

**DISERTASI**

**PENGEMBANGAN BUDAYA ORGANISASI KEPERAWATAN UNTUK  
MENINGKATKAN KINERJA DAN KEPUASAN PERAWAT DALAM  
PENERAPAN METODE ASUHAN KEPERAWATAN PROFESIONAL  
DI RUMAH SAKIT**



**RONO A. ADAM**

**NIM. 091070832**

**UNIVERSITAS AIRLANGGA  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM DOKTOR  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN  
SURABAYA  
2013**

**PENGEMBANGAN BUDAYA ORGANISASI KEPERAWATAN UNTUK  
MENINGKATKAN KINERJA DAN KEPUASAN PERAWAT DALAM  
PENERAPAN METODE ASUHAN KEPERAWATAN PROFESIONAL  
DI RUMAH SAKIT**

**DISERTASI**

**Untuk memperoleh Gelar Doktor  
Dalam Program Studi Ilmu Kesehatan  
Pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga  
Telah dipertahankan di hadapan  
Panitia Ujian Doktor Terbuka  
Pada Hari: Selasa  
Tanggal: 30 April 2013  
Pukul: 10.00 – 12.00 WIB**

**Oleh:**

**RONO A. ADAM  
NIM. 091070832**

## **PENGESAHAN**

Dipertahankan di depan Tim Penguji Ujian Disertasi Tahap I (Tertutup)  
Program Studi Ilmu Kesehatan  
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga  
Dan diterima untuk memenuhi persyaratan guna memperoleh gelar Doktor (Dr.)  
Pada Tanggal 25 Januari 2013



Dekan,

Prof. Dr. Tri Martiana, dr., M.S.  
NIP. 195603031987012001

**PERSETUJUAN**

**DISERTASI INI TELAH DISETUJUI  
PADA TANGGAL 15 MARET 2013**

**Oleh:**

**Promotor**

**Prof. Dr. Stefanus Supriyanto, dr., M.S.  
NIP. 194909161978021001**



**Mengetahui  
Ketua Program Studi S3 Ilmu Kesehatan**

**Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg., M.S.  
NIP. 196202281989112001**

SURAT PERNYATAAN TENTANG ORISINALITAS

**(SUDAH ADA)**



## PANITIA PENGUJI DISERTASI

Telah diuji pada Ujian Doktor Tahap I (Tertutup)  
Tanggal 25 Januari 2013

---

Ketua : Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc., DTM&H., Sp.PD.PTI.,FINASIM.  
Anggota : 1. Prof. Dr.Stefanus Supriyanto, dr., M.S.  
2. Dr. Nursalam, M.Nurs., (Hons).  
3. Prof. H. Kuntoro, dr., MPH., Dr.PH.  
4. Prof. Dr. Warsono, M.S.  
5. Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg., M.S.  
6. Dr. Hari Basuki Notobroto, dr., M.Kes.



## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa yang telah memberikan taufik dan hidayahNya sehingga Disertasi ini terselesaikan. Begitu banyak tantangan dan masalah yang menghambat penyelesaiannya, namun atas petunjuk dan karuniaNya semua dapat teratasi dan terlewati. Disertasi ini dimaksudkan untuk teman-teman perawat sebagai masukan untuk meningkatkan mutu pelayanan umumnya dan khususnya perawat di rumah sakit Provinsi Gorontalo.

Sebagai wujud syukur, pada kesempatan ini perkenankan saya menyampaikan terima kasih serta penghargaan istimewa kepada yang terhormat Prof. Dr. Stefanus Supriyanto, dr., M.S., selaku Promotor dan Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons) selaku Ko-promotor yang dengan penuh kesabaran dan perhatian memberikan arahan dan bimbingan serta dukungan kepada penulis mulai dari perencanaan penelitian sampai pada penyusunan Disertasi ini.

Pada kesempatan ini pula perkenankanlah penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tulus kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. Fasich, Apt, selaku Rektor Universitas Airlangga (UNAIR)
2. Direktur Program Pascasarjana UNAIR Surabaya Prof Dr. Hj. Sri Hayati, S.H., M.S., Wakil Direktur I Prof. Dr. Suhariningsih, Ir dan Dr. I Made Narsa, Drs., Ec., M.Si., Ak., selaku Wakil Direktur II Pascasarjana UNAIR Surabaya serta para Asisten Direktur dan staf yang telah memberikan kesempatan dan kelancaran mengikuti program Doktor program studi ilmu kesehatan dan program pascasarjana UNAIR Surabaya.

3. Prof. Dr. Tri Martiana, dr., M.S. dan Prof. Soedjajadi Keman, dr., M.S., Ph.D., sebagai Dekan dan Wakil Dekan I Fakultas Kesehatan Masyarakat UNAIR, dr.Sho'im Hidayat, M.S., selaku wakil Dekan II serta Dr. Santi Martini, dr., M.S., selaku wakil Dekan III
4. Dr. Nyoman Anita D, drg., M.S., dan Prof. H. Kuntoro, dr., MPH., Dr.PH. selaku Ketua dan mantan Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Universitas Airlangga Surabaya yang banyak memberikan bimbingan mulai dari awal studi penulis sampai tahap penyelesaian studi.
5. Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc., DTM&H., Pdk., Sp.PD., PTI., FINASIM., Prof. H. Kuntoro, dr., MPH., Dr.PH. Prof. Dr. Warsono, MS. Dr. Hari Basuki Notobroto, dr., M. Kes. dan Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg., M.S., yang telah bersedia menjadi tim penguji hingga selesainya Disertasi ini.
6. Segenap Dosen S3 Ilmu Kesehatan Unair yang telah mentransfer ilmunya: Prof. Soedjajadi Keman, dr., M.S., Ph.D, Prof. Dr. Stefanus Supriyanto, dr., M.S., Prof. H. Kuntoro, dr., MPH., Dr.PH., Prof., Dr. Tjipto Suwandi, dr., MOH, Sp.O.K., Dr. Hari Basuki Notobroto, dr., M. Kes, Oedojo Soedirham, dr., MA., MPH., PhD, Prof. Dr. J. Mukono, dr., M.S., MPH, Prof. Dr. Chatarina Umbul Wahyuni, dr., M.S., MPH, Dr. Nyoman Anita D, drg., M.S, Dr. Sunarjo, dr. MS., MSc, Dr. Arief Wibowo, dr., M.S, Dr. Soenarnatalina M., Ir., M. Kes, serta Dr. Windhu Purnomo, dr., M.S.
7. Prof.H. Kuntoro, dr., MPH., Dr.PH, Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg., M.S., Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc., DTM &H., M. Pdk., Sp.PD.PTI., FINASIM.,



Sebagai Dosen MKPD yang telah memberi arahan dan bimbingan sehingga Disertasi ini bisa tersusun dengan baik.

8. Drs. Hi. Rusli Habibie, M.Ap sebagai Gubernur Gorontalo dan Hi. Indra Yasin, S.H., M.H., sebagai Bupati Gorontalo Utara yang telah memberikan izin kepada penulis untuk mengikuti Pendidikan Program Doktor Program Studi Ilmu Kesehatan di Universitas Airlangga Surabaya.
9. Direktur RS Aloi Saboe Kota Gorontalo dan RS Dunda Limboto yang telah memfasilitasi tempat untuk digunakan dalam penelitian.
10. Hi.Ns, Ahmad Aswad, S.KM., S.Kep., MPH, dan Ulfa Th. Domili, S.KM., M.Kes, yang sudah membantu dalam pengambilan data dan penyebaran kuesioner.
11. Seluruh Dosen dan karyawan di FKM Unair atas kerjasama dan dukungannya.
12. Staf Administrasi S3 Ilmu Kesehatan: Umar Djarwi dan Dian Fristyawati, S.KM., yang telah banyak membantu dan mendukung penulis.
13. Teman-teman seperjuangan, senasib dan sepenanggungan mahasiswa Program Doktor Ilmu Kesehatan Kelas Gorontalo angkatan 2010/2011 (Ibu Rama, Ibu Reni, Aisa, Yusna, Nitho, Djuna, Flora, Etha, Netty, Widi, Aswan, Hartono, Sunarto, Ansar, Isman, Asep, Irwan, Tetty, Ibu Rosmin, dan bung Rony Sampir) yang telah memberikan bantuan dan sumbangan pikiran serta semangat persahabatan yang tulus dalam belajar sehingga penulis dapat menyelesaikan Disertasi ini.
14. Kakak-kakakku tercinta. Rahman Adam, S.T. (kak Jhon), Ramon Adam (kak Tuten), HB. Adam (kak Bena), Rahmat Adam (kak Kai), AW Adam (kak

Bibu), adikku Sarbin Adam serta keponakan-keponakanku yang telah memberikan motivasi dan dukungan selama penulis mengikuti pendidikan.

15. Saudara-saudara sepupuku Aguslim Adam, Rapi Dadi, Hi Mustafa Adam, Hj, Idil Fitri Abubakar, S.Pd, Hadijah Adam, Fatmah Adam, S.Pd. Drs. Amsir Mohammad, M.Pd. Ramin Adam, S.Pd. Syamsudin Thalib. Idris Adam. S.Pd. Hamdan Adam. Hj. Hasmin Kamana S.Pd. yang telah memberikan motivasi,serta mendoakan penulis sehingga selesai studi

16. Akhirnya Kepada Istriku yang tercinta Masita Is Yasin, S.Kep. Ns, dan anak-anakku tersayang Vika Resty R. Adam, S.Ked. dan Yulastika P.R. Adam, penulis ucapkan terima kasih yang mendalam atas perhatian kasih sayang, dorongan motivasi dan doa serta sabar dalam memberikan semangat selama penulis menyelesaikan studi.

Penulisan Disertasi ini melibatkan banyak orang yang dengan rela telah mengorbankan materi maupun moril dan sebagian dari kesibukannya untuk mambantu penulis. Bantuan yang tak terhingga serta segala kebaikan yang diterima tidak sanggup penulis mambalasnya dengan bentuk apapun, namun dalam hal ini penulis memohonkan doa kepada Allah SWT, karena hanya Dialah yang bisa membalasNYA.

Penulis menyadari Disertasi ini masih banyak kekurangan mohon kritik dan saran semoga Disertasi ini lebih bermanfaat di masa-masa akan datang.

Surabaya, Pebruari 2013

Penulis

## RINGKASAN

### **PENGEMBANGAN BUDAYA ORGANISASI KEPERAWATAN UNTUK MENINGKATKAN KINERJA DAN KEPUASAN PERAWAT DALAM PENERAPAN METODE ASUHAN KEPERAWATAN PROFESIONAL DI RUMAH SAKIT**

Pelayanan asuhan keperawatan sebagai bagian integral pelayanan kesehatan rumah sakit maupun puskesmas sangat ditentukan oleh mutu pelayanan kesehatan itu sendiri. Keperawatan sebagai profesi mengharuskan dalam memberikan asuhan keperawatan diberikan secara profesional oleh perawat dengan kompetensi yang memenuhi standar.

Pada studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Dr.M.M.Dunda Limboto, para perawat dalam memberikan asuhan keperawatan masih menggunakan metode fungsional. Metode ini belum maksimal dalam pemberian asuhan keperawatan yang berkesinambungan sehingga perawat tidak mengetahui secara detail perkembangan klien. Hal ini disebabkan belum terbentuknya layanan Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) model Tim.

Umumnya perawat yang bekerja di rumah sakit se Provinsi Gorontalo belum mengikuti Lokakarya Manajemen Keperawatan dan seminar mutu keperawatan dan belum semuanya mengikuti pelatihan BTCLS. Sehingga dapat disimpulkan bahwa kualitas pelayanan asuhan keperawatan dari 6 rumah sakit di Provinsi Gorontalo belum memenuhi standar asuhan keperawatan profesional.

Tujuan umum penelitian ini adalah Mengembangkan Budaya organisasi keperawatan dalam meningkatkan kinerja perawat melalui proses MAKP dan meningkatkan kepuasan perawat. Tujuan khusus adalah: (1) Menganalisis pengaruh budaya organisasi terhadap motivasi perawat, (2) Menganalisis pengaruh budaya organisasi terhadap sikap perawat, (3) Menganalisis pengaruh budaya organisasi, motivasi, sikap dan kepuasan terhadap kinerja perawat dalam penerapan MAKP, (4) Menganalisis pengaruh langsung budaya organisasi dan kinerja perawat dalam penerapan MAKP terhadap kepuasan perawat

Hubungan variabel dalam disertasi ini berfokus pada tiga kajian model atau teori yakni : (1) Menjelaskan bahwa tujuh karakteristik budaya organisasi dapat mempengaruhi terhadap kinerja individu perawat khususnya motivasi dan sikap. Sementara dalam teori produktivitas menurut Kopelman (1986), faktor penentu karakteristik organisasi dapat dipengaruhi oleh karakteristik individu yakni motivasi dan sikap yang mempengaruhi budaya kerja, jenis pekerjaan dan produktivitas organisasi. (2) Menjelaskan bahwa motivasi dan sikap perawat dapat mempengaruhi kinerja perawat dalam menerapkan MAKP. (3) Menjelaskan bahwa tujuh karakteristik budaya organisasi dapat mempengaruhi terhadap kinerja perawat dalam menerapkan MAKP. Menurut Robbin & Judge (2010), budaya organisasi terdapat sekumpulan nilai sebagai kristalisasi nilai individu, kelompok dan akhirnya menjadi nilai bersama, Kumpulan nilai (*sharedness*) merupakan kumpulan dari nilai individu dan kelompok yang menjadi nilai organisasi. Kumpulan nilai bisa masih dalam bentuk orientasi atau sudah menjadi cara bekerja organisasi (imbalan), nilai bersama yang merupakan kristalisasi nilai

dan kelompok dapat dinyatakan dalam prosentasi atau tingkat komitmen. (4) Menjelaskan bahwa tujuh karakteristik budaya organisasi dapat mempengaruhi terhadap kepuasan perawat menurut (Robbins, 2007), dalam manajemen sumber daya manusia, bahwa komitmen organisasi dan keterlibatan pekerjaan dan sikap kerja dapat mempengaruhi kepuasan kerja yang difokuskan pada tiga sikap yakni Kognitif, Afektif, dan perilaku. faktor-faktor ketidakpuasan yang dapat mempengaruhi kepuasan adalah konteks tempat pekerjaan dilakukan. Faktor yang paling penting adalah kebijakan organisasi seperti kondisi kerja, sistem penggajian, hubungan dengan rekan sejawat dalam tim. (5) Menjelaskan kinerja perawat dalam menerapkan MAKP dapat mempengaruhi kepuasan kerja perawat.

Penelitian ini merupakan penelitian observasional (*survey*) dengan rancang bangun *cross-sectional* dimana variabel penelitian diukur hanya sekali saja. Data yang dikumpulkan berupa data sekunder dan primer. Populasi penelitian adalah seluruh perawat di Rumah Sakit Prof. Dr. H. Aloei Saboe dan Rumah Sakit M.M. Dunda Limboto Provinsi Gorontalo dengan sampel berjumlah 204 perawat menggunakan *random sampling*. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner. Analisis data menggunakan analisis bivariat dan untuk menguji pengaruh antar variabel digunakan analisis regresi linier.

Hasil penelitian menunjukkan: (1) Budaya organisasi berpengaruh kuat terhadap motivasi perawat. Semakin baik budaya organisasi maka akan semakin baik motivasi kerja; (2) Budaya organisasi berpengaruh terhadap sikap perawat. Semakin baik budaya organisasi maka akan semakin baik sikap kerja; (3) Pengaruh budaya secara langsung terhadap kinerja perawat dalam penerapan MAKP lebih kuat daripada pengaruh budaya melalui motivasi; (4) Pengaruh langsung budaya organisasi kuat dan pengaruh kinerja perawat dalam penerapan MAKP lemah terhadap kepuasan perawat; (5) Pengembangan kinerja dan kepuasan perawat dapat dilakukan dengan: (a) Meningkatkan budaya organisasi yang masih lemah melalui motivasi dan sikap perawat dalam penerapan MAKP; (b) Peningkatan kinerja perawat dapat dilakukan dengan meningkatkan budaya organisasi, dan motivasi

Penelitian ini dapat dijadikan masukan bagi dunia pendidikan dan institusi kesehatan atau tenaga kesehatan lainnya untuk meningkatkan kepuasan perawat.

Temuan baru dari penelitian ini adalah adanya pengaruh budaya organisasi dan kinerja perawat dalam penerapan MAKP terhadap kepuasan perawat di rumah sakit

## SUMMARY

### **DEVELOPMENT OF NURSING ORGANIZATIONAL CULTURE TO IMPROVE PERFORMANCE AND SATISFACTION OF NURSES IN APPLICATION METHOD OF PROFESSIONAL NURSING CARE IN HOSPITAL**

Nursing care services as an integral part of the health service hospitals and public health center was largely determined by the quality of health care itself, Nursing as a profession requires in providing professional nursing care given by nurses to meet the standard of competence. In preliminary studies conducted in hospitals Dr.M.M. Dunda Limboto, the nurses in providing nursing care are still functional method, this method was not optimal in the continuous provision of nursing care so that nurses do not know in detail the development of the client. This was due to the formation of Professional Nursing Method service team model Generally nurses working in the hospital has not followed the Gorontalo province Nursing Management Workshops and seminars and the quality of nursing training BTCLS not all. It can be concluded that the quality of nursing care services from 6 hospitals in the province of Gorontalo not meet professional standards of nursing care.

The general objective of this study was to develop cultural nursing organizations in improving performance through the application of Professional Nursing Care Method (PNCM) and improve nurse satisfaction. Its specific objectives are: (1) to analyze the influence of organizational culture on motivation nurses, (2) to analyze the influence of organizational culture on nurses' attitudes, (3) to analyze the influence of organizational culture, motivation, attitudes and satisfaction towards the performance of nurses in the application of PNCM, (4) Analyze direct influence of organizational culture and performance in the application of PNCM nurse satisfaction.

Relationship variables in this dissertation focuses on three study models or theories are: (1) Explain that the seven characteristics of organizational culture can affect the performance of individual nurses in particular motivation and attitude. While in theory productivity by Kopelman (1986), the determinants can be influenced by organizational characteristics of the individual characteristics of the motivations and attitudes that affect the culture of work, type of work and organizational productivity. (2) Explain the motivation and attitude of nurses can affect the performance of nurses in implementing PNCM. (3) Explain the seven characteristics of organizational culture can affect the performance of nurses in implementing PNCM. According to (Robbins & Judge, 2010), organizational culture there was a set of values as kristalisasi worth individuals, groups and eventually became a common value, set value (sharedness) was a collection of individuals and groups value the value of the organization. Can still set the value in the form of orientation or already be a way to work organization (remuneration), was the crystallization of shared values and group values can be expressed in a percentage or level of commitment. (4) Explain the seven characteristics of organizational culture can affect the satisfaction of nurses



according to (Robbins, 2007), in human resource management, the organizational commitment and job involvement and work attitude can affect job satisfaction are focused on three attitudes that Cognitive, Affective, and behavior. dissatisfaction factors that may affect satisfaction was the context in which the work was done. The most important factor was the policy of the organization such as working conditions, remuneration systems, relationships with colleagues in the team. (5) Describe the nurse's performance in implementing the PNCM can affect this nurse job satisfaction.

This study was an observational study (survey) with cross-sectional studies in which variables are measured only once. Data collected in the form of secondary and primary data. The study population was all nurses in the Hospital Prof. Dr. H. Aloei Saboe Hospital M.M. Dunda Limboto Gorontalo province with samples totaling 204 nurses using random sampling. Data were collected using a questionnaire. Analysis of data using bivariate analysis and to examine the effect of inter-variable linear regression analysis was used.

The results showed: (1) organizational culture strong influence on motivation nurses. The better the culture of the organization, the better motivation to work, (2) organizational culture affect nurses attitudes. The better the culture of the organization, the better work attitude, (3) direct influence of culture on the performance of nurses in the application of PNCM was stronger than the effect of culture through motivation, (4) The direct effect of a strong organizational culture and influence the performance of nurses in the application of PNCM weak against complacency nurses, (5) Development of performance and satisfaction of nurses to do with: (a) Increase the weak organizational culture through motivation and attitudes of nurses in the application of PNCM; (b) Improved performance of nurses to do with improving the organizational culture and motivation.

This study can be used as input for education and health institutions or other health professionals to improve nurse satisfaction.

The new findings of this study is the influence of organizational culture and performance of nurses in the application of PNCM to the satisfaction of nurses in hospital

## ABSTRAK

Metode asuhan keperawatan profesional tidak dapat dijalankan dengan optimal karena kurangnya dukungan manajemen rumah sakit, hal ini menyebabkan penurunan Kinerja perawat.

Tujuan penelitian ini adalah mengembangkan budaya organisasi keperawatan untuk peningkatan kinerja perawat dan kepuasan perawat dalam penerapan metode asuhan keperawatan profesional di Rumah Sakit.

Penelitian ini merupakan penelitian observasional tanpa melakukan intervensi atau perlakuan. Populasi adalah seluruh perawat di RS Prof.Dr. H. Aloei Saboe dan RS MM Dunda Limboto Provinsi Gorontalo dengan besar sampel 204 perawat diambil dengan teknik random sampling. Dengan menggunakan kuesioner dan dianalisis dengan menggunakan analisis bivariat dan analisis regresi linier.

Hasil penelitian menunjukkan: (1) Budaya organisasi berpengaruh kuat terhadap motivasi perawat. Semakin baik budaya organisasi maka akan semakin baik motivasi kerja; (2) Budaya organisasi berpengaruh terhadap sikap perawat. Semakin baik budaya organisasi maka akan semakin baik sikap kerja; (3) Pengaruh budaya secara langsung terhadap kinerja perawat dalam penerapan MAKP lebih kuat daripada pengaruh budaya melalui motivasi; (4) Pengaruh langsung budaya organisasi kuat dan pengaruh kinerja perawat dalam penerapan MAKP lemah terhadap kepuasan perawat; (5) Pengembangan kinerja dan kepuasan perawat dapat dilakukan dengan: (a) Meningkatkan budaya organisasi yang masih lemah melalui motivasi dan sikap perawat dalam penerapan MAKP; (b) Peningkatan kinerja perawat dapat dilakukan dengan meningkatkan budaya organisasi, dan motivasi

Kata Kunci: Budaya organisasi, Motivasi, Sikap, Kinerja, Kepuasan Kerja

## ABSTRACT

Professional nursing care methods can not run due to lack of support optimal hospital management, it causes a decrease in performance of nurses. The purpose of this study was to develop a culture of nursing organizations to improve the performance of nurses and nurse satisfaction in the application of methods of professional nursing care at the Hospital.

This study is an observational study without any intervention or treatment. The population was all nurses in Prof.Dr. H. Aloei Saboe Hospital and MM Dunda Limboto Gorontalo Province Hospital with a large sample of 204 nurses drawn by random sampling technique. By using a questionnaire and analyzed using bivariate analysis and linear regression analysis.

The results showed: (1) organizational culture strong influence on motivation nurses. The better the culture of the organization, the better motivation to work, (2) organizational culture affect nurses attitudes. The better the culture of the organization, the better work attitude, (3) direct influence of culture on the performance of nurses in the application of Professional Nursing Care Method (PNCM) is stronger than the effect of culture through motivation, (4) The direct effect of a strong organizational culture and influence the performance of nurses in the application of PNCM weak against complacency nurses, (5) Development of performance and satisfaction of nurses to do with: (a) increase the weak organizational culture through motivation and attitudes of nurses in the application of PNCM; (b) Improved performance of nurses to do with improving the organizational culture and motivation

Keywords: Organizational culture, Motivation, Attitude, Performance, and Job Satisfaction

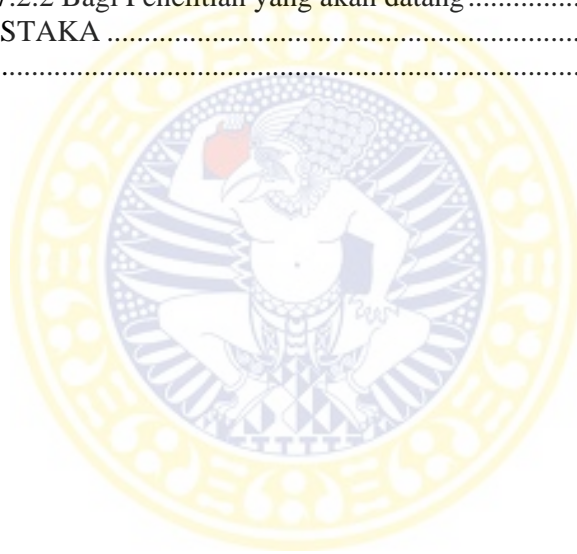


## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN JUDUL DISERTASI.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
PENETAPAN PANITIA PENGUJI DISERTASI .....	v
UCAPAN TERIMA KASIH .....	vii
RINGKASAN.....	xi
<i>SUMMARY</i> .....	xiii
ABSTRAK .....	xv
<i>ABSTRACT</i> .....	xvi
DAFTAR ISI .....	xvii
DAFTAR TABEL .....	xx
DAFTAR GAMBAR .....	xxii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xxiii
DAFTAR SINGKATAN.....	xxiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 LatarBelakang.....	1
1.2 Kajian Masalah .....	7
1.2.1 Kajian Teoritis .....	9
1.2.2 Kajian Empiris .....	15
1.3 Rumusan Masalah Penelitian .....	19
1.4 Tujuan Penelitian .....	20
1.5. Manfaat Penelitian .....	20
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	22
2.1 Keperawatan .....	22
2.1.1 Pengertian Keperawatan .....	22
2.1.2 Faktor yang mempengaruhi Keperawatan .....	22
2.1.3 Jenis Pelayanan Keperawatan .....	23
2.1.4 Teori Keperawatan.....	25
2.1.5 Praktik Keperawatan.....	26
2.2 Konsep Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) ....	27
2.2.1 Sistem Penerapan Metode MAKP .....	27
2.2.2 Tinjauan Penerapan Metode Tim.....	35
2.2.3 Pembagian Tugas dan tanggung Jawab dalam Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) Tim .....	39
2.2.4 Strategi Kerja Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) Tim.....	42
2.2.5 Sistem Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) .....	45
2.2.6 Definisi Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim.....	46

2.3	Pengertian Kinerja .....	47
2.3.1	Kinerja atau Produktivitas .....	50
2.3.2	Faktor yang mempengaruhi kinerja .....	51
2.4	Budaya Organisasi .....	52
2.5	Budaya Organisasi dan Kinerja Perawat .....	59
2.6	Karakteristik Individu .....	67
2.7	Kepuasan .....	87
2.7.1	Pengertian Kepuasan .....	87
2.7.2	Teori Model Kepuasan.....	87
2.7.3	Faktor yang mempengaruhi Kepuasan.....	89
2.7.4	Indeks Kepuasan .....	92
2.7.5	Faktor kepuasan kerja .....	93
2.7.6	Karakteristik Dimensi mutu .....	94
<b>BAB III KERANGKA KONSEPTUAL, DAN HIPOTESIS, PENELITIAN</b>		<b>99</b>
3.1	Kerangka Konseptual.....	99
3.2	Hipotesis Penelitian .....	101
<b>BAB IV METODE PENELITIAN</b>		<b>102</b>
4.1.	Desain Penelitian .....	102
4.2.	Populasi dan Sampel.....	102
4.3	Variabel Penelitian.....	104
4.4	Definisi Operasional .....	105
4.5	Lokasi dan Waktu Penelitian .....	108
4.6	Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data .....	109
4.7	Teknik Analisis Data .....	110
4.8	Etika Penelitian .....	111
<b>BAB V HASIL DAN ANALISI PENELITIAN</b>		<b>112</b>
5.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	112
5.2	Budaya organisasi .....	121
5.3	Motivasi dan sikap perawat .....	125
5.4	Kinerja MAKP .....	128
5.5	Kepuasan perawat.....	130
5.6	Hipotesis 1 Pengaruh Budaya Organisasi terhadap Motivasi.....	131
5.7	Hipotesis 2 Pengaruh Budaya Organisasi terhadap Sikap .....	132
5.8	Hipotesis 3 Pengaruh Budaya, Motivasi dan Sikap dan Kepuasan terhadap Kinerja perawat dalam Penerapan MAKP .	132
5.9	Hipotesis 4 Pengaruh Budaya Organisasi dan Kinerja Perawat terhadap Kepuasan Kerja .....	133
<b>BAB VI PEMBAHASAN</b>		<b>138</b>
6.1	Deskripsi Budaya Organisasi.....	138
6.2	Motivasi dan Sikap Perawat .....	146
6.3	Kinerja MAKP.....	158
6.4	Kepuasan Perawat.....	163
6.5	Pengaruh Budaya Organisasi terhadap Motivasi .....	167
6.6	Pengaruh Budaya Organisasi terhadap Sikap .....	169
6.7	Pengaruh Budaya Organisasi, Motivasi, Sikap dan Kepuasan Perawat terhadap Kinerja Perawat.....	172

