkan organisasi. Komunikasi untuk melakukan koordinasi dalam suatu organisasi terus diperlukan seiring dengan perubahan yang terjadi.

Komunikasi merupakan hal penting agar organisasi tetap berlangsung secara dinamis sesuai perkembangan dan perubahan di segala aspek bidang kehidupan. Organisasi sebagai sistem terbuka diungkapkan oleh Goldhaber (1993) menuntut komunikasi organisasi sebagai proses yang kreatif dan perubahan informasi yang terus menerus. Swansburg dan Swansburg (1999) mengemukakan bahwa komunikasi dalam organisasi keperawatan dipandang sangat penting untuk keefektifan partisipasi karyawan dalam program. Komunikasi organisasi diharapkan dapat memberikan kejelasan dan pemahaman bagi perawat dalam menjalankan pekerjaannya.

Komunikasi organisasi yang efektif dan memberikan kejelasan informasi mempermudah perawat untuk memberikan perhatian pada hal yang diprioritaskan dalam organisasi. Marquis dan Huston (2009) menekankan komunikasi membangun keahlian di semua aspek untuk keberhasilan manajerial. Gillies (1994) menyebutkan bahwa perawat dapat mewujudkan sasaran yang berhubungan dengan pekerjaannya lewat kerja sama dan berkomunikasi secara efektif dengan rekan kerjanya.

Komunikasi yang tidak efektif dalam organisasi menjadi salah satu faktor terjadinya konflik. Robbins (2003/2006) menunjukkan bahwa dari hasil riset didapatkan komunikasi yang buruk paling sering disebut sebagai sumber konflik antar pribadi. Konflik membuat komunikasi tidak efektif dan disimpulkan sebagai salah satu kekuatan yang menghambat suksesnya kinerja kelompok. Konflik yang terjadi menantang organisasi untuk terus berupaya mengadakan koordinasi yang baik dan membangun komitmen bersama.

Salah satu komitmen pelayanan keperawatan adalah menciptakan kerja sama yang baik untuk mencapai tujuan pelayanan yang optimal. Marquis dan Huston (2009) menyatakan bahwa pelayanan keperawatan berkomitmen untuk menjalin kerja sama yang cerdas dalam mengkoordinasikan pelayanan keperawatan. Komitmen ini menuntut pelayanan keperawatan mampu melakukan suatu hubungan atau kerjasama yang baik antar bagian dan personel yang terlibat dalam pelayanan. Koordinasi pelayanan keperawatan memerlukan adanya suatu komunikasi yang terbuka dan efektif yang dirasakan oleh semua yang terlibat dalam pelayanan.

Komunikasi organisasi yang terjadi dalam pelayanan keperawatan dapat diketahui dengan melakukan pendekatan secara mikro. Pendekatan mikro memfokuskan kepada komunikasi dalam suatu unit atau subunit pada suatu organisasi. Muhammad (2009) menyebutkan pendekatan mikro meliputi orientasi dan latihan, keterlibatan anggota, penentuan iklim komunikasi organisasi, supervisi dan pengarahan, dan kepuasan kerja berkaitan dengan komunikasi organisasi.

Komunikasi dalam organisasi merupakan hal penting berkaitan dengan kepuasan kerja karyawan. Karyawan yang puas dalam pekerjaannya diharapkan akan termotivasi untuk lebih produktif dan mempunyai kinerja sesuai harapan organisasi. Penelitian Dehaghani (2006) memperlihatkan hubungan yang signifikan antara komunikasi interpersonal kepala perawat dengan kepuasan kerja perawat. Penelitian Lolita (2004) menunjukkan komunikasi organisasi berkontribusi terhadap kepuasan kerja perawat.

Proses komunikasi organisasi menjadi tidak efektif karena dipengaruhi oleh faktor-faktor yang menghambat komunikasi antara lain faktor individu. Harun (2008) menyebutkan latar belakang dan pengalaman individu yang berbeda-beda menyebabkan penafsiran pesan yang berbeda. Robbins (2003/2006) menyebutkan usia, pendidikan dan latar belakang budaya merupakan faktor yang mempengaruhi seseorang dalam penggunaan bahasa dan mengartikan pesan. Individu yang dimaksud

dalam organisasi pelayanan keperawatan di rumah sakit adalah perawat dengan latar belakang dan pengalaman yang berbeda satu sama lain.

Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya Surabaya merupakan rumah sakit tipe B dengan kapasitas 389 tempat tidur dan jumlah perawat sebanyak 427 perawat. Rumah sakit mempunyai visi yaitu menjadi rumah sakit pilihan yang berkomitmen pada kehidupan yang bermartabat dengan dijiwai semangat kasih. Pada saat ini, sejalan dengan perkembangan IPTEK dan daya saing antar rumah sakit, menjadi tantangan bagi Salah Satu Rumah Sakit Swasta untuk mempertahankan dan meningkatkan kualitas pelayanan agar tetap menjadi rumah sakit pilihan.

Rumah Sakit mempunyai 14 ruang rawat inap termasuk ICU dengan jumlah perawat pelaksana sebanyak 176 perawat. Rata-rata nilai BOR rawat inap tahun 2010 yaitu 68,3 %. Hasil evaluasi kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan melalui pengisian kuesioner tahun 2010 didapatkan indeks kepuasan pasien berkisar 84,5 – 94,8 %. Pada nilai perbandingan triwulan 3 dan 4 pada tahun 2010 terdapat penurunan di 5 ruang rawat inap sebesar 0,2 - 2,5 %. Ruang rawat yang mengalami penurunan pelayanan keperawatan adalah Pav 1 (dari 92,3 menjadi 92,1 %), Pav 4 (dari 87,1 menjadi 86,9 %), Pav 7 (dari 88,9 menjadi 87,5 %), Pav 9 (90,3 menjadi 89,7 %) dan Pav 11 (dari 89 menjadi 88,3 %). Sedangkan hasil evaluasi persepsi pasien terhadap mutu asuhan keperawatan tahun 2009 melalui instrumen B yaitu 81,2 % yang menunjukkan masih dibawah nilai standar mutu yang ditetapkan (85%).

Pengkajian oleh peneliti melalui pengisian kuesioner tentang kinerja perawat oleh 46 perawat pelaksana di ruang rawat inap pada Oktober 2009 didapatkan perawat dengan kinerja tinggi sebanyak 52,2 % dan 47,8 % cukup tinggi. Hasil pengkajian di atas menunjukkan bahwa kinerja perawat pelaksana masih perlu upaya untuk tetap dipertahankan dan dicegah agar tidak terjadi penurunan lebih lanjut.

Visi sebagai rumah sakit pilihan, diwujudkan melalui misi rumah sakit yang menjadi upaya bersama seluruh bagian rumah sakit. Misi pertama adalah memberikan pelayanan kesehatan prima, menyeluruh, terpadu, aman dan berkualitas secara profesional dengan pemanfaatan teknologi informasi dan teknologi medis canggih. Pelaksanaan misi ini membawa konsekuensi untuk mengarahkan terbentuknya kualitas sumber daya manusia yang tinggi dan menjadi bagian yang integral untuk bersama-sama mencapai tujuan rumah sakit. Hal ini sangat berkaitan dengan komunikasi organisasi sebagai hal penting untuk melakukan koordinasi dan mengarahkan individu atau kelompok di tiap bagian rumah sakit termasuk dalam bidang pelayanan keperawatan.

Pengkajian tentang pengalaman komunikasi melalui pengisian kuesioner oleh perawat pelaksana pada Oktober 2009 didapatkan pengalaman komunikasi dalam pelayanan keperawatan baik 58,7 % dan 41,3 % cukup baik. Persentase tersebut menunjukkan komunikasi antara sesama perawat maupun dengan atasan dalam pelayanan keperawatan masih perlu ditingkatkan. Hasil pengkajian melalui diskusi dengan 6 kepala ruangan pada Maret 2011 didapatkan bahwa semua kepala ruangan mengungkapkan seringkali masih terjadi hambatan komunikasi dalam pelayanan keperawatan. Masalah komunikasi yang dirasakan antara lain kesalahpahaman dalam menerima informasi, perawat tertentu kurang memberi umpan balik dan di antara perawat kadang kurang terbuka untuk saling memberi masukan atau usulan.

Pengkajian mengenai adanya penelitian tentang hubungan komunikasi organisasi dengan kinerja perawat selama ini belum pernah dilakukan di Rumah Sakit. Komunikasi organisasi dalam pelayanan keperawatan merupakan kunci keberhasilan dalam kepemimpinan dan manajemen. Keberhasilan digambarkan dengan kinerja yang dimiliki oleh karyawan yaitu perawat pelaksana. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Hubungan komunikasi organisasi dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya”.

1.2 Perumusan Masalah

Kinerja perawat pelaksana menggambarkan keberhasilan sistem manajemen dalam bidang pelayanan keperawatan. Kualitas pelayanan keperawatan dapat tercapai melalui kinerja perawat yang diarahkan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Kinerja perawat yang didapatkan melalui suatu penilaian kinerja memberikan informasi yang bermanfaat baik bagi individu maupun organisasi. Individu yaitu perawat pelaksana semakin mengetahui tingkat kinerjanya dan memahami harapan organisasi. Organisasi juga memperoleh manfaat sebagai masukan untuk mengambil keputusan dan melakukan pengembangan kemampuan perawat, sehingga penting bagi organisasi untuk mengetahui bagaimana kinerja perawat pelaksana.

Kinerja perawat pelaksana sangat berkaitan dengan komunikasi yang terjadi dalam pelayanan keperawatan. Komunikasi organisasi menggambarkan bagaimana manajemen pelayanan keperawatan melakukan koordinasi dan pengarahan terhadap perawat pelaksana dalam menjalankan asuhan keperawatan. Komunikasi organisasi merupakan pengikat yang mempersatukan individu yaitu perawat agar menjadi satu bagian integral rumah sakit dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Pengkajian di Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya didapatkan indeks kepuasan pelayanan keperawatan pada triwulan 4 tahun 2010 terjadi penurunan di beberapa ruang rawat inap dan hasil evaluasi mutu asuhan keperawatan tahun 2009 melalui instrumen B menunjukkan masih dibawah nilai standar mutu. Hasil diskusi dengan kepala ruangan juga menunjukkan terdapat hambatan komunikasi dalam pelayanan keperawatan. Keadaan penurunan kualitas pelayanan keperawatan berkaitan dengan peran perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan. Evaluasi kinerja perawat dan identifikasi adanya masalah komunikasi dalam pelayanan keperawatan diperlukan sebagai pertimbangan untuk perbaikan kualitas pelayanan keperawatan agar tetap optimal. Berdasarkan pengkajian, di rumah sakit ini belum ada penelitian berkaitan tentang hubungan komunikasi organisasi dengan kinerja perawat pelaksana.

Oleh karena itu, muncul pertanyaan yang juga menjadi masalah penelitian yaitu bagaimana hubungan komunikasi organisasi dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan umum: mengidentifikasi hubungan komunikasi organisasi dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.

Tujuan khusus penelitian ini adalah teridentifikasinya:

- 1.3.1 Kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.
- 1.3.2 Komunikasi organisasi (orientasi dan latihan, keterlibatan anggota, penentuan iklim komunikasi organisasi, supervisi dan pengarahan, kepuasan kerja yang berkaitan dengan komunikasi organisasi) dalam pelayanan keperawatan Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.
- 1.3.3 Karakteristik perawat pelaksana di ruang rawat inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.
- 1.3.4 Hubungan antara orientasi dan latihan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.
- 1.3.5 Hubungan antara keterlibatan anggota dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.
- 1.3.6 Hubungan antara penentuan iklim komunikasi organisasi dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.
- 1.3.7 Hubungan antara supervisi dan pengarahan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.
- 1.3.8 Hubungan antara kepuasan kerja yang berkaitan dengan komunikasi organisasi dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.

- 1.3.9 Hubungan antara umur dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.
- 1.3.10 Hubungan antara jenis kelamin dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.
- 1.3.11 Hubungan antara status perkawinan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.
- 1.3.12 Hubungan antara pendidikan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.
- 1.3.13 Hubungan antara lama kerja dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.
- 1.3.14 Faktor komunikasi organisasi yang paling berpengaruh terhadap kinerja perawat pelaksana setelah dikontrol faktor karakteristik perawat di ruang rawat inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian menjadi sumber informasi dan bahan pertimbangan bagi bidang pelayanan keperawatan untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan melalui optimalisasi sumber daya perawat pelaksana. Hasil penelitian sebagai evaluasi komunikasi organisasi dalam pelayanan keperawatan dan pertimbangan perencanaan pelatihan cara-cara komunikasi organisasi yang efektif.

Penelitian ini meningkatkan antusias perawat pelaksana untuk terbuka terhadap kegiatan penelitian dan evaluasi atau penilaian kinerja melalui pengisian kuesioner sebagai responden. Pengisian kuesioner oleh perawat dapat dijadikan refleksi sehingga perawat menyadari pentingnya pelatihan komunikasi organisasi untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.

1.4.2 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini menunjang pengembangan ilmu pengetahuan kepemimpinan dan manajemen keperawatan khususnya yang berhubungan dengan komunikasi organisasi dan kinerja. Hal ini dapat memberikan perhatian untuk mengembangkan cara-cara komunikasi organisasi yang efektif dalam pelayanan keperawatan yang berkontribusi pada peningkatan kualitas pelayanan kesehatan.

1.4.3 Bagi Penelitian Keperawatan

Hasil penelitian menambah wawasan dan sebagai referensi yang dapat digunakan oleh peneliti lain. Penelitian ini selanjutnya dapat dijadikan dasar untuk mengembangkan penelitian terkait komunikasi organisasi dan kinerja perawat.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab 2 berisi tentang konsep-konsep yang terkait dengan tema penelitian yaitu kinerja, komunikasi organisasi dan fungsi manajemen, serta kaitan antara komunikasi organisasi dengan kinerja. Konsep-konsep yang terkait dimaksudkan agar dapat memberikan kejelasan tentang variabel yang akan diteliti.

2.1 Kinerja

2.1.1 Pengertian Kinerja

Kinerja merupakan suatu tanda pencapaian hasil tujuan organisasi yang di dalamnya termasuk hasil kegiatan individu atau kelompok baik secara kuantitas maupun kualitas. Hersey, Blanchard dan Johnson (1996) dalam Huber (2006) mengemukakan bahwa kinerja adalah upaya untuk mencapai tujuan dan tanggung jawab organisasi. Kinerja adalah hasil akhir kegiatan atau prestasi yang dicapai seseorang dalam melaksanakan tugas atau pekerjaannya sesuai dengan standar dan kriteria yang ditetapkan (Robbins & Coulter, 2005/2007; Rivai, 2005). Kinerja diartikan sebagai penampilan secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seorang pegawai dalam melaksanakan tugasnya sesuai tanggung jawab yang diberikan (Mangkunegara, 2009). Terkait dalam bidang pelayanan keperawatan, kinerja perawat dapat diartikan sebagai penampilan hasil kegiatan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.

Penampilan atau hasil kegiatan personal ditunjukkan dengan melakukan suatu penilaian kinerja. Penilaian kinerja merupakan proses kontrol dimana kinerja pegawai dievaluasi berdasarkan standar-standar tertentu (Swansburg & Swansburg, 1999). Penilaian kinerja adalah proses formal yang dilakukan untuk mengevaluasi tingkat pelaksanaan pekerjaan karyawan dan memberikan umpan balik untuk kesesuaian tingkat kinerja (Ilyas, 2001). Oleh karena itu penilaian kinerja memerlukan suatu perencanaan yang cermat berdasarkan standar yang telah ditetapkan sehingga dapat dipahami oleh perawat sebagai karyawan dan memberikan manfaat baik bagi perawat sendiri maupun organisasi.

2.1.2 Manfaat Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja memberikan manfaat sebagai informasi bagi karyawan dan organisasi untuk melakukan perbaikan. Organisasi dapat memanfaatkan informasi mengenai kinerja individu sebagai pertimbangan untuk mengambil keputusan mengenai promosi, transfer, tindakan disiplin dan mengadakan pengembangan SDM (Bateman & Snell, 2002; Marquis & Huston, 2009). Penilaian kinerja merupakan informasi bagi perawat untuk mengetahui tingkat kinerjanya sehingga termotivasi untuk mengembangkan keahliannya dalam pelayanan keperawatan menjadi lebih baik (Tappen, Weiss & Whitehead, 2004). Fried, Fottler dan Johnson (2005) menyebutkan kinerja individu dari hasil penilaian kinerja dapat memberikan gambaran bagaimana staf melaksanakan sistem manajemen untuk mencapai tujuan organisasi. Huber (2006) mengemukakan penilaian kinerja dapat menggambarkan kemampuan pegawai, menggabungkan kemampuan pegawai dengan pekerjaan yang diharapkan dan meningkatkan motivasi staf.

2.1.3 Dimensi Kinerja

Dimensi atau kriteria kinerja merupakan unsur-unsur dalam pekerjaan yang dijadikan dasar dalam melakukan penilaian kinerja. Kriteria kinerja terdiri dari 1). Hasil kerja: merupakan keluaran kerja dalam bentuk barang atau jasa yang dapat dihitung dan diukur kuantitas dan kualitasnya. 2). Perilaku kerja: perilaku karyawan yang ada hubungannya dengan pekerjaan, seperti kerja keras, dan ramah terhadap pelanggan. 3). Sifat pribadi: sifat individu yang ada hubungannya dengan pekerjaan atau sifat yang diperlukan dalam melaksanakan pekerjaan (Fried, Fottler & Johnson, 2005; Robbins, 2003/2006; Rivai, 2005; Wirawan, 2009).

Instrumen evaluasi kinerja disusun berdasarkan dimensi kinerja yang dikembangkan menjadi indikator kinerja. Wirawan (2009) menyebutkan contoh indikator kinerja yang dikembangkan dari dimensi-dimensi kinerja yaitu 1). Indikator dimensi hasil kerja: kuantitas hasil produksi, kualitas hasil produksi, ketepatan dalam melaksanakan pekerjaan, kecepatan dalam melaksanakan pekerjaan, jumlah kecelakaan kerja, kepuasan pelanggan, efisiensi penggunaan

sumber, dan efektivitas melaksanakan tugas. 2). Indikator dimensi perilaku kerja: ramah kepada pelanggan, perilaku sesuai prosedur kerja, perilaku sesuai kode etik, perilaku sesuai peraturan organisasi, disiplin, ketelitian, profesionalisme, kerja sama, kepemimpinan dalam tim dan memanfaatkan waktu. 3). Indikator dimensi sifat pribadi yang ada hubungannya dengan pekerjaan: pengetahuan, keterampilan, kejujuran, kebersihan, keberanian, kemampuan beradaptasi, inisiatif, integritas, kecerdasan, kerajinan, kesabaran, dan semangat kerja.

2.1.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja

Kinerja seseorang atau karyawan pada umumnya dipengaruhi beberapa faktor yang berasal dari individu sendiri maupun dari organisasi. Robbins (2003/2006) menyatakan bahwa karakteristik individu seperti umur, lama kerja, dan status perkawinan dapat mempengaruhi kinerja individu. Ilyas (2001) menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja, yaitu 1). Faktor individu: dikelompokkan menjadi kemampuan, latar belakang dan geografis. 2). Faktor psikologis terdiri dari persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. 3). Faktor organisasi: berefek tidak langsung terhadap perilaku kinerja individu yang terdiri dari sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan. Hasil penelitian Hanan (2009) didapatkan faktor jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan dan lama kerja memiliki hubungan dengan kinerja perawat.

Faktor individu disebutkan sebagai faktor yang mempengaruhi tingkat produktivitas seseorang dalam bekerja. Produktivitas dan kinerja menjadi isu penting karena adanya keyakinan bahwa kinerja dan produktivitas akan menurun dengan bertambahnya umur, dengan alasan: menurunnya kecepatan, kecekatan dan kekuatan, meningkatnya kejenuhan dan kurangnya rangsangan intelektual (Riani, 2011; Robbins, 2003/2006). Hasibuan (2003) berpendapat bahwa umur individu mempengaruhi kondisi fisik, mental, kemampuan kerja dan tanggung jawab seseorang. Karyawan muda disebutkan mempunyai fisik yang kuat, dinamis, kreatif, tetapi cepat bosan, kurang bertanggung jawab, dan cenderung absensi. Sebaliknya, karyawan yang umurnya lebih tua kondisi fisiknya kurang, tetapi bekerja ulet, dan mempunyai tanggung jawab besar.

Perbedaan jenis kelamin tidak memiliki perbedaan yang signifikan dalam produktivitas kerja. Laki-laki dan perempuan memiliki kemampuan memecahkan masalah, keterampilan, analisis, kemampuan personalisasi dan kemampuan belajar. Perbedaan cenderung terjadi pada faktor psikologis wanita yang berbeda dalam mematuhi otoritas, dan pria yang cenderung lebih agresif di dalam memiliki pengharapan sukses dibandingkan wanita (Robbins, 2002/2005). Robbins (2003/2006) juga menyebutkan terdapat satu pandangan bahwa wanita mempunyai tanggung jawab lebih terhadap kebutuhan rumah tangga sehingga mempengaruhi tingkat keabsenan dan pengunduran diri. Pendapat berbeda dinyatakan oleh Gibson, Ivancevich, dan Donnelly (1996) bahwa pria dan wanita memiliki kemampuan yang sama dalam hal kemampuan belajar, daya ingat, kemampuan penalaran, kreativitas, dan kecerdasan. Pada masyarakat yang memberikan perlakuan dan kesempatan antara pria dan wanita secara sama, pria dan wanita lebih sesama dalam hal perilaku di tempat kerja.

Faktor lama kerja dikaitkan dengan hubungan senioritas atau anggapan bahwa semakin lama seseorang bekerja semakin lebih berpengalaman dan berpengaruh terhadap produktivitas dalam kerja. Robbins (2003/2006) menyebutkan terdapat keyakinan bahwa semakin lama individu bekerja profesionalisme atau keterampilan semakin baik, tetapi faktor umur dapat mempengaruhi hal tersebut, dimana bertambahnya umur dan bertambahnya lama kerja akan menurunkan produktivitas. Ada batas produktif dimana seseorang dalam umur yang memungkinkan untuk bertahan maksimal dengan pekerjaannya, adapula saat terjadi penurunan kemampuan dalam menghasilkan pekerjaan dalam rentang waktu pertambahan lama kerja. Riani (2011) menyebutkan lama kerja individu tidak menjamin produktivitas kerja, tidak ada alasan bahwa karyawan yang lebih lama bekerja/senior akan lebih produktif dari pada yang junior.

Pengelompokkan lama kerja karyawan pada rumah sakit tertentu digunakan sebagai salah satu kriteria penentuan standar kompetensi dan jenjang karir selain tingkat pendidikan. DepKes (2006) menyebutkan pengembangan jenjang karir

diharapkan dapat meningkatkan kinerja perawat. Salah satu rumah sakit yaitu rumah sakit sebagai tempat penelitian ini membuat kebijakan standar kompetensi perawat salah satunya berdasarkan lama kerja. Pengelompokan lama kerja dibagi tiga yaitu 1 sampai dengan 6 tahun, 7 sampai dengan 12 tahun, dan lebih dari 12 tahun (RS Swasta Surabaya, 2007).

Kemampuan adalah kapasitas individu untuk mengerjakan berbagai tugas dalam suatu pekerjaan. Kemampuan dapat dibedakan menjadi kemampuan intelektual yang diperlukan untuk mengerjakan kegiatan berfikir, menganalisis, memahami. Kemampuan fisik, yang diperlukan untuk melakukan tugas yang menuntut stamina, kecekatan dan kekuatan (Riani, 2011). Faktor kemampuan intelektual individu dikaitkan dengan kemampuan seseorang untuk beradaptasi dengan pekerjaan dan indikator perkiraan yang kuat untuk kinerja (Robbins, 2003/2006).

Perbedaan karakteristik individu harus dipahami oleh individu itu sendiri yaitu sebagai perawat dan manajer sebagai pimpinan sehingga membantu dalam praktik keperawatan. Karakteristik individu merupakan faktor yang dapat mempengaruhi perilaku untuk berespon dalam berperilaku terhadap diri sendiri, rekan sejawat, pimpinan maupun masyarakat yang akan dilayani yang mengarah pada motivasi kerja, kinerja dengan tujuan tertentu sesuai harapan individu maupun organisasi (Notoatmodjo, 2010; Riani, 2011; Siagian, 2009).