6.8	Pengaruh Budaya Organisasi dan Kinerja Perawat terhadap Kepuasan Perawat.....	187
6.9	Temuan Penelitian .....	192
6.10	Pengembangan Budaya Organisasi Keperawatan untuk Meningkatkan Kinerja dan Kepuasan Perawat dalam Penerapan Metode Asuhan Keperawatan Profesional di Rumah Sakit.....	193
6.11	Kontribusi Penelitian .....	203
	6.11.1 Kontribusi Teoritis .....	203
	6.11.2 Kontribusi Praktis.....	204
6.12	Keterbatasan Penelitian .....	204
BAB VII PENUTUP.....		206
7.1	Kesimpulan .....	206
7.2	Saran .....	206
	7.2.1 Bagi Perawat.....	206
	7.2.2 Bagi Penelitian yang akan datang .....	207
DAFTAR PUSTAKA .....		208
LAMPIRAN.....		216



## DAFTAR TABEL

Nomor	Judul Tabel	Halaman
Tabel 1.1	Jumlah Perawat berdasarkan tingkat pendidikan dan status Pegawai .....	2
Tabel 1.2	Data Pengembangan Tenaga Perawat di Rumah Sakit se Provinsi Gorontalo tahun 2011 .....	3
Tabel 1.3	Kinerja Asuhan Keperawatan (ASKEP) pada Pasien di ruang Interna kelas III RSUD Dr.MM.Dunda Limboto sejak tanggal 23 Januari - 20 Februari 2012 .....	4
Tabel 1.4	Data Laporan <i>Patient Safety</i> RSUD Dr. M. M. Dunda Limboto tahun 2011.....	7
Tabel 2.1	Pemetaan Analisis dari Beberapa Teori yang Relevan .....	97
Tabel 4.1	Variabel Penelitian: Pengembangan Budaya Organisasi untuk meningkatkan Kinerja dan Kepuasan Perawat dalam penerapan Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP). .....	104
Tabel 4.2	Definisi Operasional dan Variabel Penelitian.....	105
Tabel 5.1	Tenaga Medis RSUD Prof. Dr.H. Aloe Saboe Kota Gorontalo Tahun 2011 .....	115
Tabel 5.2	Tenaga Paramedis Perawatan dan Non Keperawatan RSUD Prof. Dr. H. Aloe Saboe Kota Gorontalo Tahun 2011.....	116
Tabel 5.3	Tenaga Non Medis RSUD Prof. Dr. Aloe Saboe Kota Gorontalo Tahun 2012 .....	118
Tabel 5.4	SDM Kesehatan Berdasarkan Jenis Tenaga RSUD MM Dunda Tahun 2012 .....	120
Tabel 5.5	Distribusi <i>innovation and risk taking</i> Perawat di Provinsi Gorontalo Tahun 2012 .....	122
Tabel 5.6	Komposit <i>Innovation And Risk Taking</i> Perawat di Provinsi Gorontalo Tahun 2012.....	122
Tabel 5.7	Distribusi <i>attention to detail</i> Perawat di Provinsi Gorontalo Tahun 2012 .....	123
Tabel 5.8	Komposit <i>Attention to detail</i> Perawat di Provinsi Gorontalo Tahun 2012 .....	123
Tabel 5.9	Distribusi <i>Outcome Orientation, People Orientation, Team Orientation, Aggressiveness, Dan Stability</i> Perawat di Provinsi Gorontalo Tahun 2012 .....	124
Tabel 5.10	Motivasi Perawat di provinsi Gorontalo tahun 2012.....	125
Tabel 5.11	Komposit Motivasi Perawat di Provinsi Gorontalo Tahun 2012 .....	126
Tabel 5.12	Sikap Perawat di Provinsi Gorontalo Tahun 2012.....	126
Tabel 5.13	Komposit Sikap Perawat di Provinsi Gorontalo Tahun 2012.....	128
Tabel 5.14	Kinerja Perawat dalam penerapan MAKP di Provinsi Gorontalo Tahun 2012 .....	129
Tabel 5.15	Komposit Kinerja Perawat dalam penerapan MAKP di Provinsi Gorontalo Tahun 2012.....	129

Tabel 5.16	Produktivitas Perawat di Provinsi Gorontalo Tahun 2012 .....	130
Tabel 5.17	Kepuasan Perawat di Provinsi Gorontalo Tahun 2012.....	131
Tabel 5.18	Hasil Hipotesis 1 Pengaruh Budaya Organisasi terhadap Motivasi Perawat Di Provinsi Gorontalo Tahun 2012.....	131
Tabel 5.19	Hasil Hipotesis 2 Pengaruh Budaya Organisasi terhadap Sikap Perawat Di Provinsi Gorontalo Tahun 2012.....	132
Tabel 5.20	Hasil uji Hipotesis 3 Pengaruh Budaya Organisasi, Motivasi, Sikap dan Kepuasan Terhadap Kinerja Perawat dalam Penerapan MAKP Di Provinsi Gorontalo Tahun 2012 .....	133
Tabel 5.21	Hasil uji Hipotesis 4 Pengaruh Budaya Organisasi dan Kinerja Perawat terhadap Kepuasan Perawat Di Provinsi Gorontalo Tahun 2012 .....	134



## DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul Gambar	Halaman
Gambar 1.1	Kajian Masalah .....	8
Gambar 2.1	Aspek ilmu pelayanan keperawatan (Nursalam, 2011).....	26
Gambar 2.2	Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan Fungsional .....	28
Gambar 2.3	Sistem Asuhan Keperawatan <i>Care Method Nursing</i> .....	29
Gambar 2.4	Sistem Asuhan Keperawatan <i>Primary Nursing</i> .....	32
Gambar 2.5	Sistem Asuhan Keperawatan <i>Team Nursing</i> .....	35
Gambar 2.6	Pelaksanaan Timbang terima .....	39
Gambar 2.7	Hubungan antara keempat unsur dalam penerapan MAKP .....	45
Gambar 2.8	Hubungan antara kinerja dan Faktor Kinerja .....	47
Gambar 2.9	Hubungan FaKtor Organisasi, Individu Dan Kinerja.....	48
Gambar 2.10	Produktivitas dan Faktor produktivitas .....	51
Gambar 2.11	Budaya organisasi .....	54
Gambar 2.12	Karakteristik Budaya Organisasi .....	55
Gambar 2.13	Pengaruh Karakteristik Budaya terhadap Kinerja & Kepuasan .....	57
Gambar 2.14	Proses Motivasi .....	70
Gambar 2.15	Mata Rantai Motivasi .....	76
Gambar 2.16	<i>Maslow hierarchy of needs</i> .....	78
Gambar 3.1	Kerangka Konsep Penelitian .....	99
Gambar 5.1	Hasil Penelitian.....	135
Gambar 5.2	Hasil Akhir Penelitian .....	136
Gambar 6.1	Pengembangan Budaya Organisasi Keperawatan untuk Meningkatkan Kinerja dan Kepuasan Perawat dalam Penerapan Metode Asuhan Keperawatan Profesional di Rumah Sakit .....	194



## DAFTAR LAMPIRAN

<u>Nomor</u>	<u>Judul Lampiran</u>	<u>Halaman</u>
Lampiran 1	: Rekomendasi Persetujuan Etik.....	216
Lampiran 2	: Rekomendasi .....	217
Lampiran 3	: Instrumen Penelitian .....	218
Lampiran 4	: Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen.....	227
Lampiran 5	: Hasil Analisis Data.....	231



## DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN

ADL	:	<i>Activity of Daily Living</i>
APBD	:	Anggaran Pendapatan Belanja Daerah
APBN	:	Anggaran Pendapatan Belanja Negara
ASKEP	:	Asuhan Keperawatan
BLUD	:	Badan Layanan Umum Daerah
BTCLS	:	<i>Basic Trauma Cardiac Life Support</i>
Depkes	:	Departemen Kesehatan
DKI	:	Daerah Khusus Ibukota
Ha	:	Hektar
ICU	:	<i>Intensive Care Unit</i>
Kesmas	:	Kesehatan Masyarakat
MAKP	:	Metode Asuhan Keperawatan Profesional
Menkes	:	Menteri Kesehatan
NCSBN	:	<i>National Council of State Board of Nursing</i>
OCAI	:	<i>Organizational Culture Assessment Instrument</i>
PKMRS	:	Penyuluh Kesehatan Masyarakat Rumah Sakit
PMI	:	Palang Merah Indonesia
PPK-BLUD	:	Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah
PPNI	:	Persatuan Perawat Nasional Indonesia
RS	:	Rumah sakit
RSUD	:	Rumah Sakit Umum Daerah
SD	:	Sekolah Dasar
SDM	:	Sumber Daya Manusia
SK	:	Surat Keputusan
SLTA	:	Sekolah Lanjutan Tingkat Atas
SLTP	:	Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama
SPK	:	Sekolah Perawat Kesehatan
USG	:	<i>Ultra Sonografi</i>
IV	:	<i>Intra Vena</i>
WHO	:	<i>World Health Organization</i>



## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Sistem Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) adalah suatu kerangka kerja yang mendefinisikan empat komponen unsur dalam praktik keperawatan meliputi standar keperawatan, proses keperawatan, pendidikan dan sistem MAKP. Metode Asuhan Keperawatan Profesional adalah suatu sistem (struktur, proses dan nilai) yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan termasuk lingkungan untuk menopang pemberian asuhan tersebut (Nursalam, 2011). Definisi tersebut berdasarkan prinsip-prinsip nilai yang diyakini, dan akan menentukan kualitas produksi/jasa layanan keperawatan. Jika perawat tidak memiliki nilai tersebut sebagai sesuatu pengambilan keputusan yang independen, maka tujuan pelayanan keperawatan dalam memenuhi kepuasan pasien tidak akan dapat terwujud.

Pelayanan asuhan keperawatan sebagai bagian integral pelayanan kesehatan rumah sakit maupun Puskesmas sangat ditentukan oleh mutu pelayanan kesehatan itu sendiri. Keperawatan sebagai profesi mengharuskan perawat dengan kompetensi yang memenuhi standar untuk menerapkan asuhan keperawatan secara profesional (Nursalam, 2011).

Pada studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Dr. M. M. Dunda Limboto, para perawat dalam memberikan asuhan keperawatan masih menggunakan metode fungsional. Perawat dalam melaksanakan tugasnya masih

berdasarkan pada pembagian tugasnya, yang cenderung berkaitan dengan tindakan yang berbentuk keterampilan. Hal ini disebabkan belum terbentuknya layanan Metode Asuhan Keperawatan Profesional dengan baik.

Belum diterapkannya MAK di rumah sakit menyebabkan kualitas pelayanan keperawatan belum sesuai dengan harapan. Perawat dalam melaksanakan pelayanan asuhan keperawatan belum memenuhi standar asuhan keperawatan profesional. Hal ini berhubungan dengan keadaan tenaga perawat menurut tingkat pendidikan seperti Tabel 1.1 berikut.

Tabel 1.1 Jumlah Perawat Berdasarkan Tingkat Pendidikan dan Status Pegawai

Jumlah Tenaga Perawat	Rumah Sakit											
	Aloei Saboe Gorontalo		MM. Dunda Limboto		Tani & Nelayan Boalemo		Toto Bonbol		Pohuwato		Tombu lilito	
	PNS	Non PNS	PNS	Non PNS	PNS	Non PNS	PNS	Non PNS	PNS	Non PNS	PNS	Non PNS
Ners	23	-	5	1	2	-	6	-	1	-	-	-
D.IV Keperawatan	2	-	2	-	2	-	1	-	-	-	-	-
D III Keperawatan	154	62	123	43	53	46	52	50	48	24	23	16
Perawat Kesehatan (SPK/SPR)	15	-	13	-	14	-	6	-	16	-	26	-
Jumlah	184	62	143	44	81	46	65	50	65	24	49	16

Sumber : Profil Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo dalam Riskesda (2010)

Tabel 1.1 menunjukkan bahwa tingkat pendidikan tenaga perawat di Rumah Sakit Provinsi Gorontalo rata-rata D III Keperawatan. Minimnya tenaga perawat yang berpendidikan Sarjana (S1) berdampak pada kualitas pelayanan pasien yang rendah. Donabedian (1980) mengemukakan bahwa keberhasilan peningkatan mutu keperawatan adalah aplikasi pengetahuan ilmu medis yang tepat bagi perawatan pasien sambil menyeimbangkan risiko yang melekat pada setiap intervensi keperawatan dan keuntungan yang diharapkan darinya. Menurut Nursalam (2008), untuk dapat terlaksanakannya suatu kualitas manajemen maka

diperlukan suatu informasi yang akurat, nyata, aktual, dan kepuasan kinerja perawat. Keperawatan merupakan profesi yang memberikan pelayanan keperawatan secara profesional oleh perawat dengan kompetensi yang memenuhi standar dan memperhatikan kaidah etik dan moral sehingga pasien penerima layanan asuhan keperawatan yang bermutu. Untuk mewujudkan pelayanan asuhan keperawatan yang bermutu dan profesional metode praktik keperawatan primer merupakan salah satu sistem pemberian asuhan keperawatan yang *komprehensif* (PPNI, 2009).

Pendidikan berkelanjutan merupakan kegiatan pengembangan diri melalui kegiatan seminar, lokakarya yang berhubungan dengan profesi keperawatan sebagaimana Tabel 1.2 berikut.

Tabel 1.2 Data Pengembangan Tenaga Perawat di Rumah Sakit se Provinsi Gorontalo tahun 2011

Pengembangan Tenaga Perawat	Rumah Sakit					
	Aloei Saboe Gorontalo	MM. Dunda Limboto	Tani & Nelayanan Boalemo	Toto Bonbol	Pohuwato	Tombulilato
Pelatihan BTCLS	45,3%	32,5%	12,1%	24,5%	0,9 %	1,02%
Seminar Mutu Keperawatan	89,9%	45,3%	18,4%	20,8%	10,2%	8,09%
Lokakarya Manajemen Keperawatan	93,5%	56,8%	22,6%	32,6%	1,08%	0 %

Sumber: Profil Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo dalam Riskesda (2010)

Tabel 1.2 menunjukkan bahwa umumnya perawat yang bekerja di rumah sakit Provinsi Gorontalo sebagian kecil telah mengikuti Lokakarya Manajemen Keperawatan dan seminar mutu keperawatan, demikian pula dengan pelatihan BTCLS.

Profesionalitas perawat dalam keperawatan sangat diperlukan untuk meningkatkan kepuasan kerja. Perawat yang profesional adalah perawat yang membantu individu atau kelompok dalam mempertahankan atau meningkatkan kesehatan yang optimal sepanjang proses kehidupan dengan mengkaji status, menentukan diagnosis, merencanakan dan mengimplementasi strategi keperawatan untuk mencapai tujuan, serta mengevaluasi respon terhadap perawatan dan pengobatan (*National Council of State Board of Nursing/NCSBN*)

Hasil *interview* pada perawat yang bertugas di ruang interna kelas III RSUD Dr.M.M. Dunda Limboto sejak tanggal 23 Januari sampai 20 Februari 2012 diketahui bahwa umumnya perawat belum melakukan dokumentasi asuhan keperawatan atau masih kategori cukup sebanyak 72,6%, yang melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan dengan baik hanya 22,1% dan yang kurang 5,3%. Keterampilan perawat dalam merawat pasien kategori baik 24,3% cukup 12,3% dan yang kurang 63,5%. Hal ini dapat di lihat pada Tabel 1.3 berikut.

Tabel 1.3 Kinerja Asuhan Keperawatan (ASKEP) pada Pasien di ruang Interna kelas III RSUD Dr.MM.Dunda Limboto sejak tanggal 23 Januari - 20 Februari 2012

No	Jenis Kegiatan	Baik	Cukup	Kurang	Total
1	Penerapan ASKEP	22,1%	72,6%	5,3%	100%
2	Keterampilan	24,3%	12,3%	63,5%	100%

Sumber: Data primer hasil *interview* perawat, 2012

Kualitas mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit sangat tergantung pada kepala ruangan, perawat staf, keterampilan perawat, pengetahuan perawat, pembagian tugas (*job design*) serta jadwal kerja. Sementara kualitas sarana alat kesehatan rumah sakit yang rendah akan mengakibatkan perawat tidak dapat melayani pasien secara maksimal sehingga perawat tidak puas terhadap kerjanya

dan pada akhirnya akibat ketidakpuasan kerja perawat akan berpengaruh pada kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Artinya pelayanan keperawatan bergantung pada efisiensi dan efektifitas struktural yang ada dalam keseluruhan sistem suatu rumah sakit. Pelayanan rumah sakit terbagi menjadi dua bagian besar yaitu pelayanan medis dan pelayanan non medis, seperti pemberian obat, pemberian makanan, asuhan keperawatan, diagnosis medis dan sebagainya, (Supriyanto dan Ratna, 2007).

Dasar pertimbangan dalam pemilihan MAKP dengan mempertimbangkan 6 unsur utama dalam penentuan metode pemberian asuhan keperawatan, yaitu: sesuai dengan visi dan misi institusi, dapat diterapkan proses keperawatan dalam asuhan keperawatan, efisien dan efektif penggunaan biaya, terpenuhinya kepuasan pasien, keluarga dan masyarakat dan kepuasan kinerja perawat (Nursalam, 2011). Kelancaran pelaksanaan suatu metode sangat ditentukan oleh motivasi dan kinerja perawat. Metode yang dipilih harus dapat meningkatkan kepuasan perawat, bukan justru menambah beban kerja dan frustrasi dalam pelaksanaannya, sehingga dapat dirumuskan bahwa pengembangan budaya organisasi keperawatan dalam peningkatan kinerja perawat dan kepuasan perawat melalui penerapan MAKP di rumah sakit perlu diteliti.

Penerapan MAKP akan diikuti dengan peningkatan kinerja dan kepuasan perawat yang dipengaruhi oleh budaya organisasi dengan indikator: *innovation and risk taking, attention to detail, outcome orientation, people orientation, team orientation, aggressiveness, dan stability*. Kinerja MAKP akan menyesuaikan pembagian tugas dan jadwal tugas perawat sehingga akan berimplikasi terhadap

kepuasan perawat serta tujuan akhirnya adalah mutu pelayanan keperawatan yang memuaskan yang dapat dirasakan oleh perawat sebagai pemberi jasa. Dalam meningkatkan pelayanan, rumah sakit harus senantiasa meningkatkan kualitas kinerja. Ruky (2006) mengemukakan bahwa secara umum kinerja dapat dipahami sebagai catatan suatu keluaran hasil pada suatu fungsi jabatan kerja atau seluruh aktivitas kerjanya dalam suatu periode waktu tertentu. Komponen kinerja perawat dalam MAKP meliputi tanggung jawab, peran dan fungsi yang semuanya harus berjalan dengan baik. Komponen tersebut sebagai indikator mutu pelayanan rumah sakit dalam penilaian model MAKP diharapkan akan tercapai dengan hasil yang optimal.

Ketidakpuasan perawat jika tidak diatasi dengan baik maka akan berdampak terhadap menurunnya produktivitas, sehingga kinerjanya ikut mengalami penurunan. Secara umum kinerja rumah sakit di Provinsi Gorontalo menunjukkan peningkatan dari tahun ke tahun akan tetapi tidak disertai dengan peningkatan mutu pelayanan keperawatan yang profesional. Hal ini terlihat pada terjadinya insiden keselamatan pasien (*patient safety*) seperti angka kejadian kesalahan obat, angka kejadian *phlebitis* dan penurunan *Activity of Daily Living* (ADL) yang cenderung meningkat. Hal ini dapat dilihat pada Tabel 1.4 berikut.

Tabel 1.4 Data Laporan Insiden *Patient Safety* di RSUD Dr. M. M. Dunda Limboto tahun 2009 sampai dengan tahun 2011

No	Uraian	Insiden Keselamatan Pasien		
		Thn 2009	Thn 2010	Thn 2011
1	Kejadian kesalahan pemberian obat	1,8 %	2,1 %	1,06 %
2	<i>Phlebitis</i>	2,4 %	2,1 %	3,01 %
3	Dekubitus +	1,0 %	0,09%	0,04%
4	Jatuh	0,02%	-	-

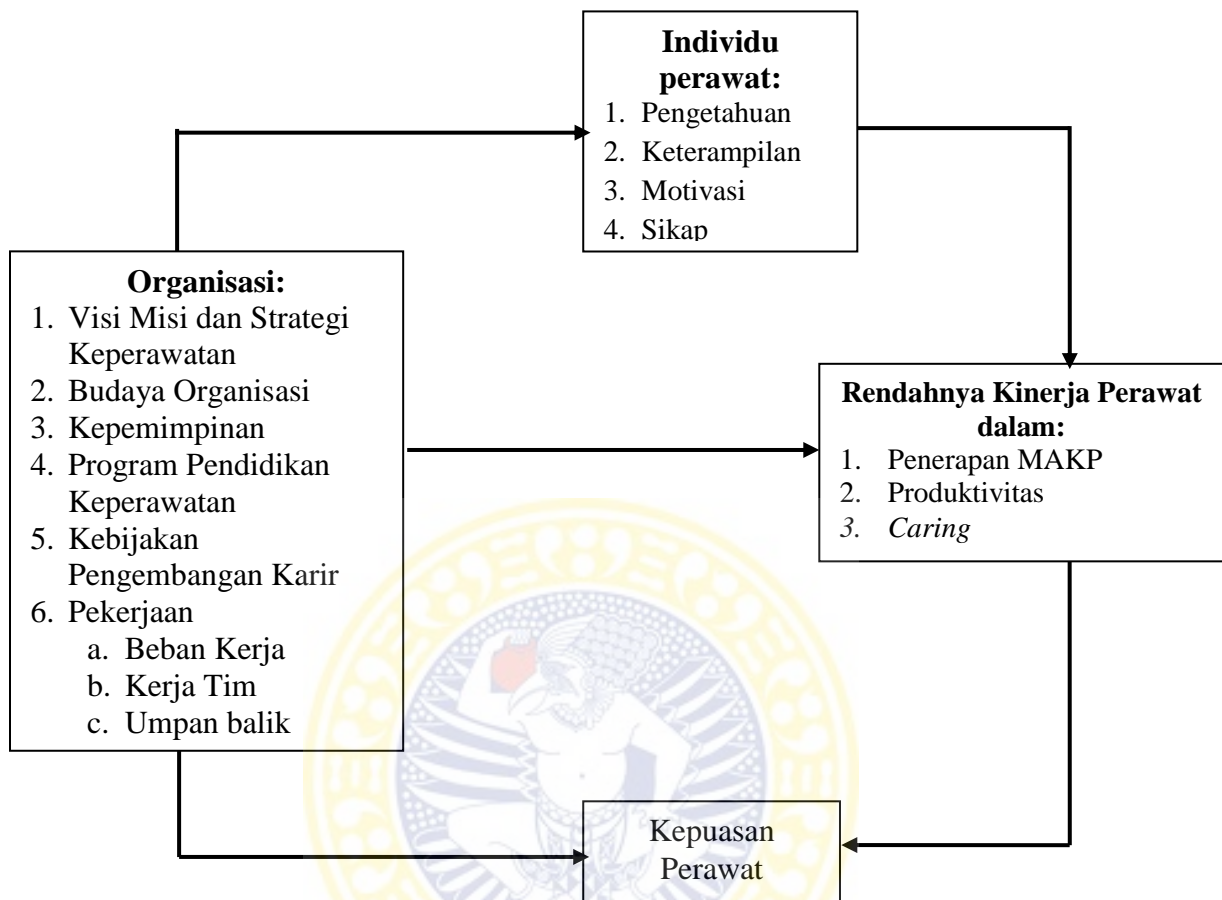
Sumber: *Medical Record* RSUD Dr. M. M. Dunda Limboto, 2011



Tabel 1.4 menunjukkan bahwa terdapatnya kasus *patient safety* di RSUD Dr. M. M. Dunda Limboto tahun 2011, dengan angka kasus *phlebitis* sebesar 3,01% dan kesalahan pemberian obat sebanyak 1,96 %, sementara dekubitus 0,04 % dan tidak terdapat kasus pasien yang jatuh. Terdapatnya kasus tersebut mengindikasikan bahwa perawat belum optimal melaksanakan keperawatan terhadap pasien. Perawat belum melaksanakan tanggung jawab dalam keseluruhan proses perawatan. Hal ini disebabkan perawat dalam melaksanakan tugasnya hanya berdasarkan tugas yang diberikan. Terjadinya kasus *phlebitis* dan dekubitus disebabkan perawat belum melakukan pengawasan dan pengontrolan terhadap pasien dengan tindakan medik atau pada pasien yang menginap lama. Keadaan seperti ini mengindikasikan bahwa proses kinerja perawat masih rendah.

## 1.2 Kajian Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang, maka kajian masalah dalam penelitian ini seperti gambar 1.1 berikut.



Gambar 1.1 Kajian Masalah

Kajian masalah di atas menekankan bahwa:

1. Dukungan manajemen rumah sakit yang menerapkan budaya organisasi akan secara langsung mempengaruhi motivasi, sikap perawat dan mempengaruhi kinerja MAKP, serta akan menghasilkan kepuasan perawat dalam bekerja. Hal ini sesuai dengan teori produktivitas. Kopelman (1986), menjelaskan bahwa faktor penentu karakteristik organisasi dapat dipengaruhi oleh karakteristik individu yakni motivasi dan sikap yang mempengaruhi budaya kerja, jenis pekerjaan dan produktivitas organisasi.



2. Individu perawat merupakan suatu kesatuan utuh yang terdiri dari pengetahuan, keterampilan, motivasi, sikap dan komitmen yang berpengaruh terhadap kinerjanya dalam pelaksanaan keperawatan. Hal ini sesuai dengan teori Robbins (1990), mendefinisikan motivasi sebagai proses mempengaruhi atau mendorong dari luar terhadap seseorang atau kelompok kerja agar mereka mau melaksanakan sesuatu yang telah ditetapkan.
3. Kinerja perawat dalam pelaksanaan MAKP ditunjukkan oleh produktivitas kerja yang tinggi. Hal ini sesuai dengan pendapat Robbins (1990), bahwa kinerja memegang peranan penting dalam pencapaian tujuan organisasi.
4. Kepuasan kerja merupakan suatu perasaan yang dialami perawat setelah melakukan pekerjaan dengan berbagai kompensasi yang diterima, baik imbalan, pengembangan karir dan sebagainya. Hasibuan (2001), menyatakan bahwa kepuasan dipengaruhi oleh balas jasa yang adil dan layak penempatan yang tepat sesuai dengan keahlian, berat ringannya pekerjaan, suasana dan lingkungan pekerjaan, peralatan yang menunjang pelaksanaan pekerjaan, sikap pimpinan dalam kepemimpinannya, dan sifat pekerjaan (monoton atau tidak).

### **1.2.1 Kajian Teoritis**

#### **1. Budaya organisasi, kinerja dan kepuasan kerja**

Terminologi mengenai budaya organisasi tampaknya tidak dapat didefinisikan secara singkat. Ada beberapa pengertian yang menjelaskan tentang hal ini. Pengertian budaya organisasi yang diturunkan dari pengertian "corporate culture" merupakan nilai-nilai dominan atau kebiasaan dalam suatu organisasi perusahaan yang disebarluaskan dan diacu sebagai filosofi kerja karyawan.

Siagian (2002), menyatakan bahwa budaya organisasi mengacu kesuatu sistem makna bersama yang dianut anggota-anggota yang membedakan organisasi tersebut dengan organisasi lain. Di sisi lain, budaya organisasi juga sering diartikan sebagai filosofi dasar yang memberikan arahan bagi karyawan dan konsumen. Berdasarkan berbagai asumsi tersebut, hal penting yang perlu ada dalam definisi budaya organisasi adalah suatu sistem nilai yang dirasakan maknanya oleh seluruh orang dalam perusahaan. Selain dipahami, seluruh jajaran menyakini sistem nilai tersebut sebagai landasan gerak perusahaan.

Gibson (2006), mendefinisikan budaya organisasi sebagai suatu sistem nilai-nilai, keyakinan dan norma-norma yang unik, dimiliki secara bersama oleh anggota suatu organisasi. Budaya organisasi dapat menjadi kekuatan positif dan negatif dalam mencapai prestasi organisasi yang efektif. Kotter dan Heskett, (1992) menyatakan bahwa budaya dalam organisasi merupakan nilai yang dianut bersama oleh anggota organisasi, cenderung membentuk perilaku kelompok. Nilai-nilai sebagai budaya organisasi cenderung tidak terlihat maka sulit berubah. Norma perilaku kelompok yang dapat dilihat, tergambar pada pola tingkah laku dan gaya anggota organisasi relatif dapat berubah. Sekaran, *et al* (1986), mendefinisikan budaya organisasi sebagai gabungan atau integrasi dari falsafah, ideologi, nilai-nilai, kepercayaan, asumsi, harapan-harapan, sikap dan norma. Hofstede (1991), menyatakan bahwa budaya organisasi merupakan pola pemikiran, perasaan dan tindakan dari suatu kelompok sosial, yang membedakan dengan kelompok sosial yang lain. Siagian, (2002) menyatakan bahwa budaya organisasi merupakan salah satu variabel penting bagi seorang pemimpin, karena

budaya organisasi mencerminkan nilai-nilai dan menjadi pedoman bagi anggota organisasi.