2.1.5 Komponen Penilaian Kinerja

Komponen yang dinilai dalam penilaian kinerja berdasarkan deskripsi pekerjaan pegawai. *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)* dalam Marquis dan Huston (2009) menunjukkan bahwa penggunaan deskripsi pekerjaan pegawai sebagai standar untuk penilaian kinerja. Deskripsi pekerjaan perawat pada umumnya menggambarkan kegiatan proses asuhan keperawatan kepada pasien sesuai standar praktik keperawatan yang disepakati menurut kebijakan rumah sakit khususnya bidang keperawatan. Standar praktik keperawatan dimaksudkan sebagai acuan harapan minimal dalam memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif dan etis (PPNI, 2010).

Standar praktik keperawatan dijabarkan oleh PPNI mencakup 5 tahapan dalam proses asuhan keperawatan meliputi: 1) Pengkajian, 2) Diagnosa keperawatan, 3) Perencanaan, 4) Implementasi dan 5) Evaluasi (PPNI, 2010). Standar praktik keperawatan yang terdiri dari 5 standar ini sesuai dengan standar yang dikeluarkan oleh *American Nurses Association* (ANA) dan *Texas Department of State Health Services* (DSHS) (ANA, 2004; Cook & Sportsman, 2004). Pada penelitian ini standar praktik keperawatan dikembangkan sebagai komponen penilaian kinerja perawat sehingga menggambarkan kualitas hasil kerja perawat.

Standar I: pengkajian keperawatan, yaitu perawat mengumpulkan data tentang status kesehatan klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan. Kriteria proses, meliputi: pengumpulan data yang dilakukan dengan cara anamnesis, observasi, pemeriksaan fisik serta dan pemeriksaan penunjang. Kriteria proses juga termasuk: sumber data adalah klien, keluarga, atau orang yang terkait, tim kesehatan, rekam medis, dan catatan lain. Kriteria lain adalah data yang dikumpulkan difokuskan untuk mengidentifikasi: status kesehatan klien saat ini, status kesehatan klien masa lalu, status biologis-psikologis-sosial-spiritual, respon terhadap terapi, harapan terhadap tingkat kesehatan yang optimal, dan resiko-resiko tinggi masalah keperawatan.

Standar II: diagnosa keperawatan, yaitu perawat menganalisa data pengkajian untuk merumuskan diagnosa keperawatan. Kriteria proses meliputi: proses diagnosa terdiri dari analisis, interpretasi data, identifikasi masalah klien, dan perumusan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan terdiri dari: masalah (P), penyebab (E), dan tanda atau gejala (S), atau terdiri dari masalah dan penyebab (PE). Kriteria proses juga terdapat kerjasama dengan klien, dan petugas kesehatan lain untuk memvalidasi diagnosa keperawatan; melakukan pengkajian ulang dan merevisi diagnosa berdasarkan data terbaru.

Standar III: Perencanaan keperawatan, yaitu perawat membuat rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan klien.

Kriteria proses, meliputi: perencanaan terdiri dari penetapan prioritas masalah, tujuan, dan rencana tindakan keperawatan. Kriteria proses juga termasuk mampu bekerjasama dengan klien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan; perencanaan bersifat individual sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien; mendokumentasikan rencana keperawatan.

Standar IV: Implementasi, yaitu perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. Kriteria proses, meliputi: bekerjasama dengan klien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan. Kriteria proses termasuk: kolaborasi dengan tim kesehatan lain; melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi kesehatan klien; memberikan pendidikan pada klien dan keluarga; mengkaji ulang dan merevisi pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan respon klien.

Standar V: evaluasi keperawatan, yaitu perawat mengevaluasi kemajuan klien terhadap tindakan keperawatan dalam pencapaian tujuan dan merevisi data dasar dan perencanaan. Kriteria proses, meliputi: menyusun perencanaan evaluasi hasil dan intervensi secara komprehensif, tepat waktu dan terus menerus; menggunakan data dasar dan respon klien dalam mengukur perkembangan kearah pencapaian tujuan. Kriteria proses yang lain termasuk: memvalidasi dan menganalisis data baru dengan teman sejawat; bekerjasama dengan klien keluarga untuk memodifikasi rencana asuhan keperawatan; mendokumentasi hasil evaluasi dan memodifikasi perencanaan.

2.1.6 Alat Ukur Penilaian Kinerja

Alat pengukuran penilaian kinerja dapat menggunakan bermacam-macam metode sesuai ketentuan sehingga memberikan evaluasi kinerja individu yang diharapkan. Marquis dan Huston (2009) mengemukakan alat penilaian kinerja dapat berupa 1). Skala peringkat sifat yaitu suatu metode mengurutkan peringkat seseorang berdasarkan standar yang telah disusun, yang terdiri atas deskripsi pekerjaan, perilaku yang diinginkan atau sifat personal. 2). Skala dimensi pekerjaan yaitu penilaian berdasarkan skala peringkat yang disusun sesuai

klasifikasi pekerjaan. Faktor peringkat ditentukan dari konteks deskripsi pekerjaan tertulis. 3). Skala peringkat berdasarkan perilaku yaitu penilaian berdasarkan skala yang sudah ditentukan dengan melakukan observasi pada perilaku khusus atau keterampilan dalam melakukan pekerjaan yang dapat diobservasi secara fisik. 4). Daftar tilik yaitu penilaian yang terdiri atas berbagai pernyataan perilaku yang mewakili perilaku kerja yang diinginkan dan memberikan skor sesuai ketentuan yang telah dibuat. 5). Metode penilaian diri pegawai membuat penilaian sendiri mengenai pencapaian pekerjaan berupa ringkasan tertulis. 6). *Management by objectives* (MBO) yaitu menggabungkan pengkajian pegawai dan organisasi dengan mengadakan pertemuan secara teratur sejak awal memulai pekerjaan sampai proses pelaksanaan pekerjaan.

2.2 Komunikasi Organisasi

2.2.1 Pengertian Komunikasi Organisasi

Komunikasi organisasi merupakan suatu proses pengalihan dan pemahaman informasi dalam satu jaringan hubungan yang saling tergantung satu sama lain dalam organisasi. Goldhaber (1993) mengemukakan komunikasi organisasi adalah proses menciptakan dan saling menukar pesan dalam satu jaringan hubungan yang saling tergantung satu sama lain. Pace dan Faules (2010) menyebutkan definisi fungsional komunikasi organisasi sebagai pertunjukan dan penafsiran pesan di antara unit-unit komunikasi yang merupakan bagian dari suatu organisasi tertentu. Masmuh (2010) mengemukakan komunikasi organisasi merupakan pengiriman dan penerimaan berbagai pesan di dalam organisasi, di dalam kelompok formal maupun informal organisasi.

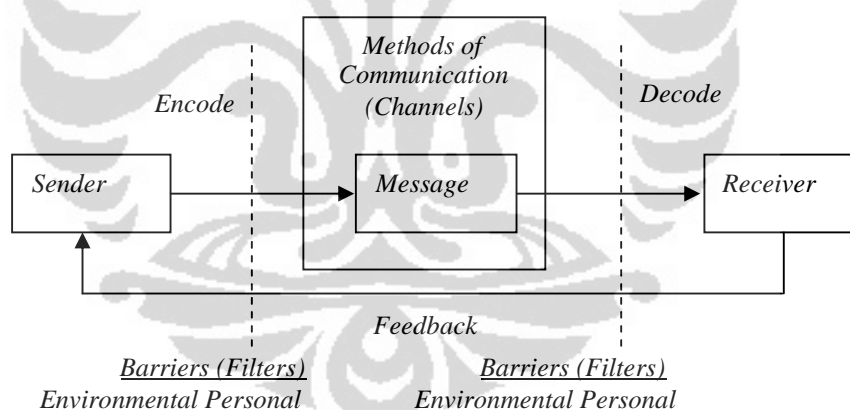
Terkait dalam organisasi keperawatan yang sering mengalami proses penyampaian dan pemahaman informasi, komunikasi organisasi merupakan hal penting untuk memperkuat hubungan satu sama lain dan memperlancar pelayanan keperawatan. Goldhaber (1993) menyebutkan komunikasi organisasi sebagai minyak yang membuat lancar fungsi organisasi, dan kekuatan yang meresapi organisasi. Marquis dan Huston (2009) mengemukakan komunikasi dalam organisasi mendorong terjadinya pertukaran pandangan dan gagasan. Swansburg

dan Swansburg (1999) memandang bahwa komunikasi dalam organisasi keperawatan untuk keefektifan partisipasi karyawan dalam program dan dapat memberikan kejelasan informasi tentang urusan-urusan keperawatan.

2.2.2 Proses Komunikasi Organisasi

Proses komunikasi yang terjadi antara pengirim pesan (*sender*) dan penerima pesan (*receiver*), dimana *sender* menggunakan simbol untuk menyampaikan ide menjadi pesan yang ditangkap oleh *receiver*. *Receiver* dengan persepsi dan penafsiran yang ia miliki akan menerima simbol dan kemungkinan dapat mengartikan pesan berbeda makna dari *sender*. Persepsi menentukan seseorang memilih atau mengabaikan pesan dan mempunyai tahap terpenting yaitu interpretasi (*decoding*) atas informasi yang diperoleh (Mulyana, 2001).

Skema 2.1. *The Basic Mechanism of Communication*
Sumber: Rakich 1992 dalam Shortell (2005)



Organisasi kesehatan menggunakan banyak macam kata atau simbol dalam komunikasi dan proses komunikasi yang terjadi menggunakan metode tertentu seperti bertemu langsung, menggunakan surat, atau alat elektronik. Pilihan untuk menggunakan *channels* atau metode merupakan bagian penting dalam proses komunikasi. Metode membantu penyampaian pesan sehingga dapat diterima secara efektif. Hal lain yang menjadi perhatian dalam proses komunikasi yaitu *environmental barriers to communication* atau karakteristik lingkungan organisasi termasuk filosofi manajerial dan kekuatan hubungan antara *sender* dan *receiver*

yang dapat menghambat komunikasi. Komunikasi terjadi dengan efektif, bila *receiver* dapat menerima pesan dengan baik, mengerti, menggunakan dan ada umpan balik (*feedback*) terhadap pesan yang diterima dari *sender* (Shortell, 2005).

2.2.3 Fungsi Komunikasi

Komunikasi menjalankan empat fungsi utama di dalam kelompok atau organisasi: pengendalian, motivasi, pengungkapan emosi, dan informasi (Robbins, 2003/2006).

2.2.3.1 Pengendalian

Pengendalian yaitu bagaimana manajerial melakukan proses komunikasi untuk mengendalikan perilaku anggota. Proses komunikasi dilakukan dengan cara-cara sesuai hierarki wewenang dan garis panduan formal organisasi yang harus dipatuhi karyawan. Seperti misalnya pimpinan meminta karyawan menyampaikan keluhan berkaitan dengan pekerjaan sesuai dengan uraian tugas dan kebijakan organisasi.

2.2.3.2 Motivasi

Komunikasi memperkuat motivasi dengan menjelaskan kepada karyawan apa yang harus dilakukan, seberapa baik karyawan bekerja, dan apa yang dapat dikerjakan untuk memperbaiki kinerja sesuai standar yang ditentukan. Pemberian umpan balik terhadap kemajuan ke arah sasaran atau tujuan organisasi dan dorongan ke perilaku yang diinginkan merangsang motivasi dan menuntut komunikasi.

2.2.3.3 Pengungkapan emosi

Komunikasi memfasilitasi pelepasan ungkapan emosi perasaan dan pemenuhan kebutuhan sosial karyawan. Komunikasi yang terjadi pada karyawan dalam interaksi sosial di kelompok kerja merupakan mekanisme fundamental di mana para anggota yang menunjukkan kekecewaan dan kepuasan.

2.2.3.4 Informasi

Komunikasi terjadi untuk memberikan informasi yang diperlukan individu dan kelompok. Informasi diperlukan individu atau kelompok untuk mengambil keputusan guna mengenali dan mengevaluasi pilihan-pilihan alternatif.

Keempat fungsi ini, semuanya dianggap penting agar berjalan secara efektif. Organisasi perlu mempertahankan beberapa macam pengendalian terhadap anggota sehingga merangsang anggota untuk berkinerja, menyediakan sarana untuk pengungkapan emosi, dan membuat pilihan-pilihan keputusan.

2.2.4 Konsep Komunikasi Organisasi

Komunikasi organisasi mengandung 7 konsep kunci, yaitu: proses, pesan, jaringan, saling tergantung, hubungan, lingkungan dan ketidakpastian.

2.2.4.1 Proses

Komunikasi organisasi disebut suatu proses, karena gejala menciptakan dan menukar informasi dalam organisasi sebagai sistem terbuka yang dinamis selalu terjadi secara terus menerus.

2.2.4.2 Pesan

Pesan yaitu susunan simbol yang penuh arti tentang orang, objek, kejadian yang dihasilkan oleh interaksi. Setiap individu yang berkomunikasi diharuskan sanggup menyusun suatu gambaran mental, memberi gambaran itu nama dan mengembangkan suatu perasaan terhadapnya. Komunikasi menjadi efektif kalau pesan yang dikirimkan itu diartikan sama dengan apa yang dimaksudkan oleh si pengirim. Pada komunikasi organisasi, pesan dikelompokkan sebagai berikut:

1) Pesan menurut bahasa

Pesan diklasifikasikan atas pesan verbal dan nonverbal. Pesan verbal dapat berupa surat, memo, dan percakapan. Sedangkan pesan nonverbal berupa bahasa gerakan badan, sentuhan, nada suara, ekspresi wajah dan sebagainya.

2) Pesan menurut penerima

Pesan diklasifikasikan atas pesan internal dan eksternal. Pesan internal khusus dipakai karyawan seperti memo, buletin dan rapat-rapat. Sedangkan pesan eksternal adalah untuk memenuhi kebutuhan organisasi yang berkaitan dengan lingkungan dan masyarakat umum. Pesan eksternal dapat berupa iklan, usaha hubungan dengan masyarakat, dan usaha mengenai penjualan atau pelayanan.

3) Pesan menurut bagaimana pesan itu disebarluaskan atau metode difusi.

Kebanyakan komunikasi organisasi disebarluaskan dengan menggunakan perangkat keras dan perangkat lunak. Perangkat keras dapat berfungsi tergantung kepada alat elektronik dan tenaga/ arus listrik, seperti misalnya pesan yang disampaikan melalui telepon, teleks, radio, videotape, komputer, dan sebagainya. Sedangkan pesan dengan perangkat lunak tergantung pada keterampilan individu dalam berpikir, menulis, berbicara, dan mendengar agar dapat berkomunikasi satu sama lain. Termasuk metode perangkat lunak, yaitu komunikasi lisan secara berhadapan, percakapan dalam rapat, interview, diskusi dan kegiatan tulis menulis seperti surat, nota, laporan, usulan dan pedoman.

4) Pesan berdasarkan tujuan dan berkenaan dengan tugas-tugas

Pesan berdasarkan tujuan yang dengan kata lain mengapa pesan dikirim dan diterima dalam organisasi. Pesan dikaitkan berkenaan dengan tugas-tugas dalam organisasi, pemeliharaan organisasi dan kemandirian. Pesan tersebut, antara lain berupa kebijakan, dan aturan-aturan.

2.2.4.3 Jaringan

Jaringan yaitu suatu set jalan kecil yang dilewati orang-orang yang memegang peranan tertentu dalam organisasi untuk proses penciptaan dan pertukaran pesan. Hakikat dan luas jaringan dipengaruhi oleh banyak faktor seperti hubungan peranan, arah dan arus pesan, dan isi dari pesan.

2.2.4.4 Keadaan saling tergantung

Keadaan yang merupakan sifat dari suatu organisasi dengan sistem terbuka. Suatu keadaan dimana masing-masing bagian dalam organisasi saling tergantung satu sama lain, sehingga dalam komunikasi organisasi jaringan yang terjadi adalah saling melengkapi.

2.2.4.5 Hubungan

Hubungan manumur dalam organisasi yang memfokuskan kepada tingkah laku komunikasi dari orang yang terlibat. Hubungan ini dibedakan menjadi hubungan yang bersifat individual, kelompok dan hubungan organisasi.

2.2.4.6 Lingkungan

Semua totalitas secara fisik dan faktor sosial yang diperhitungkan dalam pembuatan keputusan mengenai individu dalam suatu sistem. Lingkungan dibedakan atas lingkungan internal dan lingkungan eksternal. Lingkungan internal, seperti personalia (karyawan), staf, golongan fungsional dari organisasi, dan komponen organisasi lainnya seperti tujuan, produk, dan sebagainya. Sedangkan lingkungan eksternal adalah langganan, saingan, teknologi dan faktor sosial.

2.2.4.7 Ketidakpastian

Perbedaan informasi yang tersedia dengan informasi yang diharapkan. Ketidakpastian dalam organisasi disebabkan oleh terlalu banyaknya informasi yang diterima daripada sesungguhnya diperlukan. Untuk itu penting menentukan dengan tepat seberapa banyaknya informasi yang diperlukan untuk mengurangi ketidakpastian. Upaya untuk mengurangi ketidakpastian adalah organisasi menciptakan dan menukar pesan di antara anggota, melakukan suatu penelitian dan pengembangan organisasi.

2.2.5 Arah Komunikasi Organisasi

Komunikasi organisasi mempunyai beberapa arah yaitu komunikasi yang mengalir dari atasan ke bawahan, bawahan ke atasan atau komunikasi yang

mengalir pada level yang sama. Komunikasi dapat mengalir secara vertikal atau horizontal. Dimensi vertikal dapat dibagi lebih lanjut menjadi ke arah bawah dan ke atas (Robbins, 2003/2006).

2.2.5.1 Komunikasi ke bawah

Komunikasi ke bawah merupakan komunikasi yang mengalir ke tingkat yang lebih bawah dalam organisasi. Pola komunikasi ke bawah merupakan pola komunikasi dari atasan ke bawahan. Komunikasi dapat berupa pengarahan, perintah atau instruksi pekerjaan, dan evaluasi untuk menunjukkan masalah yang memerlukan perhatian, dan mengemukakan umpan balik tentang kinerja (Addler & Elmhorst, 2002; Robbins, 2003/2006; Umar, 2003).

2.2.5.2 Komunikasi ke atas

Komunikasi ke atas merupakan komunikasi yang mengalir ke tingkat lebih tinggi dalam organisasi. Pola komunikasi ini merupakan pola komunikasi dari bawahan ke atasan (Addler & Elmhorst, 2002; Umar, 2003). Komunikasi ini digunakan untuk memberikan umpan balik ke atasan, mencari informasi tentang aktivitas-aktivitas dan keputusan-keputusan, penyampaian saran serta rekomendasi untuk kemajuan sasaran, ungkapan masalah-masalah yang dihadapi dan permintaan bantuan. Robbins (2003/2006) mengemukakan bahwa komunikasi ke atas menyebabkan para manajer menyadari perasaan para karyawan terhadap pekerjaannya, rekan sekerjanya, dan organisasi secara umum. Manajer juga mengandalkan komunikasi ke atas untuk memperoleh gagasan mengenai cara memperbaiki kondisi. Beberapa contoh komunikasi ke atas: laporan kinerja yang disiapkan oleh manajemen yang lebih rendah, kotak saran, survei sikap karyawan, prosedur keluhan, diskusi atasan-bawahan, dan pertemuan keluhan informal di mana karyawan mempunyai kesempatan untuk mengidentifikasi dan membahas masalah dengan atasan atau wakil manajemen yang lebih tinggi.

2.2.5.3 Komunikasi ke samping atau horizontal

Komunikasi horizontal merupakan komunikasi yang terjadi di antara kelompok kerja pada tingkat yang sama dalam organisasi. Robbins (2003/2006)

menyebutkan komunikasi horizontal adalah komunikasi yang terjadi di antara anggota kelompok kerja pada tingkat yang sama, di antara manajer pada tingkat yang sama, atau di antara setiap personel yang secara horizontal ekuivalen. Umar (2003) mengemukakan komunikasi ke samping, yaitu komunikasi sejajar sebagai individu maupun sebagai bagian organisasi. Komunikasi ke samping berfungsi untuk melakukan kerjasama dan proaktif, di dalam bagian maupun antar bagian lain yang bertujuan untuk memecahkan masalah maupun menceritakan pengalaman dalam melaksanakan pekerjaan.

Hubungan melalui komunikasi horizontal seringkali diciptakan secara informal untuk memintas hirarki ke vertikal dan mempercepat tindakan. Dipandang dari sudut manajemen, komunikasi horizontal bisa baik dan bisa juga buruk. Komunikasi horizontal terjadi dengan baik, bilamana bermanfaat untuk transfer yang efisien dan cermat dengan sepengetahuan dan dukungan atasan. Namun, bisa juga komunikasi yang terjadi adalah buruk karena menciptakan konflik yang disfungsi bila saluran vertikal yang formal di terobos, bila anggota mengabaikan atasan dan didapati bahwa sejumlah tindakan diambil tanpa sepengetahuan atasan. Robbins (2003/2006) mengemukakan bahwa komunikasi horizontal diperlukan untuk menghemat dan memudahkan koordinasi.

2.2.6 Pendekatan Komunikasi Organisasi

Pendekatan yang dilakukan untuk melihat komunikasi yang terjadi dalam suatu organisasi dapat digunakan tiga pendekatan yaitu pendekatan makro, mikro dan individual (Masmuh, 2010; Muhammad, 2009). Pendekatan makro dipandang sebagai suatu struktur global yang berinteraksi dengan lingkungannya, berupa memproses informasi dari lingkungan, identifikasi, melakukan integrasi dan menentukan tujuan organisasi. Pendekatan mikro memfokuskan kepada komunikasi dalam unit dan subunit pada suatu organisasi. Sedangkan pendekatan individual berpusat pada tingkah laku komunikasi individual dalam organisasi. Bentuk komunikasi individual, di antaranya adalah berbicara dalam kelompok kerja, mengunjungi dan berinteraksi dalam rapat, menulis dan mengonsep surat, dan memperdebatkan suatu usulan.

Pada penelitian ini ditekankan penggunaan pendekatan mikro, dimana komunikasi yang diperlukan pada tingkat ini adalah komunikasi antara anggota kelompok. Kelompok dalam organisasi dengan tujuannya masing-masing diarahkan untuk menyokong pencapaian tujuan organisasi, dengan cara memberikan penjelasan berkaitan dengan tujuan organisasi sebagai tujuan bersama. Termasuk pendekatan mikro komunikasi organisasi adalah sebagai berikut:

2.2.6.1 Orientasi dan Latihan

Komunikasi untuk pemberian orientasi dan latihan diperlukan agar orang-orang dalam organisasi dapat melakukan suatu pekerjaan tertentu. Aktivitas latihan memerlukan komunikasi yang memungkinkan seseorang bekerja sesuai dengan apa yang seharusnya dilakukan. Komunikasi yang digunakan dapat berupa lisan, melalui buku-buku petunjuk atau manual. Sedangkan orientasi adalah proses terus menerus yang menuntut komunikasi untuk membawa orang lain melihat apa yang sedang berlangsung dalam organisasi. Tugas memberi orientasi ini dapat dilakukan oleh pimpinan unit-unit organisasi maupun oleh anggota unit. Orientasi dan latihan yang dilakukan kepada perawat mempunyai tujuan agar perawat dapat menyesuaikan diri pada situasi baru dan meningkatkan produktivitas (Swansburg & Swansburg, 1999).

2.2.6.2 Keterlibatan anggota

Keterlibatan anggota dalam unitnya masing-masing diperlukan untuk menjaga kelancaran tugas organisasi. Kemacetan yang dialami pada suatu unit akan mempengaruhi keseluruhan tugas organisasi. Komunikasi perlu dilakukan untuk mengajak atau mendorong anggota unit organisasi sehingga terlibat dalam pekerjaan kelompok. Swansburg dan Swansburg (1999) menyebutkan bahwa keterlibatan anggota akan meningkatkan kepercayaan, rasa hormat, memperbaiki kebiasaan kerja, serta mengurangi kesalahan. Bentuk keterlibatan antara lain membantu mengembangkan dan menerapkan prosedur dan petunjuk-petunjuk yang lebih efisien. Keterlibatan atau partisipatif anggota diilhami oleh manajer lewat cara kerja dan komunikasi dengan anggota (Marquis & Huston, 2009).