## 2. Faktor kinerja

Secara etimologi, kinerja berasal dari kata prestasi kerja (*performance*). Sebagaimana dikemukakan oleh Mangkunegara, (2000), bahwa istilah kinerja berasal dari kata *job performance* atau *actual performance* (prestasi kerja atau prestasi sesungguhnya yang dicapai seseorang) yaitu hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seorang pegawai dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya.

Kinerja dibedakan menjadi dua, yaitu kinerja individu dan kinerja organisasi. Kinerja individu adalah hasil kerja karyawan baik dari segi kualitas maupun kuantitas berdasarkan standar kerja yang telah ditentukan, sedangkan kinerja organisasi adalah gabungan dari kinerja individu dengan kinerja kelompok. Mangkunegara, dalam Gibson *et al.* (1997), menyatakan bahwa kinerja karyawan merupakan suatu ukuran yang dapat digunakan untuk menetapkan perbandingan hasil pelaksanaan tugas, tanggung jawab yang diberikan oleh organisasi pada periode tertentu dan relatif dapat digunakan untuk mengukur prestasi kerja atau kinerja organisasi.

Berdasarkan beberapa pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa kinerja (prestasi kerja) adalah suatu hasil karya yang dicapai oleh seseorang dalam melaksanakan tugas-tugas yang dibebankan kepadanya yang didasarkan atas kecakapan, pengalaman dan kesungguhan waktu yang diukur dengan mempertimbangkan kuantitas, kualitas dan ketepatan waktu. Kinerja (prestasi

kerja) dapat diukur melalui pengukuran tertentu (standar) dimana kualitas adalah berkaitan dengan mutu kerja yang dihasilkan, sedangkan kuantitas adalah jumlah hasil kerja yang dihasilkan dalam kurun waktu tertentu, dan ketepatan waktu adalah kesesuaian waktu yang telah direncanakan

### 3. Faktor kepuasan kerja

Selama ini diketahui bahwa MAKP Tim yang diterapkan belum optimal dikarenakan banyak faktor. Aspek ketidakpatuhan masing-masing peran dalam menjalankan tugas dan fungsinya merupakan salah satu aspek yang diketahui dalam analisis yang dilakukan pada studi pendahuluan sehingga alur kerja tim tidak berjalan sesuai konsep yang ada. Kondisi tersebut berjalan cukup lama sehingga yang terjadi adalah metode tim cenderung mengarah ke metode fungsional. Keterbatasan jumlah tenaga keperawatan menjadi faktor yang mempersulit terlaksananya metode asuhan yang dilaksanakan. Moellfi (2003), menyatakan ada 3 faktor yang mempengaruhi produktivitas yaitu beban kerja, kapasitas kerja dan beban tambahan akibat lingkungan kerja. Beban kerja; berhubungan langsung dengan beban fisik, mental maupun sosial yang mempengaruhi tenaga kerja sehingga upaya penempatan pekerja yang sesuai dengan kemampuannya perlu diperhatikan. Kapasitas kerja adalah kemampuan seseorang untuk menyelesaikan pekerjaannya pada waktu tertentu. Kapasitas kerja sangat bergantung pada jenis kelamin, pendidikan, keterampilan, usia dan status gizi. Beban tambahan akibat lingkungan kerja meliputi faktor fisik seperti panas, iklim kerja, kebisingan, pencahayaan, dan getaran. Faktor kimia seperti bahan-bahan kimia, gas, uap, kabut, debu, partikel. Faktor biologis seperti penyakit yang

disebabkan infeksi, jamur, virus, dan parasit. Fisiologis, letak kesesuaian ukuran tubuh tenaga kerja dengan peralatan, beban kerja, posisi dan cara kerja yang akan mempengaruhi produktivitas kerja. Faktor psikologis, berupa kesesuaian antara hubungan kerja antar karyawan sendiri, karyawan atasan, suasana kerja yang kurang baik serta pekerjaan yang monoton.

Berbicara mengenai kualitas layanan rumah sakit kepada pelanggan, pada dasarnya menjadi perhatian serta tantangan para ahli sejak dahulu. Khususnya menyangkut indikator produktivitas dan kepuasan kerja perawat serta kepuasan pelanggan yang digunakan dalam mengukur layanan mutu asuhan keperawatan.

a. Kepuasan pelanggan sebagai indikator mutu layanan

Kualitas layanan sebagai suatu keputusan yang universal (*global judgement*), atau sikap (*attitude*) yang berkaitan dengan kepuasan pelanggan (Parasuraman, Berry, Zeithaml, 1994). Dimensi atau aspek mutu dikenal dengan *servqual* meliputi variabel *tangibility*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, *empathy*. Selanjutnya berpatokan pada konsep “*servqual*”. Parasuraman (1994), juga memasukkan aspek kemurahan hati (*generosity*), sopan santun (*courtesy*) dan aspek ketulusan hati (*sincerity*). Potter and Perry (2005), menyatakan bahwa hal yang terkait dengan standar kinerja keperawatan adalah “*caring, collaborating, and communication*”. Kepuasan pelanggan (pasien) ditentukan oleh kepuasan perawat.

b. Budaya organisasi, kepuasan dan kinerja karyawan

Robbins (1990), menjelaskan hubungan budaya dan kinerja dan kepuasan karyawan. Budaya dengan tujuh karakteristik budaya berpengaruh terhadap kepuasan karyawan dan kinerja organisasi. Potter *and* Perry, (2005). mendefinisikan keperawatan adalah salah satu profesi di rumah sakit yang berperan penting dalam menjalankan pekerjaannya. Seorang perawat menggunakan standar asuhan keperawatan yang mencakup: (1) Pengkajian: mengumpulkan data tentang status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan, (2) Diagnosis keperawatan: perawat menganalisis data pengkajian untuk merumuskan diagnosis keperawatan, (3) Perencanaan: perawat membuat rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah kesehatan dan meningkatkan kesehatan pasien, (4) Implementasi: perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rangka rencana tindakan keperawatan, (5) Evaluasi: perawat mengevaluasi perkembangan kesehatan pasien dari tindakan keperawatan dalam mencapai tujuan pelayanan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan dan merevisi data dasar dan perencanaan bila diperlukan. Mutu layanan keperawatan yang diberikan kepada pasien akan dinilai oleh pasien dalam bentuk kepuasan.

Woodruff *and* Gardial (2002), mendefinisikan kepuasan (*output*) dan loyalitas (*outcome*) sebagai indikator layanan yang berkualitas atau bermutu. Model kepuasan ini mengacu pada adanya kesenjangan antara harapan (standar kinerja yang diharapkan oleh pasien dengan kinerja petugas aktual yang diterima pelanggan. Dukungan organisasi dengan memberikan pemberdayaan dan kepuasan akan memberikan layanan yang berfokus pelanggan dan akhirnya



memberikan layanan bermutu pada pelanggan eksternal (Richard, and Barbara, 2000).

### 1.2.2 Kajian Empiris

Rozalia, (2012) menyatakan bahwa model tim bila dilakukan dengan benar merupakan Metode Asuhan keperawatan yang tepat dalam meningkatkan pemanfaatan tenaga keperawatan yang bervariasi kemampuannya dalam memberikan asuhan keperawatan. Hal ini berarti bahwa metode tim dilaksanakan dengan tepat pada kondisi dimana kemampuan tenaga keperawatan bervariasi. Penelitian yang telah dilakukan oleh Gunaya (2004), menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan MAKP adalah: kecakapan intelektual (98,1), motivasi (100%), sarana (94,4%), komunikasi (100%), jaminan kesejahteraan karyawan (20,7%), komunikasi (*feed back*) antara pimpinan dan bawahan ( 10,3%), pengalaman kerja (6,9%), lingkungan yang nyaman (13,8%), kedisiplinan (6,9%), kerja sama antar profesi (24,1%), birokrasi yang ditetapkan (6,9%).

Upaya perbaikan MAKP dalam penelitian ini melalui pengembangan budaya organisasi melalui individu perawat diharapkan dapat memperbaiki kinerja perawat sehingga kepuasan perawat dalam penerapan MAKP di Rumah Sakit tercapai. Untuk pencapaian kepuasan pasien dan pelayanan keperawatan yang bermutu, maka perlu dibuat pelaksanaan asuhan keperawatan agar pelayanan keperawatan yang diberikan kepada individu yang sedang sakit dapat memenuhi kebutuhan pasien sebagai makhluk hidup dan dapat mengadaptasikannya terhadap stress dengan menggunakan potensi yang tersedia pada pasien itu sendiri. Apabila

kebutuhan pokok pasien terpenuhi dan kemampuan beradaptasi terhadap stress baik, maka individu akan dalam keadaan sehat.

Kepuasan adalah timbulnya perasaan senang seseorang terhadap hasil kerja orang lain, pekerjaannya, atasan dan lingkungan tempat kerjanya. Kepuasan akan timbul jika harapan dan kenyataan sama atau melampaui harapan yang diinginkan. Munculnya rasa puas pada diri seorang pasien dapat dipengaruhi oleh beberapa hal, yaitu: karena sifat pelayanan yang diterima dapat memberikan rasa puas, sikap petugas yang memberikan pelayanan kesehatan itu sendiri serta bentuk komunikasi dan pelayanan yang diberikan (Azrul, 2000).

Untuk pencapaian kepuasan perawat tentu saja dengan melakukan upaya penyelenggaraan pelayanan keperawatan di institusi Kesehatan yang berkualitas. Dengan kata lain petugas dan institusi memberikan pelayanan yang baik, efektif, dan efisien. Di samping itu pelayanan keperawatan harus memperhatikan pedoman hak dan kewajiban pasien, dokter/perawat dan institusi kesehatan yang telah ditetapkan dengan surat edaran Direktur Jenderal Pelayanan Medik No. YM. 02. 043.5.2505 tanggal 10 Juni 1997. Dengan surat edaran yang dikeluarkan tersebut maka diperlukan system (standar pelayanan), prosedur kerja yang baku dan peraturan-peraturan rumah sakit yang mendukung hak dan kewajibannya (Depkes RI, 1995).

Pembuatan pelaksanaan asuhan keperawatan masih kurang diperhatikan oleh pihak keperawatan di rumah sakit yang nampak dari berbagai keluhan keluarga pasien yang menganggap bahwa terjadinya komplikasi atau kematian



pasien disebabkan oleh karena keterlambatan tenaga perawat dalam memberikan tindakan pada saat pasien sedang gawat (Depkes RI, 1995).

Dilaporkan dari Rumah Sakit PMI Bogor seorang keluarga pasien melaporkan perawat karena keluarga yang dirawat di rumah sakit PMI Bogor mengalami *coma diabeticum* karena terlambatnya hasil pemantauan glucose darah diterima dari laboratorium, dan pada saat menjelang makan siang perawat tetap memberikan suntikan insulin sementara *glucose* darah pasien sudah negatif. Kesalahan tindakan keperawatan juga dilaporkan dari rumah sakit RSCM Jakarta bahwa karena pemberian suntikan intra vena (iv) yang tidak ditest alergi menyebabkan 3 orang pasien mengalami gejala alergi berat yang menyebabkan pasien sesak napas dan harus di rawat di ruang ICU, Azrul, (2000).

Seringnya kesalahan tindakan keperawatan terjadi pada saat perawat mengambil sebuah tindakan disebabkan oleh karena perawat pada umumnya kurang memperhatikan tentang prinsip-prinsip mutu asuhan keperawatan sebagai salah satu bagian dari proses pelaksanaan keperawatan. Berdasarkan laporan tahunan Depkes Pusat Jakarta (2001) bahwa dari tahun ke tahun jumlah keluhan pasien akibat salah diagnosis dan salah tindakan semakin bertambah. Pada tahun 1999 jumlah keluhan sekitar 123 keluhan dengan kesalahan diagnosa dan tindakan, kemudian pada tahun 2000 meningkat lagi menjadi 203 kasus dan pada tahun 2001 ditemukan kasus sebanyak 247 kasus. Bahkan ada kasus yang sampai dibawa ke meja pengadilan oleh keluarga pasien yang tidak merasa puas dengan hasil pelayanan perawat.

Pada tahun 2005 Direktorat Pelayanan Keperawatan Depkes bekerja sama dengan WHO mengadakan penilaian tentang pelayanan keperawatan di Kalimantan Timur, Sumatra Utara, Jawa Barat, Jawa Timur, dan DKI menunjukkan bahwa: (a) 70,9% perawat selama 3 tahun terakhir tidak pernah mengikuti pelatihan, (b) 39,8% perawat masih melakukan tugas-tugas non keperawatan, (c) 47,4% perawat tidak mempunyai uraian tugas secara tertulis, (d) belum dikembangkan evaluasi kinerja perawat secara khusus

Di Provinsi Gorontalo berdasarkan hasil *polling* pendapat dengan masyarakat mengenai kualitas kerja, kemampuan komunikasi dan kemampuan dalam memberikan pelayanan kesehatan oleh tenaga perawat di rumah sakit-rumah sakit Provinsi Gorontalo diperoleh informasi responden yang menjawab baik hanya 6%, sedangkan yang menjawab kurang baik 91%, dan selebihnya adalah ragu-ragu 3%. Yang paling tidak memuaskan dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah tenaga perawat yaitu terdistribusi sekitar 62% (Harian Gorontalo, Hal I, 27 Juli 2008). Besarnya presentasi mengenai tidak berkualitasnya pelayanan perawat terhadap pasien hal ini terjadi karena perawat kurang mematuhi pelaksanaan proses pelayanan keperawatan sehingga terkadang ada tindakan keperawatan yang tidak sesuai dengan diagnosa medis maupun diagnosa keperawatan.

Di RSUD Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo sebagai rumah sakit khusus memerlukan sebuah pelaksanaan asuhan keperawatan yang lebih terinci, jika dibandingkan dengan rumah sakit umum lainnya. Kondisi RSUD Prof. Dr. H. Aloei Saboe sebagai rumah sakit peralihan, menyebabkan seorang tenaga

perawat harus melaksanakan tugasnya sesuai dengan standar pelayanan keperawatan tanpa melukai atau menyinggung perasaan pasien yang dirawatnya. Ini juga menyebabkan peranan tenaga perawat di RSUD Prof. Dr. H. Aloei Saboe lebih berat jika dibandingkan dengan beban kerja tenaga perawat di Rumah Sakit lain yang ada di Indonesia. Hasil observasi awal di tempat penelitian diketahui bahwa dari sekitar 240 tenaga perawat di ruang rawat inap, hanya sekitar 43,2% yang tidak membuat asuhan keperawatan, walaupun yang selebihnya yaitu 5,8% tenaga perawat lainnya itu belum tentu melaksanakan intervensi keperawatan sesuai dengan diagnosa dan rencana keperawatan yang telah dibuatnya.

Berdasarkan gambaran permasalahan tersebut maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai Pengembangan Metode Asuhan Keperawatan Profesional dan Kepuasan Perawat melalui Budaya Organisasi Keperawatan di Rumah Sakit Gorontalo.

### **1.3 Rumusan Masalah Penelitian**

Dari serangkaian uraian masalah pada latar belakang di atas, maka rumusan masalah yang disusun dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Adakah pengaruh budaya organisasi terhadap motivasi perawat?
2. Adakah pengaruh budaya organisasi terhadap sikap perawat?
3. Adakah pengaruh budaya organisasi, motivasi, sikap dan kepuasan perawat terhadap kinerja perawat dalam penerapan MAKP?
4. Adakah pengaruh langsung budaya organisasi dan kepuasan perawat terhadap kinerja perawat dalam penerapan MAKP?

## **1.4 Tujuan Penelitian**

### 1. Tujuan Umum

Mengembangkan Budaya Organisasi Keperawatan dalam meningkatkan Kinerja Perawat dan Kepuasan Perawat dalam penerapan Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) Tim.

### 2 Tujuan Khusus

- a. Menganalisis pengaruh budaya organisasi terhadap motivasi perawat
- b. Menganalisis pengaruh budaya organisasi terhadap sikap perawat
- c. Menganalisis pengaruh budaya organisasi, motivasi, sikap dan kepuasan perawat terhadap kinerja perawat dalam penerapan MAKP
- d. Menganalisis pengaruh langsung budaya organisasi dan kinerja perawat dalam penerapan MAKP terhadap kepuasan perawat

## **1.5. Manfaat Penelitian**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

### 1. Manfaat Teoritis

Dapat memberikan masukan bagi perkembangan ilmu manajemen keperawatan, hubungannya dengan budaya organisasi dan motivasi dan sikap perawat, khususnya yang berhubungan dengan penerapan model keperawatan MAKP guna meningkatkan mutu pelayanan keperawatan dan kepuasan perawat di rumah sakit

### 2. Manfaat Praktis

Dengan diterapkannya MAKP di ruang rawat inap rumah sakit yang didukung oleh faktor budaya organisasi keperawatan dapat meningkatkan

motivasi dan sikap kerja serta dapat memberikan kepuasan perawat sebagai pemberi pelayanan keperawatan dalam melaksanakan tugas sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di Rumah Sakit Prof Dr. H. Aloei Saboe Gorontalo, dan RSUD Dr. M. M. Dunda Limboto.



## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Keperawatan**

##### **2.1.1 Pengertian Keperawatan**

Keperawatan adalah tindakan mandiri perawat profesional atau *ners* melalui kerjasama yang bersifat kolaboratif baik dengan pasien maupun tenaga kesehatan lain dalam upaya memberikan asuhan keperawatan yang holistik sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya pada berbagai tatanan pelayanan, termasuk praktik keperawatan individu dan berkelompok (Nursalam, 2011). Lebih lanjut dikemukakan oleh Potter and Perry (2005), bahwa pelayanan keperawatan adalah pelayanan berupa bantuan yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya kemauan menuju kepada kemampuan melaksanakan kegiatan hidup sehari-hari secara mandiri.

Pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan bentuk pelayanan yang diberikan kepada pasien oleh suatu tim multi disiplin termasuk tim keperawatan. Tim keperawatan merupakan anggota tim kesehatan garda depan yang menghadapi masalah kesehatan pasien selama 24 jam secara terus menerus, (Bondan, 2007).

##### **2.1.2 Faktor yang Mempengaruhi Keperawatan**

Faktor yang dapat mempengaruhi pelayanan keperawatan di rumah sakit adalah sebagai berikut:



- 1) Visi, misi dan tujuan rumah sakit yang dijabarkan secara di ruang rawat inap;
- 2) Struktur organisasi lokal, mekanisme kerja (standar) yang diberlakukan di ruang rawat;
- 3) Sumber daya manusia keperawatan yang memadai baik kuantitas maupun kualitas;
- 4) Metode penugasan/pemberi asuhan dan landasan model pendekatan kepada pasien yang ditetapkan;
- 5) Tersedianya berbagai sumber/fasilitas yang mendukung pencapaian kualitas pelayanan yang diberikan;
- 6) Kesadaran dan motivasi dari seluruh tenaga keperawatan yang ada;
- 7) Komitmen dari pimpinan rumah sakit (Bondan, 2007).

### **2.1.3 Jenis Pelayanan Keperawatan**

Nursalam (2011), mengelompokkan jenis pelayanan keperawatan di rumah sakit sebagai berikut:

- 1) Pelayanan keperawatan primer

Pelayanan keperawatan primer merupakan kontak awal yang di buat oleh pasien dengan suatu episode penyakit yang memerlukan serangkaian tindakan untuk menyelesaikan masalah-masalah kesehatan yang aktual maupun potensial.

- 2) Pelayanan keperawatan sekunder

Pelayanan keperawatan yang mencakup pemberian pelayanan medis khusus oleh dokter spesialis atau oleh rumah sakit yang di rujuk oleh dokter perawatan primer.

3) Pelayanan keperawatan tersier

Suatu tingkat pelayanan keperawatan yang memerlukan spesialisasi dan teknik yang tinggi untuk menentukan diagnosis dan mengobati masalah kesehatan yang rumit atau masalah kesehatan yang tidak biasa terjadi

4). Pelayanan keperawatan berkelanjutan (*continue*)

Pelayanan keperawatan berkelanjutan adalah pelayanan keperawatan suportif yang terus menerus untuk pasien dengan masalah kesehatan kronik dan jangka panjang.

5). Pelayanan keperawatan rawat jalan

Pelayanan ini merupakan pelayanan yang memberikan pelayanan kesehatan dengan rawat jalan. Pelayanan rawat jalan pada umumnya memberikan pelayanan perawatan primer dan sekunder.

6). Pelayanan keperawatan *home care*

Pelayanan perawatan di rumah merupakan lanjutan asuhan keperawatan dari rumah sakit yang sudah termasuk dalam rencana pemulangan (*discharge planning*) dan dapat dilaksanakan oleh perawat dari rumah sakit semula, oleh perawat komunitas di mana pasien berada, atau tim keperawatan khusus yang menangani perawatan di rumah.

7). Pelayanan keperawatan rehabilitasi.

Pelayanan rehabilitasi adalah Pelayanan keperawatan yang di berikan untuk pemulihan seseorang guna mencapai fungsi normal atau mendekati normal setelah mengalami sakit fisisk atau mental, cedera fisik atau penyalahgunaan atau pemakaian zat-zat kimia.

### 2.1.4 Teori Keperawatan

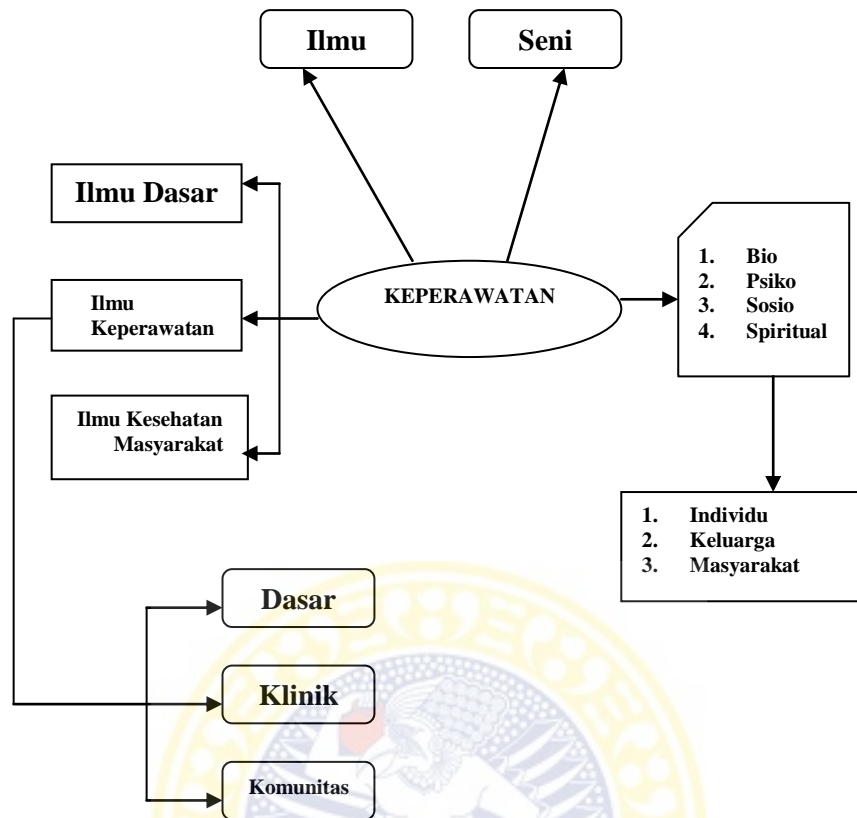
Profesi keperawatan merupakan salah satu profesi luhur bidang kesehatan. Pengertian pelayanan keperawatan sesuai WHO *Expert Committee on Nursing* (dalam Gilles, 1989), adalah gabungan dari ilmu kesehatan dan seni melayani/merawat (*care*), suatu gabungan humanistik dari ilmu pengetahuan, filosofi keperawatan, kegiatan klinik, komunikasi dan ilmu sosial. Keperawatan juga meliputi kegiatan perencanaan dan pemberian perawatan pada saat sakit, masa rehabilitasi dan menjaga tingkat kesehatan fisik, mental, dan social yang seluruhnya akan mempengaruhi status kesehatan, terjadinya penyakit, kecacatan, dan kematian.

Beberapa teori atau model ilmu keperawatan yang dapat dijadikan sebagai dasar untuk memahami permasalahan dalam penelitian ini.

#### 1. Teori Ilmu Keperawatan (Gilles,1989)

Pengertian tentang ilmu keperawatan adalah mencakup ilmu dasar (ilmu alam, ilmu social, dan ilmu perilaku), ilmu biomedik, ilmu kesehatan masyarakat, ilmu dasar keperawatan, ilmu keperawatan komunitas, dan ilmu keperawatan klinik yang aplikasinya menggunakan pendekatan dan metode menyelesaikan masalah secara ilmiah dalam memberikan pelayanan secara menyeluruh meliputi: bio, psiko, sosial, spiritual, ditujukan kepada individu, keluarga, dan masyarakat.

Lebih jelasnya dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar: 2.1 Aspek Ilmu Pelayanan Keperawatan (Nursalam, 2011)

### 2.1.5 Praktik Keperawatan

Praktik Keperawatan adalah tindakan mandiri perawat profesional melalui kerjasama berbentuk kolaborasi dengan pasien dan tenaga kesehatan lain dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan lingkungan wewenang dan tanggung jawabnya (Nursalam, 2003). PPNI (2009), mendefinisikan praktik keperawatan sebagai cara untuk membantu individu atau kelompok mempertahankan atau mencapai kesehatan yang optimal sepanjang proses kehidupan yang mengkaji status kesehatan pasien, menetapkan mengevaluasi respon pasien terhadap intervensi yang diberikan.

## **2.2 Konsep Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP)**

### **2.2.1 Sistem Penerapan MAKP**

Keberhasilan suatu asuhan keperawatan kepada pasien sangat ditentukan oleh pemilihan metode pemberian asuhan keperawatan professional. Dengan semakin meningkatnya kebutuhan masyarakat akan pelayanan keperawatan dan tuntutan perkembangan IPTEK, maka metode sistem pemberian asuhan keperawatan harus efektif dan efisien. Pemilihan sistem pemberian asuhan keperawatan yang tepat untuk setiap unit atau organisasi tergantung pada keterampilan dan keahlian staf, tersedianya tenaga professional, sumber ekonomi dari organisasi, ketajaman dari pasien dan kekompleksan dari tugas yang akan ditanggulangi (Douglas, 1992).

Nursalam (2011) mengklasifikasi 5 bentuk utama sistem pemberian asuhan keperawatan yaitu metode fungsional, metode keperawatan tim, metode keperawatan primer, manajemen kasus dan satu metode lagi yaitu keperawatan gabungan tim dan primer.

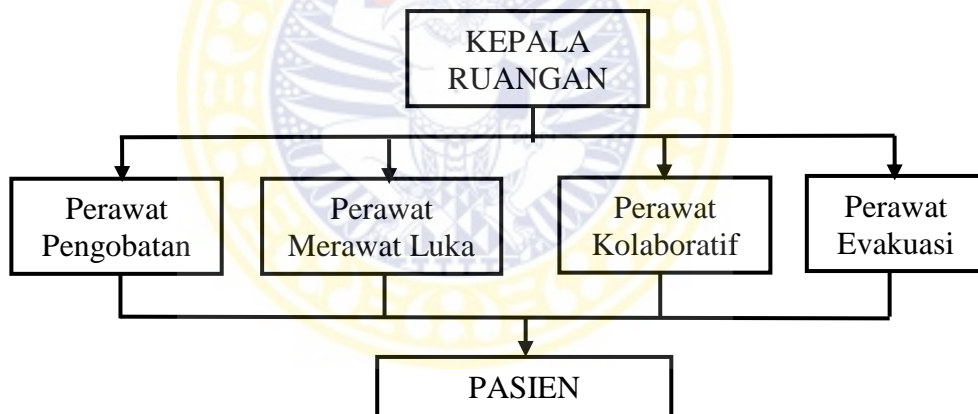
#### **1 Model fungsional**

- a. Berdasarkan orientasi tugas dari filosofi keperawatan;
- b. Perawat melaksanakan tugas/tindakan tertentu berdasar jadwal kegiatan;
- c. Metode fungsional dilaksanakan oleh perawat dalam pengelolaan asuhan keperawatan.
- d. Kelebihan model fungsional
  - 1) Manajemen klasik yang menekankan efisiensi, pembagian tugas yang jelas dan pengawasan yang baik;

- 2) Sangat baik untuk rumah sakit yang kekurangan tenaga;
- 3) Perawat senior menyibukkan diri dengan tugas manajerial, sedangkan perawatan pasien diserahkan kepada perawat yunior yang belum berpengalaman.

e. Kelemahan model fungsional

- 1) Tidak memberikan kepuasan kepada pasien maupun perawat;
- 2) Pelayanan keperawatan terpisah-pisah, tidak dapat menerapkan proses keperawatan;
- 3) Persepsi pasien cenderung kepada tindakan yang berkaitan dengan ketrampilan saja.