Karyawan yang mempunyai partisipasi kerja tinggi akan menunjukkan semangat kerja yang tinggi dan termotivasi menyumbangkan ide-ide kreatif dalam mencapai tujuan organisasi. Dengan demikian karyawan perlu mendapatkan kesempatan untuk merealisasikan ide, inisiatif dan kreativitasnya (Mangkunegara, 2009).

2.2.6.3 Penentuan Iklim Organisasi

Iklim organisasi ditentukan oleh bermacam-macam faktor diantaranya perilaku pimpinan, teman sekerja dan organisasi. Pada umumnya, faktor yang sangat mempengaruhi ditentukan oleh tingkah laku komunikasi dari pimpinan kepada kelompoknya. Misalnya pimpinan yang tidak mau bicara dengan bawahannya dan tidak peduli dengan apa yang dilakukan bawahan menyebabkan bawahan malas bekerja dan tidak produktif. Sebaliknya, komunikasi antar perawat yang kuat dalam organisasi akan memperkuat keterikatan perawat dalam organisasi dan menurunkan *turnover* (Apker, Propp & Ford, 2009).

2.2.6.4 Supervisi dan Pengarahan

Supervisi dan pengarahan oleh pimpinan dalam organisasi terhadap orang-orang di bawah hirarki dilakukan dengan menggunakan komunikasi. Supervisi dan pengarahan dilakukan untuk membantu individu agar dapat melakukan pekerjaan sebaik mungkin sesuai arahan dan kriteria yang telah ditentukan. Gillies (1994) menyatakan bahwa penyampaian informasi untuk memudahkan pekerjaan dan memotivasi karyawan adalah prinsip kegiatan manajer. Menurut penelitian Muzaputri (2008) supervisi adalah variabel yang paling berpengaruh terhadap kinerja perawat.

2.2.6.5 Kepuasan Kerja Berkaitan Dengan Komunikasi

Ketidakpuasan seseorang dengan pekerjaannya disebabkan oleh dua hal, yang pertama karena tidak mendapatkan informasi yang dibutuhkan untuk melakukan pekerjaan dan yang kedua adalah apabila hubungan sesama teman sekerja kurang baik. Rasa tidak puas tersebut, dapat diatasi salah satunya dengan memberikan informasi yang cukup dan memberikan kesempatan untuk menciptakan hubungan yang baik satu sama lain. Pemberian informasi yang cukup kepada karyawan

dapat membuat karyawan melakukan pekerjaan dengan baik dan merasa puas dengan hasil yang dilakukan. Demikian halnya mengadakan pertemuan secara rutin di antara sesama anggota sehingga satu sama lain saling mengenal dan merasa senang dalam bergaul.

2.2.7 Faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi Organisasi

Proses komunikasi organisasi yang mengalami kegaduhan (*noise*) dapat menyebabkan pemahaman komunikasi menjadi tidak jelas dan macet. Hambatan komunikasi yang menimbulkan kegaduhan (*noise*) antara lain: latar belakang yang berbeda antara komunikator dan penerima pesan, mendengarkan secara selektif, pertimbangan nilai, dapat dipercayanya sumber, persoalan bahasa, penyaringan, dan perbedaan status (Harun, 2008). Latar belakang dan pengalaman individu yang berbeda-beda menyebabkan penafsiran pesan yang berbeda. Robbins (2003/2006) menyebutkan umur, pendidikan dan latar belakang budaya merupakan faktor yang mempengaruhi seseorang dalam penggunaan bahasa dan mengartikan pesan.

Robbins (2003/2006) mengemukakan bahwa penyaringan, persepsi selektif, informasi berlebih, emosi, bahasa, dan kegelisahan komunikasi adalah sejumlah hambatan yang memperlambat efektivitas komunikasi. Jackson 1984 dalam Marquis dan Huston (2009) mengidentifikasi karakteristik variabel yang membuat komunikasi menjadi sulit yaitu jarak spasial dalam organisasi, subkelompok atau subbudaya yang berbeda dalam organisasi, orang dikoordinasikan ke dalam sistem hubungan yang berbeda, dan organisasi berada dalam keadaan perubahan yang konstan sehingga sulit mengkomunikasikan keputusan pada semua orang.

Tjiptono (2005) menyebutkan faktor yang dapat menghambat komunikasi dalam organisasi meliputi:

2.2.7.1 Pengaruh perbedaan status (*status effects*)

Hambatan terjadi apabila salah satu pihak (bisa komunikator atau komunikan) memiliki status yang lebih tinggi dalam jenjang hirarki organisasi. Sebagai contoh, biasanya seorang bawahan sukar mengungkapkan ketidaksetujuannya atas

pendapat, saran atau keputusan atasan. Sebagai akibatnya, bawahan akan diam saja atau pura-pura setuju, sekedar untuk menyenangkan atasan.

2.2.7.2 Permasalahan semantik (*semantic problems*)

Permasalah terjadi kalau salah satu pelaku komunikasi istilah atau jargon yang tidak umum atau tidak dipahami mitranya. Biasa pula terjadi akibat penggunaan kata yang berbeda dengan cara yang berbeda atau kata yang berbeda dengan cara yang sama.

2.2.7.3 Perbedaan budaya (*cultural differens*)

Faktor perbedaan budaya mempengaruhi komunikasi antar individu dari departemen yang berbeda dalam suatu organisasi. Bisa terjadi pada manajer dalam bidang tertentu mempunyai target yang berbeda dengan manajer pada bidang yang lain. Selain itu, perbedaan budaya antara orang-orang yang memiliki pengalaman lingkungan sosial yang berbeda.

2.2.7.4 Gangguan yang bersifat fisik (*physical distractions*)

Gangguan terjadi karena ruangan dengan sistem yang kurang memadai seperti kurang kedap suara sehingga suara bising kendaraan terdengar jelas, atau terdengar suara-suara dari ruangan yang lain.

2.2.7.5 Saluran komunikasi yang buruk (*poor choise of communication channels*)

Pilihan saluran komunikasi yang tidak tepat dan buruk seperti apabila kita mengharapkan tanggapan langsung dari penerima pesan, kita tidak perlu menulis sebuah laporan pembahasan yang panjang. Tanggapan langsung bisa diberikan melalui telepon atau bertemu secara langsung dan menyampaikan apa yang harus dilakukan si penerima pesan.

2.2.7.6 Tidak ada umpan balik (*no feedback*)

Komunikasi terjadi hanya satu arah. Komunikasi satu arah meskipun lebih cepat, menghasilkan pesan yang kurang akurat dibandingkan dengan hasil komunikasi dua arah. Komunikasi dua arah dapat membantu komunikator maupun komunikan

untuk mengukur tingkat pemahaman dan memperbaiki komitmen untuk saling memahami pada situasi yang kompleks.

2.2.8 Cara Meningkatkan Komunikasi Organisasi

Kunci komunikasi organisasi yang efektif (Tjiptono, 2005), dibutuhkan lima macam keterampilan pokok, meliputi: 1). Mendengarkan (*listening*): aktivitas di mana seseorang memberikan perhatian dan menyimak apa yang sedang disampaikan oleh orang lain, sehingga ia dapat memahami pesan tersebut. 2). Memberi dan menerima umpan balik (*feedback skills*).3). Menunjukkan ketegasan (*assertiveness*): perilaku tegas membuat diri kita mengatakan apa yang kita inginkan, tanpa berlebihan atau berlaku kasar terhadap orang lain. 4). Menangani konflik (*resolving conflicts*): konflik, ketegangan dan masalah antar individu atau kelompok dalam sebuah organisasi merupakan hal yang tidak dapat dihindari, sehingga perlu dilakukan pendekatan untuk menangani konflik. 5). Memecahkan masalah (*problem solving*): memecahkan masalah berkenaan dengan upaya mencari kesepakatan bersama mengenai keputusan dan tindakan yang harus diambil dalam situasi bermasalah. Proses pemecahan masalah tidak dapat dilakukan sendiri, tetapi membutuhkan keterlibatan dan komitmen bersama (dengan bawahan, kolega, atau bahkan atasan).

2.3 Manajemen Keperawatan

2.3.1 Pengertian Manajemen Keperawatan

Manajemen keperawatan merupakan rangkaian fungsi dan aktivitas yang saling berkaitan dalam proses pelayanan keperawatan melalui anggota staf keperawatan. Gillies (1994) mengemukakan manajemen keperawatan merupakan proses pelaksanaan pelayanan keperawatan yang berkualitas kepada pasien melalui anggota staf keperawatan. Marquis dan Huston (2009) mengemukakan bahwa manajemen menekankan pada pengendalian dan kepemimpinan untuk meningkatkan produktivitas dengan memaksimalkan efektivitas kerja. Proses manajemen sebagai rangkaian aktivitas membutuhkan anggota staf keperawatan untuk menjalankan tindakan yang sudah direncanakan hingga mencapai suatu tujuan dan dilakukan secara berkesinambungan.

Proses manajemen keperawatan mempunyai tujuan mempermudah proses keperawatan yaitu membuat pelayanan perawatan berjalan efektif dan ekonomis. Gillies (1994) menyebutkan proses manajemen seperti juga proses keperawatan terdiri dari pengumpulan data, identifikasi masalah, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi hasil. Tahap akhir proses manajemen lebih rumit dari proses keperawatan yaitu membuat perawatan yang efektif dan ekonomis bagi semua kelompok pasien. Oleh karena itu dalam proses manajemen juga dibutuhkan seorang manajer yang memiliki kemampuan dan keterampilan untuk mewujudkan suatu manajemen yang efektif melalui fungsi-fungsi manajemen. Keberhasilan kepemimpinan dan manajemen juga diperlukan kemampuan dan keterampilan manajer dalam komunikasi organisasi (Marquis & Huston, 2009). Manajemen mempunyai fungsi untuk menjamin produktivitas dan kontinuitas dalam komunikasi melalui pembagian informasi yang tepat.

2.3.2 Fungsi Manajemen Keperawatan

Fungsi-fungsi manajerial keperawatan membantu mencapai tujuan pelayanan keperawatan yang berkualitas. Fungsi manajemen keperawatan terdiri atas fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, kepemimpinan dan pengendalian aktivitas-aktivitas upaya keperawatan (Marquis & Huston, 2009; Swansburg & Swansburg, 1999). Fungsi-fungsi manajerial dalam pelaksanaannya saling berkaitan satu sama lain dan diarahkan untuk mencapai tujuan pelayanan keperawatan yang berkualitas.

2.3.2.1 Fungsi Perencanaan

Perencanaan merupakan suatu pemikiran atau konsep nyata yang sering dilaksanakan dalam penulisan. Perencanaan termasuk memperkirakan peristiwa-peristiwa pembuatan rencana operasional mencakup tahap merancang, delegasi, mendidik, pengembangan, implementasi dan tindak lanjut (Swansburg & Swansburg, 1999). Tahap perencanaan tidak hanya terdiri dari penentuan kebutuhan keperawatan pada berbagai kondisi klien, tetapi juga terdiri atas pembuatan tujuan, pengalokasian anggaran, identifikasi kebutuhan pegawai dan penetapan struktur organisasi yang diinginkan (Kuntoro, 2010).

2.3.2.2 Fungsi Pengorganisasian

Pengorganisasian merupakan pengelompokan kegiatan pelaksanaan untuk mencapai objektif organisasi. Kuntoro (2010) menyebutkan prinsip pengorganisasian mencakup hal-hal pembagian tugas, koordinasi, kesatuan komando, hubungan staf dan lini, tanggung jawab dan kewenangan yang sesuai serta adanya rentang pengawasan. Marquis dan Huston (2009) menyebutkan bahwa fungsi manajemen terkait pengelolaan asuhan pasien adalah mengelompokkan kegiatan dalam cara mempermudah koordinasi di dalam dan antar bagian juga mempermudah komunikasi.

2.3.2.3 Fungsi Pengaturan Staf

Pengaturan staf merupakan proses yang teratur untuk menentukan jumlah dan jenis personel keperawatan yang dibutuhkan. Marquis dan Huston (2009) mengemukakan pengaturan staf termasuk memastikan keterampilan tenaga kerja, menentukan keputusan penempatan, menginterpretasikan informasi dan memberikan masukan untuk revisi buku saku dan terlibat aktif dalam orientasi pegawai.

2.3.2.4 Fungsi Pengarahan

Pengarahan mencakup memotivasi staf, membina komunikasi organisasi, menangani konflik dan memfasilitasi kerjasama. Swansburg dan Swansburg (1999) menyebutkan bahwa pengarahan yang dilakukan manajer berfungsi untuk menciptakan kerjasama yang efisien dan mengembangkan kemampuan dan keterampilan staf dan mengusahakan suasana lingkungan kerja yang dapat meningkatkan motivasi dan prestasi kerja. Marquis dan Huston (2009) mengemukakan manajer mempunyai pengaruh besar terhadap kualitas hubungan yang terbina antara tenaga kerja dan manajemen.

2.3.2.5 Fungsi Pengendalian

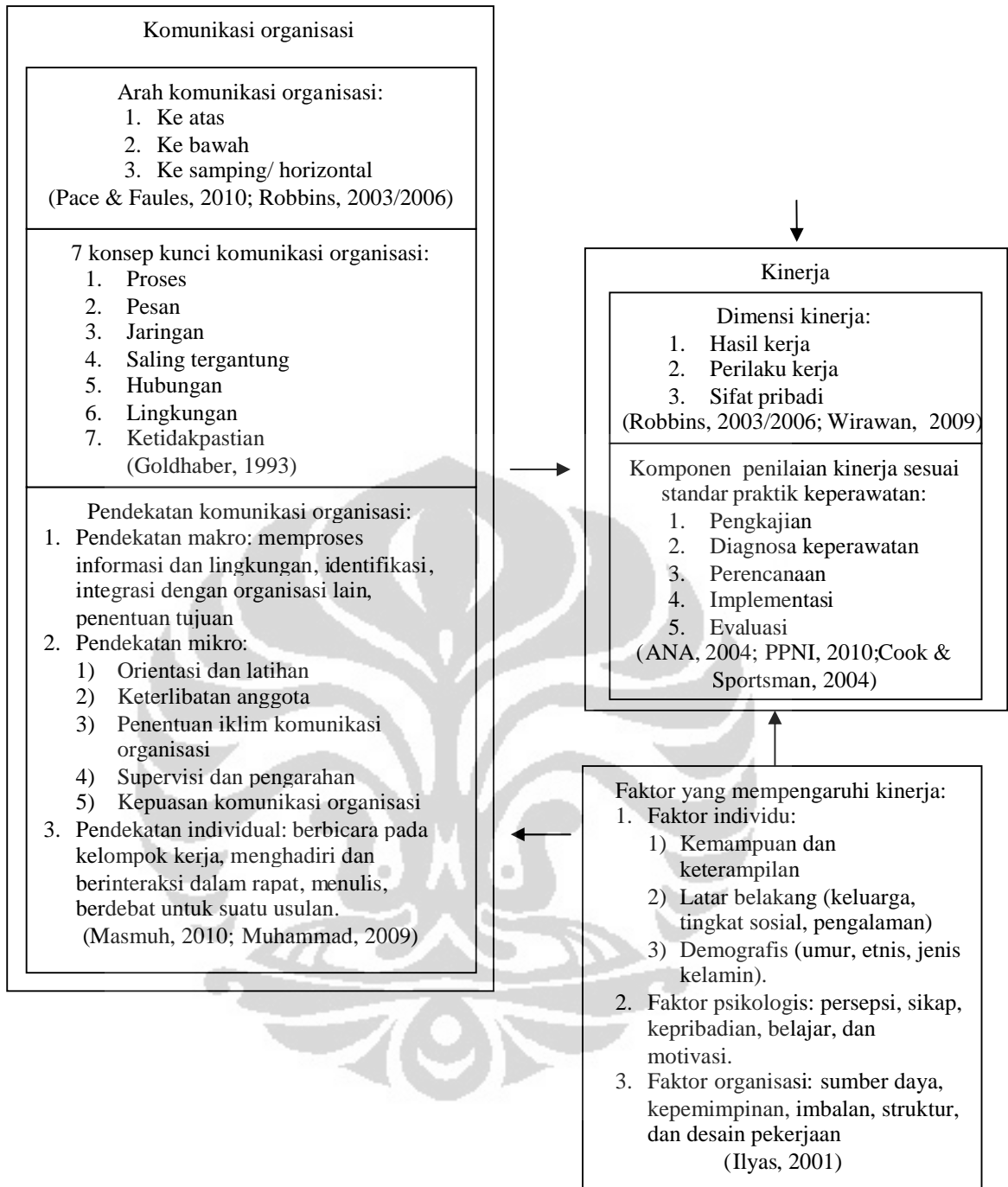
Pengendalian dalam manajemen dilakukan untuk mengarahkan kegiatan manajemen sesuai dengan yang direncanakan. Kuntoro (2010) menyebutkan pengendalian dilaksanakan agar kegiatan yang dilakukan tidak banyak terjadi

kesalahan yang berakibat negatif terhadap klien dan pihak yang terkait dengan manajemen. Marquis dan Huston (2009) menyebutkan fungsi manajemen terkait kendali mutu antara lain mendapatkan sumber informasi yang tepat dalam pengumpulan data, menentukan ketidaksesuaian antara asuhan yang diberikan dengan standar dan mengadakan pertemuan untuk kendali mutu.



Skema 2.2. Kerangka Teori Penelitian

Manajemen Keperawatan
Fungsi manajemen:
1. Perencanaan
2. Pengorganisasian
3. Pengaturan staf
4. Pengarahan
5. Pengendalian
(Marquis & Huston, 2009; Swansburg & Swansburg 1999)



BAB 3

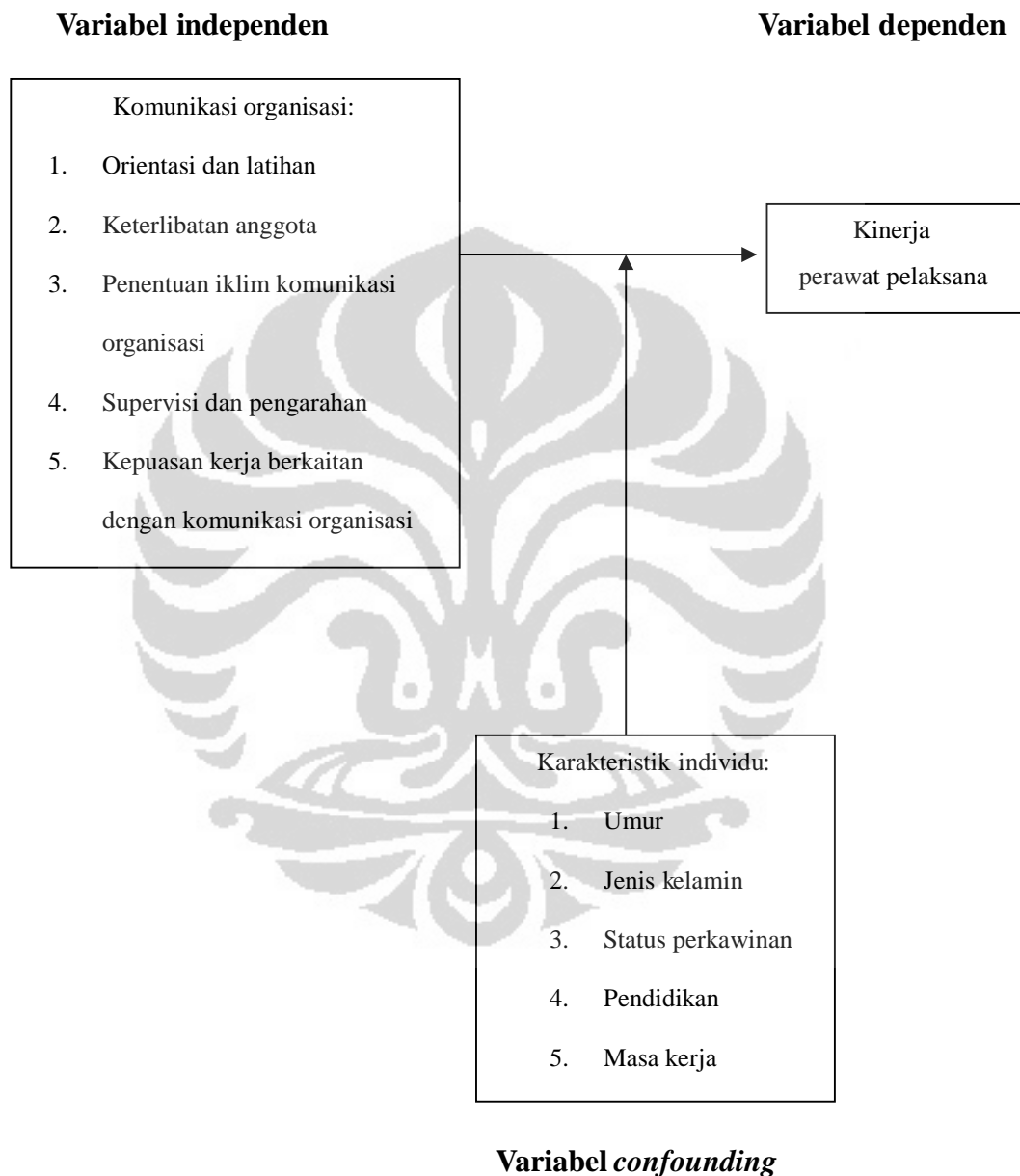
KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menjelaskan kerangka konsep penelitian, hipotesis penelitian yang ditegaskan dan definisi operasional setiap variabel. Kerangka konsep penelitian merupakan reduksi dari kerangka pikir penelitian yang dikembangkan terhadap fenomena yang diteliti.

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep dibuat berdasarkan teori yang dijelaskan pada tinjauan pustaka. Kerangka konsep bertujuan menggambarkan kaitan antara variabel-variabel yang akan diamati (Notoatmodjo, 2010). Peneliti memfokuskan komunikasi organisasi sebagai faktor yang berhubungan dengan kinerja perawat dan merupakan variabel independen. Komunikasi organisasi dari konsep Masmuh (2010) dan Muhammad (2009) meliputi orientasi dan latihan, keterlibatan anggota, penentuan iklim komunikasi organisasi, supervisi dan pengarahan, dan kepuasan kerja berkaitan dengan komunikasi organisasi. Kinerja perawat pelaksana sebagai variabel dependen dikembangkan berdasarkan standar praktik profesional (ANA, 2004; PPNI, 2010). Faktor lain yang mempengaruhi kinerja dan komunikasi organisasi yaitu karakteristik individu mencakup umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan dan masa kerja digunakan sebagai variabel *confounding*. Variabel perancu (*confounding*) disebutkan oleh Sastroasmoro dan Ismael (2010) adalah jenis variabel yang berhubungan dengan variabel bebas (*independent*) dan variabel tergantung (*dependent*). Secara skematis digambarkan dalam skema 3.1 dibawah ini:

Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian



3.2 Hipotesis

Berdasarkan kerangka konsep, maka dibuat hipotesis penelitian sebagai berikut:

Hipotesis mayor:

Ada hubungan komunikasi organisasi dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.

Hipotesis minor:

- 3.2.1 Ada hubungan antara orientasi dan latihan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.
- 3.2.2 Ada hubungan antara keterlibatan anggota dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.
- 3.2.3 Ada hubungan antara penentuan iklim komunikasi organisasi dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.
- 3.2.4 Ada hubungan antara supervisi dan pengarahan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.
- 3.2.5 Ada hubungan antara kepuasan kerja yang berkaitan dengan komunikasi organisasi dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.
- 3.2.6 Ada hubungan antara umur dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.
- 3.2.7 Ada hubungan antara jenis kelamin dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.
- 3.2.8 Ada hubungan antara status perkawinan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.
- 3.2.9 Ada hubungan antara pendidikan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.
- 3.2.10 Ada hubungan antara lama kerja dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.
- 3.2.11 Terdapat faktor komunikasi organisasi yang paling berpengaruh terhadap kinerja perawat pelaksana setelah dikontrol faktor karakteristik perawat di ruang rawat inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.

3.2 Definisi Operasional

Definisi operasional untuk masing-masing variabel yang diteliti dapat dilihat pada tabel 3.1 sebagai berikut.

Tabel 3.1. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Dependen				
Kinerja perawat pelaksana	Pengakuan perawat pelaksana dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai standar praktik profesional keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan tindakan dan evaluasi.	Kuesioner B, terdiri dari 20 pernyataan. Diukur dengan skala Likert: 4 = selalu 3 = sering 2 = kadang-kadang 1 = tidak pernah Skala untuk pernyataan negatif kebalikan dari skala pernyataan positif.	1 : Kurang (skor < 72) 2 : Baik (skor ≥ 72) Nilai mean (72) digunakan sebagai <i>cut of point</i> karena data berdistribusi normal.	Ordinal
Independen				
Komunikasi organisasi	Penilaian perawat pelaksana mengenai proses penyampaian dan penerimaan pesan dalam pelayanan keperawatan mencakup orientasi dan latihan, keterlibatan anggota, penentuan iklim dalam proses penyampaian dan penerimaan pesan, supervisi dan pengarahan, dan kepuasan kerja berkaitan dengan proses penyampaian dan penerimaan pesan.	Kuesioner C, terdiri dari 25 pernyataan. Diukur dengan skala Likert: 4 = sangat setuju 3 = setuju 2 = tidak setuju 1 = sangat tidak setuju Skala untuk pernyataan negatif kebalikan dari skala pernyataan positif.	1 : Lemah skor < 74 2 : Kuat skor ≥ 74 Nilai median (74) digunakan sebagai <i>cut of point</i> karena data berdistribusi tidak normal.	Ordinal
1. Orientasi dan latihan	Penilaian perawat pelaksana mengenai proses komunikasi untuk menunjukkan kegiatan dalam pelayanan keperawatan.	Kuesioner C, terdiri dari 7 pernyataan. Diukur dengan skala Likert: 4 = sangat setuju 3 = setuju 2 = tidak setuju 1 = sangat tidak setuju Skala untuk pernyataan negatif kebalikan dari skala pernyataan positif.	1 : Lemah (skor < 22) 2 : Kuat (skor ≥ 22) Nilai median (22) digunakan sebagai <i>cut of point</i> karena data berdistribusi tidak normal.	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
2. Keterlibatan anggota	Penilaian perawat mengenai komunikasi yang mendorong partisipasi perawat dalam pelayanan keperawatan.	Kuesioner C, terdiri dari 5 pernyataan. Diukur dengan skala Likert: 4 = sangat setuju 3 = setuju 2 = tidak setuju 1 = sangat tidak setuju Skala untuk pernyataan negatif kebalikan dari skala pernyataan positif.	1 : Lemah (skor < 16) 2 : Kuat (skor ≥ 16) Nilai median (16) digunakan sebagai <i>cut of point</i> karena data berdistribusi tidak normal.	Ordinal
3. Penentuan iklim komunikasi organisasi	Penilaian perawat mengenai komunikasi yang membuat lingkungan kerja menjadi kondusif.	Kuesioner C, terdiri dari 4 pernyataan. Diukur dengan skala Likert: 4 = sangat setuju 3 = setuju 2 = tidak setuju 1 = sangat tidak setuju Skala untuk pernyataan negatif kebalikan dari skala pernyataan positif.	1 : Lemah (skor < 13) 2 : Kuat (skor ≥ 13) Nilai mean (13) digunakan sebagai <i>cut of point</i> karena data berdistribusi normal.	Ordinal
4. Supervisi dan pengarahan	Penilaian perawat mengenai proses komunikasi yang membantu perawat agar dapat memberikan pelayanan keperawatan sesuai standar yang ditetapkan.	Kuesioner C, terdiri dari 4 pernyataan. Diukur dengan skala Likert: 4 = sangat setuju 3 = setuju 2 = tidak setuju 1 = sangat tidak setuju Skala untuk pernyataan negatif kebalikan dari skala pernyataan positif.	1 : Lemah (skor < 13) 2 : Kuat (skor ≥ 13) Nilai mean (13) digunakan sebagai <i>cut of point</i> karena data berdistribusi normal.	Ordinal
5. Kepuasan kerja berkaitan dengan komunikasi organisasi	Penilaian perawat terhadap informasi yang diterima dan perasaan senang dalam pelayanan keperawatan.	Kuesioner C, terdiri dari 5 pernyataan. Diukur dengan skala Likert: 4 = sangat setuju 3 = setuju 2 = tidak setuju 1 = sangat tidak setuju Skala untuk pernyataan negatif kebalikan dari skala pernyataan positif.	1: Kurang (skor < 13) 2 : Baik (skor ≥ 13) Nilai mean (13) digunakan sebagai <i>cut of point</i> karena data berdistribusi normal.	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
<i>Confounding</i>				
1. Umur	Lama hidup perawat pelaksana dihitung sejak tanggal kelahiran sampai dengan ulang tahun terakhir.	Mengisi kuesioner A dengan isian terbuka. Pertanyaan no 1.	Kelompok umur dalam tahun. 1 : < 32 tahun (median) 2 : ≥ 32 tahun (median) Nilai median digunakan sebagai <i>cut of point</i> karena data berdistribusi tidak normal.	Ordinal
2. Jenis kelamin	Ciri biologis yang dimiliki perawat pelaksana dan dibedakan menjadi laki-laki dan perempuan.	Mengisi kuesioner A dengan isian terbuka. Pertanyaan no 2.	1 : Laki-laki 2 : Perempuan	Nominal
3. Status Perkawinan	Perawat pelaksana yang terikat pernikahan secara hukum.	Mengisi kuesioner A dengan isian terbuka. Pertanyaan no 3.	1 : Menikah 2 : Belum menikah	Nominal
4. Pendidikan	Jenjang sekolah formal terakhir perawat pelaksana dalam bidang keperawatan.	Mengisi kuesioner A dengan isian terbuka. Pertanyaan no 4.	1 : D 3 Kep 2 : S 1 Kep	Ordinal
5. Lama kerja	Jumlah waktu berkarya sebagai perawat pelaksana yang dihitung dalam tahun saat penelitian.	Mengisi kuesioner A dengan isian terbuka. Pertanyaan no 5.	Kelompok lama kerja dalam tahun. 1 : < 7 tahun 2 : 7 – 12 tahun 3 : > 12 tahun Pengelompokkan berdasarkan ketentuan Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.	Ordinal

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab ini membahas tentang desain penelitian, populasi dan sampel penelitian, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data, pengolahan dan analisis data. Analisis data terdiri dari analisis data univariat, bivariat dan multivariat untuk menegakkan hipotesis penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Penelitian dilakukan menggunakan desain *deskriptif korelatif* dengan pendekatan potong silang (*cross sectional*) untuk melihat hubungan antara komunikasi organisasi dengan kinerja perawat pelaksana. Penelitian *deskriptif* adalah jenis penelitian yang memberikan gambaran atas suatu keadaan tanpa ada perlakuan terhadap obyek dan penelitian korelasi adalah penelitian untuk melihat hubungan antara variabel (Kountur, 2005; Umar, 2002). Pengumpulan data baik variabel independen maupun variabel dependen dengan pendekatan potong silang (*cross sectional*) dilakukan secara bersama-sama (Notoatmodjo, 2010).

Variabel independen dalam penelitian ini adalah komunikasi organisasi dengan sub variabel orientasi dan latihan, keterlibatan anggota, penentuan iklim komunikasi organisasi, supervisi dan pengarahan, kepuasan kerja berkaitan dengan komunikasi organisasi. Variabel dependen yaitu kinerja perawat pelaksana. Sedangkan variabel *confounding* adalah karakteristik perawat mencakup umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan dan masa kerja.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah sejumlah besar subyek penelitian yang mempunyai karakteristik tertentu (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat pelaksana yang bekerja di rawat inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya berjumlah 176 perawat.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu hingga dianggap dapat mewakili populasi (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan total populasi yaitu seluruh perawat pelaksana yang bekerja di rawat inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya. Penentuan ketepatan besar sampel minimal menggunakan rumus sebagai berikut (Notoatmodjo, 2002):

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

Keterangan:

n = besar sampel

d = derajat penyimpangan terhadap populasi yang diinginkan: 0,05

N = besarnya populasi: 176

$$\begin{aligned} \text{maka } n &= \frac{176}{1 + 176(0,05^2)} \\ &= 123 \text{ sampel} \end{aligned}$$

Sesuai dengan tujuan penelitian dan karakteristik populasi ditetapkan kriteria inklusi yaitu:

- 1) Perawat pelaksana yang bekerja di rawat inap.
- 2) Perawat pelaksana dengan pendidikan minimal D 3 Keperawatan.
- 3) Perawat pelaksana yang tidak sedang dalam status cuti atau libur kerja.
- 4) Bersedia menjadi responden penelitian.

Pada penelitian ini pengambilan sampel secara total populasi didapatkan jumlah responden sebanyak 156 perawat dan sesuai dengan kriteria inklusi. Terdapat 20 perawat tidak sesuai dengan kriteri inklusi karena ada yang berpendidikan SPK, sedang sakit, cuti atau libur, dan tidak bersedia menjadi responden. Pendidikan perawat minimal D3 Keperawatan menjadi kriteria inklusi dengan pertimbangan bahwa instrumen penelitian menggunakan standar praktik profesional (PPNI, 2010).

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian ini bertempat di Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya dengan alasan rumah sakit ini merupakan salah satu rumah sakit tipe B di wilayah Jawa Timur. Rumah sakit ini juga sebagai lahan praktek mahasiswa STIKES dan terbuka dengan adanya penelitian untuk pengembangan pelayanan keperawatan.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan selama 6 bulan mulai penyusunan proposal pada minggu pertama Februari sampai penyusunan laporan Juli 2011. Uji coba kuesioner dilakukan tanggal 9 - 20 Mei 2011, dan pengambilan data tanggal 23 Mei – 6 Juni 2011. Jadwal kegiatan penelitian terlampir (lampiran 4).

4.5 Etika Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan memperhatikan prinsip-prinsip etik pada umumnya. Proses penelitian dimulai dengan pengumpulan data setelah mendapatkan surat keterangan lolos kaji etik dari Komite Etik Penelitian Keperawatan FIK UI dan mendapat persetujuan penelitian dari Direktur Utama Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya. Tahap selanjutnya, peneliti melakukan pengumpulan data terhadap responden dengan persetujuan Direktur Pelayanan, Manajer Instalasi Rawat Inap dan Kepala Ruangan.

Prinsip etik memperhatikan hak responden untuk menentukan kesediaannya sebagai responden penelitian melalui pernyataan persetujuan (*informed consent*). Polit dan Hungler (1999) mengemukakan *informed consent* sebagai kondisi dimana responden sudah mempunyai informasi yang cukup terkait penelitian yang dilakukan, memahami informasi, memiliki kekuasaan untuk secara sukarela memilih terlibat atau menolak ikut dalam penelitian. Pada penelitian ini, peneliti memberikan informasi tentang tujuan, manfaat dan proses kegiatan penelitian secara tertulis kepada responden. Selanjutnya setelah mengerti dan memahami penjelasan penelitian, responden menandatangani lembar *informed consent* dengan sukarela tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Peneliti menghormati hak-hak subyek penelitian, dengan cara menjamin kerahasiaan identitas (*anonymity*), kebebasan pribadi (*privacy*) dan *confidentiality*. Menjamin kerahasiaan identitas (*anonymity*), berarti tidak memperlihatkan identitas subyek (Demsey, 2002; Umar, 2002). Pada penelitian ini responden tidak mengisi identitas diri pada lembar pengisian kuesioner dan hanya terdapat nomor kode untuk membantu proses pengolahan data.

Kebebasan pribadi (*privacy*) berarti peneliti melakukan upaya untuk menghindari invasi terhadap privasi subyek. Notoatmodjo (2010) menyebutkan *privacy* adalah hak setiap orang termasuk hak responden yang harus dijaga oleh peneliti. Pada penelitian ini peneliti menjaga *privacy* responden untuk menentukan pilihan jawaban tanpa takut diintimidasi oleh pihak lain dengan memberikan keleluasan pengisian kuesioner selama 3 hari dan boleh diisi di rumah.

Kerahasiaan (*confidentiality*) berarti peneliti menjamin kerahasiaan informasi dari data yang dikumpulkan. Pada penelitian ini data yang diperoleh hanya dipergunakan untuk kepentingan penelitian tanpa mempengaruhi dampak terhadap karir dalam pekerjaan responden. Data disimpan oleh peneliti dan selanjutnya akan dimusnahkan setelah selesai kegiatan dan pelaporan penelitian.

4.6 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data menggunakan kuesioner. Kuesioner berisi item pernyataan yang dikembangkan oleh peneliti berdasarkan konsep tentang komunikasi organisasi (Masmuh, 2010; Muhammad, 2009), kinerja perawat (ANA, 2004; PPNI, 2010) dan karakteristik perawat (Ilyas, 2001; Robbins, 2003/2006).

4.6.1 Instrumen Karakteristik Perawat

Pengukuran karakteristik perawat terdiri dari umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan dan masa kerja. Data ini merupakan data primer melalui pengisian kuesioner A dengan bebas oleh responden.

4.6.2 Instrumen Kinerja Perawat Pelaksana

Pernyataan tiap item pada kuesioner B mencakup dikembangkan berdasarkan standar praktik keperawatan. Pernyataan terdiri dari 20 item dan semuanya valid. Pernyataan dalam bentuk pernyataan positif dan pernyataan negatif. Pengukuran menggunakan empat kriteria berdasarkan skala Likert, yaitu pernyataan positif: 4 = selalu, 3 = sering, 2 = kadang-kadang, 1 = tidak pernah. Sedangkan untuk pernyataan negatif: 4 = tidak pernah, 3 = kadang-kadang, 2 = sering, 1 = selalu.

Tabel 4.1
Kisi Kuesioner Kinerja Perawat Pelaksana
Sebelum dan Sesudah Uji Coba

Variabel	<i>Favorable</i>		<i>Unfavorable</i>		Jumlah	
	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah
Pengkajian	1,11,21	1, 7,16	6,16	12	5	4
Diagnosa keperawatan	2,12,17	2, 13,17	7,22		5	3
Perencanaan	3,8,18	3, 5,18	13,23	9	5	4
Implementasi	4,14,24	8,10,14,19	9,19	15	5	5
Evaluasi	5,20,25	4,20	10,15	6,11	5	4
Jumlah					25	20

4.6.3 Instrumen Komunikasi Organisasi

Pernyataan tiap item pada kuesioner C mencakup pendekatan mikro komunikasi organisasi terdiri dari: orientasi dan latihan, keterlibatan anggota, penentuan iklim komunikasi organisasi, supervisi dan pengarahan, dan kepuasan kerja berkaitan dengan komunikasi organisasi. Pernyataan terdiri dari 25 item dan semuanya valid. Pernyataan dalam bentuk pernyataan positif dan pernyataan negatif. Pengukuran menggunakan skala Likert dengan empat kriteria, yaitu pernyataan positif: 4 = sangat setuju, 3 = setuju, 2 = tidak setuju, 1 = sangat tidak setuju. Sedangkan untuk pernyataan negatif: 4 = sangat tidak setuju, 3 = tidak setuju, 2 = setuju, 1 = sangat setuju.

Tabel 4.2
Kisi Kuesioner Komunikasi Organisasi
Sebelum dan Sesudah Uji Coba

Variabel	<i>Favorable</i>		<i>Unfavorable</i>		Jumlah	
	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah
Orientasi dan latihan	1,6,16,31	1, 6, 13, 22	11,21,26	10,17,19	7	7
Keterlibatan anggota	2,12,27,32	2, 23	7,17,22	7, 14,18	7	5
Penentuan iklim komunikasi organisasi	3,8,23,33	3, 8	13,18,28	11,15	7	4
Supervisi dan pengarahan	4,14,19,29	4, 20	9,24,34	9, 24	7	4
Kepuasan kerja berkaitan dengan komunikasi organisasi	5,10,25,35	5, 25	15,20,30	12,16,21	7	5
Jumlah					35	25

4.7 Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Uji instrumen pada penelitian ini dilakukan di Salah Satu Rumah Sakit Swasta Jakarta terhadap 30 perawat pelaksana. Pertimbangan dilakukan di rumah sakit ini karena merupakan rumah sakit tipe B dan mempunyai karakteristik responden yang sama dengan tempat penelitian.

Uji validitas dan reliabilitas instrumen dilakukan untuk mengetahui bahwa instrumen penelitian dapat mengukur apa yang seharusnya diukur sehingga mendapatkan data yang akurat. Notoatmodjo (2010) menyebutkan suatu instrumen dikatakan valid apabila instrumen tersebut dapat mengukur apa yang seharusnya diukur. Uji instrumen dilakukan dengan tujuan untuk mendapatkan data yang akurat dan obyektif (Hastono, 2007). Uji instrumen mencakup pengkajian pemahaman responden terhadap isi kalimat, mengukur reliabilitas dan validitas kuesioner.

4.7.1 Uji Validitas

Instrumen penelitian dilakukan uji validitas meliputi pengujian terhadap validitas konstruksi (*construct validity*) dan validitas isi (*content validity*). Validitas menunjuk pada ketepatan alat ukur yang berarti instrumen penelitian itu benar-benar mengukur apa yang seharusnya diukur (Hastono, 2007; Notoatmodjo, 2010). Pengujian validitas konstruksi dapat menggunakan pendapat dari ahli dan diukur dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor total.

Pada penelitian ini, peneliti menyusun instrumen yang diukur berlandaskan teori dan mengkonsultasikan dengan pembimbing. Instrumen selanjutnya dilakukan uji coba dan dilakukan analisis faktor dengan mengkorelasikan antar skor masing-masing variabel dengan skor total. Teknik korelasi yang digunakan untuk menguji validitas kuisisioner dalam penelitian ini adalah korelasi *Pearson product moment* dengan cara membandingkan antara r hasil dengan r tabel (Hastono, 2007). Nilai r hasil dilihat pada kolom *Corrected item-Total Correlation* dan nilai r tabel ($df=n-2$) dilihat pada tingkat kemaknaan 5% yaitu 0,361.

Hasil uji validitas kuesioner B (kinerja perawat) didapatkan 7 pernyataan tidak valid ($r \text{ hasil} < 0,361$). Selanjutnya 5 pernyataan tidak valid dihilangkan, sedangkan 2 pernyataan dengan $r \text{ hasil} > 0,2$ dan dianggap penting dilakukan modifikasi. Semua pernyataan yang dilakukan modifikasi setelah dilakukan uji validitas kembali pada responden yang sebenarnya dihasilkan semua pernyataan valid $r = 0,3497-0,6239$ ($r \text{ hasil} > 0,159$).

Hasil uji validitas kuesioner C (komunikasi organisasi) didapatkan 13 pernyataan tidak valid ($r \text{ hasil} < 0,361$). Selanjutnya 10 pernyataan yang tidak valid dihilangkan, sedangkan 3 pernyataan dengan $r \text{ hasil} > 0,2$ dan dianggap penting dilakukan modifikasi. Semua pernyataan yang dilakukan modifikasi setelah dilakukan uji validitas kembali pada responden yang sebenarnya dihasilkan semua pernyataan valid $r = 0,1780-0,5910$ ($r \text{ hasil} > 0,159$).

4.7.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas menunjukkan bahwa instrumen penelitian konsisten dalam memberikan penilaian atas apa yang diukur sehingga dapat dipercaya (Kountur, 2005; Sugiyono, 2009). Uji reliabilitas kuesioner B dan C pada penelitian ini dilakukan setelah uji validitas dengan teknik *Cronbach's Alpha*. Tingkat reliabilitas pada umumnya dapat diterima minimal 0,70 (Kountur, 2005). Pada kuesioner B (kinerja perawat) hasil uji reliabilitas terhadap 30 perawat didapatkan r alpha = 0,8533. Hasil uji reliabilitas pada responden sebenarnya juga dihasilkan r alpha = 0,8776, maka kuesioner B tersebut dinyatakan reliabel. Pada kuesioner C (komunikasi organisasi) hasil uji reliabilitas terhadap 30 perawat didapatkan r alpha = 0,8824. Hasil uji reliabilitas pada responden sebenarnya juga dihasilkan r alpha = 0,8716, maka kuesioner C tersebut dinyatakan reliabel.

4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan prosedur sebagai berikut:

- 4.8.1 Mengajukan surat permohonan ijin dari FIK UI, dilanjutkan dengan mengajukan ijin ke Direktur Utama Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.
- 4.8.2 Peneliti mendapat izin dari Direktur Utama Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya dan mendapatkan keterangan lolos kaji etik dari Komite Etik Penelitian Keperawatan FIK UI (lampiran 5). Selanjutnya peneliti melakukan konfirmasi dengan Direktur Pelayanan, Kepala Bagian Diklat, Manajer Instalasi Rawat Inap dan semua Kepala Ruangan rawat inap.
- 4.8.3 Memberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat dan prosedur penelitian yang akan dilaksanakan kepada responden secara tertulis (lampiran 1). Selanjutnya responden yang telah memahami penjelasan penelitian dan bersedia berpartisipasi menyatakan persetujuan dengan menandatangani *informed consent* yang telah disediakan peneliti (lampiran 2).
- 4.8.4 Responden secara bebas dan leluasa mengisi kuesioner yang dibagikan oleh peneliti sesuai petunjuk pengisian dengan waktu selama 3 hari (kuesioner dapat dibawa pulang).

4.8.5 Setelah waktu 3 hari pengisian kuesioner oleh responden, selanjutnya kuesioner dikumpulkan oleh peneliti. Pada saat pengumpulan, kuesioner diperiksa kembali kelengkapan pengisiannya oleh peneliti.

4.9 Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan data menurut Hastono (2007) dan Notoatmodjo (2010) yang dilakukan meliputi 4 tahapan. Pengolahan data dilakukan setelah pengumpulan data pada tanggal 3-15 Juni 2011.

4.9.1 Pemeriksaan data (*editing*), yaitu melakukan pengecekan isian kuesioner yang telah diserahkan responden. Kelengkapan pengisian kuesioner diperiksa oleh peneliti pada saat mengumpulkan kuesioner dan didapatkan semua pernyataan sudah diisi dengan lengkap oleh responden.

4.9.2 Pembuatan kode (*coding*), yaitu melakukan pengkodean terhadap data yang sudah diedit sehingga lebih sederhana dan memudahkan pengolahan data sesuai kriteria yang ditentukan. Pengkodean dilakukan dengan memberi skor jawaban pernyataan sesuai kriteria yang ditetapkan dan memperhatikan pernyataan *unfavorabel*.

4.9.3 Memasukkan data (*entry*), yaitu meng-*entry* data dengan menggunakan perangkat komputer. Data dalam bentuk kode dimasukkan ke dalam program atau *software* komputer.

4.9.4 Pembersihan data (*cleaning*), yaitu pengecekan kembali data yang di-*entry* apakah terdapat kekeliruan atau tidak. *Cleaning* dilakukan dengan membuat distribusi frekuensi untuk mengetahui data yang hilang (*missing*) dan melihat variasi atau penyebaran data. Pada tahap pertama pengecekan terdapat variasi data yang berbeda dan diketahui bahwa peneliti keliru memasukkan kode karakteristik responden pada untuk beberapa nomor responden. Selanjutnya dilakukan pembersihan dan melakukan *entry* data kembali dengan kode yang benar. Setelah peneliti yakin tidak ada kekeliruan dan tidak terdapat data yang *missing*, peneliti melakukan tahap selanjutnya yaitu analisis data.

4.9.5 Analisis Data

4.9.5.1 Analisis data univariat

Analisis univariat pada penelitian ini dilakukan pada tiap-tiap variabel dan disajikan dalam bentuk frekuensi dan persentase. Analisis univariat bertujuan untuk mendapatkan gambaran deskriptif tiap variabel. Data yang berupa data kategorik menggunakan distribusi frekuensi dengan persentase atau proporsi (Hastono, 2007). Pada penelitian ini semua variabel berupa data kategorik sehingga distribusi frekuensi menggunakan persentase.