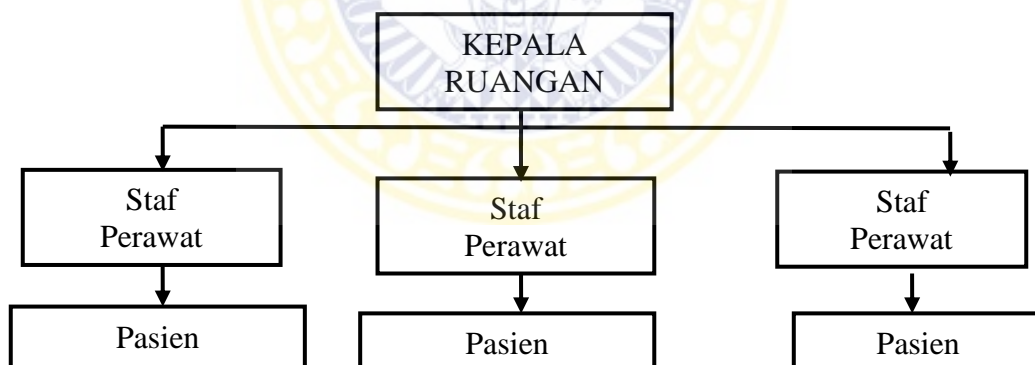
Gambar 2.2 Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan Fungsional

## 2 Model Kasus

- a. Berdasarkan pendekatan holistik dari filosofi keperawatan;
- b. Perawat bertanggung jawab terhadap asuhan pasien tertentu;
- c. Rasio 1:1 perawat–pasien;



- d. Pasien dirawat oleh perawat yang berbeda untuk setiap *shift* dan tidak ada jaminan bahwa pasien akan dirawat oleh perawat yang sama pada hari berikutnya. Umumnya dilakukan untuk perawat privat atau untuk perawatan khusus seperti: isolasi, intensif care;
- e. Setiap perawat ditugaskan untuk melayani seluruh kebutuhan pasien;
- f. Kelebihan manajemen kasus;
- 1) Perawat lebih memahami kasus per kasus;
  - 2) Sistem evaluasi dari manajerial menjadi mudah.
- g. Kelemahan manajemen kasus;
- 1) Belum dapatnya diidentifikasi perawat penanggung jawab;
  - 2) Perlu tenaga yang cukup banyak dan mempunyai kemampuan dasar yang sama.



Gambar 2.3 Sistem Asuhan Keperawatan *Care Method Nursing*

### 3 Model Primer

- a. Berdasarkan pada tindakan komprehensif dari filosofi keperawatan;
- b. Perawat bertanggung jawab terhadap semua aspek asuhan;
- c. Ratio 1:4 atau 1:5 (perawat : pasien) dan penugasan metode kasus;

d. Kelebihan model keperawatan primer;

- 1) Bersifat kontinuitas dan komprehensif;
- 2) Perawat primer mendapatkan akuntabilitas yang tinggi terhadap hasil dan diri;
- 3) Keuntungan antara lain terhadap pasien, perawat, dokter dan rumah sakit.  
Keuntungan yang diperoleh adalah pasien merasa dimanusiawikan karena terpenuhinya kebutuhan secara individu. Selain itu asuhan yang diberikan berkualitas dan tercapai pelayanan yang efektif terhadap pengobatan, dukungan, proteksi, informasi dan advokasi. Dokter juga merasakan kepuasan dengan model primer karena selalu mendapatkan informasi tentang kondisi pasien yang selalu diperbaharui dan komprehensif;

e. Kelemahan model keperawatan primer Hanya dapat dilakukan oleh perawat berpengalaman dan berpengetahuan yang memadai dengan kriteria asertif, *self direction*, kemampuan mengambil keputusan yang tepat, menguasai keperawatan klinik, akuntabel serta mampu berkolaborasi dengan berbagai disiplin;

f. Konsep dasar model keperawatan primer

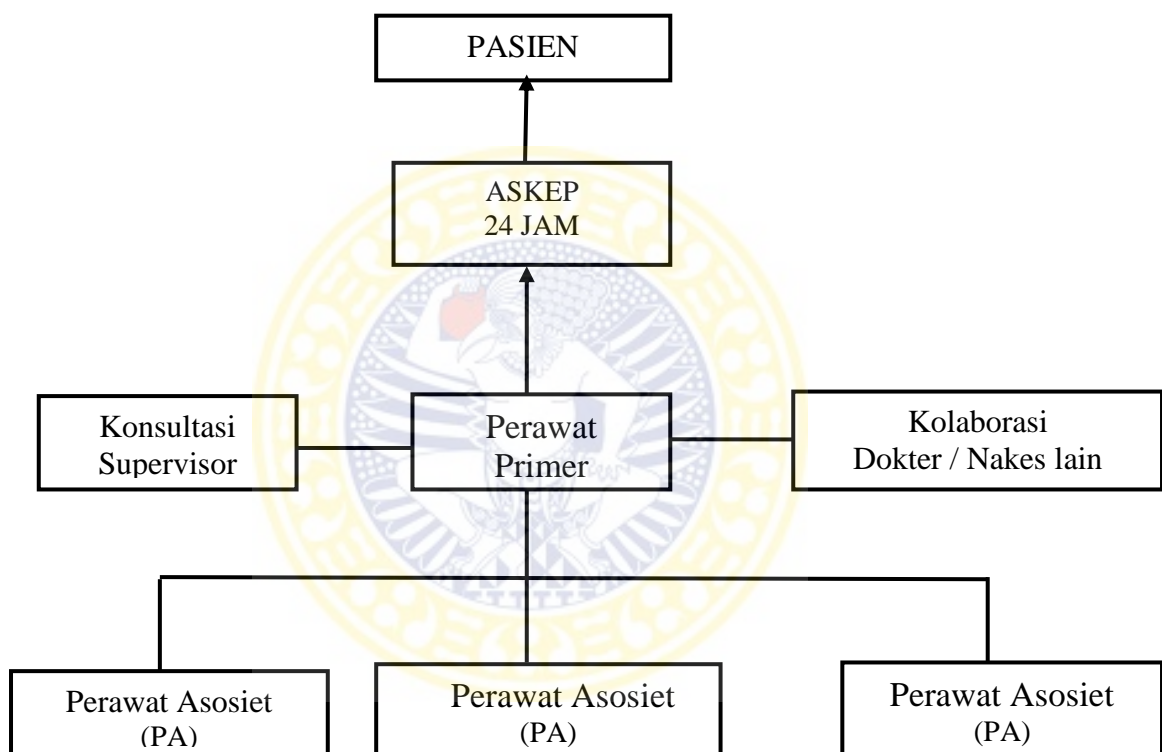
- 1) Ada tanggung jawab dan tanggung gugat;
- 2) Ada otonomi;
- 3) Ketertiban pasien dan keluarga.

g. Tugas perawat primer

- 1) Menerima pasien dan mengkaji kebutuhan pasien;

- 2) Membuat tujuan dan rencana keperawatan;
  - 3) Melaksanakan rencana yang telah dibuat selama dinas;
  - 4) Mengkomunikasikan dan mengkoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh disiplin lain maupun perawat lain;
  - 5) Mengevaluasi keberhasilan yang dicapai;
  - 6) Menerima dan menyesuaikan rencana;
  - 7) Menyiapkan penyuluhan untuk pulang;
  - 8) Melakukan rujukan kepada pekerja sosial, kontak dengan lembaga sosial di masyarakat;
  - 9) Membuat jadwal perjanjian klinik;
  - 10) Mengadakan kunjungan rumah.
- h. Peran Kepala Ruang/Bangsas dalam Metode Primer
- 1) Sebagai konsultan dan pengendalian mutu perawat primer;
  - 2) Orientasi dan merencanakan karyawan baru;
  - 3) Menyusun jadwal dinas dan memberikan penugasan pada perawat asisten;
  - 4) Evaluasi kerja;
  - 5) Merencanakan/menyelenggarakan pengembangan staf;
  - 6) Membuat 1-2 pasien untuk model agar dapat mengenal hambatan yang terjadi;
- i. Ketenagaan Model Keperawatan Primer
- 1) Setiap perawat primer adalah perawat *bed side*;
  - 2) Beban kasus pasien 4-6 orang untuk satu perawat;

- 3) Penugasan ditentukan oleh kepala bangsal;
  - 4) Perawat primer dibantu oleh perawat profesional lain maupun non profesional sebagai perawat asisten;
- j. Keuntungan utama Memuaskan pasien dan perawat Hubungan perawat primer dan tenaga kesehatan lain dapat dilihat pada bagan berikut.



Gambar 2.4: Sistem Asuhan Keperawatan *Primary Nursing*

#### 4 Metode Tim

Metode Tim adalah suatu metode penugasan pemberian asuhan keperawatan yang menyatukan tenaga profesional , teknikal dan personil pembantu perawat dalam satu tim kecil, bekerja saling mendukung dengan demikian dapat dikombinasikan superior pengetahuan dan ketrampilan dari tenaga profesioanal dengan tenaga yang teknikalnya kurang mampu atau tenaga

pembantu (Douglas, 1992).

Beberapa konsep yang penting dalam keperawatan tim adalah:

- a. Ketua tim mendapat delegasi kewenangan untuk membuat pengkajian terhadap anggota tim dan mengawasi pekerjaan tim. Ketua tim harus seorang perawat profesional, bukan perawat praktikal;
- b. Ketua tim diharapkan menggunakan gaya demokrasi atau partisipatif dalam berinteraksi dengan anggota tim;
- c. Tim bertanggung jawab terhadap semua pemberian perawatan dari pasien yang ada dalam kelompoknya;
- d. Komunikasi diantara anggota tim adalah hal yang sangat penting untuk mencapai kesuksesan. Hal ini termasuk menulis pengkajian perawatan pasien, perencanaan perawatan pasien, laporan ke dan dari ketua tim, konfrens tim mendiskusikan tentang masalah pasien dan apa yang menjadi konsen dari tim dan *feedback* informal yang sering diantara anggota tim (Priharjo, 1995).

## 2. Keuntungan dan kerugian

### a. Keuntungan

- 1) Melibatkan semua anggota tim dalam asuhan keperawatan pasien;
- 2) Lebih memberikan pendekatan komprehensif dan perawatan holistik;
- 3) Memungkinkan menyatukan kemampuan anggota tim yang berbeda-beda dengan aman dan efektif;
- 4) Memungkinkan pemberian perawatan yang berkualitas dengan proporsi yang relatif besar dari kurangnya biaya untuk personil pembantu;

- 5) Peningkatan kerjasama dan komunikasi diantara anggota tim sehingga dapat meningkatkan semangat, memperbaiki fungsi staf secara keseluruhan.

b. Kerugian

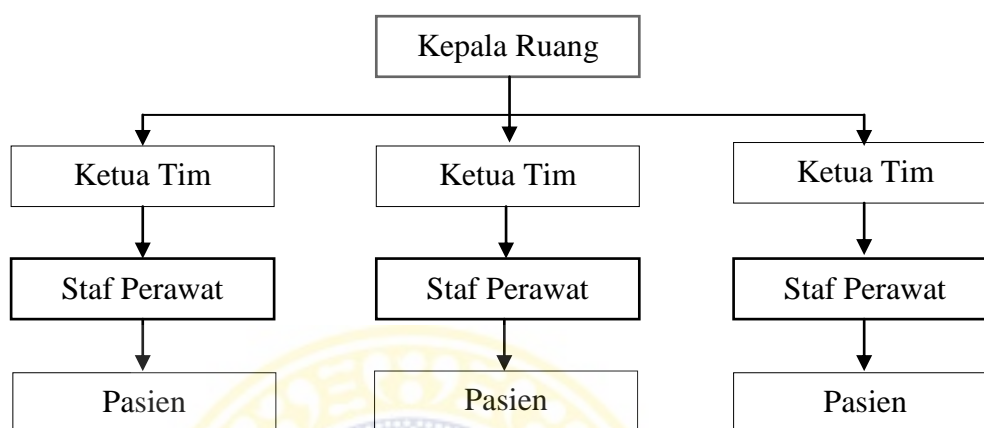
- 1) Dapat menimbulkan fragmentasi dalam keperawatan bila konsepnya tidak diimplementasikan dengan total;
- 2) Keperawatan tim bisa sulit untuk menemukan waktu untuk konfrens tim dan rencana perawatan;
- 3) Ketua tim lebih bertanggung jawab dan memiliki otoritas dibandingkan dengan anggota tim;
- 4) Sedikit efisiensi hilang berhubungan dengan peningkatan kebutuhan interaksi diantara anggota.

Dari setiap metode ini dapat dimodifikasi untuk memenuhi tujuan khusus organisasi, kebutuhan staff dan kebutuhan pasien. Metode tim didasarkan pada keyakinan bahwa setiap anggota kelompok mempunyai kontribusi dalam merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan sehingga timbul motivasi dan rasa tanggung jawab perawat yang tinggi sehingga diharapkan mutu asuhan keperawatan meningkat. Menurut Nursalam (2011) pelaksanaan model tim harus berdasarkan konsep berikut:

1. Ketua tim sebagai perawat profesional harus mampu menggunakan teknik kepemimpinan;
2. Komunikasi yang efektif penting agar kontinuitas rencana keperawatan terjamin;



3. Anggota tim menghargai kepemimpinan ketua tim;
4. Peran kepala ruang penting dalam model tim. Model tim akan berhasil baik bila didukung oleh kepala ruang.



Gambar 2.5 Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan *Team Nursing*

### 2.2.2 Tinjauan penerapan metode Tim

Sebagaimana diuraikan terdahulu bahwa metode Tim adalah merupakan suatu model pemberian asuhan keperawatan dimana seorang perawat profesional memimpin sekelompok tenaga keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada sekelompok pasien melalui upaya kooperatif dan kolaboratif, (Douglas, 1992). Metode Tim didasarkan pada keyakinan bahwa setiap anggota kelompok mempunyai kontribusi dalam merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan sehingga timbul motivasi dan rasa tanggung jawab perawat yang tinggi sehingga diharapkan kualitas asuhan keperawatan meningkat.

Menurut Nursalam (2011), pelaksanaan metode tim harus dilandaskan pada konsep berikut ini:

#### a. Komunikasi

Secara umum pengertian komunikasi adalah: suatu proses penyampaian pesan oleh seseorang kepada orang lain untuk memberi tahu atau mengubah sikap, pendapat, atau perilaku secara keseluruhan baik secara langsung dengan lisan maupun tidak langsung melalui media.

Selain dengan anggota Tim, ketua Tim juga melakukan komunikasi langsung dengan dokter, ahli gizi dan tim kesehatan lainnya untuk membahas perkembangan pasien dan perencanaan baru yang perlu dibuat.

Komunikasi dalam Praktik keperawatan professional merupakan unsur utama bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang optimal. Kegiatan keperawatan yang memerlukan komunikasi (Nursalam, 2011) antara lain:

##### 1 Timbang terima

Adalah suatu cara menyampaikan dan menerima sesuatu (laporan) yang berkaitan dengan keadaan pasien. Tujuan timbang terima adalah:

- a Menyampaikan kondisi atau keadaan secara umum pasien;
- b Menyampaikan hal-hal penting yang perlu ditindaklanjuti oleh dinas/shift berikutnya;
- c Tersusunnya rencana kerja untuk dinas/shift berikutnya.

Hal-hal yang perlu disampaikan pada saat timbang terima adalah:

- a. Identitas pasien dan diagnosis medik;
- b. Masalah keperawatan yang kemungkinan masih muncul;
- c. Tindakan keperawatan yang sudah dan belum dilaksanakan;

- d. Intervensi kolaborasi dan dependensi;
  - e. Rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan dalam kegiatan selanjutnya misalnya operasi, laboratorium/pemeriksaan penunjang lainnya, persiapan untuk konsultasi atau prosedur lainnya yang tidak dilaksanakan secara rutin;
  - f Perawat yang melakukan timbang terima dapat melakukan klarifikasi, tanya jawab dan melakukan validasi terhadap hal-hal yang kurang jelas;
  - g Penyampaian pada saat timbang terima secara singkat dan jelas;
  - h Lama timbang terima untuk pasien tidak lebih dari 5 menit kecuali pada kondisi khusus yang memerlukan penjelasan yang lengkap dan rinci;
  - i Pelaporan untuk timbang terima dituliskan langsung pada buku laporan ruangan oleh perawat.
2. Proses timbang terima
- a. Proses timbang terima dilakukan pada setiap pergantian dinas (*shift*), yaitu pukul 08.00, 14.00, 21.00;
  - b Timbang terima pagi merupakan *pre conference* untuk dinas pagi dan *post conference* untuk dinas malam. Timbang terima ini di pimpin langsung oleh penanggung jawab dinas malam;
  - c. Timbang terima siang merupakan *pre conference* untuk dinas sore dan *post conference* untuk dinas pagi. Timbang terima ini dipimpin oleh kepala ruangan;
  - d. Timbang terima malam merupakan *pre conference* untuk dinas malam dan *post conference* untuk dinas sore. Timbang terima ini dipimpin oleh

penanggung jawab dinas.

### 3. Pelaksanaan timbang terima

- a. Di kantor perawat (*nurse station*), perawat yang sudah selesai dinas kepada perawat pengganti dari tim yang sama yang akan merawat pasien yang menjadi tanggung jawab timnya. Bila tidak ada anggota tim yang dinas baik sore atau malam timbang terima dilakukan kepada penanggung jawab dinas;
- b. Di ruangan pasien setelah timbang terima di kantor perawat, dilanjutkan dengan ronde untuk memvalidasi keadaan pasien.

### 4. *Pre dan Post Conference*

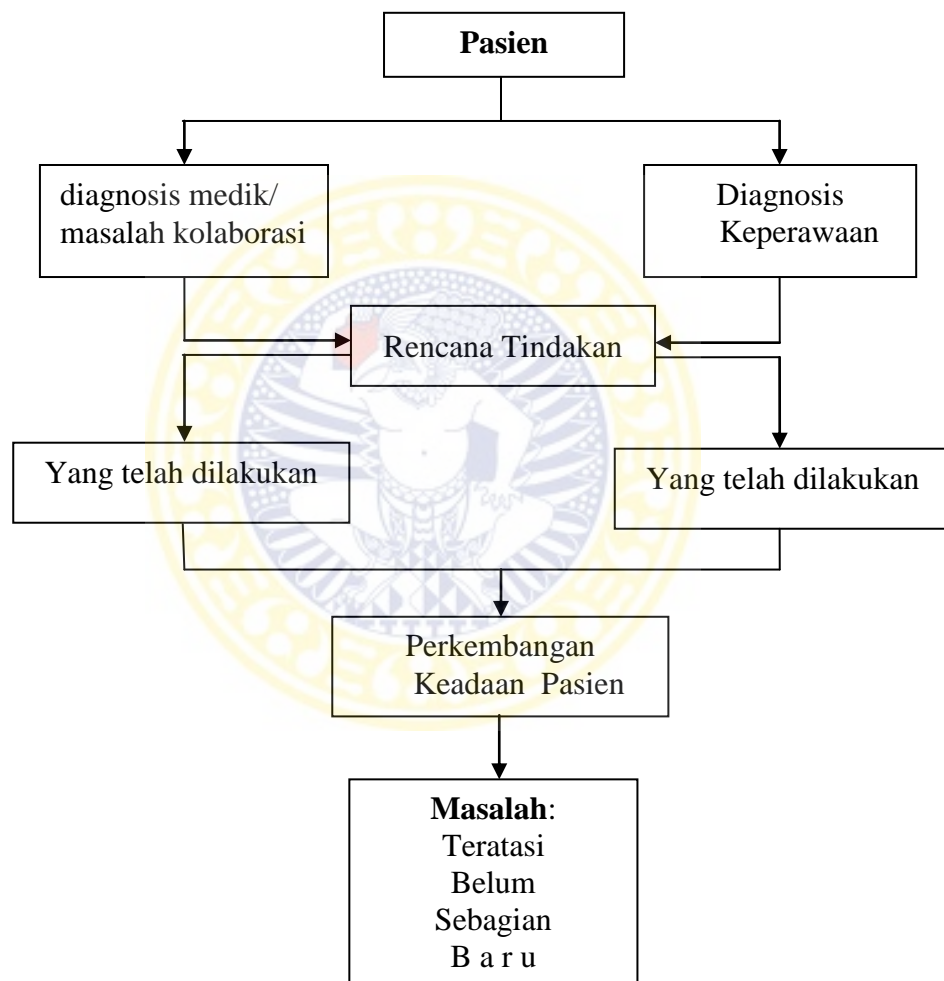
- a. *Pre conference* dilaksanakan sebelum pemberian asuhan keperawatan dan *post conference* dilaksanakan sesudah pemberian asuhan keperawatan;
- b. Waktu efektif yang diperlukan 10 atau 15 menit;
- c. Topik yang dibicarakan harus dibatasi, umumnya tentang keadaan pasien, perencanaan tindakan ataupun rencana dan data yang perlu ditambahkan;
- d. Yang terlibat dalam *conference* adalah kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim.

### 4. Pedoman pelaksanaan *conference*

- a. Sebelum dimulai tujuan *conference* harus dijelaskan;
- b. Diskusi harus mencerminkan proses dan dinamika kelompok;
- c. Pemimpin mempunyai peran untuk menjaga fokus diskusi tanpa mendominasi dan memberi umpan balik;
- d. Pemimpin harus merencanakan topik yang penting secara periodik;
- e. Ciptakan suasana diskusi yang mendukung peran serta, keinginan

mengambil tanggung jawab dan menerima pendekatan serta pendapat yang berbeda;

- f. Ruang diskusi diatur sehingga dapat tatap muka pada saat diskusi;
- g. Pada saat menyimpulkan *conference*, ringkasan diberikan oleh pemimpin dan kesesuaiannya dengan situasi lapangan.



Gambar 2.6 Pelaksanaan timbang terima

### 2.2.3 Pembagian Tugas dan tanggung Jawab dalam Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) Tim, (Nursalam, 2011)

Pelaksanaan metode Tim telah dibagi dalam pembagian tugas dan tanggung jawab Kepala ruangan, Ketua Tim dan anggota Tim yang terdiri dari

perawat pelaksana dan perawat pembantu.

#### 1. Kepala ruangan

Peran kepala ruangan dalam metode tim, akan berhasil baik bila didukung oleh kepala ruangan. Adapun tanggung jawab kepala ruang dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- a. Menunjukkan ketua tim akan bertugas di ruangan masing-masing.
- b. Mengikuti serah terima pasien di *shift* sebelumnya;
- c. Mengidentifikasi tingkat ketergantungan pasien: gawat, transisi dan persiapan pulang bersama ketua tim;
- d. Mengidentifikasi jumlah perawat yang dibutuhkan berdasarkan aktifitas dan kebutuhan pasien bersama ketua tim, mengatur penugasan/ penjadwalan;
- e. Merencanakan strategi pelaksanaan keperawatan;
- f. Mengikuti visite dokter untuk mengetahui kondisi, patofisiologi, tindakan medis yang dilakukan, program pengobatan dan mendiskusikan dengan dokter tentang tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien;
- g. Mengatur dan mengendalikan asuhan keperawatan;
- h. Membantu mengembangkan niat pendidikan dan latihan diri;
- i. Membantu membimbing terhadap peserta didik keperawatan;
- j. Merumuskan metode penugasan yang digunakan;
- k. Mengatur dan mengendalikan tenaga keperawatan: membuat proses dinas, mengatur tenaga yang ada setiap hari dan lain-lain;
- l. Mengatur dan mengendalikan logistik ruangan;



- m. Mendelegasikan tugas saat kepala ruangan tidak berada ditempat kepada ketua tim;
- n. Memberi wewenang kepada tata usaha untuk menpegawais administrasi pasien;
- o. Memberi motivasi dalam peningkatan pengetahuan, keterampilan dan sikap;
- p. Audit keperawatan.

## 2. Ketua tim

Adapun tanggung jawab ketua tim dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- a. Bertanggung jawab terhadap pengelolaan asuhan keperawatan pasien sejak masuk sampai pulang;
- b Mengembangkan kemampuan anggota;
- c Mengorientasikan pasien yang baru dan keluarganya;
- d Mengkaji kondisi kesehatan pasien dan keluarganya;
- e Membuat diagnosis keperawatan dan rencana keperawatan;
- f Menyelenggarakan konfrens;
- g Mengkomunikasikan rencana keperawatan kepada anggota tim;
- h. Mengarahkan dan membimbing anggota tim dalam melakukan tindakan keperawatan;
- i Mengevaluasi tindakan dan rencana keperawatan;
- j Melaksanakan tindakan keperawatan tertentu;
- k Mengembangkan perencanaan pasien pulang;

- l Memonitor pendokumentasian tindakan keperawatan yang dilakukan oleh anggota tim;
  - m Melakukan/mengikuti pertemuan dengan anggota tim/tim kesehatan lainnya untuk membahas perkembangan kondisi pasien.
- 3 Perawat pelaksana
- a. Melaksanakan tindakan keperawatan yang telah direncanakan ketua tim;
  - b. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang dilakukan;
  - c. Membantu ketua tim melakukan pengkajian, menentukan diagnosis keperawatan dan membuat rencana keperawatan;
  - d. Membantu ketua tim mengevaluasi hasil tindakan keperawatan;
  - e. Membantu/bersama dengan ketua tim mengorientasikan pasien baru;
  - f. Mengganti tugas pembantu perawat bila diperlukan.
4. Pembantu perawat bertugas sebagai:
- a. Membersihkan ruangan dan meja pasien;
  - b. Menyediakan alat-alat yang diperlukan untuk tindakan keperawatan;
  - c. Membantu perawat dalam melakukan asuhan keperawatan;
  - d. Membersihkan alat-alat yang telah digunakan;
  - e. Menpegawais pemberangkatan dan pemulangan pasien konsul;
  - f. Mengantar urinal dan pispot ke dan dari pasien.

#### **2.2.4 Strategi Kerja Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) Tim.**

Saat pasien baru masuk di ruang rawat, pasien dan keluarga akan diterima oleh Ketua tim dan diperkenalkan kepada anggota tim yang ada. Kemudian ketua tim akan memberikan orientasi tentang ruangan, peraturan - peraturan di Ruangan,

perawat penanggung jawab (ketua Tim) dan anggota tim.

Ketua tim (dapat dibantu oleh anggota tim) melakukan pengkajian, kemudian membuat rencana keperawatan berdasarkan standar rencana keperawatan yang sudah ada setelah terlebih dahulu melakukan analisa dan modifikasi terhadap rencana keperawatan tersebut sesuai dengan kondisi pasien.

Setelah menganalisa dan memodifikasi rencana keperawatan, ketua tim menjelaskan rencana keperawatan tersebut kepada anggota tim, selanjutnya anggota tim akan melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan tersebut dan rencana tindakan medis yang dituliskan pada format tersendiri. Tindakan yang telah dilakukan oleh anggota tim lalu didokumentasikan pada format yang tersedia.

Bila anggota tim yang menerima pasien baru pada sore dan malam hari atau saat hari libur, pengkajian awal dapat dilakukan oleh anggota tim terutama yang terkait dengan masalah kesehatan utama pasien, anggota tim membuat masalah keperawatan yang utama dan melakukan tindakan keperawatan dengan terlebih dahulu mendiskusikannya dengan penanggung jawab sore/malam/hari libur. Saat ketua tim ada, pengkajian dilengkapi oleh ketua tim, kemudian membuat rencana yang lengkap dan selanjutnya akan menjadi panduan bagi anggota tim dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien.

Pada dinas pagi, ketua tim bersama anggota tim melakukan operan dari dinas malam, selanjutnya dengan anggota tim pagi melakukan konfres tentang permasalahan pasien, pembagian pengelolaan pasien untuk tiap anggota tim, dan mengkoordinasikan tugas yang harus dilakukan oleh anggota tim.