4.9.5.2 Analisis data bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengidentifikasi hubungan antara variabel independen. Pemilihan uji statistik yang digunakan berdasarkan pada jenis data serta jumlah variabel yang diteliti. Uji bivariat dilakukan dengan uji *chi Square* untuk semua variabel independen karena berbentuk data kategorik dan dependennya kategorik. Batas kemaknaan (α) yang digunakan 0,05, maka apabila $p \leq 0,05$, artinya adanya hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen dan sebaliknya apabila $p > 0,05$, artinya tidak ada hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen.

4.9.5.3 Analisis multivariat

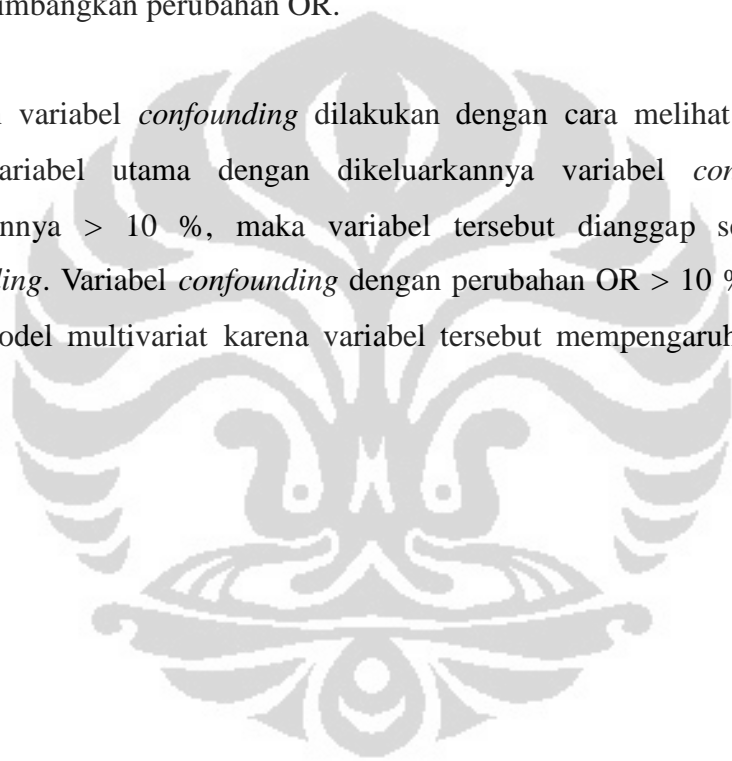
Analisis multivariat bertujuan untuk mengetahui variabel independen yang paling berpengaruh terhadap variabel dependen (kinerja perawat pelaksana). Uji statistik yang digunakan adalah uji regresi logistik ganda. Uji regresi logistik ganda digunakan untuk menganalisis hubungan satu atau beberapa variabel dependen berbentuk kategorik dan variabel independennya numerik (Hastono, 2007). Analisis multivariat meliputi tahapan: pemilihan variabel kandidat multivariat, pemodelan multivariat, dan penilaian uji *confounding*.

Pemilihan variabel kandidat menggunakan uji regresi logistik sederhana untuk analisis bivariat antara semua variabel independen dengan variabel dependen. Variabel yang saat dilakukan uji memiliki $p < 0.25$ dan mempunyai kemaknaan

secara substansi dijadikan sebagai kandidat yang dimasukkan ke dalam model multivariat. Sedangkan untuk analisis bivariat dengan hasil $p > 0,25$ namun secara substansi penting atau dianggap sebagai *confounding*, maka variabel tersebut tetap dimasukkan dalam model multivariat.

Pada tahap pemodelan multivariat dilakukan pemilihan variabel yang dianggap penting untuk masuk dalam model dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai $p \leq 0,05$ dan mengeluarkan variabel dengan $p > 0,05$. Pengeluaran variabel bertahap mulai dari variabel yang mempunyai p terbesar dan mempertimbangkan perubahan OR.

Penilaian variabel *confounding* dilakukan dengan cara melihat perbedaan OR untuk variabel utama dengan dikeluarkannya variabel *confounding*. Bila perubahannya $> 10\%$, maka variabel tersebut dianggap sebagai variabel *confounding*. Variabel *confounding* dengan perubahan OR $> 10\%$ dipertahankan dalam model multivariat karena variabel tersebut mempengaruhi variabel yang lain.



BAB 5 HASIL PENELITIAN

Bab ini menyajikan hasil penelitian tentang hubungan antara komunikasi organisasi dengan kinerja perawat pelaksana di Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya. Penelitian dilaksanakan pada Mei - Juni 2011 dengan jumlah responden 156 perawat pelaksana. Penyajian hasil penelitian diawali dengan analisis univariat untuk mengetahui distribusi frekuensi setiap variabel. Analisis bivariat untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara variabel independen yaitu komunikasi organisasi dengan variabel dependen yaitu kinerja perawat pelaksana. Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui variabel yang paling berpengaruh terhadap kinerja perawat setelah dikontrol variabel *confounding*.

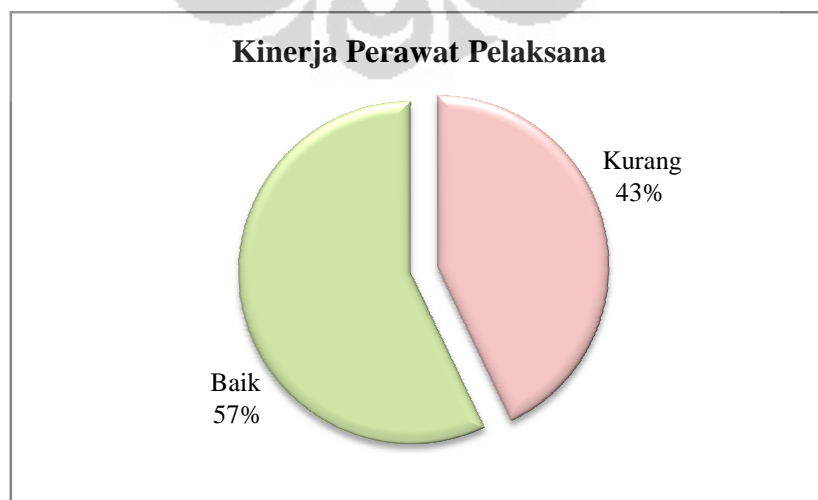
5.1 Analisis Univariat

Analisis univariat pada penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran deskriptif tiap variabel dan disajikan dalam bentuk frekuensi dan persentase.

5.1.1 Kinerja Perawat Pelaksana

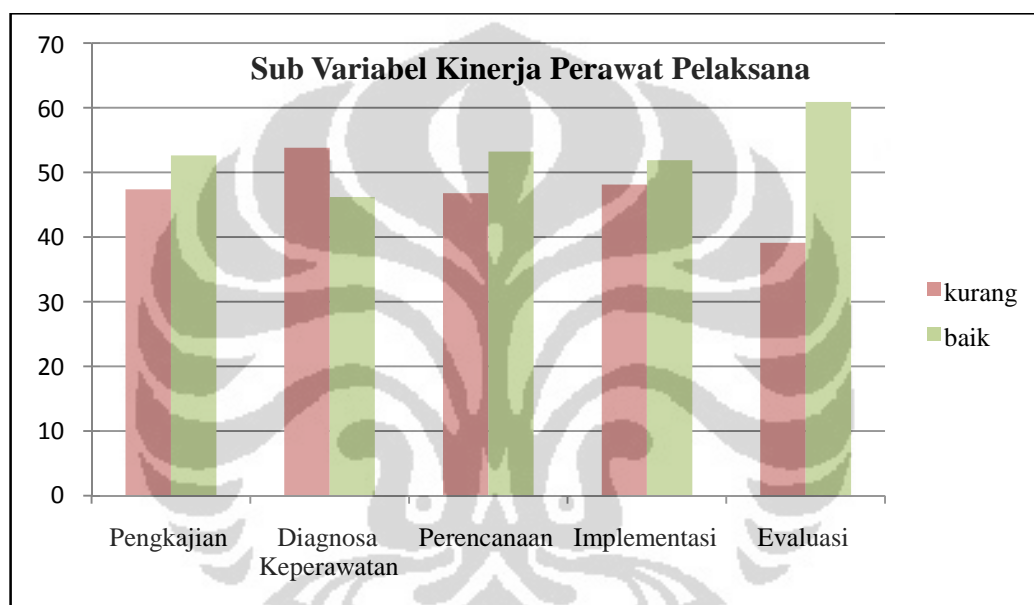
Kinerja perawat pelaksana dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu kurang dan baik berdasarkan nilai mean (72). Hasil analisis dapat dilihat pada gambar 5.1.

Gambar 5.1
Distribusi Frekuensi Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap
Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya, Juni 2011 (n= 156)



Hasil analisis menunjukkan kinerja perawat pelaksana kurang (43%) dari 156 responden. Kinerja perawat pelaksana pada penelitian ini terdiri dari sub variabel pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Hasil analisis menunjukkan dari lima sub variabel terdapat empat sub variabel kategori kurang sebanyak > 40% dan hanya satu variabel < 40%. Hasil dapat dilihat secara jelas pada gambar 5.2.

Gambar 5.2
Distribusi Frekuensi Sub Variabel Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya, Juni 2011 (n= 156)



Sub variabel diagnosa keperawatan kurang mempunyai persentase yang paling tinggi (53,8%), di mana didapatkan pernyataan yang paling lemah yaitu 26,9% perawat pelaksana mengakui kadang saja merevisi diagnosa keperawatan berdasarkan data terbaru. Sub variabel implementasi kurang (48,1%), di mana didapatkan pernyataan yang paling lemah yaitu 11,5% perawat pelaksana mengakui kadang saja memberikan pendidikan kesehatan kepada klien/keluarganya dan 43,6 % mengakui sering memberikan pendidikan kesehatan kepada klien/keluarganya. Sub variabel pengkajian kurang (47,4%), di mana didapatkan pernyataan yang paling lemah yaitu 33,97% perawat pelaksana mengakui kadang melakukan pemeriksaan fisik hanya pada bagian tubuh yang dikeluhkan oleh klien. Sub variabel perencanaan kurang (46,8%), di mana

didapatkan pernyataan yang paling lemah yaitu 45,5% perawat pelaksana mengakui masih sering (belum selalu) membuat rencana tindakan bersifat individu sesuai kebutuhan klien. Sub variabel evaluasi kurang (39,1%), di mana didapatkan pernyataan yang paling lemah yaitu 35,3% perawat pelaksana mengakui masih sering (belum selalu) menyusun rencana pulang klien berdasarkan catatan asuhan keperawatan.

5.1.2 Komunikasi Organisasi

Komunikasi organisasi terdiri dari lima sub variabel meliputi orientasi dan latihan, keterlibatan anggota, penentuan iklim komunikasi organisasi, supervisi dan pengarahan, dan kepuasan kerja. Data dikelompokkan dalam dua kategori yaitu lemah dan kuat berdasarkan nilai median atau mean sesuai distribusi data. Variabel komunikasi organisasi dikelompokkan berdasarkan nilai median (74). Hasil analisis dapat dilihat pada gambar 5.1.

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Komunikasi Organisasi di Ruang Rawat Inap
Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya, Juni 2011 (n= 156)

Variabel	Frekuensi (n = 156)	Persentase (%)
Komunikasi Organisasi		
Lemah	73	46,8
Kuat	83	53,2

Hasil analisis dari 156 responden menunjukkan penilaian komunikasi organisasi lemah 46,8% hampir berimbang dengan komunikasi organisasi kuat 53,2%. Sub variabel komunikasi organisasi yaitu orientasi dan latihan, dan keterlibatan anggota dikelompokkan berdasarkan nilai median karena data berdistribusi tidak normal. Sedangkan sub variabel penentuan iklim komunikasi, supervisi dan pengarahan, dan kepuasan kerja dikelompokkan berdasarkan nilai mean karena data berdistribusi normal. Hasil dapat dilihat secara jelas pada gambar 5.2.

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Sub Variabel Komunikasi Organisasi di Ruang Rawat Inap
Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya, Juni 2011 (n= 156)

Variabel	Frekuensi (n = 156)	Persentase (%)
Orientasi dan Latihan		
Lemah	70	44,9
Kuat	86	55,1
Keterlibatan Anggota		
Lemah	73	46,8
Kuat	83	53,2
Penentuan Iklim Komunikasi		
Lemah	76	48,7
Kuat	80	51,3
Supervisi dan Pengarahan		
Lemah	110	70,5
Kuat	46	29,5
Kepuasan Kerja		
Lemah	96	61,5
Kuat	60	38,5

Hasil analisis tabel 5.2 menunjukkan semua sub variabel komunikasi organisasi pada kategori lemah > 40%, dimana supervisi dan pengarahan lemah paling tinggi persentasenya (70,5%). Sub variabel supervisi dan pengarahan lemah, didapatkan pernyataan yang paling lemah yaitu 3,2 % perawat sangat setuju dan 21,8% perawat setuju bahwa supervisi dan pengarahan lebih dirasakan menuntut daripada memberikan masukan yang bermanfaat. Sub variabel kepuasan kerja berkaitan dengan komunikasi lemah (61,5%), di mana didapatkan pernyataan yang paling lemah yaitu 2,56 % perawat menyatakan sangat setuju dan 41,6 % perawat menyatakan setuju bahwa kesalahpahaman mudah terjadi dalam pelayanan keperawatan. Sub variabel penentuan iklim komunikasi lemah (48,7%), di mana didapatkan pernyataan yang paling lemah yaitu 19,9% perawat menyatakan setuju bahwa rekan kerja tidak berani berkonsultasi dengan leluasa kepada atasan. Sub variabel keterlibatan anggota lemah (46,8%), di mana didapatkan pernyataan yang paling lemah yaitu 19,2% perawat menyatakan setuju bahwa rekan kerja enggan menyampaikan usulan atau ide-ide untuk meningkatkan pelayanan. Sub variabel orientasi dan latihan lemah (44,9 %), di mana didapatkan pernyataan yang paling lemah yaitu 17,3 % perawat menyatakan

setuju bahwa kesempatan staf perawat untuk bertanya atau memberi respon saat orientasi dan latihan sangat terbatas.

5.1.3 Karakteristik perawat pelaksana

Karakteristik perawat pelaksana pada penelitian ini meliputi umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, dan lama kerja merupakan variabel *confounding*. Variabel umur dikelompokkan berdasarkan nilai median sesuai dengan hasil uji normalitas data tidak berdistribusi normal sedangkan lama kerja dikelompokkan sesuai pengelompokkan lama kerja perawat di Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya. Hasil analisis variabel karakteristik perawat pelaksana dapat dilihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3
Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Menurut Umur, Jenis Kelamin, Status Perkawinan, Pendidikan dan Lama Kerja di Ruang Rawat Inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya, Juni 2011 (n= 156)

Variabel	Frekuensi (n = 156)	Persentase (%)
Umur		
< 32 tahun	73	46,8
≥ 32 tahun	83	53,2
Jenis Kelamin		
Perempuan	153	98,1
Laki-laki	3	1,9
Status perkawinan		
Menikah	118	75,6
Belum menikah	38	24,4
Pendidikan		
D 3 Kep	150	96,2
S1Kep	6	3,8
Lama kerja		
< 7 tahun	45	28,8
7 – 12 tahun	53	34,0
> 12 tahun	58	37,2

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa dari 156 responden sebagian besar responden berumur ≥ 32 tahun (53,2 %), di mana umur responden pada rentang 22-57 tahun dengan umur rata-rata 33,67 tahun. Sebagian besar responden perempuan (98,1 %), sudah menikah (75,6 %) dengan pendidikan sebagian besar D 3 Kep (96,2 %) dan lama kerja > 12 tahun (37,2 %).

5.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat ini bertujuan untuk melihat hubungan antara dua variabel yaitu komunikasi organisasi sebagai variabel independen dengan kinerja perawat pelaksana sebagai variabel dependen. Pada variabel *confounding* yang dilakukan analisis adalah umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan dan lama kerja dengan kinerja perawat pelaksana. Uji bivariat semua variabel dilakukan dengan uji *Chi Square* karena semua variabel independen berbentuk data kategorik dan data variabel dependen berbentuk kategorik. Tingkat kemaknaan hubungan antar variabel dilihat pada tingkat keyakinan 95% (α 0,05). Artinya apabila $p \leq 0,05$ maka secara statistik perbedaan tersebut bermakna. Analisis uji *Chi Square* ini memperhatikan seberapa kecenderungan perbedaan yang diberikan variabel independen terhadap variabel dependen dengan melihat nilai *odds ratio* (OR).

5.2.1 Hubungan Komunikasi Organisasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Tabel 5.4

Distribusi Responden Menurut Komunikasi Organisasi dan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya, Juni 2011 (n= 156)

Variabel	Kinerja Perawat				Total		OR (CI 95%)	p
	Kurang		Baik					
	n	%	n	%	n	%		
Komunikasi Organisasi								
Lemah	38	52,1	35	47,9	73	100,0	2,022 (1,062-3,849)	0,046*
Kuat	29	34,9	54	65,1	83	100,0		
Jumlah	67	42,9	89	57,1	156	100,0		

*bermakna pada α 0,05

Hasil analisis menunjukkan komunikasi organisasi lemah memberikan kinerja kurang (52,1%) lebih besar dibandingkan dengan komunikasi organisasi kuat (34,9%). Perbedaan ini bermakna secara statistik dengan $p = 0,046$, artinya ada hubungan antara komunikasi organisasi dengan kinerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya. Analisis selanjutnya disimpulkan bahwa komunikasi organisasi lemah berisiko 2,022 kali lebih besar untuk memberikan kinerja kurang dibandingkan komunikasi organisasi kuat.

5.2.2 Hubungan Sub Variabel Komunikasi Organisasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Tabel 5.5
Distribusi Responden Menurut Sub Variabel Komunikasi Organisasi dan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya, Juni 2011 (n= 156)

Variabel	Kinerja Perawat						OR (CI 95%)	p
	Kurang		Baik		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Orientasi dan Latihan								
Lemah	37	52,9	33	47,1	70	100,0	2,093 (1,097-3,992)	0,036*
Kuat	30	34,9	56	65,1	86	100,0		
Keterlibatan Anggota								
Lemah	37	50,7	36	49,3	73	100,0	1,816 (0,956-3,447)	0,095
Kuat	30	36,1	53	63,9	83	100,0		
Penentuan Iklim Komunikasi								
Lemah	36	47,4	40	52,6	76	100,0	1,423 (0,753-2,688)	0,355
Kuat	31	38,8	49	61,3	80	100,0		
Supervisi dan Pengarahan								
Lemah	56	50,9	54	49,1	110	100,0	3,300 (1,522-7,153)	0,003*
Kuat	11	23,9	35	76,1	46	100,0		
Kepuasan Kerja								
Lemah	44	45,8	52	54,2	96	100,0	1,361 (0,705-2,627)	0,451
Kuat	23	38,3	37	61,7	60	100,0		
Jumlah	67	42,9	89	57,1	156	100,0		

*bermakna pada α 0,05

5.2.2.1 Hubungan Orientasi dan Latihan dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Orientasi dan latihan lemah memberikan kinerja kurang (52,9%) lebih besar dibandingkan dengan orientasi dan latihan kuat (34,9%). Perbedaan ini bermakna secara statistik dengan $p = 0,036$, artinya ada hubungan antara orientasi dan latihan dengan kinerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya. Analisis selanjutnya disimpulkan bahwa orientasi dan latihan lemah berisiko 2,093 kali lebih besar untuk memberikan kinerja kurang dibandingkan orientasi dan latihan kuat.

5.2.2.2 Hubungan Keterlibatan Anggota dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Keterlibatan anggota lemah memberikan kinerja kurang (50,7%) lebih besar dibandingkan dengan keterlibatan anggota kuat (36,1%). Perbedaan ini tidak bermakna secara statistik dengan $p = 0,095$, artinya tidak ada hubungan antara keterlibatan anggota dengan kinerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.

5.2.2.3 Hubungan Penentuan Iklim Komunikasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Penentuan iklim komunikasi lemah memberikan kinerja kurang (47,4%) lebih besar dibandingkan dengan penentuan iklim komunikasi kuat (38,8%). Perbedaan ini tidak bermakna secara statistik dengan $p = 0,355$, artinya tidak ada hubungan antara penentuan iklim komunikasi dengan kinerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.

5.2.2.4 Hubungan Supervisi dan Pengarahan dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Supervisi dan pengarahan lemah memberikan kinerja kurang (50,9%) lebih besar dibandingkan dengan supervisi dan pengarahan kuat (23,9%). Perbedaan ini bermakna secara statistik dengan $p = 0,003$, artinya ada hubungan antara supervisi dan pengarahan dengan kinerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya. Analisis selanjutnya disimpulkan bahwa supervisi dan pengarahan lemah berisiko 3,3 kali lebih besar untuk mendapatkan kinerja kurang dibandingkan supervisi dan pengarahan kuat.

5.2.2.5 Hubungan Kepuasan Kerja dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Kepuasan kerja berkaitan dengan komunikasi organisasi lemah memberikan kinerja kurang (45,8%) lebih besar dibandingkan dengan Kepuasan kerja berkaitan dengan komunikasi organisasi kuat (38,3%). Perbedaan ini tidak bermakna secara statistik dengan $p = 0,451$, artinya tidak ada hubungan antara kepuasan kerja berkaitan dengan komunikasi organisasi dengan kinerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.

5.2.3 Hubungan Karakteristik dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Tabel 5.6

Distribusi Responden Menurut Karakteristik dan Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya, Juni 2011 (n= 156)

Variabel	Kinerja Perawat						OR (CI 95%)	p
	Kurang		Baik		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Umur								
< 32 tahun	39	53,4	34	46,6	73	100,0	2,253 (1,180-4,303)	0,021*
≥ 32 tahun	28	33,7	55	66,3	83	100,0		
Jenis Kelamin								
Perempuan	65	42,5	88	57,5	153	100,0	0,369 (0,33-4,161)	0,803
Laki-laki	2	66,7	1	33,3	3	100,0		
Status perkawinan								
Menikah	46	39,0	72	61,0	118	100,0	0,517 (0,247-1,083)	0,115
Belum menikah	21	55,3	17	44,7	38	100,0		
Pendidikan								
D 3 Kep	65	43,3	85	56,7	150	100,0	1,529 (0,272-8,608)	0,948
S1Kep	2	33,3	4	66,7	6	100,0		
Lama kerja								
< 7 tahun	25	55,6	20	44,4	45	100,0	1,510 (0,679-3,358) 2,778 (1,236-6,241)	0,041*
7 – 12 tahun	24	45,3	29	54,7	53	100,0		
> 12 tahun	18	31,0	40	69,0	58	100,0		
Jumlah	67	42,9	89	57,1	156	100,0		

*bermakna pada α 0,05

5.2.3.1 Hubungan Umur dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Perawat pelaksana umur < 32 tahun mempunyai kinerja kurang (53,4%) lebih besar dibandingkan perawat pelaksana umur ≥ 32 tahun (33,7%). Perbedaan ini bermakna secara statistik dengan $p = 0,021$, artinya ada hubungan antara umur dengan kinerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya. Analisis selanjutnya disimpulkan bahwa perawat pelaksana umur < 32 tahun berisiko 2,253 kali lebih besar mempunyai kinerja kurang dibandingkan perawat pelaksana umur ≥ 32 tahun.

5.2.3.2 Hubungan Jenis Kelamin dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Perawat pelaksana laki-laki mempunyai kinerja kurang (66,7%) lebih besar dibandingkan perempuan (42,5%). Perbedaan ini secara statistik tidak bermakna dengan $p = 0,803$, artinya tidak ada hubungan antara jenis kelamin perawat dengan kinerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.

5.2.3.3 Hubungan Status Perkawinan dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Perawat pelaksana yang belum menikah mempunyai kinerja kurang (55,3%) lebih besar dibandingkan yang menikah (39%). Perbedaan ini secara statistik tidak bermakna dengan $p = 0,115$, artinya tidak ada hubungan antara status perkawinan perawat dengan kinerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.

5.2.3.4 Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Perawat pelaksana dengan pendidikan D3 Kep mempunyai kinerja kurang (43,3%) lebih besar dibandingkan dengan pendidikan S1 Kep (33,3%). Perbedaan ini secara statistik tidak bermakna dengan $p = 0,948$, artinya tidak ada hubungan antara pendidikan perawat dengan kinerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya.

5.2.3.5 Hubungan Lama Kerja dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Perawat pelaksana dengan lama kerja < 7 tahun mempunyai kinerja kurang (55,6%) lebih besar dibandingkan dengan lama kerja 7-12 tahun (45,3%) dan lama kerja > 12 tahun (31%). Perbedaan ini secara statistik bermakna dengan $p = 0,041$, artinya ada hubungan antara lama kerja dengan kinerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya. Analisis selanjutnya disimpulkan bahwa perawat pelaksana dengan lama kerja < 7 tahun berisiko 1,510 kali lebih besar mempunyai kinerja kurang dibandingkan perawat pelaksana dengan lama kerja 7-12 tahun, dan berisiko 2,778 kali lebih besar mempunyai kinerja kurang dibandingkan perawat pelaksana dengan lama kerja > 12 tahun.

5.3 Analisis Multivariat

Analisis yang digunakan pada multivariat ini adalah analisis regresi logistik, pendekatan ini digunakan untuk menganalisis variabel independen yang paling berpengaruh terhadap kinerja perawat. Tahapan analisis multivariat meliputi pemilihan variabel kandidat, pemodelan multivariat dan uji *confounding*.

5.3.1 Pemilihan Variabel Kandidat

Pada tahap ini dilakukan analisis bivariat antara variabel karakteristik perawat sebagai variabel *confounding* dan komunikasi organisasi sebagai variabel independen dengan kinerja perawat pelaksana sebagai variabel dependen. Bila hasil analisis bivariat pada tiap variabel menghasilkan $p < 0,25$ maka variabel tersebut dapat dimasukkan ke dalam model multivariat. Sedangkan jika analisis bivariat menghasilkan $p > 0,25$ namun secara substansi penting, maka variabel tersebut dapat dimasukkan dalam model multivariat. Hasil seleksi bivariat dengan menggunakan uji regresi logistik sederhana dapat dilihat pada tabel 5.7.

Tabel 5.7
Analisis Seleksi Bivariat Variabel Karakteristik Perawat dan Komunikasi Organisasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSK St. Vincentius a Paulo Surabaya, Juni 2011 (n= 156)

No	Variabel	P
1	Orientasi dan latihan	0,024*
2	Keterlibatan anggota	0,067*
3	Penentuan iklim komunikasi	0,277
4	Supervisi dan pengarahan	0,001*
5	Kepuasan kerja	0,356
6	Umur	0,013*
7	Jenis kelamin	0,404*
8	Status perkawinan	0,079*
9	Pendidikan	0,623*
10	Lama kerja	0,039*

*kandidat terpilih dalam multivariat

Tabel 5.7 menunjukkan hasil analisis seleksi bivariat terdapat 4 variabel dengan $p > 0,25$, namun variabel jenis kelamin dan pendidikan tetap dimasukkan dalam model multivariat karena merupakan variabel *confounding*.

5.3.2 Pemodelan Multivariat

Pada tahap pemodelan multivariat dilakukan pemilihan variabel yang dianggap penting untuk masuk dalam model dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai $p < 0,05$ dan mengeluarkan variabel dengan $p > 0,05$. Pengeluaran variabel bertahap mulai dari variabel yang mempunyai p terbesar dan

mempertimbangkan perubahan nilai OR. Hasil analisis pemodelan multivariat pertama dapat dilihat pada tabel 5.8.

Tabel 5.8
Hasil Analisis Model Awal Multivariat Regresi Logistik (n=156)

No	Variabel	B	P Value	OR	95% CI
1	Orientasi dan latihan	0,005	0,991	1,005	0,397-2,544
2	Keterlibatan anggota	0,389	0,351	1,476	0,644-3,381
3	Supervisi dan pengarahan	1,052	0,025*	2,864	1,142-7,181
4	Umur	0,474	0,381	1,607	0,556-4,646
5	Jenis kelamin	-0,689	0,590	0,502	0,041-6,163
6	Status perkawinan	-0,413	0,374	0,661	0,266-1,644
7	Pendidikan	0,136	0,886	1,145	0,179-7,342
8	Lama kerja		0,809		
	Lama (1)	-0,133	0,808	0,876	0,300-2,557
	Lama (2)	0,186	0,800	1,205	0,286-5,078

*bermakna pada α 0,05

Hasil analisis tabel 5.8 menunjukkan hampir semua variabel mempunyai $p > 0.05$ kecuali supervisi dan pengarahan, selanjutnya dilakukan tahap mengeluarkan variabel dari pemodelan. Variabel dikeluarkan secara bertahap mulai dari variabel dengan p yang terbesar dan apabila didapatkan perbedaan nilai OR $> 10\%$ pada saat variabel dikeluarkan maka variabel dimasukkan kembali ke dalam model. Analisis dilakukan 9 kali tahapan untuk mengeluarkan variabel dengan p terbesar secara berurutan mulai dari orientasi dan latihan, pendidikan, lama kerja, jenis kelamin, umur, status perkawinan, dan keterlibatan anggota. Hasil analisis dapat dilihat pada tabel 5.9.

Tabel 5.9
Hasil Analisis Full Model Antar Variabel (n = 156)

	I		II		III		IV		V		VI		VII		VIII		IX	
	p	p	Perubahan OR (%)	p	Perubahan OR (%)	p	Perubahan OR (%)	p	Perubahan OR (%)	P	Perubahan OR (%)	p	Perubahan OR (%)	p	Perubahan OR (%)	p	Exp(B)	
Umur	0,381	0,378	-0,06	0,377	0,1	0,086	15,9	0,374	0,3			0,392	-1,9	0,322	5,08	0,374	1,613	
Jenis Kelamin	0,59	0,59	0	0,591	0,2	0,611	4,37											
Status perkawinan	0,374	0,372	0,15	0,367	-0,4	0,357	3,18	0,359	-0,6	0,377	1,6			0,334	-1,98	0,359	0,655	
Pendidikan	0,886	0,887	-0,08															
Lama Kerja	0,809	0,802		0,78				0,793		0,242		0,748		0,849		0,793		
lm1	0,808	0,808	0	0,806	-0,2			0,866	4,46	0,782	24,97	0,795	24,2	0,835	-1,97	0,866	0,913	
lm2	0,8	0,797	0,08	0,783	1,2			0,738	4,17	0,145	59,98	0,481	26,18	0,827	-8,17	0,738	1,272	
Orientasi dan latihan	0,991																	
Keterlibatan anggota	0,357	0,269	0,27	0,272	-0,3	0,3	-0,13	0,279	-0,6	0,243	2,86	0,26	1,36			0,279	1,466	
Supervisi dan pengarahan	0,025	0,012	0,2	0,012	-0,3	0,01	1,36	0,013	-1,08	0,015	-2,86	0,015	-2,58	0,005	11,2	0,013*	2,829	

*bermakna pada α 0,05

Hasil analisis multivariat menunjukkan terdapat variabel supervisi dan pengarahan memiliki $p < 0,05$, artinya variabel supervisi dan pengarahan berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana.

5.3.2 Penilaian Variabel *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. Pada analisis ini didapatkan pada tahap IV yaitu pengeluaran variabel lama kerja terjadi perubahan OR pada variabel lain $> 10\%$, sehingga variabel lama kerja dimasukkan kembali ke dalam pemodelan. Tahap selanjutnya yaitu tahap VI pengeluaran variabel umur terjadi perubahan OR pada variabel lain $> 10\%$, sehingga variabel umur dimasukkan kembali ke dalam pemodelan. Demikian juga pada tahap VII pengeluaran variabel status perkawinan terjadi perubahan OR pada variabel lain $> 10\%$, sehingga variabel status perkawinan dimasukkan kembali ke dalam pemodelan.

Tahap selanjutnya yaitu tahap VIII pengeluaran variabel keterlibatan anggota juga terjadi perubahan OR pada variabel lain $> 10\%$, sehingga variabel keterlibatan anggota dimasukkan kembali ke dalam pemodelan. Hasil analisis uji *confounding* didapatkan beberapa variabel dengan perubahan OR $> 10\%$, dengan demikian variabel lama kerja, umur, status perkawinan dan keterlibatan anggota merupakan variabel *confounding*.

5.3.3 Pemodelan Akhir

Pemodelan akhir dari hasil analisis multivariat dapat ditentukan penentu kinerja perawat pelaksana. Pemodelan terakhir dari analisis multivariat penelitian ini dapat dilihat pada tabel 5.10.

Tabel 5.10
 Pemodelan Akhir Variabel Yang Berhubungan dengan Kinerja Perawat Pelaksana

No	Variabel	B	SE	<i>P Value</i>	OR	95 %CI
1	Supervisi dan Pengarahan	1,040	0,418	0,013*	2,829	1,248-6,417
2	Keterlibatan anggota	0,383	0,353	0,279	1,466	0,734-2,931
3	Status perkawinan	-0,423	0,462	0,359	0,655	0,265-1,618
4	Umur	0,478	0,537	0,374	1,613	0,563-4,622
	Lama kerja			0,793		
5	Lama(1)	-0,091	0,540	0,866	0,913	0,317-2,630
	Lama(2)	0,241	0,719	0,738	1,272	0,311-5,204

*bermakna pada α 0,05

Tabel 5.10 menunjukkan variabel yang berhubungan dan paling berpengaruh dengan kinerja adalah variabel supervisi dan pengarahan. Analisis selanjutnya dapat disimpulkan bahwa perawat pelaksana dengan supervisi dan pengarahan yang lemah beresiko 2,829 kali mempunyai kinerja kurang setelah dikontrol keterlibatan anggota, status perkawinan, umur dan lama kerja.

BAB 6 PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan pembahasan hasil penelitian meliputi hubungan komunikasi organisasi dan karakteristik perawat dengan kinerja perawat pelaksana. Hasil-hasil pokok penelitian dijelaskan berdasarkan keterkaitan dengan berbagai literatur dan penelitian yang telah ada sebelumnya. Bab ini juga menyajikan implikasi hasil penelitian terhadap keperawatan dan keterbatasan dalam penelitian.

6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil

Tujuan umum penelitian ini adalah mengidentifikasi hubungan komunikasi organisasi dengan kinerja perawat pelaksana di Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya setelah mempertimbangkan karakteristik perawat pelaksana. Satu persatu variabel secara rinci akan dibahas sebagai berikut:

6.1.1 Hubungan Komunikasi Organisasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Komunikasi organisasi terdiri dari lima sub variabel meliputi orientasi dan latihan, keterlibatan anggota, penentuan iklim komunikasi organisasi, supervisi dan pengarahan, dan kepuasan kerja. Pada penelitian ini didapatkan secara keseluruhan komunikasi organisasi pelayanan keperawatan lemah persentasenya masih cukup besar (46,8%). Semua sub variabel komunikasi organisasi pada kategori lemah > 40%, di mana supervisi dan pengarahan paling besar persentasenya (70,5%). Sub variabel selanjutnya pada kategori lemah cukup besar persentasenya yaitu kepuasan kerja berkaitan dengan komunikasi organisasi (61,5%), penentuan iklim komunikasi (48,7%), keterlibatan anggota (46,8%) dan orientasi dan latihan (44,9%).

Hasil analisis menunjukkan ada hubungan antara komunikasi organisasi dengan kinerja perawat pelaksana. Hasil penelitian ini mendukung pernyataan bahwa komunikasi organisasi berkaitan dengan keefektifan partisipasi karyawan dalam program (Swansburg & Swansburg, 1999) dan mendukung hasil-hasil penelitian yang menunjukkan keterkaitan nilai komunikasi organisasi dengan tingginya

kinerja organisasi (Goldhaber, 1993). Komunikasi organisasi menggambarkan bagaimana proses penyampaian dan penerimaan pesan terjadi dalam organisasi. Peneliti melihat dari hasil penelitian menunjukkan komunikasi organisasi dalam pelayanan keperawatan masih belum optimal, di mana persentase dari tiap subvariabel komunikasi organisasi lemah > 40%. Menurut peneliti hal ini menggambarkan proses penyampaian pesan belum diterima dan dimaknai secara tepat oleh penerima pesan. Terkait fungsi manajemen, komunikasi organisasi merupakan proses yang penting bagaimana manajerial mengarahkan dan mempengaruhi staf perawat untuk melakukan kegiatan sesuai tujuan organisasi.

Komunikasi organisasi lemah yang terjadi dalam pelayanan keperawatan bila tidak diperhatikan dapat menjadi hambatan untuk mencapai tujuan organisasi sesuai visi yang ditetapkan. Komunikasi yang lemah menggambarkan bahwa komunikasi belum terjadi dengan efektif, di mana penerimaan pesan atau informasi belum disertai adanya umpan balik dari penerima pesan. Komunikasi terjadi dengan efektif bila penerima pesan dapat menerima pesan dengan baik, mengerti, menggunakan dan ada umpan balik (*feedback*) terhadap pesan yang diterima dari *sender* (Shortell, 2005). Hasil penelitian menunjukkan perawat pelaksana belum optimal memberikan umpan balik dan menilai bahwa informasi yang disampaikan atasan belum dirasa memotivasi staf untuk berpartisipasi dalam pelayanan keperawatan secara optimal.

Analisis selanjutnya disimpulkan bahwa komunikasi organisasi lemah berisiko 2,022 kali lebih besar untuk memberikan kinerja kurang dibandingkan komunikasi organisasi kuat. Hal ini menggambarkan bahwa komunikasi organisasi di pelayanan keperawatan yang lemah berisiko cukup besar bagi perawat pelaksana memberikan kinerja yang kurang. Hal ini ditunjukkan dengan persentase kinerja perawat pelaksana kurang dikaitkan komunikasi organisasi lemah lebih besar dibandingkan bila komunikasi organisasi kuat. Dengan demikian penting dalam organisasi memperhatikan proses komunikasi sebagai kunci untuk mempererat anggota sehingga saling tergantung dan bersama-sama memberikan pelayanan yang terbaik.

Komunikasi organisasi dapat berlangsung dengan baik memerlukan peran manajer untuk membangun komunikasi organisasi mulai dari perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian. Keberhasilan kepemimpinan dan manajemen membutuhkan kemampuan dan keterampilan manajer dalam komunikasi organisasi (Marquis & Huston, 2009). Manajer dalam pelayanan keperawatan mempunyai peran penting dalam mewujudkan tujuan rumah sakit untuk memberikan pelayanan yang optimal melalui staf keperawatan. Pemberian informasi yang cukup oleh manajer kepada staf keperawatan dan dapat diterima dengan baik dimungkinkan dapat membantu staf keperawatan mengerti dan melakukan pekerjaan dengan baik sesuai harapan organisasi. Secara rinci hubungan komunikasi organisasi dengan kinerja perawat akan dibahas pada tiap sub variabel.

6.1.1.1 Hubungan Orientasi dan Latihan dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Orientasi dan latihan lemah memberikan kinerja kurang (52,9%) lebih besar dibandingkan dengan orientasi dan latihan kuat. Hasil analisis menunjukkan ada hubungan antara orientasi dan latihan dengan kinerja perawat pelaksana. Hasil penelitian mendukung pernyataan bahwa orientasi dan latihan yang diberikan hendaknya membantu perawat agar dapat menyesuaikan diri dan meningkatkan produktivitas (Swansburg & Swansburg, 1999). Dengan demikian komunikasi pada saat orientasi dan latihan yang kuat dapat dipahami oleh staf perawat sehingga berkontribusi membantu perawat untuk melakukan pekerjaannya dengan baik.

Analisis selanjutnya disimpulkan bahwa orientasi dan latihan lemah berisiko 2,093 kali lebih besar untuk memberikan kinerja kurang dibandingkan orientasi dan latihan kuat. Bila dicermati dari 7 pernyataan didapatkan satu pernyataan yang paling lemah, di mana 17,3% perawat menyatakan setuju bahwa kesempatan staf perawat untuk bertanya atau memberi respon saat orientasi dan latihan sangat terbatas. Hal ini memberikan gambaran bahwa perawat pelaksana mengharapkan adanya kesempatan yang lebih untuk memberikan respon pada saat orientasi dan latihan. Respon atau umpan balik dapat berupa pertanyaan atau masukan dari staf perawat untuk mendapat kejelasan terhadap pesan yang disampaikan sehingga

pesan lebih dapat dipahami. Seperti yang ditekankan oleh Marquis dan Huston (2009) manajer sebaiknya mencari umpan balik apakah komunikasi diterima dengan benar.

6.1.1.2 Hubungan Keterlibatan Anggota dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Hasil analisis pada penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan antara keterlibatan anggota dengan kinerja perawat pelaksana. Hal ini tidak sesuai dengan pernyataan bahwa keterlibatan anggota akan meningkatkan atau memperbaiki kebiasaan kerja (Swansburg & Swansburg, 1999). Menurut peneliti keterlibatan anggota dalam pelayanan keperawatan meskipun pada kategori lemah cukup tinggi (46,8%) tidak memberikan pengaruh yang besar terhadap pencapaian kinerja perawat pelaksana. Hal ini dimungkinkan karena faktor lain bahwa perawat pelaksana menyadari tanggung jawabnya dalam pekerjaan sehingga berupaya memberikan kinerja yang tinggi bukan karena dimotivasi untuk terlibat.

Keterlibatan anggota melalui komunikasi yang diupayakan dalam pelayanan keperawatan, bila dilihat perbedaan proporsi pada hasil penelitian didapatkan keterlibatan anggota lemah memberikan kinerja kurang (50,7%) lebih besar dibandingkan dengan keterlibatan anggota kuat (36,1%). Analisis selanjutnya dengan melihat *odds ratio* menunjukkan keterlibatan anggota lemah berisiko lebih besar untuk memberikan kinerja kurang dibandingkan keterlibatan anggota kuat. Dengan demikian meskipun keterlibatan anggota tidak berhubungan dengan kinerja, namun terdapat kecenderungan bahwa keterlibatan anggota yang lemah akan berisiko memberikan kinerja yang kurang. Pelayanan keperawatan dalam hal ini perlu tetap memperhatikan dan mengupayakan keterlibatan anggota.

Proporsi keterlibatan anggota lemah memberikan kinerja kurang (50,7%) dinilai cukup besar, di mana bila dicermati dari 5 pernyataan terdapat satu pernyataan yang menyatakan 19,2% perawat setuju bahwa rekan kerja enggan menyampaikan usulan atau ide-ide untuk meningkatkan pelayanan. Hal ini menggambarkan perawat pelaksana belum secara optimal terdorong memberikan kontribusi berupa usulan atau ide-ide untuk meningkatkan pelayanan. Dengan demikian perlu adanya dorongan atau motivasi dari atasan terhadap perawat pelaksana agar perawat pelaksana lebih leluasa dan mau berkontribusi untuk menyampaikan ide-

ide atau usulan untuk meningkatkan pelayanan. Kesempatan bagi karyawan untuk menyampaikan dan merealisasikan ide, inisiatif dan kreatifitas perlu diciptakan dalam mewujudkan partisipasi dalam organisasi.

6.1.1.3 Hubungan Penentuan Iklim Komunikasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana Hasil analisis menunjukkan tidak ada hubungan antara penentuan iklim komunikasi dengan kinerja perawat pelaksana. Hal ini tidak sesuai dengan pernyataan bahwa penentuan iklim komunikasi dapat menyebabkan bawahan tidak produktif (Masmuh, 2010; Muhammad, 2009). Menurut peneliti persentase penentuan iklim komunikasi lemah cukup tinggi (48,7%) bukan satu-satunya yang membuat kinerja perawat pelaksana kurang. Perawat pelaksana berupaya memberikan kinerja yang tinggi meskipun iklim komunikasi dirasa kurang mendukung, namun ada kemungkinan perawat pelaksana menunjukkan kinerja karena hal lain atau terpaksa.

Hasil penelitian menunjukkan penentuan iklim komunikasi lemah memberikan kinerja kurang (47,4%) lebih besar dibandingkan dengan penentuan iklim komunikasi kuat (38,8%). Analisis selanjutnya disimpulkan bahwa penentuan iklim komunikasi lemah berisiko lebih besar untuk memberikan kinerja kurang dibandingkan penentuan iklim komunikasi kuat. Hal ini menggambarkan meskipun penentuan iklim komunikasi tidak berhubungan dengan kinerja, namun proporsi penentuan iklim komunikasi lemah cukup besar dan terdapat risiko lebih besar untuk memberikan kinerja kurang. Dengan demikian penentuan iklim komunikasi organisasi tetap harus diperhatikan agar tidak berkontribusi memberikan kinerja perawat pelaksana yang kurang.

Proporsi penentuan iklim komunikasi lemah memberikan kinerja kurang (47,4%), di mana bila dicermati dari 4 pernyataan terdapat satu pernyataan bahwa 19,9% perawat menyatakan setuju rekan kerja tidak berani berkonsultasi dengan leluasa kepada atasan. Hal ini menggambarkan suatu kondisi yang menyebabkan iklim komunikasi kurang mendukung terjadinya keleluasaan perawat untuk berkonsultasi terhadap atasan. Dengan demikian atasan perlu memperhatikan lingkungan dan menciptakan relasi di mana staf perawat menjadi leluasa dan berani berkonsultasi atau menyampaikan masalah yang dihadapi. Staf perawat

yang terbuka menyampaikan masalah kepada atasan, diharapkan dapat lebih optimal meningkatkan kinerja dalam pelayanan keperawatan.

6.1.1.4 Hubungan Supervisi dan Pengarahan dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Hasil analisis menunjukkan ada hubungan antara supervisi dan pengarahan dengan kinerja perawat pelaksana. Hasil penelitian ini mendukung pernyataan bahwa supervisi dan pengarahan dapat membantu individu melakukan pekerjaan sebaik mungkin (Masmuh, 2010; Muhammad, 2009). Hasil penelitian juga mendukung hasil penelitian oleh Muzaputri (2008) yang menyatakan bahwa supervisi berhubungan dengan kinerja perawat. Supervisi dan pengarahan yang diberikan dengan cara-cara komunikasi yang efektif dapat memberikan kejelasan dan membantu staf keperawatan melakukan pekerjaan sesuai standar yang ditetapkan. Sebaliknya pemberian informasi pada saat supervisi dan pengarahan yang tidak efektif membuat staf keperawatan kurang yakin terhadap pekerjaan yang dilakukan dan dapat membuat kesalahan.

Supervisi dan pengarahan lemah memberikan kinerja kurang (50,9%) lebih besar dibandingkan dengan supervisi dan pengarahan kuat (23,9%). Analisis selanjutnya disimpulkan bahwa supervisi dan pengarahan lemah berisiko 3,3 kali lebih besar untuk mendapatkan kinerja kurang dibandingkan supervisi dan pengarahan kuat. Hal ini menggambarkan supervisi dan pengarahan yang lemah dalam pelayanan keperawatan mempunyai kecenderungan besar membuat kinerja perawat pelaksana kurang. Pelaksanaan supervisi dan pengarahan penting dilakukan dengan cara-cara komunikasi yang efektif sehingga memungkinkan staf perawat dapat termotivasi menunjukkan kinerja yang tinggi.

Proporsi supervisi dan pengarahan lemah, bila dicermati dari 4 pernyataan didapatkan satu pernyataan yang paling lemah di mana 3,2% perawat sangat setuju dan 21,8% perawat setuju bahwa supervisi dan pengarahan yang dilakukan atasan lebih dirasakan menuntut daripada memberikan masukan yang bermanfaat untuk perbaikan. Hal ini menggambarkan pelaksanaan supervisi dan pengarahan dirasakan sebagai tekanan oleh staf perawat sehingga kurang optimal memberikan pelayanan keperawatan. Tekanan yang dirasakan oleh staf perawat apabila tidak

diperhatikan akan semakin memperburuk kinerja individu karena perawat secara terpaksa melakukan pekerjaan tanpa disertai nilai-nilai yang terkandung dalam suatu pelayanan diberikan secara tulus dan optimal. Dengan demikian atasan perlu memperhatikan cara-cara berkomunikasi saat supervisi dan pengarahan sehingga supervisi dan pengarahan lebih dirasakan sebagai masukan yang bermanfaat untuk memperbaiki kualitas pelayanan keperawatan. Cara-cara komunikasi yang efektif antara lain menunjukkan ketegasan (*assertiveness*) yaitu memberikan informasi tanpa berlebihan atau berlaku kasar, melakukan pendekatan untuk menangani kesalahpahaman yang terjadi, dan mencari kesepakatan bersama mengenai suatu masalah.