Selain dengan anggota tim, ketua tim juga melakukan komunikasi langsung dengan dokter, ahli gizi dan tim kesehatan lain untuk membahas perkembangan pasien dan perencanaan baru yang perlu dibuat. Selain itu, mengidentifikasi pemeriksaan penunjang yang telah ada dan yang perlu dilakukan selanjutnya. Bila terdapat rencana baru atau ada tindakan tertentu yang harus dilakukan, maka ketua tim akan mengkomunikasikan kepada anggota tim untuk melaksanakannya. Jika terdapat tindakan spesifik yang mungkin tidak dapat dilakukan oleh anggota tim, maka ketua tim yang akan melakukan langsung tindakan tersebut. Terutama dalam melakukan intervensi pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga akan dilakukan oleh ketua tim yang didasarkan atas hasil pengkajian pada kebutuhan peningkatan pengetahuan. Pendidikan kesehatan dapat dilakukan mandiri oleh ketua tim atau kolaborasi, misalnya dengan ahli gizi untuk penjelasan mengenai diet pasien yang benar.

Selama anggota tim melakukan asuhan keperawatan pada pasien, ketua tim akan memonitor tindakan yang dilakukan dan memberi bimbingan pada anggota tim. Anggota tim selama melakukan asuhan keperawatan harus mendokumentasikan semua tindakan yang telah dilakukan pada format -format yang terdapat dipapan dokumentasi. Kemudian ketua tim akan memonitor dan mengevaluasi dokumentasi yang dibuat oleh anggota tim.

Setiap hari ketua tim mengevaluasi perkembangan pasien dengan mendokumentasikan pada format catatan perkembangan dengan metode SOAP (data subyektif, data obyektif, analisa dan perencanaan). Catatan perkembangan pasien bagi anggota tim menjadi penuntun dalam memberikan asuhan

keperawatan pada pasien.

### 2.2.5 Sistem Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP)

Sistem MAKP adalah suatu kerangka kerja yang mendefinisikan empat unsur yakni: Standar, Proses keperawatan, Pendidikan keperawatan, dan Sistem MAKP (Nursalam, 2011). Definisi tersebut berdasarkan prinsip-prinsip nilai yang diyakini dan akan menentukan kualitas pelayanan keperawatan. Jika perawat tidak memiliki nilai-nilai tersebut sebagai sesuatu pengambilan keputusan yang independen, maka tujuan pelayanan keperawatan dalam emenuhi kepuasan pasien tidak akan dapat terwujud. Keempat unsur tersebut harus menjadi bahan pertimbangan karena merupakan suatu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan seperti pada Gambar 2.7 berikut.



Gambar 2.7 Hubungan antar keempat unsur dalam penerapan sistem MAKP

Dasar Pertimbangan Pemilihan Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP). Nursalam (2011), mengidentifikasi 6 model pemberian asuhan keperawatan, tetapi model yang umum dilakukan di rumah sakit adalah Keperawatan Tim dan Keperawatan Primer, karena setiap perubahan akan berdampak terhadap suatu stress, maka perlu mempertimbangkan 6 unsur utama yaitu:

1. Sesuai dengan visi dan misi institusi;
2. Dapat diterapkan proses keperawatan dalam asuhan keperawatan;
3. Efisien dan efektif penggunaan biaya;
4. Terpenuhinya kepuasan pasien, keluarga dan masyarakat;
5. Kepuasan kinerja perawat;
6. Terlaksananya komunikasi yang adekuat.

#### **2.2.6 Definisi Metode Asuhan Keperawatan Profesional Model Tim**

Suatu metode yang menggunakan tim yang terdiri atas anggotanya yang berbeda-beda dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap sekelompok pasien. Perawat ruangan dibagi menjadi 2-3 tim/grop yang terdiri atas sekelompok tenaga profesional, teknikal dan pembantu dalam satu kelompok kecil yang saling membantu. Dalam penerapannya ada kelebihan dan kelemahannya yaitu (Nursalam, 2011).

##### **a. Kelebihan**

Memungkinkan pelayanan keperawatan yang menyeluruh, Mendukung pelaksanaan proses keperawatan, Memungkinkan komunikasi antar tim sehingga konflik mudah diatasi dan memberi kepuasan kepada anggota tim.



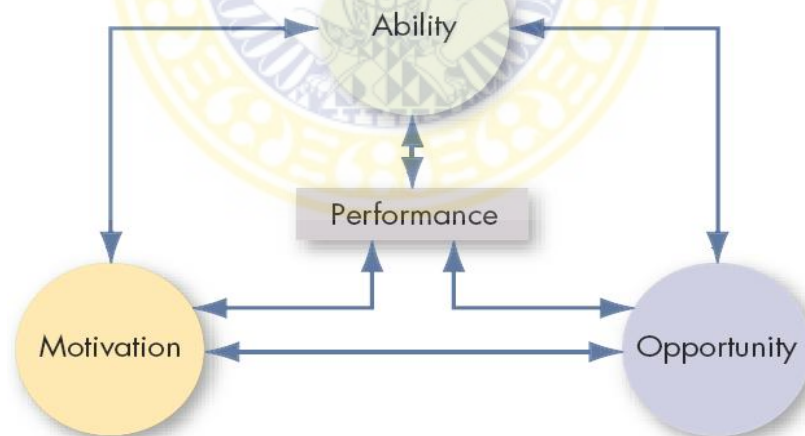
## b. Kelemahan

Komunikasi antar anggota tim terbentuk terutama dalam bentuk konferensi tim, yang biasanya membutuhkan waktu dimana sulit untuk melaksanakan pada waktu-waktu sibuk.

## 2.3 Pengertian Kinerja

“ *Performance is defined as the record of outcomes produced on a specific job function or activity during a specified time period*”. Kinerja merupakan usaha dari hasil pekerjaan dalam menjalankan fungsi /tugas khusus atau kegiatan selama periode tertentu. (Robbins, 1990)

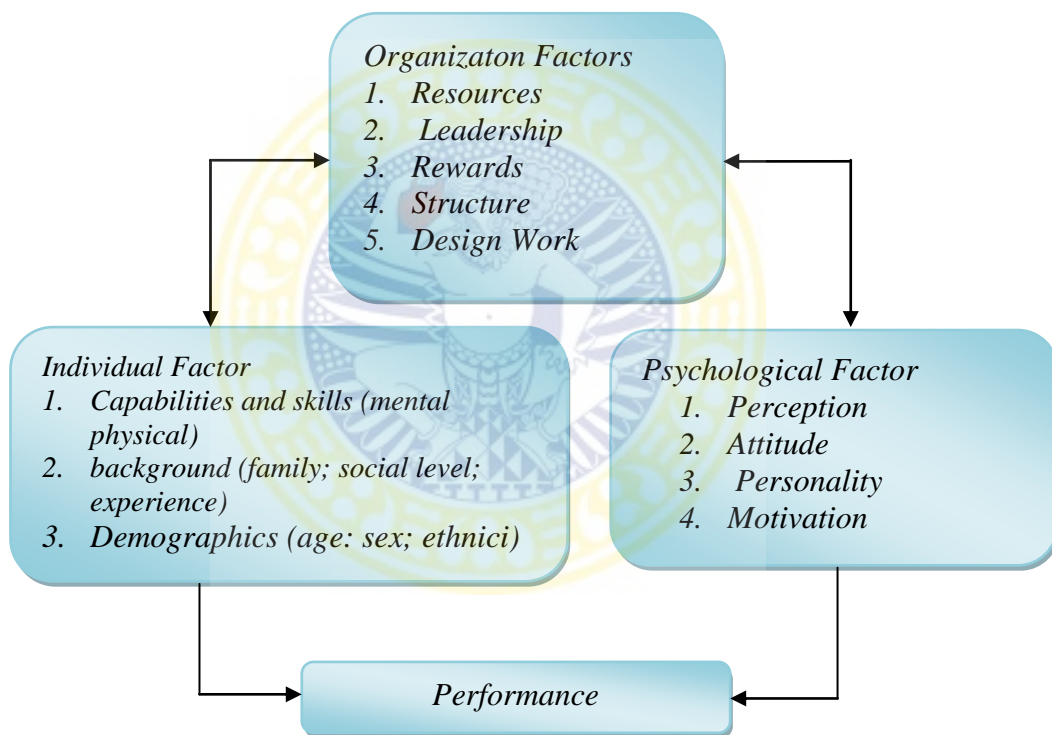
Kinerja (*performance*) merupakan fungsi dari kemampuan (*ability*), motivasi (*motivation*) dan kesempatan atau lingkungan kerja (*opportunity*).



Gambar 2.8 Hubungan antara Kinerja dan Faktor Kinerja

*Ability (can do factors)* dibangun oleh pengetahuan, keterampilan dan *aptitude* seseorang, sedangkan motivasi (*will do factors*) dibangun oleh motivasi, *personality*.

Kinerja adalah hasil kerja yang dapat dicapai oleh seseorang atau sekelompok orang dalam satu organisasi sesuai wewenang dan tanggung jawab masing-masing dalam rangka upaya mencapai tujuan organisasi secara legal, tidak melanggar hukum dan sesuai moral maupun etika. kinerja merupakan penampilan hasil karya personel baik kualitas maupun kuantitas dalam suatu organisasi. kepuasan kerja sebagai sikap Umum individual terhadap pekerjaannya. Kinerja adalah upaya (aktivitas) ditambah hasil kerja (Supriyanto, 2010).



Gambar 2.9 Hubungan Faktor Organisasi, Individu dan Kinerja

Kinerja merupakan perilaku organisasi yang secara langsung berhubungan dengan produksi barang atau penyampaian jasa. Informasi tentang kinerja organisasi merupakan suatu hal yang sangat penting digunakan untuk mengevaluasi apakah proses kinerja yang dilakukan organisasi selama ini sudah

sejalan dengan tujuan yang diharapkan atau belum. Akan tetapi dalam kenyataannya banyak organisasi yang justru kurang atau bahkan tidak jarang ada yang tidak mempunyai informasi tentang kinerja dalam organisasinya. Pengertian kinerja dalam organisasi merupakan jawaban dari berhasil atau tidaknya tujuan organisasi yang telah ditetapkan. Para atasan atau manajer sering tidak memperhatikan, kecuali jika keadaan sudah menjadi sangat buruk atau segala sesuatu menjadi serba salah. Kadang beberapa atasan atau manajer tidak mengetahui betapa buruknya kinerja yang ada sehingga perusahaan/instansi menghadapi krisis yang serius. Kinerja merupakan perilaku yang nyata yang ditampilkan setiap orang sebagai prestasi kerja yang dihasilkan oleh karyawan sesuai dengan perannya dalam perusahaan.

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

1. Faktor individu: kemampuan, ketrampilan, latar belakang keluarga, pengalaman kerja, tingkat sosial dan demografi seseorang;
2. Faktor psikologis: persepsi, peran, sikap, kepribadian, motivasi dan kepuasan kerja;
3. Faktor organisasi: struktur organisasi, desain pekerjaan, kepemimpinan, sistem penghargaan (*reward system*).

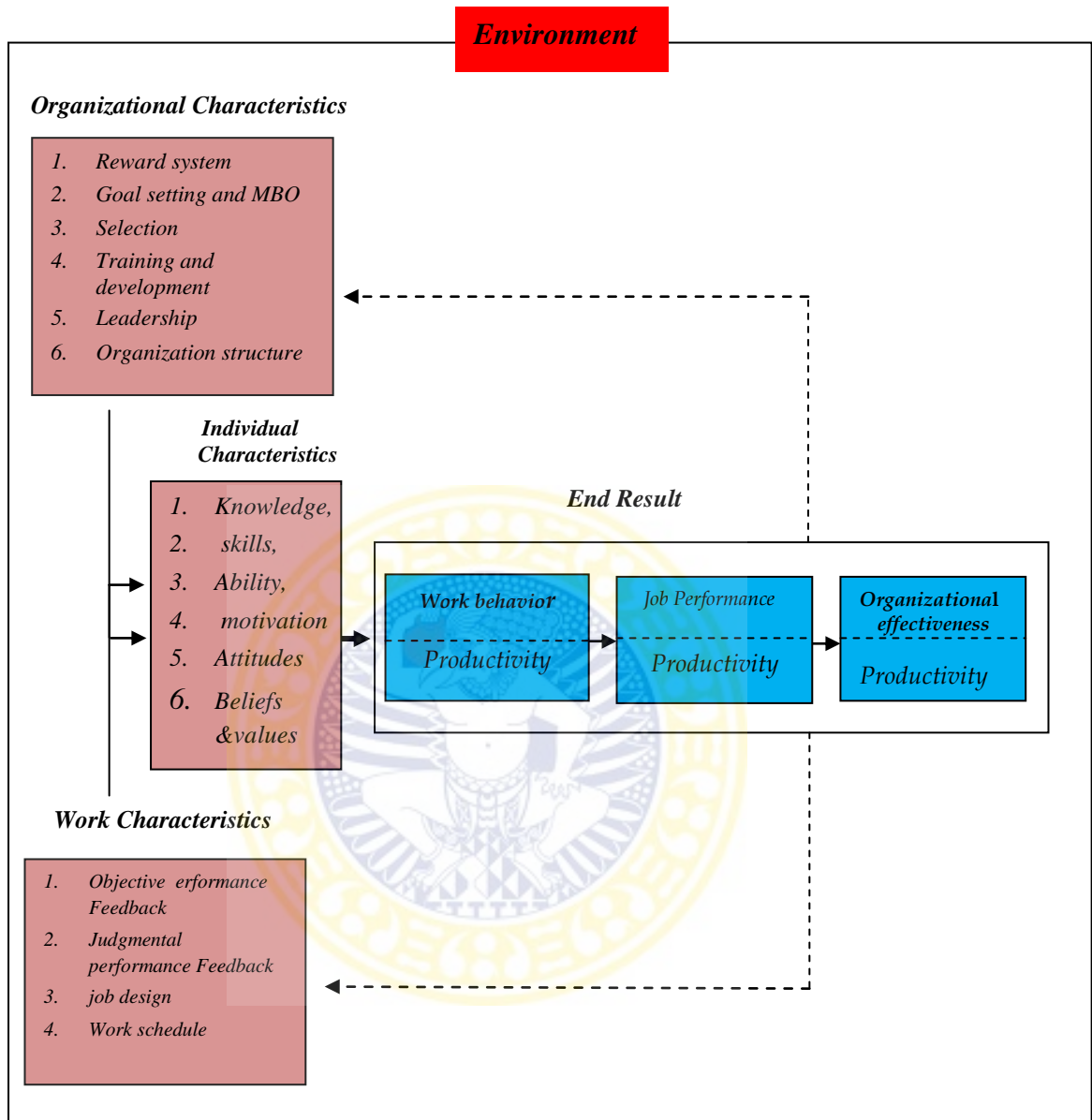
Sedangkan yang dimaksud dengan dimensi kinerja menurut Gomes (1997), memperluaskan dimensi prestasi kerja karyawan yang berdasarkan:

1. *Quantity of work*; jumlah kerja yang dilakukan dalam suatu periode waktu yang ditentukan;

2. *Quality of work*; kualitas kerja berdasarkan syarat-syarat kesesuaian dan kesiapannya;
3. *Job knowledge*; luasnya pengetahuan mengenai pekerjaan dan ketrampilannya;
4. *Creativeness*; Keaslian gagasan-gagasan yang dimunculkan dan tindakan-tindakan untuk menyelesaikan persoalan-persoalan yang timbul;
5. *Cooperation*; kesetiaan untuk bekerjasama dengan orang lain;
6. *Dependability*; kesadaran dan kepercayaan dalam hal kehadiran dan penyelesaian kerja;
7. *Initiative*; semangat untuk melaksanakan tugas-tugas baru dan dalam memperbesar tanggungjawabnya;
8. *Personal qualities*; menyangkut kepribadian, kepemimpinan, keramahan, dan integritas pribadi.

### **2.3.1 Kinerja atau Produktivitas**

Teori Kinerja atau produktivitas menurut Kopelman (1986), faktor penentu organisasi yakni kepemimpinan dan sistem imbalan berpengaruh terhadap kinerja individu melalui motivasi, sedang faktor penentu pendidikan berpengaruh terhadap kinerja individu melalui variabel pengetahuan, keterampilan dan kemampuan. Kemampuan dibangun oleh pengetahuan dan keterampilan tentang kerja. Faktor pekerjaan yakni umpan balik, variasi, desain pekerjaan, beban kerja, job desain berpengaruh terhadap kinerja individu melalui variabel sikap, pengetahuan, kemampuan dan motivasi.



Gambar 2.10 Produktivitas dan Faktor Produktivitas

### 2.3.2 Faktor yang mempengaruhi kinerja

Faktor yang mempengaruhi kinerja ini sesuai dengan konsep kinerja menurut Robbin (1990) adalah faktor kemampuan (*ability*) dan faktor motivasi (*motivation*).

1.  $Human\ performance = ability + motivation;$

2. *Motivation = attitude + situation;*
3. *Ability = knowledge + skill.*

Selanjutnya Robbins dan Judge (2007), mengemukakan bahwa kinerja karyawan (*employee performance*) adalah tingkat terhadap mana karyawan mencapai persyaratan-persyaratan pekerjaan. Penilaian kinerja (*performance appraisal*) adalah proses yang mengukur kinerja karyawan. Penilaian kinerja pada umumnya mencakup aspek kualitatif maupun kuantitatif dari pelaksanaan pekerjaan. Penilaian kinerja berkenaan dengan seberapa baik seseorang melakukan pekerjaan yang ditugaskan atau yang diberikan. Program penilaian karyawan yang dianut oleh perusahaan, dapat menimbulkan kepercayaan moral yang baik dari karyawan terhadap perusahaan. Adanya kepercayaan dikalangan karyawan bahwa mereka akan menerima imbalan sesuai dengan prestasi yang dicapainya, akan merupakan rangsangan bagi karyawan untuk memperbaiki prestasinya. Selanjutnya bila karyawan diberitahu kelemahan-kelemahannya, maka dengan bantuan pimpinan mereka berusaha untuk memperbaiki diri masing-masing. Penilaian karyawan dapat menimbulkan loyalitas terhadap perusahaan bila pemimpin mengembangkan dan memajukan karyawannya melalui pemberian sarana pendidikan khusus bagi karyawan yang memerlukannya.

#### **2.4 Budaya Organisasi**

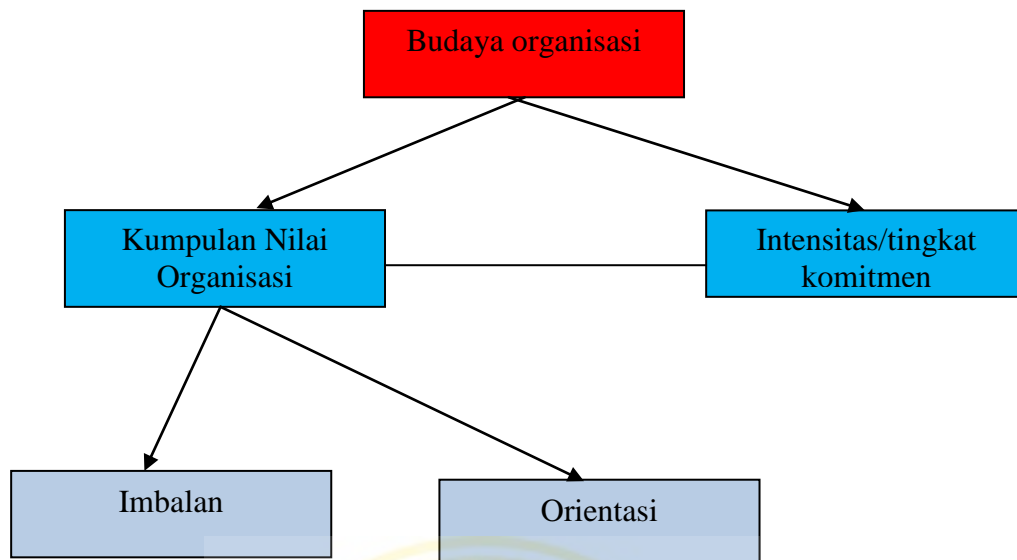
Robbins (1990), mengemukakan bahwa budaya organisasi rumah sakit sebaiknya mempunyai beberapa hal sebagai berikut:

1. Menetapkan batas aturan secara jelas sebagai keputusan formal organisasi;



2. Memberikan identitas setiap anggota organisasi sesuai tugas, fungsi dan kompetensinya;
3. Mendorong secara konsisten dan membangun komitmen diantara anggota organisasi;
4. Meningkatkan stabilitas organisasi dan membangun perekat social diantar karyawan;
5. Membangun mekanisme pembentukan sikap serta perilaku sesuai dengan kebutuhan organisasi.

Di dalam organisasi terdapat sekumpulan nilai sebagai kristalisasi nilai individu, kelompok dan akhirnya menjadi nilai bersama. Kumpulan nilai (*sharedness*) merupakan kumpulan dari nilai individu dan kelompok yang menjadi nilai organisasi. Kumpulan nilai bisa masih dalam bentuk orientasi atau sudah menjadi cara bekerja organisasi (imbalan), nilai bersama yang merupakan kristalisasi nilai dan kelompok dapat dinyatakan dalam persentasi atau tingkat komitmen.

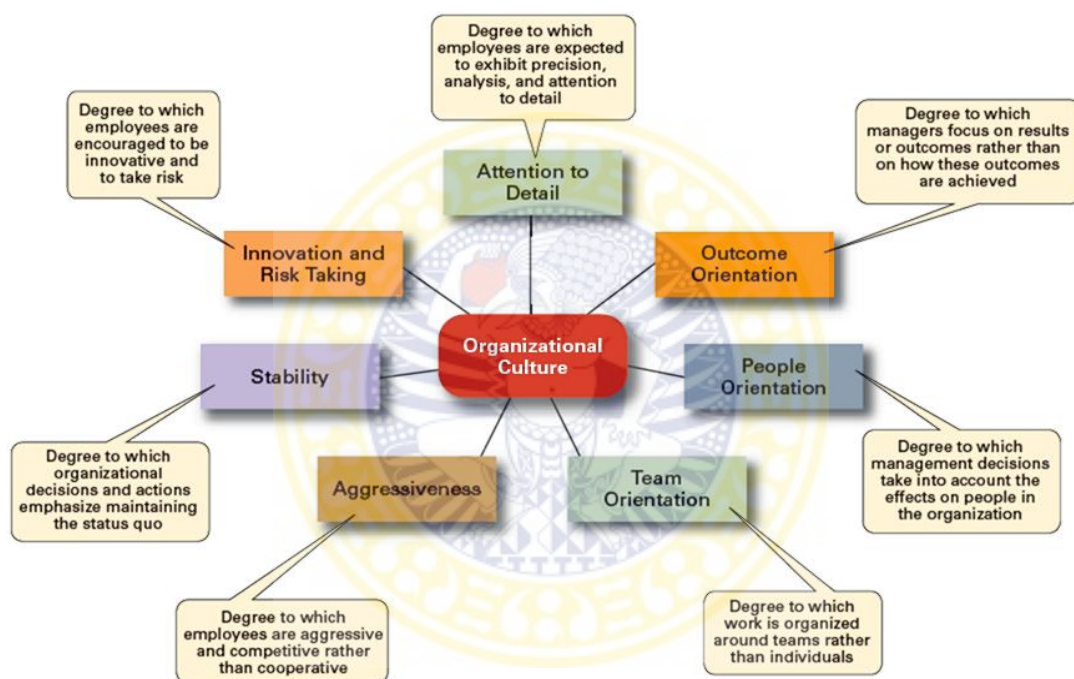


Gambar 2.11. Budaya Organisasi

Persepsi anggota organisasi terhadap budaya organisasi berbeda antara satu dengan yang lainnya. Robbins (1990), mengemukakan tujuh karakteristik budaya organisasi terdiri yaitu:

1. Inovasi dan pengambilan risiko (*Innovation and risk taking*) adalah kondisi di mana karyawan didorong untuk melakukan inovasi dan pengambilan risiko pekerjaannya;
2. Perhatian pada hal rinci (*Attention to detail*) adalah karyawan diharapkan dapat melakukan ramalan, dapat melakukan analisis dan perhatian pada hal yang rinci;
3. Orientasi hasil (*Outcome orientation*), tingkat yang mana pimpinan lebih beorientasi pada hasil kerja dari proses kerja;
4. Orientasi sumber daya manusia (*People orientation*) adalah keputusan manajemen mempertimbangkan pengaruh pada karyawan;

5. Orientasi Tim (*Team orientation*), adalah pekerjaan perawat lebih beorientasi tim dari orientasi individual;
6. Keagresifan (*Aggressiveness*), karyawan agresif dan lebih berorientasi kompetitif daripada orientasi kooperatif;
7. *Stability*. Tingkat yang mana keputusan dan tindakan organisasi lebih menekankan pemeliharaan atau berada pada status quo.



Gambar: 2.12 Karakteristik Budaya Organisasi

Menurut Robbins (1990), kebudayaan merupakan inti dari apa yang penting dalam organisasi, seperti aktivitas memberi perintah, dan larangan serta menggambarkan sesuatu yang dilakukan dan tidak dilakukan yang mengatur perilaku anggota. Robbins (1990) mengemukakan bahwa budaya merupakan berbagai interaksi dari ciri-ciri kebiasaan yang mempengaruhi kelompok-kelompok orang dalam lingkungannya. Jadi budaya mengandung apa yang boleh

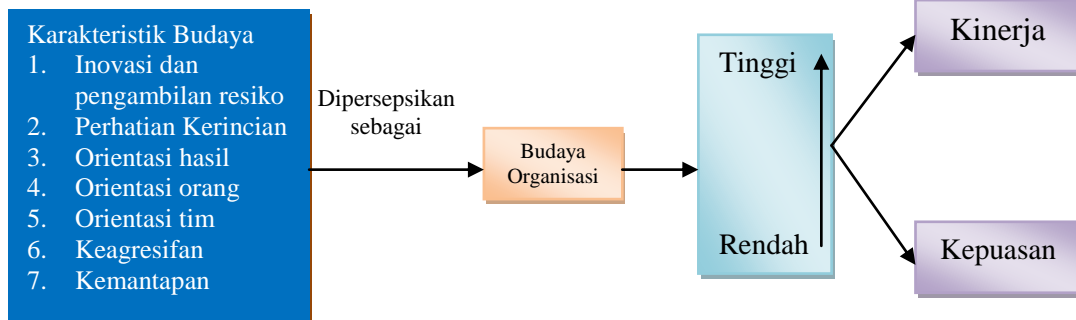
dilakukan atau tidak boleh dilakukan sehingga dapat dikatakan sebagai suatu pedoman yang dipakai untuk menjalankan aktivitas organisasi.

Budaya organisasi merupakan pengendali dan arah dalam membentuk sikap dan perilaku manusia yang melibatkan diri dalam suatu kegiatan organisasi. Secara individu maupun kelompok seseorang tidak akan terlepas dengan Budaya organisasi dan pada umumnya mereka akan dipengaruhi oleh keanekaragaman sumber-sumber daya yang ada sebagai stimulus seseorang bertindak.

Robbins (1990), menyatakan budaya organisasi berupa nilai-nilai dominan yang didukung oleh anggota organisasi, atau falsafah yang menuntun kebijakan organisasi terhadap pegawai dan pelanggan, atau bisa juga diartikan sebagai cara pekerjaan dilakukan di tempat itu, atau asumsi dan kepercayaan dasar yang terdapat diantara anggota organisasi". Secara singkat Budaya organisasi berarti suatu sistem pengertian yang diterima secara bersama. Jadi Budaya organisasi berhubungan dengan nilai-nilai, kebiasaan cara kerja, upacara, tradisi, yang diterima oleh para anggota organisasi sebagai suatu sistem makna bersama, sebagai karakteristik tertentu (*identity*) yang membedakan dengan ciri organisasi yang lain. Sistem makna bersama ini bila diamati merupakan sperangkat karakteristik yang selalu dijumpai dalam suatu organisasi, dan biasanya dijadikan sebagai norma yang tidak tertulis tetapi dipegang dan dijalankan setiap hari.

Dengan melihat bagaimana budaya organisasi terbentuk sampai dengan proses sosialisasi diharapkan akan membentuk nilai-nilai dan karakteristik organisasi. Robbins (2002), mendeskripsikan nilai-nilai dan karakteristik

organisasi mempengaruhi kinerja dan kepuasan sebagaimana nampak pada gambar berikut:



Gambar 2.13 Pengaruh Karakteristik Budaya terhadap Kinerja dan Kepuasan

Gambar 2.13 menunjukkan bahwa anggota-anggota organisasi membentuk persepsi subjektif keseluruhan mengenai organisasi berdasarkan faktor-faktor seperti toleransi resiko, tekanan pada tim, dukungan orang tua dan sebagainya. Persepsi yang terbentuk sebenarnya merupakan budaya atau kepribadian dari organisasi yang bersangkutan. Dukungan atau penolakan sebagai bentukan persepsinya mempengaruhi kinerja dan kepuasan anggota-anggota organisasi, atau dampak yang lebih besar adalah terbentuknya budaya yang lebih kuat.