6.1.1.5 Hubungan Kepuasan Kerja dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Hasil analisis menunjukkan tidak ada hubungan antara kepuasan kerja berkaitan dengan komunikasi organisasi dengan kinerja perawat pelaksana. Hal ini tidak mendukung pernyataan bahwa perasaan puas karena pemberian informasi yang cukup dapat membuat karyawan melakukan pekerjaan dengan baik (Masmuh, 2010; Muhammad, 2009). Menurut peneliti perasaan puas karena pemberian informasi meskipun dinilai lemah oleh perawat pelaksana cukup tinggi (61,5%) bukan satu-satunya yang membuat kinerja perawat kurang. Perawat pelaksana berupaya memberikan kinerja tinggi karena faktor lain seperti kesadaran dalam tanggung jawab pekerjaan atau tuntutan dalam pekerjaan.

Hasil penelitian juga menunjukkan perbedaan proporsi di mana kepuasan kerja berkaitan dengan komunikasi organisasi lemah memberikan kinerja kurang (45,8%) lebih besar dibandingkan dengan kepuasan kerja berkaitan dengan komunikasi organisasi kuat (38,3%). Analisis selanjutnya disimpulkan bahwa kepuasan kerja berkaitan dengan komunikasi organisasi lemah berisiko lebih besar untuk memberikan kinerja kurang dibandingkan kepuasan kerja berkaitan dengan komunikasi organisasi kuat. Variabel kepuasan kerja, meskipun tidak berhubungan dengan kinerja perawat, namun didapatkan proporsi kepuasan kerja terdapat kecenderungan memberikan kinerja yang kurang. Dengan demikian atasan dalam pelayanan keperawatan perlu memperhatikan kondisi kepuasan kerja perawat pelaksana berkaitan dengan komunikasi organisasi.

Proporsi kepuasan kerja berkaitan dengan komunikasi organisasi lemah memberikan kinerja kurang (45,8%) cukup besar. Hal ini bila dicermati dari 5 pernyataan terdapat satu pernyataan yang paling lemah, di mana 2,6% perawat sangat setuju dan 41,6% perawat setuju bahwa kesalahpahaman mudah terjadi dalam pelayanan keperawatan. Hal ini menggambarkan suatu kondisi di mana kesalahpahaman yang mudah terjadi apabila dibiarkan terus menerus akan menjadi suatu konflik yang dapat memperburuk kinerja organisasi. Dengan demikian perlu diwaspadai oleh manajerial atau atasan untuk memperhatikan kesalahpahaman yang mudah terjadi dalam pelayanan keperawatan. Hal ini dapat ditempuh dengan melakukan curah pendapat atau menjalin relasi dengan staf perawat untuk mendapatkan informasi yang lebih akurat sehubungan dengan kesalahpahaman yang terjadi.

6.1.2 Hubungan Karakteristik Perawat dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Karakteristik perawat pelaksana dalam penelitian meliputi umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan dan lama kerja.

6.1.2.1 Umur

Rata-rata umur perawat pelaksana yaitu 33,67 tahun dari jumlah keseluruhan 156 perawat dengan rentang umur 22-57 tahun. Perawat pelaksana berumur ≥ 32 tahun mempunyai proporsi lebih besar (53,2%) dibandingkan perawat pelaksana berumur < 32 tahun. Hal ini menjelaskan bahwa sebagian besar perawat pelaksana berada pada usia dewasa. Hasil analisis menunjukkan ada hubungan antara umur dengan kinerja perawat pelaksana. Analisis selanjutnya disimpulkan bahwa perawat pelaksana umur < 32 tahun berisiko 2,253 kali lebih besar mempunyai kinerja kurang dibandingkan perawat pelaksana umur ≥ 32 tahun.

Hasil penelitian ini mendukung hasil penelitian yang dilakukan oleh Kanestren (2009) yang menyatakan bahwa umur berhubungan dengan kinerja perawat. Variabel umur pada penelitian ini merupakan faktor dari individu yang cukup penting diperhatikan karena berhubungan dengan kinerja sesuai yang diungkapkan oleh Hasibuan (2003), di mana umur individu mempengaruhi

kemampuan kerja seseorang. Hal ini juga sesuai dengan pernyataan Robbins (2003/2006) bahwa umur sebagai karakteristik individu mempengaruhi kinerja, namun hasil penelitian ini juga tidak mendukung adanya keyakinan bahwa kinerja menurun dengan meningkatnya usia. Hasil penelitian menunjukkan perawat dengan umur lebih muda berisiko lebih besar mempunyai kinerja kurang dibandingkan perawat berumur ≥ 32 tahun.

Perbedaan proporsi yang bermakna dan didapatkan sebagian perawat umur < 32 tahun mempunyai kinerja kurang (53,4%) menggambarkan perlu adanya perhatian untuk dilakukan pengembangan. Pengembangan dan pembinaan terus menerus terhadap perawat dibutuhkan untuk meningkatkan kemampuan dan tanggung jawab perawat meskipun masih berumur muda.

6.1.2.2 Jenis Kelamin

Perawat pelaksana di Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya sebagian besar adalah perempuan (98,1%) dari jumlah keseluruhan 156 perawat. Variabel jenis kelamin pada penelitian ini didapatkan tidak ada hubungan dengan kinerja perawat pelaksana. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Burdahyat (2009) dan Mila (2009) yang menyatakan bahwa jenis kelamin tidak berhubungan dengan kinerja perawat. Hal ini berbeda dengan ungkapan bahwa jenis kelamin berkaitan dengan kinerja, di mana wanita lebih bertanggung jawab terhadap kebutuhan rumah tangga sehingga mempengaruhi tingkat keabsenan (Robbins, 2003/2006).

Hasil penelitian menunjukkan perbedaan proporsi perawat pelaksana laki-laki mempunyai kinerja kurang (66,7%) lebih besar dibandingkan perempuan (42,5%). Analisis selanjutnya disimpulkan bahwa perawat pelaksana laki-laki berisiko lebih besar mempunyai kinerja kurang dibandingkan perawat pelaksana perempuan. Hal ini menggambarkan bahwa perawat laki-laki perlu mendapatkan perhatian untuk meningkatkan kinerja melalui pengembangan dan pembinaan terus menerus. Perawat laki-laki, meskipun berjumlah lebih sedikit dibandingkan perawat perempuan, diharapkan mampu menampilkan hasil kerja secara optimal untuk memberikan pelayanan yang terbaik terhadap klien dan keluarganya.

6.1.2.3 Status Perkawinan

Perawat pelaksana di Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya sebagian besar sudah menikah (75,6%) dari jumlah keseluruhan 156 perawat. Hasil analisis menunjukkan variabel status perkawinan tidak ada hubungan dengan kinerja perawat pelaksana. Hasil penelitian ini mendukung penelitian (Lumbantoruan, 2005) yang menyatakan bahwa status perkawinan tidak berhubungan dengan kinerja perawat. Hal ini berbeda dengan ungkapan bahwa status perkawinan menimbulkan terjadinya peningkatan tanggung jawab sehingga pekerjaan menjadi lebih berharga dan penting (Robbins, 2003/2006). Menurut peneliti peningkatan tanggung jawab perawat dalam pekerjaan karena motivasi dan kematangan pribadi perawat terhadap nilai-nilai dalam pengabdian pelayanan keperawatan.

Berdasarkan perbedaan proporsi didapatkan perawat pelaksana yang belum menikah mempunyai kinerja kurang (55,3%) lebih besar dibandingkan yang menikah (39%). Analisis selanjutnya disimpulkan bahwa perawat pelaksana yang belum menikah berisiko lebih besar mempunyai kinerja kurang dibandingkan perawat pelaksana yang menikah. Hal ini menggambarkan meskipun status perkawinan tidak berhubungan dengan kinerja, namun tetap harus diwaspadai di mana terdapat kecenderungan perawat pelaksana yang belum menikah berisiko mempunyai kinerja kurang. Dengan demikian pembinaan dan supervisi mesti diberikan terus menerus terhadap semua staf perawat terutama perawat yang belum menikah agar tetap optimal dalam memberikan pelayanan keperawatan.

6.1.2.4 Pendidikan

Perawat pelaksana di Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya sebagian besar mempunyai pendidikan D3 Keperawatan (96,2%) dari jumlah keseluruhan 156 perawat. Hasil analisis menunjukkan variabel pendidikan tidak ada hubungan dengan kinerja perawat pelaksana. Hasil penelitian ini mendukung penelitian (Burdahyat, 2009), Kanestren (2009) dan Mila (2009) yang menyatakan bahwa pendidikan tidak berhubungan dengan kinerja perawat. Hal ini juga berbeda dengan pernyataan Robbins (2003/2006) di mana kemampuan intelektual individu berkaitan dengan indikator perkiraan kuat untuk kinerja. Menurut peneliti sebagian perawat dengan pendidikan D3 Keperawatan juga menunjukkan kinerja

baik karena motivasi dan tanggung jawab untuk memberikan pelayanan keperawatan yang optimal.

Hasil penelitian menunjukkan perbedaan proporsi di mana perawat pelaksana dengan pendidikan D3 Kep mempunyai kinerja kurang (43,3%) lebih besar dibandingkan dengan pendidikan S1 Kep (33,3%). Analisis selanjutnya disimpulkan bahwa perawat pelaksana dengan pendidikan D3 Kep berisiko lebih besar mempunyai kinerja kurang dibandingkan perawat pelaksana dengan pendidikan S1 Kep. Hal ini sesuai dengan pernyataan Siagian (2009) bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin besar pula keinginan memanfaatkan pengetahuan dan ketrampilannya. Dengan demikian perawat pelaksana dengan pendidikan D3 Kep perlu mendapatkan pembinaan dan supervisi terus menerus agar dapat meningkatkan kinerjanya. Pembinaan terhadap perawat D3 Kep perlu diberikan karena merupakan jumlah terbesar dari staf keperawatan yang mempengaruhi kualitas pelayanan keperawatan.

6.1.2.5 Lama Kerja

Perawat pelaksana di Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya sebagian besar mempunyai lama kerja > 12 tahun (37%) dari jumlah keseluruhan 156 perawat dibanding yang lama bekerja < 7 tahun dan lama bekerja 7–12 tahun. Hasil analisis menunjukkan variabel lama kerja ada hubungan dengan kinerja perawat pelaksana. Hasil penelitian ini mendukung penelitian (Kanestren, 2009) yang menyatakan bahwa lama kerja berhubungan dengan kinerja perawat. Hal ini juga sesuai dengan pernyataan bahwa semakin lama seseorang berkarya dalam suatu organisasi akan semakin tinggi produktivitasnya (Siagian, 2009). Berbeda dengan hasil penelitian (Burdahyat, 2009) dan Mila (2009) yang menyatakan bahwa lama kerja tidak ada hubungan dengan kinerja perawat.

Hasil penelitian menunjukkan perbedaan proporsi perawat pelaksana dengan lama kerja < 7 tahun mempunyai kinerja kurang (55,6%) lebih besar dibandingkan dengan lama kerja 7-12 tahun (45,3%) dan lama kerja > 12 tahun (31%). Analisis selanjutnya disimpulkan bahwa perawat pelaksana dengan lama kerja < 7 tahun

berisiko 1,510 kali lebih besar mempunyai kinerja kurang dibandingkan perawat pelaksana dengan lama kerja 7-12 tahun, dan berisiko 2,778 kali lebih besar mempunyai kinerja kurang dibandingkan perawat pelaksana dengan lama kerja > 12 tahun. Hal ini menggambarkan bahwa pengalaman seseorang dalam bekerja turut berkontribusi terhadap kinerja. Dengan demikian perawat pelaksana dengan lama kerja 7-12 tahun dan terlebih pada perawat < 7 tahun harus terus diberikan pembinaan dan supervisi sehingga optimal dalam memberikan pelayanan keperawatan.

6.1.3 Variabel yang paling berpengaruh terhadap Kinerja Perawat Pelaksana

Hasil multivariat dilakukan terhadap 8 variabel mencakup tiga sub variabel komunikasi organisasi yang memenuhi persyaratan ($p > 0,25$) dan variabel confounding meliputi umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan dan lama kerja. Analisis dilakukan 9 kali tahapan untuk mengeluarkan variabel dengan p terbesar secara berurutan mulai dari orientasi dan latihan, pendidikan, lama kerja, jenis kelamin, umur, status perkawinan, dan terakhir keterlibatan anggota. Pada tahap akhir didapatkan variabel supervisi dan pengarahan merupakan variabel yang berhubungan dan paling berpengaruh dengan kinerja.

Analisis selanjutnya dapat disimpulkan bahwa perawat pelaksana dengan supervisi dan pengarahan yang lemah berisiko 2,829 kali mempunyai kinerja kurang setelah dikontrol keterlibatan anggota, status perkawinan, umur dan lama kerja. Hasil penelitian menggambarkan bahwa supervisi dan pengarahan yang dilakukan dengan cara-cara komunikasi yang kurang efektif akan berkontribusi besar memberikan kinerja perawat pelaksana kurang. Perawat pelaksana menilai bahwa informasi mengenai supervisi dan pengarahan kurang diterima dengan baik sehingga supervisi dan pengarahan dirasa lebih menuntut dan kurang memberi manfaat. Supervisi dan pengarahan yang lemah dengan demikian dirasakan kurang memotivasi perawat pelaksana untuk berpartisipasi dalam meningkatkan kualitas pelayanan.

Supervisi dan pengarahan mempunyai kontribusi besar terhadap pencapaian kinerja perawat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa supervisi dan pengarahan merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap kinerja perawat setelah dikontrol keterlibatan anggota, status perkawinan, umur, dan lama kerja. Hal ini menunjukkan bahwa keterlibatan anggota, status perkawinan, umur, dan lama kerja perawat pelaksana merupakan faktor yang perlu diperhatikan juga sehingga pencapaian kinerja perawat lebih optimal.

Pelaksanaan supervisi dan pengarahan yang dilakukan oleh manajer membantu proses pemahaman dan tanggung jawab karyawan dalam melaksanakan pekerjaannya. Manajer dengan cara-cara komunikasi yang efektif menyampaikan pesan dan memberikan pengarahan secara tepat kepada karyawan sehingga mudah bagi karyawan untuk mengerti dan memaknai pesan. Supervisi dan pengarahan didasarkan pada perencanaan yang telah dibuat dengan tujuan untuk mencapai tujuan organisasi. Demikian halnya di Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya yang mempunyai visi menjadi rumah sakit pilihan, supervisi dan pengarahan dilakukan untuk mengarahkan karyawan memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai harapan organisasi.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini mempunyai keterbatasan pada variasi jumlah perawat pelaksana dari ruang rawat kebidanan. Ruang rawat kebidanan yaitu paviliun 9 sama sekali tidak ada tenaga perawat di mana semua staf yang memberikan asuhan adalah bidan, sedangkan paviliun 10 hanya ada 2 perawat. Dengan demikian jumlah perawat di ruang rawat kebidanan kurang representatif memberikan gambaran komunikasi organisasi dan kinerja perawat dibandingkan dengan ruang rawat yang lain.

6.3 Implikasi Hasil Penelitian

6.3.1 Implikasi terhadap pelayanan keperawatan

Penelitian ini menunjukkan komunikasi organisasi berhubungan dengan kinerja perawat, di mana variabel supervisi dan pengarahan sebagai variabel yang paling berpengaruh terhadap kinerja perawat pelaksana. Hal ini merupakan evaluasi bahwa supervisi dan pengarahan yang dilakukan oleh atasan dengan cara-cara komunikasi yang efektif dapat meningkatkan motivasi dan kinerja. Sebaliknya supervisi dan pengarahan yang lemah dapat menurunkan motivasi dan kinerja perawat. Secara keseluruhan komunikasi organisasi merupakan kunci keberhasilan dalam kepemimpinan dan manajemen pelayanan keperawatan yang ditunjukkan melalui kinerja karyawan yang tinggi yaitu staf keperawatan.

Komunikasi organisasi dalam pelayanan keperawatan merupakan suatu proses yang melibatkan atasan dengan staf keperawatan. Komunikasi organisasi digambarkan sebagai suatu proses yang membuat keterikatan semua yang terlibat dalam organisasi untuk saling tergantung satu sama lain. Keterikatan semua yang terlibat dalam pelayanan keperawatan menjadi daya penting untuk bersama-sama mencapai tujuan organisasi. Komunikasi organisasi penting dilakukan dengan cara-cara efektif dalam menerapkan fungsi-fungsi manajemen.

Fungsi perencanaan sebagai proses pemikiran dan penentuan pencapaian tujuan organisasi membutuhkan informasi yang cukup dan membangun komitmen bersama semua yang terlibat dalam organisasi. Manajer dan staf keperawatan dapat bersama-sama menetapkan standar yang diperlukan untuk pencapaian tujuan pelayanan keperawatan melalui komunikasi organisasi yang terjadi secara efektif. Organisasi dalam hal ini manajer terbuka terhadap informasi dari anggota dan sebaliknya anggota yaitu staf keperawatan terbuka juga untuk menerima dan memberikan informasi penting untuk pencapaian tujuan organisasi. Dengan demikian cara-cara komunikasi organisasi yang efektif perlu direncanakan dan diupayakan sehingga menjadi dasar untuk membangun komitmen bersama.

Fungsi pengorganisasian sebagai proses pengelompokkan kegiatan pelaksanaan membutuhkan kesatuan komando atau koordinasi. Komunikasi efektif yang terjadi dapat membantu mempermudah kesatuan komando dan mengarahkan anggota atau staf keperawatan melakukan pekerjaan sesuai pembagian tugas dan tanggung jawab yang ditetapkan. Aktivitas dalam fungsi pengorganisasian mencakup pengalokasian sumber-sumber yang ada dapat dipahami oleh staf keperawatan. Staf keperawatan menyadari dan menjadi satu bagian untuk memanfaatkan sumber-sumber yang ada dengan penuh tanggung jawab dalam pelayanan keperawatan. Sebaliknya apabila tidak terjadi komunikasi yang efektif dalam pengorganisasian dapat membuat staf keperawatan mengalami kebingungan dan memicu terjadinya konflik dalam pembagian tugas.

Fungsi pengaturan staf mencakup kegiatan seleksi, orientasi dan pengembangan dapat terjadi dengan baik melalui komunikasi yang efektif. Komunikasi efektif dalam pengaturan staf membantu staf keperawatan mengerti dan memahami harapan organisasi. Pemahaman yang diterima staf keperawatan dapat memotivasi staf untuk melakukan pekerjaan dengan baik yang menggambarkan tingkat kinerja individu dalam organisasi. Komunikasi efektif yang terjadi dapat mendorong staf untuk mudah beradaptasi dan nyaman menjalin relasi dalam organisasi sehingga merasa senang dan puas dalam pekerjaannya. Sebaliknya apabila komunikasi dalam pengaturan staf tidak terjadi dengan efektif dapat menghambat pengembangan kemampuan staf dan staf merasa tidak yakin terhadap pekerjaan yang dilakukan.

Fungsi pengarahan mencakup memotivasi staf, membina komunikasi, menangani konflik, dan memfasilitasi kerja sama membutuhkan adanya komunikasi organisasi yang efektif. Komunikasi efektif dalam pengarahan penting diupayakan oleh manajer sehingga staf keperawatan termotivasi untuk partisipasi dalam pekerjaan dan melakukan pelayanan keperawatan dengan optimal. Komunikasi efektif diupayakan melalui keterbukaan manajer membina komunikasi baik secara formal maupun informal, dan memberikan kepercayaan kepada staf untuk merealisasikan ide-ide atau inisiatif dalam pelayanan keperawatan.

Manajer bersama staf keperawatan dapat mengupayakan terjadinya kondisi yang mendukung, dimana kesalahpahaman yang mungkin terjadi dapat diantisipasi dan diselesaikan dengan baik dan semua yang terlibat lebih berorientasi pada kepentingan bersama. Sebaliknya apabila kondisi pelayanan keperawatan mudah terjadi kesalahpahaman dan tidak ada penyelesaian yang baik dapat memperburuk kualitas pelayanan keperawatan. Staf keperawatan merasa tidak nyaman dalam bekerja dan tidak termotivasi untuk berpartisipasi atau bahkan menjadi sumber konflik dengan tidak sungguh-sungguh terlibat dalam komunikasi organisasi. Informasi yang disampaikan tidak sungguh-sungguh didengarkan sehingga pesan tidak dapat diterima dan dimaknai dengan baik. Untuk itu manajer perlu memiliki kemampuan dan ketrampilan dalam komunikasi organisasi, demikian juga staf keperawatan perlu memahami pentingnya komunikasi organisasi dalam pelayanan keperawatan.

Fungsi pengendalian sebagai proses evaluasi pelaksanaan pekerjaan membutuhkan adanya komunikasi yang efektif untuk memastikan keberhasilan pencapaian tujuan. Komunikasi efektif dalam fungsi pengendalian berupa informasi yang cukup yang menggambarkan pencapaian kualitas pelayanan keperawatan. Pencapaian kualitas pelayanan keperawatan dapat dilihat dari tingkat kinerja perawat yaitu pencapaian perawat dalam proses asuhan keperawatan meliputi pengkajian, perencanaan, penetapan diagnosa keperawatan, implementasi dan evaluasi. Manajer melalui komunikasi yang efektif seperti memberi informasi yang jelas dalam melakukan evaluasi atau penilaian kinerja dapat membantu perawat untuk terbuka dan memahami pentingnya penilaian kinerja yang dilakukan. Sebaliknya informasi yang tidak cukup dapat membuat staf salah paham dan menolak adanya penilaian kinerja atau bahkan merasa terancam karena takut atau tidak yakin terhadap pekerjaan yang dilakukan.

6.3.2 Implikasi terhadap pendidikan keperawatan

Implikasi hasil penelitian terhadap pendidikan keperawatan yaitu hasil penelitian sebagai informasi yang menambah wawasan mengenai hubungan komunikasi organisasi dengan kinerja perawat. Pada ilmu kepemimpinan dan manajemen, hasil penelitian mendukung teori bahwa komunikasi organisasi adalah kunci keberhasilan. Penting bagi perawat sebagai manajer untuk memiliki keterampilan dalam komunikasi organisasi untuk mengarahkan anggota pada tujuan organisasi.

Komunikasi organisasi dalam pelayanan keperawatan dapat terjadi dengan baik membutuhkan peran dari semua anggota organisasi. Perawat manajer maupun perawat pelaksana sebagai bagian dari suatu organisasi dengan pemahaman yang baik mengenai komunikasi organisasi diharapkan dapat menciptakan kondisi yang mendukung keberhasilan dalam pelayanan keperawatan. Pembelajaran mengenai komunikasi organisasi perlu menjadi perhatian dan merupakan bagian penting untuk diajarkan terhadap mahasiswa keperawatan.

6.3.3 Implikasi terhadap penelitian keperawatan

Penelitian mengenai keterkaitan komunikasi organisasi dengan kinerja perawat pelaksana didapatkan masih sedikit. Hasil penelitian ini menjadi tambahan referensi bagi peneliti lain tentang kinerja perawat dan komunikasi organisasi dalam pelayanan keperawatan. Penelitian yang dilakukan merupakan pengembangan konsep komunikasi organisasi dikaitkan dengan kinerja memberikan pemahaman bahwa dalam pelayanan keperawatan penting mengetahui kekuatan dan kelemahan dalam komunikasi organisasi sehingga menjadi informasi untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini merupakan bab terakhir dari keseluruhan penelitian dengan menyajikan simpulan yang merupakan upaya menjawab tujuan dan hipotesis penelitian. Pada bab ini juga disampaikan saran berkaitan dengan hasil penelitian.