Menurut Robbins (1990), budaya organisasi kuat adalah budaya dimana nilai-nilai inti organisasi dipegang secara intensif dan dianut bersama secara meluas anggota organisasi. Faktor-faktor yang menentukan kekuatan budaya organisasi: (1) kebersamaan, dan (2) intensitas sedangkan ciri-ciri budaya organisasi kuat/lemah

Pertama ciri-ciri budaya kuat adalah: (a) anggota-anggota organisasi loyal kepada organisasi; (b) pedoman bertingkah laku bagi orang-orang di dalam perusahaan digariskan dengan jelas, dimengerti, dipatuhi dan dilaksanakan oleh

orang-orang di dalam perusahaan sehingga orang-orang yang bekerja menjadi sangat kohesif; (c) nilai-nilai yang dianut organisasi tidak hanya berhenti pada slogan, tetapi dihayati dan dinyatakan dalam tingkah laku sehari-hari secara konsisten oleh orang-orang yang bekerja dalam perusahaan; (d) organisasi memberikan tempat khusus kepada pahlawan-pahlawan organisasi dan secara sistematis menciptakan bermacam-macam tingkat pahlawan; (e) dijumpai banyak ritual, mulai dari ritual sederhana hingga yang mewah; (f) memiliki jaringan kulturan yang menampung cerita-cerita kehebatan para pahlawannya.

Kedua, ciri-ciri budaya organisasi lemah adalah: (a) mudah terbentuk kelompok-kelompok yang bertentangan satu sama lain; (b) kesetiaan kepada kelompok melebihi kesetiaan kepada organisasi; (c) anggota organisasi tidak segan-segan mengorbankan kepentingan organisasi untuk kepentingan kelompok atau kepentingan diri sendiri.

Apabila budaya organisasi rumah sakit bermanfaat bagi perawat (misalnya, memperhatikan perawat dan berorientasi pada prestasi, keadilan dan sportivitas), maka dapat diharapkan adanya peningkatan kepuasan kerja yang lebih baik daripada sebelumnya. Sebaliknya bilamana budaya organisasi yang ada bertentangan dengan tujuan, kebutuhan dan motivasi pribadi, kemungkinan yang timbul adalah kepuasan kerja berkurang. Dengan kata lain suatu organisasi ditentukan oleh interaksi antara kebutuhan individu dengan budaya organisasi yang ada dalam organisasi tersebut.

Suatu organisasi rumah sakit akan semakin maju dan berhasil selain ditentukan oleh budaya, yang didukung oleh komitmen yang tinggi dari para



perawatnya juga sangat ditentukan oleh kenyamanan dan kepuasan dalam melaksanakan pekerjaan. Kinerja yang baik dari seorang perawat tidak akan muncul dengan mudah, kinerja yang baik akan muncul secara intern dalam pribadi manusia sebagai individu, dan secara ekstern dapat dimunculkan melalui stimulus kepada aspek-aspek yang menyebabkan seorang individu tidak mampu atau produktifitasnya rendah. Kinerja perawat akan muncul apabila karyawan merasakan kenyamanan dan kepuasan dalam bekerja.

## **2.5 Budaya Organisasi dan Kinerja Perawat**

Salah satu faktor yang membedakan suatu organisasi dari organisasi yang lainnya ialah budayanya. Dalam kehidupan masyarakat sehari-hari tidak terlepas dari ikatan budaya yang diciptakan. Ikatan budaya tercipta oleh masyarakat yang bersangkutan baik dalam keluarga, organisasi, bisnis maupun bangsa. Budaya membedakan masyarakat satu dengan yang lain dalam cara berinteraksi dan bertindak menyelesaikan suatu pekerjaan. Budaya mengikat anggota kelompok masyarakat menjadi satu kesatuan pandangan yang menciptakan keseragaman berperilaku dan bertindak. Seiring dengan bergulirnya waktu, budaya pasti terbentuk dalam organisasi dan dapat pula dirasakan manfaatnya dalam memberi kontribusi bagi efektivitas organisasi secara keseluruhan.

Berbicara tentang budaya organisasi, biasanya yang dimaksud dengan budaya organisasi menurut Davis dan Newstrom (dalam Mangkunegara, 2008) adalah *organizational culture is the set of assumptions, believes, values, and norms that is shared among its members*. Lebih lanjut Schermerhorn dan Hunt (dalam Mangkunegara, 2008) mengemukakan bahwa *organizational culture is the*

*system of shared beliefs and values that develop within an organization and guides the behavior of its members.* Berdasarkan pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa pengertian budaya organisasi adalah seperangkat asumsi atau sistem keyakinan, nilai-nilai dan norma yang dikembangkan dalam organisasi yang dijadikan pedoman tingkah laku bagi anggota-anggotanya untuk mengatasi masalah adaptasi eksternal dan integrasi internal.

Budaya organisasi rumah sakit sangat berpengaruh terhadap perilaku perawat karena sistem nilai dalam budaya organisasi dapat dijadikan acuan perilaku manusia dalam organisasi rumah sakit yang berorientasi pada pencapaian tujuan atau hasil kinerja perawat yang ditetapkan, sehingga jika budaya organisasi rumah sakit baik, maka tidak mengherankan jika perawat baik dan berkualitas pula. Dengan demikian budaya organisasi rumah sakit baik secara langsung maupun tidak langsung akan berpengaruh terhadap kinerja perawat.

Rivai dan Basri (2009), mengatakan bahwa kinerja adalah hasil seseorang secara keseluruhan selama periode tertentu dalam melaksanakan tugas, seperti standar hasil kerja, target atau sasaran atau kriteria yang telah ditentukan terlebih dahulu dan telah disepakati bersama. Suatu penelitian telah memperlihatkan bahwa suatu lingkungan kerja yang menyenangkan sangat penting untuk mendorong tingkat kinerja perawat yang paling produktif. Jelaslah, bahwa peranan budaya organisasi rumah sakit sangat berpengaruh terhadap kinerja seorang perawat sebab setiap kegiatan organisasi rumah sakit harus dapat diukur dan dinyatakan keterkaitannya dengan pencapaian arah organisasi di masa yang akan datang yang dinyatakan dalam visi dan misi organisasi. Berhasil tidaknya

pelaksanaan seluruh kegiatan organisasi akan dipengaruhi oleh kinerja para perawat itu sendiri.

Tujuan penerapan budaya organisasi rumah sakit adalah agar seluruh perawat mematuhi dan berpedoman pada sistem nilai keyakinan dan norma-norma yang berlaku dalam rumah sakit tersebut. Dengan demikian budaya organisasi rumah sakit baik secara langsung maupun tidak langsung akan berpengaruh terhadap kinerja perawat. Budaya organisasi merupakan sistem penyebaran kepercayaan dan nilai-nilai yang berkembang dalam suatu organisasi dan mengarahkan perilaku anggota-anggotanya. Budaya organisasi dapat menjadi instrumen keunggulan kompetitif yang utama, yaitu bila budaya organisasi mendukung strategi organisasi, dan bila budaya organisasi dapat menjawab atau mengatasi tantangan lingkungan dengan cepat (Soedjono, 2005).

Dalam kehidupan sehari-hari seseorang tidak akan terlepas dari lingkungannya. Kepribadian seseorang akan dibentuk pula oleh lingkungannya dan agar kepribadian tersebut mengarah kepada sikap dan perilaku yang positif tentunya harus didukung oleh suatu norma yang diakui tentang kebenarannya dan dipatuhi sebagai pedoman dalam bertindak. Pada dasarnya manusia atau seseorang yang berada dalam kehidupan organisasi berusaha untuk menentukan dan membentuk sesuatu yang dapat mengakomodasi kepentingan semua pihak, agar dalam menjalankan aktivitasnya tidak berbenturan dengan berbagai sikap dan perilaku dari masing-masing individu. Sesuatu yang dimaksud tidak lain adalah budaya dimana individu berada, seperti nilai, keyakinan, anggapan, harapan dan sebagainya (Koesmono, 2009).

Sejalan dengan pendapat di atas Abdullah dan Herlin (2010), mengatakan bahwa ikatan budaya tercipta oleh masyarakat baik dalam keluarga, organisasi, bisnis maupun bangsa. Budaya membedakan masyarakat satu dengan yang lain dalam berinteraksi dan bertindak menyelesaikan suatu pekerjaan. Budaya mengikat anggota kelompok masyarakat menjadi satu kesatuan pandangan yang menciptakan keseragaman berperilaku atau bertindak.

Schein (dalam Mangkunegara, 2008) mengatakan *an organization's culture is a pattern of basic assumptions invented, discovered or developed by a given group as it learns to cope with its problems of external adaptation and internal integration that has worked well enough to be considered valid and to be taught to new members as the correct way to perceive, think and feel in relation to these problems*. Berdasarkan pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa pengertian budaya organisasi adalah seperangkat asumsi atau sistem keyakinan, nilai-nilai dan norma yang dikembangkan dalam organisasi yang dijadikan pedoman tingkah laku bagi anggota-anggotanya untuk mengatasi masalah adaptasi eksternal dan integrasi internal.

Budaya organisasi menurut McShane dan Glinow (dalam Widodo, 2011) adalah *organizational culture is the basic pattern of shared values and assumptions governing the way employees within an organization think about and act on problems and opportunities*. McShane dan Glinow juga mengatakan, bahwa budaya organisasi yang kuat memiliki potensi meningkatkan kinerja dan sebaliknya bila budaya organisasinya lemah mengakibatkan kinerja menurun.

Budaya organisasi memiliki tiga fungsi penting yaitu sebagai sistem pengawasan, perekat hubungan sosial, dan saling memahami (Widodo, 2011).

Robbins dan Judge (2007), mendefinisikan budaya organisasi sebagai suatu sistem makna bersama yang dianut oleh anggota-anggota yang membedakan organisasi tersebut dengan organisasi yang lain. Lebih lanjut, Robbins menyatakan bahwa sebuah sistem pemaknaan bersama dibentuk oleh warganya yang sekaligus menjadi pembeda dengan organisasi lain. Sistem pemaknaan bersama merupakan seperangkat karakter kunci dari nilai-nilai organisasi.

Robbins dan Judge (2007), berusaha memberikan karakteristik budaya organisasi sebagai berikut: (1) Inovasi dan keberanian mengambil resiko (*innovation and risk taking*) yaitu sejauh mana organisasi mendorong para karyawan bersikap inovatif dan berani mengambil resiko. Selain itu, bagaimana organisasi menghargai tindakan pengambilan resiko oleh karyawan dan membangkitkan ide; (2) Perhatian pada hal-hal rinci atau perhatian terhadap detail (*attention to detail*) yaitu sejauh mana karyawan diharapkan menjalankan presisi, analisis, dan perhatian pada hal-hal detail; (3) Orientasi Hasil (*outcome orientation*) yaitu sejauh mana manajemen berfokus lebih pada hasil ketimbang pada teknik dan proses yang digunakan untuk mencapai hasil tersebut, (4) Orientasi Orang (*people orientation*) yaitu sejauh mana keputusan-keputusan manajemen mempertimbangkan efek dari hasil tersebut atas orang yang ada di organisasi; (5) Orientasi Tim (*team orientation*) yaitu sejauh mana kegiatan-kegiatan kerja diorganisasi pada tim ketimbang pada individu-individu; (6) Keagresifan (*aggressiveness*) yaitu sejauh mana orang bersikap agresif dan

kompetitif ketimbang santai; (7) Stabilitas (*stability*) yaitu sejauh mana kegiatan-kegiatan organisasi menekankan dipertahankannya status quo dalam perbandingannya dengan pertumbuhan.

Masing-masing karakteristik ini berada pada di suatu kontinum mulai dari rendah sampai tinggi. Karenanya, menilai organisasi berdasarkan ketujuh karakteristik ini akan menghasilkan suatu gambaran utuh mengenai kultur (budaya) sebuah organisasi. Gambaran ini menjadi basis bagi sikap pemahaman bersama yang dimiliki para anggota mengenai organisasi, bagaimana segala sesuatu dilakukan di dalamnya, dan cara para anggota diharapkan berperilaku.

Sejalan dengan pendapat Robbins di atas, Robert dan Angelo (dalam Abdullah dan Herlin, 2010), menyebutkan tiga definisi karakteristik budaya organisasi yang penting yaitu: (1) budaya organisasi diberikan kepada para karyawan baru melalui proses sosialisasi, (2) budaya organisasi mempengaruhi perilaku kita di tempat kerja, (3) budaya organisasi berlaku pada dua tingkat yang berbeda. Misalkan, bila sebuah perusahaan benar-benar menyediakan layanan berkualitas tinggi, para karyawan akan lebih cenderung menyesuaikan perilaku merespons protes konsumen dengan cepat. Para karyawan dapat memberikan layanan berkualitas tinggi karena pengalamannya saat mereka berinteraksi dengan para pelanggan. Dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan budaya organisasi adalah sistem nilai organisasi yang dianut oleh anggota organisasi yang kemudian mempengaruhi cara bekerja dan perilaku para anggota organisasi. Dalam masyarakat, budaya organisasi mempengaruhi nilai-nilai atau etika individu, sikap-sikap, asumsi-asumsi dan harapan-harapan individu. Perpaduan



budaya masyarakat dan budaya organisasional dapat menghasilkan dinamika di dalam suatu organisasi.

Pada dasarnya, budaya organisasi adalah seperangkat nilai-nilai, keyakinan, sikap dan tradisi bersama yang mengikat anggota organisasi sebagai acuan untuk bekerja dan berinteraksi antar sesama anggota organisasi. Banyak definisi budaya organisasi yang dikemukakan para pakar. Salah satu definisi dikemukakan oleh Amstrong (dalam Ancok, 2012), adalah sebagai berikut: *“Organizational or corporate culture is the pattern of values, norms, beliefs, attitudes, and assumptions that may not have been articulated but shape the way in which people behave and things get done. Values refer to what is believed to be important about how people and the organizations behave. Norms are the unwritten rules of behaviour”*.

Berdasarkan definisi di atas, budaya organisasi atau budaya korporat dapat didefinisikan sebagai pola tata nilai, norma, keyakinan, sikap dan asumsi tentang bagaimana cara berperilaku dan melakukan pekerjaan di sebuah organisasi. Budaya ini terbentuk karena kebiasaan kerja yang terbangun dalam organisasi, yang dibentuk oleh pendiri dan pemilik organisasi. Budaya yang berasal dari para pendiri tersebut selanjutnya disosialisasikan kepada para karyawan dan karyawan generasi berikutnya. Budaya ini kemudian dipelajari oleh kelompok untuk dijadikan sebagai acuan dalam pemecahan masalah yang dihadapi oleh anggota organisasi (Ancok, 2012). Budaya organisasi mempunyai kekuatan untuk menggiring anggota ke arah pencapaian tujuan organisasi dan berpengaruh terhadap individu dan kinerjanya, bahkan terhadap lingkungan kerja. Kemudian

pada tataran implementasi, budaya organisasi akan diwujudkan dalam bentuk perilaku individu masing-masing anggota organisasi dalam pembelajaran mengatasi persoalan yang dihadapi.

Budaya organisasi berperan sebagai perekat sosial yang mendekatkan antar anggota organisasi karena adanya pemahaman yang sama (*shared meanings*) tentang bagaimana anggota organisasi harus berperilaku. Seperti yang dikemukakan oleh Kreitner dan Kinicki (dalam Ancok, 2012), bahwa budaya organisasi merupakan pemersatu organisasi dan mengikat anggota organisasi melalui nilai-nilai yang diyakini, serta simbol yang mengandung cita-cita sosial bersama yang ingin dicapai. Dalam lingkungan dengan budaya organisasi yang kuat, karyawan merasakan adanya kesepahaman yang menjadi pengikat antar anggota dan berpengaruh secara positif pada kinerja karyawan.

Kinerja karyawan adalah hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seseorang karyawan dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya (Mangkunegara, 2005). Secara umum dapat juga dikatakan bahwa kinerja merupakan usaha untuk mencapai suatu prestasi oleh organisasi dalam periode tertentu (Ikhsan dan Muhammad, 2005). Jelaslah, bahwa budaya organisasi rumah sakit merupakan komponen yang sangat penting dalam meningkatkan kinerja seorang perawat. Dengan adanya budaya organisasi rumah sakit akan memudahkan perawat dalam menyesuaikan dengan lingkungan kerjanya dan membantu perawat untuk mengetahui tindakan apa yang seharusnya dilakukan sesuai dengan nilai-nilai yang ada dalam organisasi. Robbins (Abdullah dan Herlin, 2010) berpendapat bahwa kinerja seorang

karyawan tergantung pada tingginya tingkat pengetahuannya dengan memahami cara yang benar untuk melakukan suatu pekerjaan.

Oleh sebab itu, budaya organisasi rumah sakit sangat berpengaruh terhadap perilaku perawat karena sistem nilai dalam budaya organisasi dapat dijadikan acuan perilaku manusia dalam organisasi yang berorientasi pada pencapaian tujuan atau hasil kinerja yang ditetapkan, sehingga jika budaya organisasi rumah sakit baik, maka tidak mengherankan jika perawat baik dan berkualitas pula. Dengan demikian budaya organisasi baik secara langsung maupun tidak langsung akan berpengaruh terhadap kinerja organisasi. Sejalan dengan pendapat di atas, Mangkunegara (2005) mengatakan bahwa budaya perusahaan atau organisasi yang disosialisasikan dengan komunikasi yang baik dapat menentukan kekuatan menyeluruh perusahaan, kinerja dan daya saing dalam jangka panjang.

## **2.6 Karakteristik Individu**

### *a. Motivation*

#### 1). Teori Motivasi

Robbins (1990), mendefinisikan motivasi sebagai proses yang menjelaskan intensitas seberapa keras seseorang berusaha (*intensity: how hard a person tries*), arah upaya yang disalurkan menuju, dan konsisten dengan, tujuan organisasi (*direction: effort that is channeled toward, and consistent with, organizational goals*) dan ketekunan usaha berapa lama seseorang dapat mempertahankan usaha (*Persistence: how long a person can maintain effort*) untuk mencapai suatu tujuan. Jadi intinya pengertian motivasi sebagai proses mempengaruhi atau mendorong dari luar terhadap seseorang atau kelompok kerja agar mereka mau

melaksanakan sesuatu yang telah ditetapkan. Motivasi juga dapat diartikan sebagai dorongan (*driving force*) dimaksudkan sebagai desakan yang alami untuk memuaskan dan memperahankan kehidupan.

Motivasi adalah kondisi yang sangat dibutuhkan oleh semua orang. Diperlukan setiap hari untuk menjalankan kehidupan, membantu orang lain, memimpin sekelompok orang dan untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Terence (1982), menyatakan bahwa motivasi merupakan semua kekuatan yang ada dalam diri seseorang yang memberi daya, arah dan memelihara tingkah laku yang bersangkutan. Dalam kehidupan sehari-hari, motivasi diartikan sebagai keseluruhan proses pemberian dorongan atau rangsangan kepada para karyawan, sehingga mereka bersedia bekerja dengan rela tanpa merasa dipaksa.

Motivasi adalah suatu kecenderungan untuk beraktifitas, dimulai dari dorongan dalam diri (*drive*) dan diakhiri dengan penyesuaian diri, penyesuaian diri dikatakan untuk memuaskan motif. Mangkunegara, (2000) mengemukakan bahwa motivasi adalah serangkaian sikap dan nilai-nilai yang mempengaruhi individu untuk mencapai hal yang spesifik sesuai dengan tujuan individu. Selanjutnya, Robbins (1990) mendefinisikan motivasi sebagai kesediaan untuk mengeluarkan tingkat upaya yang tinggi kearah tujuan-tujuan organisasi yang dikondisikan oleh kemampuan upaya itu untuk memenuhi sesuatu kebutuhan individual. Menurut Robbins (1990) tujuan pemberian motivasi bagi pegawai/karyawan adalah untuk:

1. Mengubah perilaku karyawan sesuai dengan keinginan perusahaan;
2. Meningkatkan gairah dan semangat kerja;

3. Meningkatkan disiplin kerja;
4. Meningkatkan prestasi kerja;
5. Mempertinggi moral kerja karyawan;
6. Meningkatkan rasa tanggung jawab;
7. Meningkatkan produktivitas dan efisiensi;
8. Menumbuhkan loyalitas karyawan pada perusahaan.

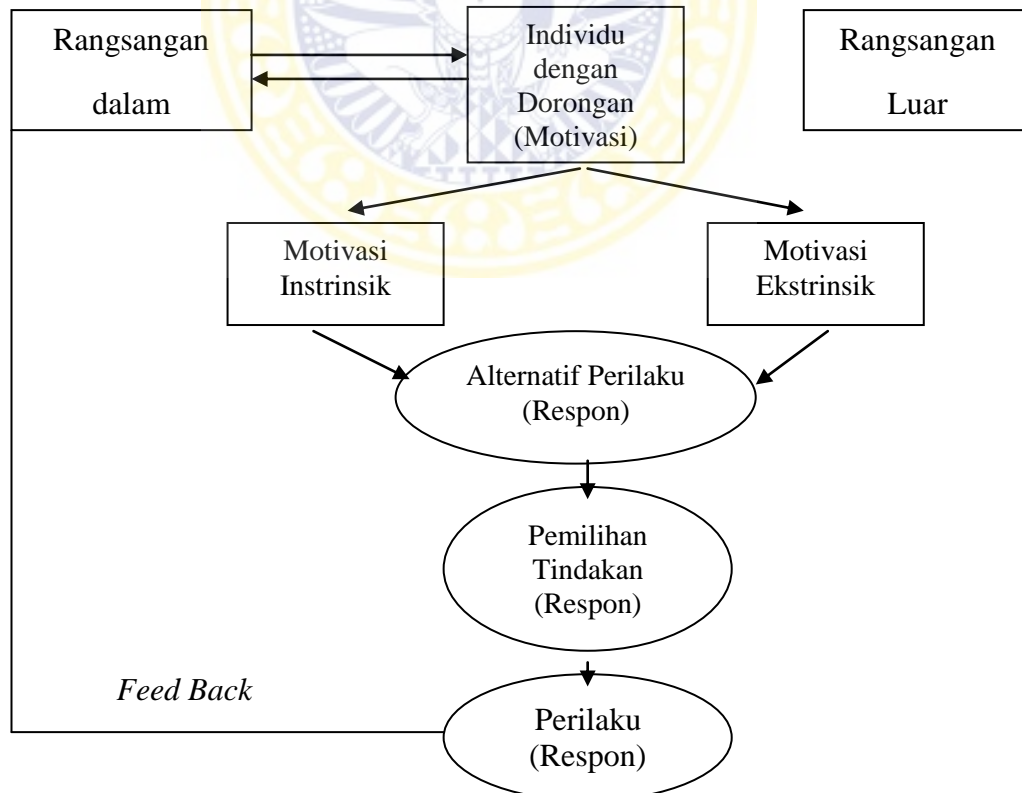
Siagian (2002), menyebutkan bahwa dengan motivasi yang tepat dan benar, para karyawan akan terdorong untuk berbuat semaksimal mungkin dalam melaksanakan tugasnya karena meyakini bahwa dengan keberhasilan organisasi mencapai tujuan dan berbagai sasarannya, kepentingan-kepentingan pribadi para anggota organisasi tersebut akan terpelihara pula.

Menurut Robbin dan Coulter (1990), motivasi adalah kerelaan untuk mengarahkan segenap upaya untuk mencapai tujuan organisasi yang dipengaruhi oleh kemampuan usaha untuk memuaskan beberapa kebutuhan individu. Berdasarkan teori hierarki kebutuhan Maslow (1943), teori X dan Y maupun teori motivasi kontemporer, arti motivasi adalah alasan yang mendasari sebuah perbuatan yang dilakukan oleh seorang individu. Seseorang dikatakan memiliki motivasi tinggi dapat diartikan orang tersebut memiliki alasan yang sangat kuat untuk mencapai apa yang diinginkannya dengan mengerjakan pekerjaannya yang sekarang (Robbins, 1990). Berdasarkan pengertian di atas, maka motivasi merupakan respon pegawai terhadap sejumlah pernyataan mengenai keseluruhan usaha yang timbul dari dalam diri pegawai agar tumbuh dorongan untuk bekerja dan tujuan yang dikehendaki oleh pegawai tercapai.

Jadi, motivasi merupakan daya dorong sebagai hasil proses interaksi antara sikap, kebutuhan, persepsi, bawahan/seseorang dengan lingkungan. Motivasi timbul diakibatkan oleh faktor dari dalam diri seseorang itu sendiri yang disebut intrinsik dan faktor dari luar seseorang yang disebut ekstrinsik.

Faktor intrinsik dapat berupa kepribadian, sikap, pengalaman dan pendidikan atau berbagai harapan, cita cita yang menjangkau ke masa depan. Sedang faktor di luar diri, dapat ditimbulkan oleh berbagai sumber, dapat karena pengaruh pimpinan, kolega atau faktor faktor lain yang sangat kompleks. Tetapi baik faktor intrinsik maupun faktor luar motivasi timbul adanya rangsangan.

Sekedar memberi gambaran mengenai motivasi sebagai hasil proses psikologi dapat disajikan satu diagram sebagai berikut:



Gambar 2.14 Proses Motivasi



Arti dari diagram tersebut, dapat dijelaskan secara singkat sebagai berikut:

- 1) Sesuatu yang menimbulkan dorongan kepada seseorang, sesuatu itu dapat diumpamakan, misalnya, “keinginan belajar ke luar negeri”. Dalam diagram tersebut disebut “rangsangan”. Rangsangan ini berupa suatu faktor yang ada di luar individu.
- 2) Individu yang mempunyai keinginan untuk dapat belajar ke luar negeri, atau seseorang yang dirangsang oleh “keinginan belajar ke luar negeri”. Jadi, individu yang di dalam dirinya ada dorongan akibat adanya rangsangan yang datang dari dalam. Di dalam diagram tersebut digambarkan rangsangan terhadap individu yang menimbulkan dorongan yang mewujudkan perilaku bertindak sebagai respon.
- 3) Individu yang mempunyai keinginan untuk dapat belajar ke luar negeri, atas seseorang yang dirangsang oleh orang lain atau mendapatkan bantuan dana belajar. Jadi individu yang di dalam dirinya ada dorongan akibat adanya rangsangan yang datang dari luar. Di dalam diagram tersebut digambarkan rangsangan terhadap individu yang menimbulkan dorongan yang mewujudkan perilaku bertindak sebagai respon
- 4) Keinginan belajar ke luar negeri tersebut dipengaruhi oleh berbagai motif intrinsik, atau motif yang muncul dalam diri seseorang itu sendiri, seperti:
  - a. Sifat-sifat pribadi dan karakter pribadi/watak/tabi'at/bakat
  - b. Sistem nilai yang dianut (dasar pandangan)
  - c. Kedudukan atau jabatan serta latar belakang pendidikan

- d. Pengalaman
  - e. Cita-cita masa depan yang diinginkan
  - f. Dan mungkin masih banyak butir-butir yang lain dalam diagram disebut faktor instrinsik
- 5) Motivasi di luar diri yang berpengaruh. Misalnya; kepemimpinan atasan, kompetisi antar sesama teman, tuntutan perkembangan organisasi atau tugas, dorongan atau bimbingan atasan dan sebagainya. Dalam diagram tersebut disebut faktor ekstrinsik.
- 6) Adanya dua motif yang berpengaruh menimbulkan berbagai alternatif respon yang harus dipilih. Misalnya;
- a. Program belajar ke luar negeri itu dapat belajar ke USA, Inggris, Korea Selatan, Australia, Kanada, Rusia, dan Irak
  - b. Bidang studi yang relevan dengan tugas pokok atau yang diinginkan, ada beberapa alternatif. Misalnya *Educational Planning* atau *Management* dalam gambar dilukiskan “alternatif perilaku”
- 7) Sesuai dengan tingkat kematangan dan disesuaikan pula dengan kondisi objektif kebutuhan organisasi, tingkat pendidikan yang dimiliki, diambillah satu pilihan yang cocok. Misalnya ke Korea Selatan. Dalam diagram disebut penentuan perilaku
- 8) Setelah ditentukan pilihan yang pasti atas berbagai alternatif, sampailah pada tahap perilaku yang harus ditampilkan, sebagai hasil pengambilan keputusan. Dalam diagram disebut perilaku/respon

Dari diagram di atas dapat disimpulkan bahwa pengertian motivasi sebagai konsep manajemen kaitannya dengan kehidupan organisasi dan kepemimpinan, dapat didefinisikan sebagai dorongan kerja yang timbul pada diri seseorang untuk berperilaku dalam mencapai tujuan yang telah ditentukan. Hal tersebut didukung oleh Berelson dan Steiner, di mana mereka mendefinisikan *motive* sebagai suatu keadaan di dalam diri seseorang (*inner state*) yang mendorong, mengaktifkan atau menggerakkan dan yang mengarahkan atau menyalurkan perilaku ke arah tujuan. Lebih lanjut mereka mendefinisikan motivasi istilah umum/konsep yang mencakup keseluruhan golongan, dorongan, keinginan, kebutuhan dan daya yang sejenis. Pendapat senada dikemukakan oleh James dan Invancevich, mereka mendefinisikan motivasi sebagai semua dorongan dari dalam diri untuk bekerja yang menggambarkan keadaan-keadaan sebagai keinginan, hasrat, kemauan. Dorongan dari dalam tersebut merupakan bagian dari aktivitas atau langkah-langkah dari suatu pekerjaan.

Motivasi merupakan suatu kekuatan yang mendorong seseorang untuk melakukan suatu kegiatan. Sedangkan motif yang bersifat potensial dan aktualisasi/realisasinya dinamakan motivasi. Pada umumnya diwujudkan dalam bentuk perbuatan nyata. Motivasi dapat mempengaruhi prestasi seseorang dalam melakukan suatu kegiatan tertentu. Apabila para pegawai mempunyai motivasi kerja yang tinggi, mereka akan terdorong dan berusaha untuk meningkatkan kemampuannya dalam merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi kurikulum yang berlaku di sekolah sehingga diperoleh hasil kerja yang maksimal. Motivasi pada dasarnya berisi dorongan-dorongan bagaimana menggerakkan,

merespon, mengarahkan dan bagaimana menyalurkan daya serta potensi seseorang agar ia dapat mewujudkan apa yang menjadi tujuan.

Motivasi tidak terlepas dari berbagai kebutuhan dan dorongan yang ada dalam diri seseorang, yang menjadi penggerak, energi dan pengaruh segenap tindak tanduk manusia. Kebutuhan-kebutuhan itu dapat ditarik dengan insentif kearah tindakan-tindakan yang diinginkan. Secara sederhana proses terjadinya motivasi itu dapat dijelaskan sebagai rentetan reaksi individu yang dimulai dengan adanya kebutuhan yang dirasakan, menimbulkan tegangan-tegangan, dan tegangan ini melahirkan tindakan tertentu ke arah pencapaian tujuan. Dan akhirnya apabila tujuan sudah tercapai, maka kepuasan pun akan diperoleh.

Motivasi adalah faktor pemicu timbulnya perilaku manusia, karena manusia memiliki kebutuhan-kebutuhan dan secara sadar ataupun tidak berusaha untuk memenuhinya. Motivasi yang ada pada seseorang akan mewujudkan suatu perilaku untuk memenuhi keinginan atau kebutuhannya itu. Dengan demikian perilaku manusia pada dasarnya berorientasi pada tujuan, karena dimotivasi oleh keinginan untuk mencapai tujuan tertentu.

Motivasi, suatu pokok yang membangkitkan rasa ingin tahu serta rumit, telah merangsang minat pada akademisi maupun praktisi selama bertahun-tahun. Barangkali disebabkan adanya minat ini, banyak teori motivasi yang telah dilahirkan, masing-masing dengan kelebihan-kelebihan serta kekurangan-kekurangannya.

Di dalam organisasi, pemahaman tentang motivasi adalah masalah yang tidak sederhana karena kebutuhan dan keinginan individu sebagai anggota

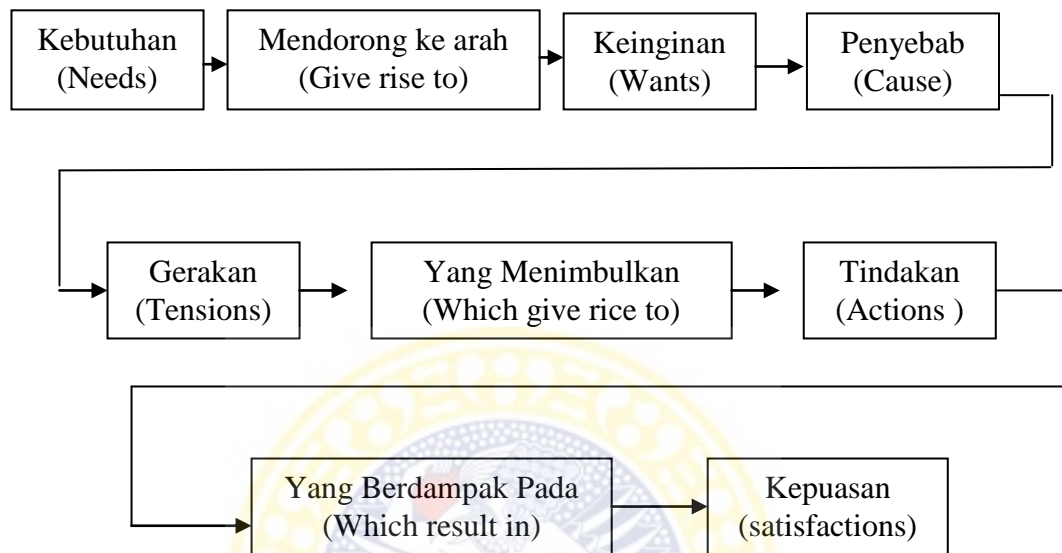
organisasi tidak homogen, tetapi sebagai acuan dapat dikatakan bahwa motivasi merupakan sesuatu di dalam diri manusia yang memberi energi, aktivasi dan gerakan yang mengarahkan perilaku untuk mencapai tujuan.

Motivasi bagi seorang anggota organisasi dapat dikatakan sebagai kesediaan untuk mengeluarkan tingkat upaya yang tinggi ke arah tujuan-tujuan organisasi, yang dikondisikan oleh kemampuan upaya itu untuk memenuhi sesuatu kebutuhan individual. Motivasi yang ada di dalam diri manusia dapat diuraikan berdasarkan tiga pendekatan yaitu pendekatan perilaku, pendekatan kognitif dan pendekatan humanis. Mereka yang menganut paham pendekatan perilaku mengatakan bahwa motivasi berawal dari situasi, kondisi dan objek yang menyenangkan. Apabila hal ini memberi kepuasan yang berkelanjutan maka akan menimbulkan tingkah laku yang siap untuk melakukan sesuatu. Kelompok yang menganut paham kognitif mempercayai bahwa yang mempengaruhi perilaku individu adalah proses pemikiran, karena itu penganut paham kognitif memfokuskan pada bagaimana individu memproses informasi dan memberikan penafsiran untuk situasi yang khusus. Sedangkan kelompok humanis mengatakan bahwa manusia bertindak pada suatu lingkungan dan membuat pilihan mengenai apa yang dikerjakannya.

Singkatnya, motivasi pada hakikatnya merupakan terminologi umum yang memberikan makna, daya dorong, keinginan, kebutuhan, dan kemauan. Sesungguhnya, bahwa motif-motif atau kebutuhan tersebut, merupakan penyebab yang mendasar perilaku seseorang. Bahkan hubungan antara kebutuhan,

keinginan dan kepuasan digambarkan sebagai suatu mata rantai yang disebut *Need Want Satisfaction Chain*, “Rantai Pemuasan Kebutuhan yang diinginkan”

Hubungan mata rantai tersebut digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.15 Mata Rantai Motivasi

Berdasarkan hubungan mata rantai di atas, dapat diberikan gambaran arti sebagai berikut: (1) kebutuhan (*needs*), yang timbul pada diri seseorang, dan kebutuhan mengandung arti luas, seperti kebutuhan fisik, rumah, dan kebutuhan psikis, (2) apabila dalam diri seseorang timbul suatu kebutuhan tertentu kebutuhan tertentu tersebut akan menyebabkan lahirnya daya dorong tertentu (*give rise to*), (3) akibat daya dorong lahirlah keinginan dalam diri seseorang (*wants*), (4) lahirnya keinginan dalam diri seseorang akan menyebabkan timbulnya suatu sebab (*which cause*), (5) akibat sebab yang timbul, lahirlah ketegangan (*tensions*), (6) dan ketegangan itu sendiri juga akan menjadi sebab timbulnya sesuatu (*which give rise to*), (7) sesuatu yang timbul akibat adanya ketegangan dalam diri seseorang tersebut disebut perilaku atau perbuatan (*actions*), (8) perilaku yang



ditampilkan seseorang, timbul karena mengharapkan adanya kepuasan yang dapat dinikmati (*which results in*), dan (9) kepuasan (*satisfactions*)

Jelaslah, seorang pemimpin harus lebih dahulu mempunyai suatu pengertian tentang kodrat manusia dan mengapa orang-orang berbuat seperti apa adanya. Oleh karena itu motivasi sangat dibutuhkan untuk meningkatkan kerja seseorang dalam organisasi.

## 2). Teori Hierarki Kebutuhan Maslow

Kebutuhan dapat didefinisikan sebagai suatu kesenjangan atau pertentangan yang dialami antara satu kenyataan dengan dorongan yang ada dalam diri. Apabila pegawai kebutuhannya tidak terpenuhi maka pegawai tersebut akan menunjukkan perilaku kecewa. Sebaliknya, jika kebutuhannya terpenuhi maka pegawai tersebut akan memperlihatkan perilaku yang gembira sebagai manifestasi dari rasa puasnya.

Maslow (1943), mengemukakan bahwa hierarki kebutuhan manusia adalah sebagai berikut:

1. Kebutuhan fisiologis, yaitu kebutuhan untuk makan, minum, perlindungan fisik, bernapas, seksual. Kebutuhan ini merupakan kebutuhan tingkat terendah atau disebut pula sebagai kebutuhan yang paling dasar;
2. Kebutuhan rasa aman, yaitu kebutuhan akan perlindungan diri dari ancaman, bahaya, pertentangan, dan lingkungan hidup;
3. Kebutuhan untuk rasa memiliki (sosial), yaitu kebutuhan untuk diterima oleh kelompok, berafiliasi, berinteraksi, dan kebutuhan untuk mencintai serta dicintai;

4. Kebutuhan akan harga diri, yaitu kebutuhan untuk dihormati dan dihargai oleh orang lain;
5. Kebutuhan untuk mengaktualisasikan diri, yaitu kebutuhan untuk menggunakan kemampuan, skill dan potensi. Kebutuhan untuk berpendapat dengan mengemukakan ide-ide, gagasan dan kritik terhadap sesuatu.

*Hierarchy of Needs Theory (Maslow) There is a hierarchy of five needs: physiological, safety, social, esteem, and self-actualization; as each need is substantially satisfied, the next need becomes dominant.*



Gambar 2.16 Maslow's *Hierarchy of Needs*

b. *Attitudes*

1) Definisi Sikap

Sikap (*attitude*) menurut Adishesiah dan Kerlinger (1990), diperoleh dari [http://id.wikipedia.org/w/index.php?title=Teori\\_Kognitif\\_Sosial&oldid=6046292](http://id.wikipedia.org/w/index.php?title=Teori_Kognitif_Sosial&oldid=6046292)

merangkum batasan sikap dari berbagai ahli psikologi sosial diantaranya pendapat yaitu:

- 1) Sikap bukan pembawaan sejak lahir;
  - 2) Dapat berubah melalui pengalaman;
  - 3) Merupakan organisasi keyakinan-keyakinan;
  - 4) Merupakan kesiapan untuk berreaksi;
  - 5) Relatif bersifat tetap;
  - 6) Hanya cocok untuk situasi tertentu;
  - 7) Selalu berhubungan dengan subjek dan objek tertentu;
  - 8) Merupakan penilaian dari penafsiran terhadap sesuatu;
  - 9) Bervariasi dalam kualitas dan intensitas;
  - 10) Meliputi sejumlah kecil atau banyak item;
  - 11) Mengandung komponen kognitif, afektif dan konatif.
- 2) Komponen Pembentuk Sikap

Berkaitan dengan komponen sikap, Robbins (1990) mengemukakan bahwa: Sikap mengandung tiga komponen yang membentuk struktur sikap. Ketiga komponen itu adalah komponen kognitif, afektif dan konatif dengan uraian sebagai berikut:

1. Komponen kognitif (komponen perseptual), yaitu komponen yang berkaitan dengan pengetahuan, pandangan, keyakinan, yaitu hal-hal yang berhubungan dengan bagaimana orang mempersepsi terhadap obyek sikap.
2. Komponen afektif (komponen emosional), yaitu komponen yang berhubungan dengan rasa senang atau tidak senang terhadap obyek sikap.

Rasa senang merupakan hal yang positif, sedangkan rasa tidak senang adalah hal negatif.

3. Komponen konatif (komponen perilaku, atau *action component*), yaitu komponen yang berhubungan dengan kecenderungan bertindak atau berperilaku terhadap obyek sikap

Keyakinan bahwa "diskriminasi salah" merupakan sebuah pernyataan evaluatif. Opini semacam ini adalah komponen kognitif (*cognitive component*), yang menentukan tingkatan untuk bagian yang lebih penting dari sebuah sikap. Komponen afektif-nya (*affective component*). Perasaan adalah segmen emosional atau perasaan dari sebuah segmen emosional atau perasaan dari sebuah sikap, perasaan ini selanjutnya menimbulkan hasil akhir perilaku. Komponen perilaku (*behavioral component*) dari sebuah sikap merujuk pada suatu maksud untuk berperilaku dalam cara tertentu terhadap seseorang atau sesuatu.

Aswar (2007), menyimpulkan bahwa faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama, serta faktor emosi dalam diri individu.

#### 1) Pengalaman pribadi

Tidak adanya pengalaman yang dimiliki oleh seseorang dengan suatu objek psikologis, cenderung akan membentuk sikap negatif terhadap objek tersebut. Sikap akan lebih mudah terbentuk jika yang dialami seseorang terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional. Situasi yang

melibatkan emosi akan menghasilkan pengalaman yang lebih mendalam dan lebih lama membekas.

a. Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Pada umumnya, individu cenderung untuk memiliki sikap yang konformis atau searah dengan sikap orang yang dianggapnya penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk berafiliasi dan keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut.

2) Pengaruh Kebudayaan

Aswar sangat menekankan pengaruh lingkungan (termasuk kebudayaan) dalam membentuk pribadi seseorang. Kepribadian merupakan pola perilaku yang konsisten yang menggambarkan sejarah penguat (*reinforcement*) yang kita alami. Kebudayaan memberikan corak pengalaman bagi individu dalam suatu masyarakat. Kebudayaan telah menanamkan garis pengaruh sikap individu terhadap berbagai masalah.

3) Media Massa

Berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah dan lain-lain mempunyai pengaruh yang besar dalam pembentukan opini dan kepercayaan individu. Media massa memberikan pesan-pesan yang sugestif yang mengarahkan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Jika cukup kuat, pesan-pesan sugestif akan memberi dasar afektif dalam menilai sesuatu hal sehingga terbentuklah arah sikap tertentu.

#### 4) Lembaga Pendidikan dan Lembaga Agama

Lembaga pendidikan serta lembaga agama sebagai sesuatu sistem mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap dikarenakan keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu. Pemahaman akan baik dan buruk, garis pemisah antara sesuatu yang boleh dan tidak boleh dilakukan, diperoleh dari pendidikan dan dari pusat keagamaan serta ajaran-ajarannya. Konsep moral dan ajaran agama sangat menentukan sistem kepercayaan sehingga tidaklah mengherankan kalau pada gilirannya kemudian konsep tersebut ikut berperan dalam menentukan sikap individu terhadap sesuatu hal. Apabila terdapat sesuatu hal yang bersifat kontroversial, pada umumnya orang akan mencari informasi lain untuk memperkuat posisi sikapnya atau mungkin juga orang tersebut tidak mengambil sikap memihak. Dalam hal seperti itu, ajaran moral yang diperoleh dari lembaga pendidikan atau lembaga agama sering kali menjadi determinan tunggal yang menentukan sikap.

#### 5) Faktor Emosional

Suatu bentuk sikap terkadang didasari oleh emosi, yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego. Sikap demikian dapat merupakan sikap yang sementara dan segera berlalu begitu frustrasi telah hilang akan tetapi dapat pula merupakan sikap yang lebih persisten dan bertahan lama.

Werner dan Defleur (dalam Aswar, 2007) mengemukakan 3 postulat guna mengidentifikasi tiga pandangan mengenai hubungan sikap dan perilaku, yaitu



*postulat of consistency, postulat of independent variation, dan postulate of contingent consistency.* Berikut ini penjelasan tentang ketiga postulat tersebut:

1). Postulat Konsistensi

Postulat konsistensi mengatakan bahwa sikap verbal memberi petunjuk yang cukup akurat untuk memprediksikan apa yang akan dilakukan seseorang bila dihadapkan pada suatu objek sikap. Jadi postulat ini mengasumikan adanya hubungan langsung antara sikap dan perilaku.

2). Postulat Variasi Independen

Postulat ini mengatakan bahwa mengetahui sikap tidak berarti dapat memprediksi perilaku karena sikap dan perilaku merupakan dua dimensi dalam diri individu yang berdiri sendiri, terpisah dan berbeda.

3). Postulat Konsistensi Kontigensi

Postulat konsistensi kontigensi menyatakan bahwa hubungan sikap dan perilaku sangat ditentukan oleh faktor-faktor situasional tertentu. Norma, peran, keanggotaan kelompok dan lain sebagainya, merupakan kondisi ketergantungan yang dapat mengubah hubungan sikap dan perilaku.

Oleh karena itu, sejauh mana prediksi perilaku dapat disandarkan pada sikap akan berbeda dari waktu ke waktu dan dari satu situasi ke situasi lainnya. Postulat yang terakhir ini lebih masuk akal dalam menjelaskan hubungan sikap dan perilaku. Apabila individu berada dalam situasi yang betul-betul bebas dari berbagai bentuk tekanan atau hambatan yang dapat mengganggu ekspresi sikapnya maka dapat diharapkan bahwa bentuk-bentuk perilaku yang ditampakkannya merupakan ekspresi sikap yang sebenarnya. Artinya, potensi

reaksi sikap yang sudah terbentuk dalam diri individu itu akan muncul berupa perilaku aktual sebagai cerminan sikap yang sesungguhnya terhadap sesuatu.

Sebaliknya jika individu mengalami atau merasakan hambatan yang dapat mengganggu kebebasannya dalam mengatakan sikap yang sesungguhnya atau bila individu merasakan ancaman fisik maupun ancaman mental yang dapat terjadi pada dirinya sebagai akibat pernyataan sikap yang hendak dikemukakan maka apa yang diekspresikan oleh individu sebagai perilaku lisan atau perbuatan itu sangat mungkin tidak sejalan dengan sikap hati nuraninya, bahkan dapat sangat bertentangan dengan apa yang dipegangnya sebagai suatu keyakinan. Semakin kompleks situasinya dan semakin banyak faktor yang menjadi pertimbangan dalam bertindak maka semakin sulitlah memprediksikan perilaku dan semakin sulit pula menafsirkannya sebagai indikator (Aswar, 2007).

#### c. Sikap Kerja yang Utama

Seseorang bisa memiliki ribuan sikap, tetapi dalam kehidupan organisasi difokuskan pada beberapa jenis sikap yang berkaitan dengan kerja. Sikap kerja berisi evaluasi positif atau negatif yang dimiliki seseorang tentang aspek-aspek lingkungan kerja mereka.

Dalam ilmu manajemen sumber daya manusia, sebagian besar penelitian difokuskan pada tiga sikap yaitu Robbins (1990) kepuasan kerja, Komitmen Organisasi keterlibatan pekerjaan dan sikap kerja yang lain

#### d. Kepuasan Kerja

Istilah kepuasan kerja dapat didefinisikan sebagai suatu perasaan positif yang merupakan hasil dari sebuah evaluasi karakteristiknya Robbin S.P, (1990).

Sedangkan Leebov, W, dan Scott G. (1994) menyatakan bahwa kepuasan kerja sebagai efektivitas atau respons emosional terhadap berbagai aspek pekerjaan. Definisi ini mengandung pengertian bahwa kepuasan kerja bukanlah suatu konsep tunggal, sebaliknya seseorang dapat relatif puas dengan suatu aspek dari pekerjaannya dan tidak puas dengan salah satu atau beberapa aspek lainnya.

e. **Komitmen Organisasi**

Sikap kerja kedua ini didefinisikan sebagai suatu keadaan dimana seorang individu memihak organisasi serta tujuan-tujuan dan keinginannya untuk mempertahankan keanggotaannya dalam organisasi (Robbins dan Judge, 2007). Lebih lanjut Robbins dan Judge (2007) membagi komitmen organisasi ke dalam 3 dimensi yaitu komitmen afektif, komitmen berkelanjutan, dan komitmen normatif. Komitmen afektif merupakan perasaan emosional untuk organisasi dan keyakinan dalam nilai-nilainya. Komitmen berkelanjutan adalah nilai ekonomi yang dirasakan dari bertahan dengan sebuah organisasi bila dibandingkan dengan meninggalkan organisasi tersebut. Sedangkan komitmen normatif adalah komitmen untuk bertahan dengan organisasi untuk alasan-alasan moral atau etis.

f. **Keterlibatan Kerja**

Dalam suatu perusahaan ataupun suatu organisasi keterlibatan kerja karyawan sangat berperan besar. Ada beberapa teori dari berbagai sumber yang dapat menjelaskan apa yang dimaksud dengan keterlibatan kerja dimana seorang karyawan dikatakan terlibat dalam pekerjaannya apabila karyawan tersebut dapat

mengidentifikasi diri secara psikologis dengan pekerjaannya, dan menganggap kinerjanya penting untuk dirinya, selain untuk organisasi

Beberapa studi yang dilakukan untuk mengetahui bagaimana keterlibatan kerja dapat timbul pada para pekerja, yang akhirnya menghasilkan dua sudut pandang yang dianggap menyebabkan timbulnya keterlibatan kerja yang pertama adalah keterlibatan kerja akan terbentuk karena keinginan dari pekerja akan kebutuhan tertentu, nilai atau karakteristik tertentu yang diperoleh dari pekerjaannya sehingga akan membuat pekerja tersebut lebih terlibat atau malah tidak terlibat pada pekerjaannya. Yang kedua keterlibatan kerja itu timbul sebagai respon terhadap suatu pekerjaan atau situasi tertentu dalam lingkungan kerja. Dengan lain kata suatu jenis pekerjaan atau situasi dalam lingkungan kerja akan mempengaruhi orang tersebut makin terlibat atau tidak dalam pekerjaannya.

Karyawan dalam keterlibatan yang tinggi dengan kuat memihak pada jenis kerja yang dilakukan dan benar-benar peduli dengan jenis kerja itu (Robbin, 1990). Teori yang mendasari adalah bahwa dengan mengetahui keterlibatan kerja karyawannya dengan demikian maka para karyawan akan menjadi lebih termotivasi, lebih berkomitmen dan lebih produktif serta lebih puas dengan pekerjaan mereka

g. Sikap Kerja yang lain

Beberapa sikap kerja yang lain dikemukakan oleh Robbin (1990) adalah dukungan organisasional yang dirasakan (*perceived organizational support*) yaitu tingkat dimana karyawan yakin organisasi menghargai kontribusi mereka dan peduli dengan kesejahteraan mereka dan keterlibatan karyawan (*employee*

*engagement*) yaitu keterlibatan, kepuasan, dan antusiasme individual dengan kerja yang mereka lakukan.

## **2.7 Kepuasan**

### **2.7.1 Pengertian Kepuasan**

Kepuasan adalah rasio harapan (standart kinerja yang seharusnya) dengan kinerja aktual yang diterima pelanggan. Jika harapan lebih besar dari aktual disebut tidak puas. Jika harapan sama dengan aktual disebut puas dan aktual lebih besar dari harapan disebut sangat puas atau *elated* atau *surprise* (Supriyanto dan Ernawaty, 2009)

### **2.7.2 Teori model kepuasan**

#### 1) Model, kebutuhan, keinginan, Utilisasi

Faktor provider adalah terkait dengan karakteristik provider (pengetahuan dan kemampuan, motivasi, etos kerja) dalam menyediakan layanan kesehatan. Selain itu variabel faktor pekerjaan (disain pekerjaan, bahan kerja), dan faktor organisasi (kepemimpinan, supervisi, imbalan pekerjaan.) juga ikut mempengaruhi sikap dan perilaku provider (Supriyanto, 2010).

Kebutuhan adalah suatu keadaan sebagian dari kepuasan dasar yang dirasakan dan disadari *Self Perceived Health problem* (Supriyanto 2010). Kepuasan pelanggan menurut model kebutuhan ialah suatu keadaan di mana kebutuhan, keinginan dan harapan pasien dapat dipenuhi melalui produk atau jasa yang dikonsumsi. Oleh karena itu kepuasan pasien adalah rasio kualitas yang dirasakan oleh pasien dibagi dengan kebutuhan, keinginan dan harapan pasien.

Model kebutuhan adalah model yang menjelaskan faktor dominan pengaruh dari perspektif pasien (masyarakat). Pada utilisasi ada dua kemungkinan bahwa permintaan dan harapan masyarakat bisa dipenuhi. Kondisi ini disebut *satisfied demand*, sedangkan bila masyarakat tidak mendapatkan seperti yang diminta dan diharapkan, maka disebut *unsatisfied demand*. *Unsatisfied demand* adalah mereka yang berharap berobat ke puskesmas, tetapi karena adanya barrier (kendala) ekonomi atau jarak, akhirnya berobat tradisional. *Satisfied demand* adalah mereka yang menginginkan berobat ke puskesmas dan dapat terpenuhi keinginannya.

## 2) Model Kesenjangan (*The Expectancy-Disconfirmation Model*)

Gardial (2002), mendefinisikan kepuasan sebagai model kesenjangan antara harapan (standar kinerja yang seharusnya) dengan kinerja actual yang diterima pelanggan. *Comparison standard* ialah standard yang digunakan untuk menilai ada tidaknya kesenjangan antara apa yang dirasakan pasien dengan standard yang ditetapkan. Standard dapat berasal dari:

1. Harapan pasien, bagaimana pasien mengharapkan produk/jasa seharusnya dia terima;
2. Pesaing. Pasien mengadopsi standar kinerja pesaing rumah sakit untuk kategori produk/jasa yang sama sebagai standar perbandingan;
3. Kategori produk/jasa lain;
4. Janji promosi dari rumah sakit;
5. Nilai/norma industri kesehatan yang berlaku (Supriyanto& Ernawaty 2009).



### 2.7.3 Faktor Yang Mempengaruhi Kepuasan

Supriyanto (2010) menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien:

1. Kualitas produk atau jasa

Pasien akan merasa puas bila hasil evaluasi mereka menunjukkan bahwa produk atau jasa yang digunakan berkualitas.

2. Harga

Harga, yang termasuk didalamnya adalah harga produk atau jasa. Harga merupakan aspek penting, namun yang terpenting dalam penentuan kualitas guna mencapai kepuasan pasien. Meskipun demikian elemen ini mempengaruhi pasien dari segi biaya yang dikeluarkan, biasanya semakin mahal harga perawatan maka pasien mempunyai harapan yang lebih besar.

3. Emosional

Pasien yang merasa bangga dan yakin bahwa orang lain kagum terhadap konsumen bila dalam hal ini pasien memilih institusi pelayanan kesehatan yang sudah mempunyai pandangan, cenderung memiliki tingkat kepuasan yang lebih tinggi.

4. Kinerja

Wujud dari kinerja ini misalnya: kecepatan, kemudahan, dan kenyamanan bagaimana perawat dalam memberikan jasa pengobatan terutama keperawatan pada waktu penyembuhan yang relatif cepat, kemudahan dalam memenuhi kebutuhan pasien dan kenyamanan yang diberikan yaitu dengan

memperhatikan kebersihan, keramahan dan kelengkapan peralatan rumah sakit.

#### 5. Estetika

Estetika merupakan daya tarik rumah sakit yang dapat ditangkap oleh panca indera. Misalnya: keramahan perawat, peralatan yang lengkap.

#### 6. Karakteristik produk

Karakteristik produk, produk ini merupakan kepemilikan yang bersifat fisik antara lain gedung dan dekorasi. Karakteristik produk meliputi penampilan bangunan, kebersihan dan tipe kelas kamar yang disediakan beserta kelengkapannya.

#### 7. Pelayanan

Pelayanan keramahan petugas rumah sakit, kecepatan dalam pelayanan. Institusi pelayanan kesehatan dianggap baik apabila dalam memberikan pelayanan lebih memperhatikan kebutuhan pasien. Kepuasan muncul dari kesan pertama masuk pasien terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan, misalnya: pelayanan yang cepat, tanggap dan keramahan dalam memberikan pelayanan keperawatan.

#### 8. Lokasi

Lokasi meliputi letak kamar dan lingkungannya merupakan salah satu aspek yang menentukan pertimbangan dalam memilih institusi pelayanan kesehatan. Umumnya semakin dekat lokasi dengan pusat perkotaan atau yang mudah dijangkau, mudahnya transportasi dan lingkungan yang baik akan semakin menjadi pilihan bagi pasien.