7.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian hubungan komunikasi organisasi dengan kinerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya dapat disimpulkan:

- 1) Persentase kinerja perawat pelaksana kurang hampir berimbang dengan kinerja perawat pelaksana baik.
- 2) Perawat pelaksana mempersepsikan komunikasi organisasi pelayanan keperawatan lemah masih cukup tinggi terutama sub variabel supervisi dan pengarahan.
- 3) Perawat pelaksana sebagian besar adalah perempuan, berumur > 32 tahun dengan rentang umur 22-57 tahun, sudah menikah, mempunyai pendidikan D3 Kep dan lama bekerja > 12 tahun.
- 4) Ada hubungan antara komunikasi organisasi dengan kinerja perawat pelaksana.
- 5) Ada hubungan antara orientasi dan latihan dengan kinerja perawat pelaksana.
- 6) Ada hubungan antara supervisi dan pengarahan dengan kinerja perawat pelaksana.
- 7) Tidak ada hubungan antara keterlibatan anggota dengan kinerja perawat pelaksana.
- 8) Tidak ada hubungan antara penentuan iklim komunikasi dengan kinerja perawat pelaksana.
- 9) Tidak ada hubungan antara kepuasan kerja dengan kinerja perawat pelaksana.
- 10) Ada hubungan antara umur dengan kinerja perawat pelaksana.
- 11) Ada hubungan lama kerja dengan kinerja perawat pelaksana.

- 12) Tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kinerja perawat pelaksana.
- 13) Tidak ada hubungan antara status perkawinan dengan kinerja perawat pelaksana.
- 14) Tidak ada hubungan antara pendidikan dengan kinerja perawat pelaksana.
- 15) Supervisi dan pengarahan merupakan variabel yang paling berpengaruh terhadap kinerja perawat pelaksana setelah dikontrol keterlibatan anggota, status perkawinan, umur dan lama kerja.

7.2 Saran

Penelitian ini dapat digunakan sebagai informasi mengenai kualitas pelayanan keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat pelaksana sebagai sumber daya penting di rumah sakit. Penelitian ini juga menggambarkan keadaan komunikasi organisasi yang terjadi dalam pelayanan keperawatan dan mempunyai kontribusi terhadap kinerja perawat pelaksana. Informasi ini diharapkan menjadi masukan bagi pihak rumah sakit dan bidang keperawatan yang terlibat dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.

7.2.1 Pihak Manajemen RS

- 1) Bidang keperawatan memberikan informasi mengenai kualitas pelayanan keperawatan secara kontinu misalnya tiap satu bulan sekali sehingga staf perawat menyadari pentingnya melakukan asuhan keperawatan terlebih dalam menetapkan dan merevisi diagnosa keperawatan sesuai perkembangan kondisi pasien.
- 2) Bidang keperawatan dapat mengadakan evaluasi pelaksanaan supervisi dan pengarahan sehingga menambah informasi untuk mengambil keputusan dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.
- 3) Bidang Keperawatan bekerja sama dengan diklat RS dapat merencanakan pelatihan komunikasi organisasi yang efektif dalam pelayanan keperawatan untuk meningkatkan kinerja perawat.

- 4) Bidang keperawatan menyusun kriteria penerapan komunikasi organisasi yang efektif dalam pelayanan keperawatan misalnya melakukan supervisi dan pengarahan secara periodik dengan cara-cara komunikasi yang efektif.
- 5) Manajer keperawatan termasuk supervisor dan kepala ruangan memfasilitasi ide-ide atau usulan staf keperawatan misalnya melalui curah pendapat atau secara tertulis untuk perbaikan kualitas pelayanan keperawatan.

7.2.2 Staf Keperawatan

- 1) Staf keperawatan melaksanakan asuhan keperawatan secara optimal seperti menetapkan dan merevisi diagnosa keperawatan sesuai perkembangan kondisi kesehatan klien dan mendokumentasikannya dalam catatan keperawatan.
- 2) Staf keperawatan terbuka dan meningkatkan keberanian untuk menyampaikan ide-ide atau usulan untuk perbaikan pelayanan dapat dilakukan dengan cara tertulis atau melalui rekan kerja.

7.2.3 Peneliti selanjutnya

- 1) Peneliti selanjutnya dapat melakukan mengembangkan penelitian tentang kinerja perawat melalui observasi.
- 2) Penelitian kualitatif dapat dilakukan dengan menggali pengalaman perawat dalam komunikasi organisasi sehingga mendapatkan gambaran komunikasi organisasi lebih dalam.
- 3) Penelitian lebih lanjut mengenai supervisi dan pengarahan terkait dengan kinerja perawat pelaksana.

DAFTAR PUSTAKA

- Adelman, K. (2010). *Employee voice and upward communication: A phenomenological collective case study of leadership behaviors in performance excellence award winning health organizations*. United States: Minnesota, Capella University. (<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=2202924591&Fmt=7&clientId=45625&ROT=309&VName=POD>, diperoleh 20 April, 2011).
- Adler, R. B., & Elmhorst, J. M. (2002). *Communication at work: Principles and practices for busines and the professions*. (7th ed). New York: McGraw-Hill.
- Amos, M.A., Hu, J. & Herrick, C.A. (2005). The impact of team building on communication and job satisfaction of a nursing staff. *Journal for Nurses in Staff Development*, 21(1), 10-16. (http://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/J_Hu_Impact.pdf, diperoleh 13 Maret, 2011).
- ANA (2004). *Standards of professional nursing practice*. (<http://www.statepen.org/ana.htm>, diperoleh 20 April, 2011).
- Apker, J., Propp, K.M., & Ford, W.S. (2009). Investigating the effect of nurse-team communication on nurse turnover. *Journal of Health Communication*. Vol.24, Iss.2; pg.106.
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur penelitian: Suatu pendekatan praktik*. Jakarta: Rineka Cipta
- As'ad, M. (2004). *Psikologi industri*. Ed 4. Cet. 8. Yogyakarta: Liberty.
- Bateman, T.S., & Snell, S.C. (2002). *Management: Competing in the new era*. (5th ed). New York: McGraw-Hill.
- Burdahyat. (2009). *Hubungan budaya organisasi dengan kinerja perawat pelaksana di RSUD Sumedang tahun 2009*. Tesis tidak dipublikasikan. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Cook, D., & Sportsman, S. (2004). *DSHS Nursing standards of care*. (www.dshs.state.tx.us/mhhospitals/Nursing_Standards.pdf, diperoleh 14 Maret, 2011).
- Crossan, F. (2003). Strategic management and nurses: building foundations. *Journal of Nursing Management*. 11, 331–335.

- Davis, L. (2010). *Ability of leaders to effectively communicate and influence employees' commitment to organizational goals*. United States-Arizona, University of Phoenix. (<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=2275394771&Fmt=7&clientId=45625&RQT=309&VName=PQD>, diperoleh 19 April, 2011).
- Dehaghani, A.R., Hosseini, H., Tavakol, K., & Bakhtiyari, S. (2010). *Relationship between communication manners of head nurses with job satisfaction of nurses under their supervision in educational hospitals of Isfahan University of Medical Sciences in 2006*. *IJNMR*. 15 (2), 43-47.
- Demsey, P.A., & Demsey, A.D. (2002). *Riset keperawatan: Buku ajar dan latihan*. Alih bahasa Palupi Widyastuti. Jakarta: EGC. (Buku asli diterbitkan 1996).
- Dep Kes RI. (2006). *Pedoman pengembangan jenjang karir profesional perawat*. Jakarta: DepKes RI.
- Fried, B.J., Fottler, M.D., & Johnson, J.A. (2005). *Human resources in healthcare: Managing for success*. (2nd ed). USA: The Foundation of the American College of Healthcare Executives.
- Gibson, L. J., Ivancevich, M. J., & Donnelly, H. J. (1996). *Organisasi : perilaku, struktur dan proses*. Edisi Ke-8. Jakarta: Binarupa Aksara. Terjemahan: Adiarni, N.
- Gillies, D.A. (1994). *Nursing management: A system approach*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Goldhaber, G.M. (1993). *Organizational communication*. (7th ed). USA: McGraw-Hill.
- Hafizurrachman. (2009). *Manajemen pendidikan dan kesehatan*. Jakarta: Sagung Seto.
- Hanan, A.A. (2009). Factors affecting performance of hospital nurses in Riyadh Region, Saudi Arabia. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 22(1): 40. (<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1636442141&Fmt=7&clientId=45625&RQT=309&VName=PQD>, diperoleh 13 Maret, 2011).
- Harun, H.R. (2008). *Komunikasi organisasi*. Bandung: Mandar Maju.
- Hasibuan, M.S.P. (2003). *Manajemen sumberdaya manusia*. Ed Revisi, Cet. 13. Jakarta: Bumi Aksara.

- Hastono, S.P. (2007). *Basic data analysis for health research training*. Jakarta: FKM Universitas Indonesia.
- Huber, D.L. (2006). *Leadership and nursing care management*. (3th ed). Philadelphia: Elseiver.
- Ilyas, Y. (2001). *Kinerja, teori, penilaian, dan penelitian*. Depok: FKM UI.
- _____ (2004). *Perencanaan SDM Rumah Sakit*. Depok: FKM UI.
- Ivancevich, J.M. (1999). *Organizational behavior and management*. (5th ed). Singapore: McGraw-Hill.
- Kanestren, D. R. (2009). *Analisis hubungan karakteristik individu dan lingkungan kerja dengan kinerja perawat di unit rawat inap RS Pertamina Jaya*. Tesis tidak dipublikasikan. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Kountur, R. (2005). *Metode penelitian untuk penulisan skripsi dan tesis*. Jakarta: PPM.
- Kuntoro, A. (2010). *Buku ajar manajemen keperawatan*. Yogyakarta: Penerbit Nuha Medika.
- Lumbantoruan, L. (2005). *Analisis hubungan antara iklim kerja dan karakteristik individu dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUP H. Adam Malik Medan*. Tesis tidak dipublikasikan. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Lolita, W. (2004). *Kontribusi komunikasi organisasi dan karakteristik perawat pelaksana terhadap kepuasan kerja perawat pelaksana*. Tesis tidak dipublikasikan. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Mangkunegara, P.A.A. (2009). *Manajemen sumber daya manusia perusahaan*. Cet. 9. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Marquis, B.L., & Huston, C.J. (2009). *Leadership roles and management function in nursing: theory & application*. (6th ed). Philadelphia: Lippincott.
- Masmuh, A. (2010). *Komunikasi organisasi dalam perspektif teori dan praktek*. Cet. 2. Malang: Universitas Muhammadiyah Malang.
- Mila. (2009). *Hubungan budaya organisasi dan gaya kepemimpinan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di RSUD Raden Mataher Jambi*. Tesis tidak dipublikasikan. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

- Muhammad, A. (2009). *Komunikasi organisasi*. Ed 1, Cet. 10. Jakarta: Bumi Aksara.
- Mulyana, D. (2001). *Ilmu komunikasi: Suatu pengantar*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya
- Muzaputri, G. (2008). *Hubungan karakteristik individu dan faktor organisasi dengan kinerja perawat di RSUD Langsa Nanggroe Aceh Darussalam*. Tesis tidak dipublikasikan. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Notoatmodjo, S. (2002). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- _____ (2009). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pace, R.W., & Faules, D.F. (2010). *Komunikasi organisasi: Strategi meningkatkan kinerja perusahaan*. Cet. 7. Alih bahasa Deddy Mulyana. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Pohan, I.S. (2007). *Jaminan mutu layanan kesehatan: Dasar-dasar pengertian dan penerapan*. Jakarta: EGC
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1999) *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott.
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2009). *Fundamental of nursing*. (7th Ed). St. Louis, Missouri: Elseiver.
- PPNI. (2010). *Standar profesi dan kode etik Perawat Indonesia*. Jakarta: PPNI
- Riani, L. A. (2011). *Budaya organisasi*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Rivai, V. (2005). *Performance appraisal: Sistem yang tepat untuk menilai kinerja karyawan dan meningkatkan daya saing perusahaan*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Robbins, S.P. (2005). *Prinsip-prinsip perilaku organisasi*. Edisi Kelima. (Alih bahasa Halida & D. Sartika). Jakarta: Gramedia. (Buku asli diterbitkan 2002).
- _____ (2006). *Perilaku organisasi*. Ed 10. (Alih bahasa B.Molan). Jakarta: PT Indeks. (Buku asli diterbitkan 2003).
- Robbins, S.P., & Coulter, M. (2007). *Manajemen*. Ed 8.(Alih bahasa H. Slamet). Jakarta: PT Indeks. (Buku asli diterbitkan 2005).
- RS Swasta Surabaya. (2007). Dokumen RS. Tidak dipublikasikan.

- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Ed 3. Jakarta: Sagung Seto.
- Shortell, S.M., Kaluzny, A.D., & associates. (2005). *Health care management*. (5th ed). USA: DNLM.
- Siagian, S.P. (2009). *Manajemen sumber daya manusia*. Ed 1. Cet. 17. Jakarta: Bumi Aksara.
- Suprpto. (2011). *Pengantar ilmu komunikasi dan peran manajemen dalam komunikasi*. Yogyakarta: CAPS.
- Swansburg, R.C., and Swansburg, R.J. (1999). *Intoductory management and leadership for nurses*. (2nd ed). Canada: Jones and Bartlett.
- Tappen, R. M., Weiss, S. A., & Whitehead, D. K. (2004). *Essentials of nursing leadership and management*. (3th ed). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Tjiptono, F. (2005). *Prinsip-prinsip total quality service (TQS)*. Edisi 5. Yogyakarta: ANDI.
- Umar, H. (2002). *Metode riset komunikasi organisasi*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- _____ (2003). *Metode riset perilaku organisasi*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Wirawan. (2009). *Evaluasi kinerja sumber daya manusia: Teori, aplikasi, dan penelitian*. Jakarta: Salemba Empat.

PENJELASAN PENELITIAN

Saya, Yulistiana Rudianti (NPM 0906504732) mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saya bermaksud mengadakan penelitian tentang hubungan komunikasi organisasi dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RS Swasta Surabaya. Sehubungan dengan proses penelitian, saya akan menjelaskan hal-hal sebagai berikut:

1. Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi hubungan komunikasi organisasi dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RS Swasta Surabaya.
2. Penelitian ini bermanfaat sebagai masukan dan bahan pertimbangan untuk manajerial pelayanan keperawatan dalam pengambilan keputusan untuk meningkatkan komunikasi organisasi yang efektif dan meningkatkan kinerja perawat pelaksana.
3. Perawat yang menjadi responden penelitian adalah perawat pelaksana yang bekerja di ruang rawat inap RS Swasta Surabaya, pendidikan minimal D 3 Keperawatan, tidak sedang dalam status cuti atau libur kerja dan bersedia menjadi responden penelitian.
4. Peserta penelitian yang bersedia sebagai responden akan diberikan kuesioner yang diisi sendiri dengan waktu selama 3 hari (kuesioner dapat diisi di rumah) dan sesudah pengisian akan dikumpulkan oleh peneliti.
5. Penelitian ini tidak akan mempengaruhi penilaian kinerja secara individu sehubungan dengan pekerjaan saudara. Tetapi bila saudara merasa tidak nyaman, maka saudara berhak untuk tidak berperan serta dalam penelitian ini.
6. Penelitian ini bersifat sukarela dan saudara berhak untuk tidak berpartisipasi, tidak ada sanksi bila saudara mengundurkan diri sebagai responden.
7. Semua data pada penelitian dari pengisian kuesioner akan dijaga kerahasiannya dan hanya untuk kepentingan penelitian.
8. Jika saudara bersedia untuk berpartisipasi pada penelitian ini, maka saudara diminta untuk mengisi kuesioner secara jujur dan lengkap.
9. Bila saudara ingin mengetahui hasil penelitian ini, saudara dapat menghubungi Bidang Keperawatan RS Swasta Surabaya.

Depok, Mei 2011

Yulistiana Rudianti

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Judul penelitian : Hubungan Komunikasi Organisasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RS Swasta Surabaya

Peneliti : Yulistiana Rudianti
Mahasiswa Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia

Saya, telah diminta untuk berpartisipasi dalam penelitian ini sesuai dengan judul di atas. Saya mengerti bahwa akan diminta oleh peneliti untuk melakukan pengisian kuesioner dan dilakukan observasi dalam pelayanan keperawatan. Saya mengerti penelitian ini tidak mempunyai risiko terhadap pekerjaan saya dan mengerti manfaat penelitian sebagai masukan untuk perkembangan pelayanan keperawatan.

Saya mengerti bahwa data dan identitas saya dalam penelitian akan dirahasiakan dan akan dimusnahkan bila penelitian ini selesai. Apabila saya merasa tidak nyaman ikut berpartisipasi, saya berhak untuk membatalkan peran serta saya setiap saat tanpa adanya sanksi.

Saya menerima persetujuan untuk berperan serta pada penelitian ini secara sukarela dan sadar dengan menandatangani surat persetujuan sebagai subjek penelitian.

Surabaya,

2011

()



Nomor Kode:

(Diisi oleh peneliti)

KUESIONER A: KARAKTERISTIK RESPONDEN

Petunjuk pengisian (**Mohon diisi dengan lengkap**):

Isilah titik-titik pada pertanyaan di bawah ini dan lingkarilah jawaban yang sesuai.

1. Umur : tahun
2. Jenis Kelamin : a. Perempuan (P) b. Laki-laki (L)
3. Status Perkawinan : a. Menikah b. Belum Menikah
4. Pendidikan Terakhir : a. D 3 Kep b. S1 Kep
5. Lama Kerja : tahun

KUESIONER B: KINERJA PERAWAT PELAKSANA

Petunjuk pengisian:

Saudara diminta untuk menetapkan pilihan terhadap pernyataan mengenai kinerja perawat pelaksana sesuai yang saudara alami dalam 4 kemungkinan:

SL : jika pernyataan tersebut **selalu** dilakukan

SR : jika pernyataan tersebut **sering atau lebih banyak** dilakukan

K : jika pernyataan tersebut **kadang-kadang** saja dilakukan

TP : jika pernyataan tersebut **tidak pernah** dilakukan sama sekali

Nyatakan jawaban anda dengan tanda centang (✓) pada kolom yang sesuai.

No	Pernyataan	SL	SR	K	TP
1	Saya menerima klien baru berdasarkan Standar Operating Prosedur yang ditetapkan rumah sakit.				
2	Saya melibatkan petugas kesehatan lain untuk memvalidasi masalah keperawatan klien.				
3	Saya menyusun rencana keperawatan berdasarkan data hasil pengkajian.				
4	Saya mengobservasi respon klien terhadap tindakan keperawatan.				
5	Saya melibatkan tim kesehatan yang lain dalam menyusun perencanaan keperawatan.				
6	Saya melakukan evaluasi perkembangan hanya pada klien tertentu saja.				
7	Saya melakukan pengumpulan data termasuk dari keluarga atau orang yang terdekat dengan klien.				
8	Setiap melakukan tindakan, saya membuat dokumentasi dalam catatan keperawatan.				

No	Pernyataan	SL	SR	K	TP
9	Saya menyusun rencana tindakan hanya berdasarkan kemampuan klien saja.				
10	Saya melibatkan klien/keluarganya dalam melaksanakan asuhan keperawatan.				
11	Saya melakukan validasi respon perkembangan kondisi klien tanpa pertimbangan dengan teman sejawat.				
12	Saya melakukan pemeriksaan fisik hanya pada bagian tubuh yang dikeluhkan oleh klien.				
13	Saya menetapkan diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang dirumuskan.				
14	Saya memberikan penjelasan pada klien sebelum melakukan tindakan.				
15	Saya memodifikasi tindakan keperawatan tanpa memperhatikan respon klien.				
16	Saya menganalisis data klien sesuai bio-psiko-sosial-spiritual.				
17	Saya merevisi diagnosa keperawatan berdasarkan data terbaru.				
18	Saya membuat rencana tindakan bersifat individual sesuai kebutuhan klien.				
19	Saya memberikan pendidikan kesehatan kepada klien/keluarganya.				
20	Saya menyusun rencana pulang klien berdasarkan catatan asuhan keperawatan.				

KUESIONER C: KOMUNIKASI ORGANISASI

Petunjuk pengisian:

Saudara diminta untuk menetapkan penilaian sesuai dengan yang saudara alami terhadap pernyataan mengenai komunikasi organisasi pelayanan keperawatan dalam 4 kemungkinan:

SS : **sangat setuju** dengan apa yang tertulis

S : **setuju** dengan apa yang tertulis

TS : **tidak setuju** dengan apa yang tertulis

STS : **sangat tidak setuju** dengan apa yang tertulis

Nyatakan jawaban saudara dengan tanda centang (✓) pada kolom yang sesuai.

(Keterangan: **atasan** adalah seseorang yang dalam struktur organisasi berada di atas perawat pelaksana)

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Orientasi dan latihan dijelaskan secara rinci oleh atasan atau perawat yang ditunjuk.				
2	Staf perawat dilibatkan dalam perumusan prosedur dan kebijakan pelayanan keperawatan.				
3	Atasan saya terlihat memiliki kepercayaan yang tinggi terhadap staf perawat.				
4	Supervisi dan pengarahan yang diberikan dapat dipahami oleh staf perawat.				

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
5	Rekan kerja saya menunjukkan kegembiraan dalam melakukan pelayanan keperawatan.				
6	Atasan atau perawat yang ditunjuk memberikan orientasi dan latihan dengan sabar.				
7	Atasan saya tidak menganggap penting informasi yang disampaikan oleh staf perawat.				
8	Atasan saya memberikan perhatian pada saat berkomunikasi dengan staf perawatan.				
9	Pada saat supervisi dan pengarahan, kesempatan staf perawat untuk memberikan umpan balik sangat terbatas.				
10	Orientasi dan latihan diberikan dengan tergesa-gesa.				
11	Rekan kerja saya tidak berani berkonsultasi dengan leluasa kepada atasan.				
12	Kesalahpahaman antar rekan kerja mudah terjadi dalam pelayanan keperawatan.				
13	Staf perawat mudah memahami penjelasan yang diberikan saat orientasi dan latihan.				
14	Staf perawatan kurang dimotivasi untuk terlibat dalam setiap kegiatan.				
15	Kesalahpahaman yang terjadi dalam pelayanan keperawatan cenderung dibiarkan tanpa ada upaya penyelesaian.				
16	Rekan kerja saya sulit menerima masukan satu sama lain.				
17	Kesempatan staf perawat untuk bertanya/memberi respon saat orientasi dan latihan sangat terbatas.				
18	Rekan kerja saya enggan menyampaikan usulan atau ide-ide untuk meningkatkan pelayanan keperawatan.				
19	Buku-buku petunjuk yang ada di ruangan sulit dipahami.				
20	Atasan saya memperhatikan kemampuan tiap perawat saat melakukan supervisi dan pengarahan.				
21	Rekan kerja saya kurang mengenal secara mendalam satu sama lain.				
22	Atasan atau perawat yang ditunjuk memberikan orientasi dan latihan dengan cara-cara kreatif yang memotivasi staf perawat.				
23	Informasi yang diberikan atasan membantu saya untuk merasa menjadi bagian penting dalam pelayanan.				
24	Supervisi dan pengarahan yang dilakukan atasan lebih dirasakan menuntut daripada memberikan masukan yang bermanfaat untuk perbaikan.				
25	Rekan kerja saya senang atas pekerjaan yang dilakukan bersama-sama dalam pelayanan keperawatan.				

Terima kasih atas partisipasi Saudara.



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

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

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

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

Hubungan Komunikasi Organisasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RS Surabaya

Nama peneliti utama : Yulistiana Rudianti

Nama institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 23 Mei 2011

Ketua,



Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Yulistiana Rudianti
Tempat, tanggal lahir : Semarang, 12 Mei 1974
Jenis kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Perawat
Alamat : Jalan Jambi 20 Surabaya
031-5683220 (Hp. 081332540871)
Alamat institusi : STIKES St. Vincentius a Paulo
Jl. Jambi 12 Surabaya



Riwayat Pendidikan:

1. Program Magister FIK-UI : 2009-2011
2. S1 Keperawatan STIK Sint. Carolus Jakarta : 2004-2007
3. D3 Keperawatan STIKES St. Vincentius a Paulo Surabaya : 1998-2001
4. SMAN 11 Semarang : 1990-1993
5. SMP Taruna Semarang : 1987-1990
6. SDN Kabluk I-II Semarang : 1981-1987
7. TK Bhayangkari Semarang : 1980-1981

Riwayat Pekerjaan:

1. Pengajar STIKES St. Vincentius a Paulo Surabaya : 2007-2011
2. Perawat pelaksana RB/ KIA Margi Rahayu Batu-Malang : 2003-2004
3. Perawat pelaksana RSK St. Antonius Lombok : 2001-2002