## 9. Fasilitas

Kelengkapan fasilitas turut menentukan penilaian kepuasan pasien, misalnya fasilitas kesehatan baik sarana dan prasarana, tempat parkir, ruang tunggu yang nyaman dan ruang kamar rawat inap. Walaupun hal ini tidak vital menentukan penilaian kepuasan pasien, namun institusi pelayanan kesehatan perlu memberikan perhatian pada fasilitas dalam penyusunan strategi untuk menarik konsumen.

## 10. Komunikasi

Komunikasi, yaitu tata cara informasi yang diberikan pihak penyedia jasa dan keluhan-keluhan dari pasien. Bagaimana keluhan-keluhan dari pasien dengan cepat diterima oleh penyedia jasa terutama perawat dalam memberikan bantuan terhadap keluhan pasien.

## 11. Suasana

Suasana, meliputi keamanan dan keakraban. Suasana yang tenang, nyaman, sejuk dan indah akan sangat mempengaruhi kepuasan pasien dalam proses penyembuhannya. Selain itu tidak hanya bagi pasien saja yang menikmati itu akan tetapi orang lain yang berkunjung akan sangat senang dan memberikan pendapat yang positif sehingga akan terkesan bagi pengunjung institusi pelayanan kesehatan tersebut.

## 12. Desain Visual

Desain visual, meliputi dekorasi ruangan, bangunan dan desain jalan yang tidak rumit. Tata ruang dan dekorasi ikut menentukan suatu kenyamanan.

#### 2.7.4 Indeks Kepuasan

Indeks kepuasan adalah resultante dari beberapa indikator kepuasan. Secara garis besar dikategorikan dalam 5 indikator/kategori yaitu *Product Quality*, *Service Quality*, *Price Emotional Factor*, *Cost of Acquiring* (Supriyanto dan Eranawty, 2010).

##### a) *Product Quality*

Bagaimana konsumen akan merasa puas atas produk barang yang di gunakan. Beberapa dimensi yang membentuk kualitas produk barang adalah *performance*, *reliability*, *conformance*, *durability*, *feature* dan lain-lain.

##### b) *Service Aquality*

Bagaimana konsumen akan puas dengan jasa yang telah di konsumsinya. Dimensi service qulity yang lebih di kenal dengan *servQual* meliputi 5 dimensi yaitu *tangible*, *reliability*, *assurance*, *empathy*, *responsiveness*.Skala nilai dinyatakan dengan skala 1-5. Skala 1 adalah tidak puas dan skala 5 adalah puas. Nilai rerata skala adalah nilai skor.(skor = jumlah n pengukuran dikatakan skala).

##### c) *Emotional Faktor*

Keyakinan dan rasa bangga terhadap produk, jasa yang digunakan dibandingkan pesaing.*Emotional* faktor diukur dari *preceived best score*, artinya perspsi kualitas terbaik dibandingkan pesaingnya.

d) *Price*

Harga dari produk, jasa yang diukur dari value (nilai) manfaat dibandingkan dengan biaya yang dikeluarkan konsumen. Harga adalah harga pelayanan medis (*medical care*) yang harus dibayar konsumen (*Price is that which is given in an exchange to acquire a good or service*).

e) *Cost of Acquiring*, biaya yang dikeluarkan untuk mendapatkan produk atau jasa.

Kepuasan kerja didefinisikan sebagai perbedaan antara banyaknya ganjaran yang diterima pekerja dan banyaknya yang mereka yakini seharusnya mereka terima. Istilah kepuasan kerja (*job satisfaction*) merujuk pada sikap umum individu terhadap pekerjaannya. Seseorang dengan tingkat kepuasan kerja tinggi menunjukkan sikap yang positif terhadap pekerjaan itu. Sedangkan seseorang yang tidak puas dengan pekerjaannya menunjukkan sikap yang negatif terhadap pekerjaan itu (Robbins, 2001).

### **2.7.5 Faktor Kepuasan Kerja**

Faktor-faktor nilai yang intrinsik adalah keragaman, pengawasan atas pekerjaan, relevansi tugas, umpan balik atas hasil, dan pertumbuhan pribadi. Hasibuan (2001), menyebutkan kepuasan kerja karyawan dipengaruhi oleh faktor-faktor balas jasa yang adil dan layak, penempatan yang tepat sesuai dengan keahlian, berat ringannya pekerjaan, suasana dan lingkungan pekerjaan, peralatan yang menunjang pelaksanaan pekerjaan, sikap pimpinan dalam kepemimpinannya, dan sifat pekerjaan (monoton atau tidak).

Untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi kepuasan kerja menurut Herzberg (1977) adalah *Two faktor theory* (teori dua faktor), menyatakan puas atau tidaknya karyawan bekerja dipengaruhi faktor motivator (*satisfier*) dan faktor hygiene (*dissatisfier*). Faktor motivator (*satisfier*) berhubungan dengan aspek-aspek yang terkandung dalam pekerjaan itu sendiri atau *job content* yang disebut juga sebagai aspek intrinsik dalam pekerjaan. Faktor-faktor yang termasuk dalam faktor motivator adalah keberhasilan melakukan tugas, pengakuan, pekerjaan itu sendiri, tanggung jawab, kemungkinan untuk pengembangan kemajuan. Faktor yang kedua adalah faktor hygiene (*dissatisfier*) yang berhubungan dengan aspek di sekitar pelaksanaan pekerjaan atau *job context* yang disebut juga aspek ekstrinsik pekerja, yang terdiri dari: kebijaksanaan dan prosedur perusahaan, supervisor, upah/gaji, hubungan dengan rekan kerja, kondisi kerja.

#### **2.7.6 Karakteristik Dimensi Mutu**

Yang saat ini masih populer adalah konsep *ServQual* yang dikembangkan oleh Parasuman, *et al*, (1994), sejak 15 tahun yang lalu. Dimensi tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan antara lain:

##### **a. Dimensi *Tangible* (bukti langsung)**

Karena suatu service tidak bisa dilihat, tidak bisa di cium, dan tidak bias diraba, maka aspek *tangible* menjadi penting sebagai ukuran terhadap pelayanan. Pasien akan menggunakan indra penglihatan untuk menilai suatu kualitas pelayanan. *Tangible* yang baik akan mempengaruhi persepsi pelanggan. Pada saat yang bersamaan aspek *tangible* ini juga merupakan salah satu sumber yang



mempengaruhi harapan pelanggan. Karena *tangible* yang baik, maka harapan responden menjadi lebih tinggi. Dimensi *tangible* pada umumnya lebih penting bagi pelanggan yang baru, dimana pelanggan membutuhkan informasi yang adekuat yang berkenaan dengan tarif suatu pelayanan yang diterima.

b. Dimensi *Reliability* (Kehandalan).

Dimensi *Reliability* adalah dimensi yang mengukur kehandalan dari Rumah sakit dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada pasiennya. Dibandingkan dengan 4 dimensi kualitas pelayanan lainnya, yaitu: *responsiveness*, *assurance*, *empathy*, dan *tangible*, persepsi ini paling penting bagi pasien. Ada 2 aspek dari dimensi ini. Pertama adalah kemampuan Rumah Sakit untuk memberikan pelayanan seperti yang dijanjikan. Kedua adalah seberapa jauh suatu Rumah Sakit mampu memberikan pelayanan keperawatan yang akurat atau tidak ada *error*.

c. Dimensi *responsiveness* (ketanggapan).

*Responsiveness* adalah dimensi kualitas pelayanan yang paling dinamis. Harapan pelanggan terhadap kecepatan pelayanan hampir dipastikan dapat berubah dengan kecenderungan dari waktu ke waktu. Salah satu nilai tambah yang ditawarkan oleh Rumah Sakit adalah kecepatan pelayanan keperawatan. Sama seperti dimensi aspek pelayanan lainnya, maka kepuasan terhadap dimensi *responsiveness* adalah berdasarkan persepsi dan bukan aktualnya. Karena persepsi mengandung aspek psikologis lain, maka faktor komunikasi dan situasi fisik di sekeliling pasien yang menerima pelayanan merupakan hal yang penting dalam mempengaruhi penilaian pasien. Pelayanan

yang responsif atau yang tanggap, juga sangat dipengaruhi oleh sikap front-line staf. Salah satunya adalah kesiagapan dan ketulusan dalam menjawab pertanyaan atau permintaan pelanggan.

d. Dimensi *Assurance* (Jaminan).

*Assurance* adalah dimensi kualitas yang berhubungan dengan kemampuan Rumah Sakit dan perilaku *front-line staf* dalam menanamkan rasa percaya keyakinan kepada para pasiennya. Berdasarkan banyak riset yang dilakukan ada 4 aspek dari dimensi ini yaitu, keramahan, kompetensi, kredibilitas/reputasi, dan keamanan.

b. Dimensi *Emphaty* (Empati).

*Emphaty* adalah dimensi kelima dari kualitas pelayanan. Secara umum, dimensi ini memang dipersepsi kurang penting dibanding dimensi *reliability* dan *responsiveness* di mata kebanyakan pasien. Hal ini sesuai dengan teori perkembangan kebutuhan manusia dari “Maslow”. Pada tingkat semakin tinggi, kebutuhan manusia tidak lagi dengan hal-hal yang primer. Setelah kebutuhan fisik, keamanan dan sosial terpenuhi, maka dua kebutuhan lagi akan dikejar oleh manusia yaitu kebutuhan ego dan aktualisasi. Pelayanan yang *empathi* memang sangat memerlukan sentuhan pribadi. Tetapi sentuhan pribadi hanya menjadi maksimal kalau suatu rumah sakit mempunyai data base yang efektif. Tanpa hal ini sungguh sulit menerapkan pelayanan yang *empathi*.

Tabel 2.1 Pemetaan Analisis dari Beberapa Teori yang Relevan

A.	Teori Produktivitas (Kopelman, 1986)				
	<b>Faktor Produktivitas</b>		<b>Kinerja (Produktivitas)</b>		
	Faktor organisasi: <i>1. Reward system</i> <i>2. Goal setting and MBO</i> <i>3. Selection</i> <i>4. Training and development</i> <i>5. Leadership</i> <i>6. Organization structure</i>	Karakteristik individu: <i>1. Knowledge,</i> <i>2. skills,</i> <i>3. Ability,</i> <i>4. motivation</i> <i>5. Attitudes</i> <i>6. Beliefs &amp; values</i>	Kinerja1 Perilaku Kerja atau: Aktivitas	Kinerja2: Alokasi waktu kerja	Kinerja 3: Efektivitas organisasi
Faktor pekerjaan: <i>1. Objective performance Feedback</i> <i>2. Judgmental performance Feedback</i> <i>3. job design</i> <i>4. Work schedule</i>					
B	Robbin 2002				
	<b>Faktor Kinerja</b>		<b>Kinerja</b>		
	<i>1. Ability</i> <i>2. Motivasi</i> <i>3. Opportunity</i>		Kinerja		

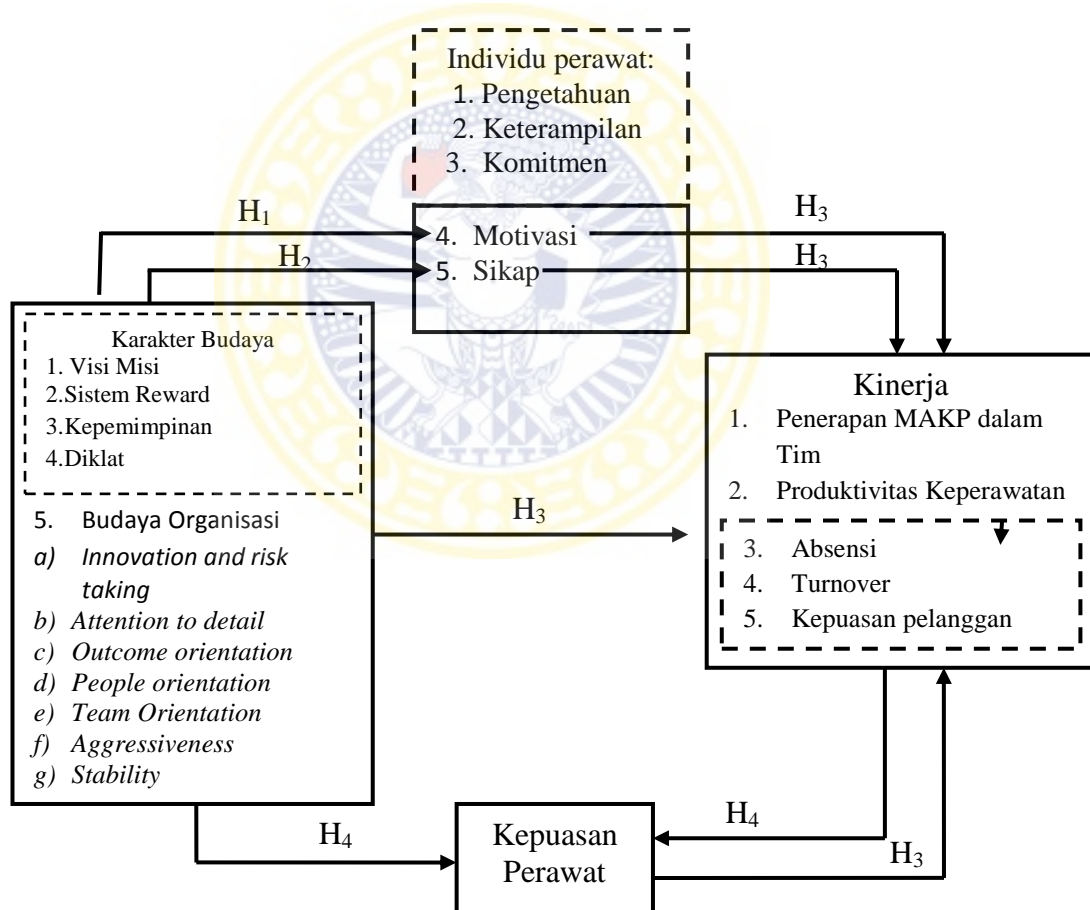
C.	Robbins (dalam Supriyanto dan Ernawaty, 2010)				
	<b>Faktor Kinerja</b>	<b>Faktor Individu</b>	<b>Kinerja</b>		
	Budaya Organisasi 1. <i>Innovation and risk taking</i> 2. <i>Attention to detail</i> 3. <i>Outcome orientation</i> 4. <i>People orientation</i> 5. <i>Team orientation</i> 6. <i>Aggressiveness</i> 7. <i>Stability</i>	1. Motivasi 2. Sikap 3. Desain Pekerjaan 4. Kepemimpinan 5. Komitmen	1. Produktivitas 2. Absenteesmn 3. Turnover 4. Organizational citizenship 5. Job satisfaction		
D	Rowland dan Rowland (dalam Nursalam 2011)				
	<b>Faktor kinerja</b>	<b>Karakteristik</b>	<b>Kinerja</b>		
	Model MAKP 1. <i>Fungsional</i> 2. Tim 3. Primer 4. modifikasi	Karakteristik perawat: 1. Individu 2. Psikologi 3. Sosial 4. Budaya	Proses Keperawatan (Standar ASKEP): 1. Pengkajian 2. Diagnosis 3. Perencanaan 4. Intervensi 5. Evaluasi	Komunikasi: <i>Caring</i>	<i>Outcome</i> 1. Kepuasan pasien 2. <i>Patient safety</i>

**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

**3.1 Kerangka Konseptual**

Kerangka Konseptual disusun berdasarkan kajian teoritis dan kajian empiris yang memiliki relevansi dengan rumusan masalah dan tujuan penelitian.



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Gambar 3.1 menunjukkan bahwa variabel budaya organisasi secara berpengaruh langsung terhadap individu perawat, kinerja perawat dalam penerapan MAKP dan kepuasan Perawat. Faktor individu perawat adalah pengetahuan, keterampilan komitmen, motivasi dan sikap. Pengetahuan, keterampilan dan komitmen tidak diteliti dengan asumsi mereka yang memiliki pengetahuan, keterampilan dan komitmen relatif homogen dari pendidikan yang diperoleh, sedangkan motivasi dan sikap merupakan dorongan dan perilaku yang ditunjukkan dalam pelaksanaan MAKP.

Secara keseluruhan kerangka hubungan kasual dalam disertasi ini berfokus pada tiga kajian model atau teori yakni:

1. Budaya organisasi dengan karakteristik *innovation and risk taking, attentional to detail, outcome orientation, people orientation, team orientation, aggressiveness, dan stability* berpengaruh terhadap kinerja. Robbin (1990) menjelaskan bahwa organisasi adalah sekumpulan nilai sebagai kristalisasi nilai individu, kelompok dan akhirnya menjadi nilai bersama. Kumpulan nilai (*sharedness*) merupakan kumpulan dari nilai individu dan kelompok yang menjadi nilai organisasi. Kumpulan nilai bisa masih dalam bentuk orientasi atau sudah menjadi cara bekerja organisasi (imbalan), nilai bersama yang merupakan kristalisasi nilai dan kelompok dapat dinyatakan dalam prosentasi atau tingkat komitmen.
2. Karakteristik Budaya organisasi berpengaruh terhadap individu perawat (motivasi dan sikap) (Robbins, 1990).



3. Motivasi dan sikap berpengaruh terhadap kinerja perawat dengan indikator penerapan MAKP dalam tim dan produktivitas keperawatan. Robbins (1990), menjelaskan bahwa faktor yang mempengaruhi kinerja perawat adalah motivasi dan kemampuan individu (*performance is fundion of ability and motivation*).
4. Karakteristik budaya organisasi selain pada proses kinerja perawat dalam penerapan MAKP dapat juga mempengaruhi kepuasan perawat.
5. Kinerja perawat dalam penerapan MAKP dapat mempengaruhi kepuasan perawat (Nursalam, 2011).

### 3.2 Hipotesis Penelitian

Dari beberapa teori tersebut dan kondisi faktual di lapangan ada beberapa variabel yang diteliti serta beberapa hipotesis diajukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- H<sub>1</sub> : Terdapat pengaruh budaya organisasi terhadap motivasi perawat di rumah sakit.
- H<sub>2</sub> : Terdapat pengaruh budaya organisasi terhadap sikap perawat di rumah sakit.
- H<sub>3</sub> : Terdapat pengaruh budaya organisasi, motivasi, sikap dan kepuasan perawat terhadap kinerja perawat dalam penerapan MAKP di rumah sakit.
- H<sub>4</sub> : Terdapat pengaruh langsung budaya organisasi dan kinerja perawat dalam penerapan MAKP terhadap kepuasan perawat di rumah sakit.

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian *survey*, yaitu penelitian yang diterapkan dengan mengambil sampel dari suatu populasi dan menggunakan kuesioner sebagai instrument pengumpulan data pokok. Ditinjau dari dimensi waktu penelitian ini menggunakan design *cross-sectional* dengan sifat penelitian yakni penelitian menjelaskan (*explanatory research*), berdasarkan persepsi dan responden, yaitu menjelaskan hubungan kausal antara variabel berdasarkan jawaban responden melalui pengujian hipotesis (Maholtra, 2003).

#### 4.2 Populasi dan Sampel

##### 4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat yang bertugas di RSUD. Prof. Dr. Hi. Aloei Saboe Gorontalo 246 orang, dan RSUD. Dr. M.M. Dunda Limboto berjumlah 187 orang, dengan total populasi 433 orang.

##### 4.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian perawat yang bertugas di ruang rawat inap RSUD Prof. Dr. Hi. Aloei Saboe Gorontalo dan di RSUD Dr. M. M. Dunda Limboto. Yang dipilih dengan cara random sederhana dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut :

## a. Kriteria inklusi

- 1) Perawat yang sudah bekerja minimal 1 tahun di RSUD Prof. Dr. Hi. Aloei Saboe Gorontalo dan RSUD Dr. M.M. Dunda Limboto.
- 2) Perawat yang berstatus tenaga tetap dan tenaga tidak tetap.

## b. Kriteria eksklusi:

- 1) Perawat yang masih bersatatus *trainee*.
- 2) Menolak menjadi responden
- 3) Yang sedang cuti atau sakit saat dilakukan penelitian.

Besar Sampel menggunakan rumus: Cochran "*Sampling Technique*": (Supriyanto dan Johan, 2011).

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

n = besar sampel

Z = deviasi normal standar, biasanya masyarakat ditentukan 1,96

$$d^2 = 0.05$$

p = proporsi dalam populasi sasaran yang ditaksir

$$q = 1 - p$$

Dengan Z=1,96, p=0,5, q=0,5 dan d= 0,05 maka n = 384

Apabila N (populasi) < 10.000, besarnya sampel yang diperlukan akan lebih kecil. Untuk itu perlu dihitung taksiran sampel baru dengan rumus :

$$nf = \frac{n}{1 + n/N}$$

nf = besar sampel yang diinginkan (populasi kurang 10.000)

n = besar sampel yang diinginkan (populasi lebih dari 10.000)

N = Jumlah populasi.

$$nf = \frac{384}{1 + (384:433)} = 204$$

Jadi besaran sampel adalah 204 orang dengan rincian sebagai

berikut: RSUD Prof. Dr. H Aloei Saboe Gorontalo 116 orang dan RSUD

Dr. M.M. Dunda Limboto 88 orang

### 4.3 Variabel Penelitian

#### 4.3.2 Variabel Independen

Variable independen dalam peneltian ini adalah budaya organisasi (X.1),

#### 4.3.3 Variabel Dependen

Variable dependen dalam penelitian ini adalah motivasi dan sikap (Y1).

kinerja dalam penerapan MAKP (Y2) dan Kepuasan Perawat (Y3)

Table 4.1 Variabel Penelitian: Pengembangan Budaya Organisasi untuk meningkatkan Kinerja dan Kepuasan Perawat dalam penerapan Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP)

Variabel	Indikator
X1 Budaya organisasi perawat (dimensi budaya)	X.1.1 <i>Innovation and risk taking</i> X.1.2 <i>Attention to detail</i> X.1.3 <i>Outcome orientation</i> X.1.4 <i>People orientation</i> X.1.5 <i>Team orientation</i> X.1.6 <i>Aggressiveness</i> X.1.7 <i>Stability.</i>
Y1 Motivasi perawat	Y1.1 Pengembangan Y1.2 Penghargaan / <i>reward</i>
Sikap perawat	Y.1.3 Kognitif Y1.4. Afektif Y.1.5. Konasi
Y2 Kinerja Perawat dalam penerapan MAKP	Y.2.1 Penerapan MAKP dalam Tim Y.2.2 Produktivitas Keperawatan
Y3 Kepuasan Perawat	Y 3.1 Kepuasan kerja

#### 4.4 Definisi Operasional

Defenisi operasional adalah seperangkat petunjuk yang lengkap tentang apa yang harus diamati peneliti dan bagaimana mengukur variabel atau konsep

Tabel 4.2 Definisi Operasional Variabel Penelitian

Variabel	Definisi Operasional dan Indikator	Instrumen dan skala
Budaya Organisasi (X.1).	Kondisi kerja perawat dalam upaya untuk mencapai tujuan organisasi,	
X.1.1 <i>Innovation and risk taking</i>	Inovasi dan pengambilan risiko adalah kondisi di mana karyawan didorong untuk melakukan inovasi dan pengambilan risiko pada pekerjaannya yang menjadi tanggung jawabnya. Parameternya variabel asuhan keperawatan (pengajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi)	Kuesioner dan skala Ratio 0=Tidak Pernah 1=Kadang-kadang 2=Jarang 3= Sering 4=Setiap hari kategori <b>Baik</b> : jika nilai skor >80-100% jawaban setiap hari <b>Cukup</b> : jika nilai skor >64-<80% jawaban setiap hari <b>Rendah</b> : jika nilai skor >49-<64% jawaban setiap hari <b>Sangat Rendah</b> : jika nilai skor <49 jawaban setiap hari
X.1.2 <i>Attention to detail</i>	Perhatian pada hal rinci ( <i>Attention to detail</i> ) adalah karyawan diharapkan dapat melakukan ramalan, dapat melakukan analisis dan perhatian pada hal yang rinci	Kuesioner dan skala Ratio 0=Tidak Pernah 1=Kadang-kadang 2=Jarang 3= Sering 4=Setiap hari kategori <b>Baik</b> : jika nilai skor >80-100% jawaban setiap hari <b>Cukup</b> : jika nilai skor >64-<80% jawaban setiap hari <b>Rendah</b> : jika nilai

Variabel	Definisi Operasional dan Indikator	Instrumen dan skala
		skor >49-<64% jawaban setiap hari <b>Sangat Rendah:</b> jika nilai skor <49 jawaban setiap hari
X.1.3 <i>Outcome orientation</i>	Orientasi hasil ( <i>Outcome orientation</i> ), tingkat yang mana pimpinan lebih beorientasi padas hasil kerja dari proses kerja	Kuesioner dan skala Ratio 0=Tidak Pernah 1=Kadang-kadang 2=Jarang 3= Sering 4=Setiap hari
X.1.4 <i>People orientation</i>	Orientasi sumber daya manusia ( <i>People orientation</i> ) adalah keputusan manajemen juga mempertimbangkan pengaruh pada karyawan	4=Setiap hari kategori <b>Baik</b> : jika nilai skor >80-100% jawaban setiap hari
X.1.5 <i>Team orientation</i>	Orientasi Tim ( <i>Team orientation</i> ), adalah pekerjaan perawat lebih beorientasi tim dari orientasi individual	<b>Cukup:</b> jika nilai skor >64-<80% jawaban setiap hari
X.1.6 <i>Aggressiveness</i>	Keagresifan ( <i>Aggressiveness</i> ), adalah karyawan agresif atau lebih beorientasi kompetitif dari orientasi kooperatif	<b>Rendah:</b> jika nilai skor >49-<64% jawaban setiap hari
X.1.7 <i>Stability.</i>	<i>Stability.</i> Tingkat yang mana keputusan dan tindakan organisasi lebih menekankan pemeliharaan atau berada pada status quo	<b>Sangat Rendah:</b> jika nilai skor <49 jawaban setiap hari
<b>Motivasi (Y1)</b>	Dorongan yang berasal dari luar dan dalam diri perawat untuk menerapkan MAKP	
Y.1.1 <i>Intensity</i>	Intensi atau niat perawat untuk menerapkan MAKP, dengan atribut lemah sampai kuat	Kuesioner dan skala Ratio 0=Sangat Tidak Setuju 1=Tidak Setuju 2=Ragu-Ragu 3= Setuju 4=Sangat Setuju
Y.1.2 <i>Direction</i>	Aktivitas dan usaha perawat untuk bekerja sesuai atau searah tujuan MAKP	4=Sangat Setuju kategori
Y.1.3 <i>Persistence</i>	Berapa lama seorang perawat dapat menerapkan mempertahankan MAKP sesuai dengan tujuan MAKP	<b>Tinggi</b> : jika nilai skor >80-100% jawaban sangat setuju <b>Sedang:</b> jika nilai skor >64-<80% jawaban sangat setuju



Variabel	Definisi Operasional dan Indikator	Instrumen dan skala
		<b>Rendah:</b> jika nilai skor >49-<64% jawaban sangat setuju <b>Sangat Rendah:</b> jika nilai skor <49 jawaban sangat setuju
Sikap (Y1)	Respon terhadap pekerjaan yang saat ini menjadi tanggung jawabnya atau tidak menjadi tanggung jawabnya	
Y.1.1 <i>Cognitive attitudes</i>	Keyakinan perawat (niat) terhadap dalam pemberian layanan secara individual Indikator : Pasien perlu didengarkan keluhan, diperhatikan dan dibantu menyelesaikan masalahnya.	Kuesioner dan skala Interval / ordinal 0=Sangat Tidak Setuju 1=Tidak Setuju 2=Ragu-Ragu 3= Setuju 4=Sangat Setuju
Y.1.2 <i>Affective attitudes</i>	Perasaan yang menyangkut hubungan emosional seseorang dalam pelayanan keperawatan Indikator Kecepatan dan ketepatan dalam melayani	<b>Tinggi :</b> jika nilai skor >80-100% jawaban sangat setuju <b>Sedang:</b> jika nilai skor >64-<80% jawaban sangat setuju
Y.1.3. Konasi	Berkenaan dengan kecenderungan atau kesiapan perawat untuk melakukan tindakan keperawatan. Parameter kejujuran antara pikiran dan tindakannya dalam melakukan perbaikan pelayanan keperawatan	<b>Rendah:</b> jika nilai skor >49-<64% jawaban sangat setuju <b>Sangat Rendah:</b> jika nilai skor <49 jawaban sangat setuju
<b>Kinerja MAKP (Y.2)</b>	Kinerja MAKP adalah penerapan asuhan keperawatn profesional, dengan parameter: 1. Penerapan MAKP dalam Tim	Kuesioner dan skala Ratio 0=Tidak Pernah 1=Kadang-kadang 2=Jarang 3= Sering 4=Setiap hari kategori <b>Baik :</b> jika nilai skor >80-100% jawaban setiap hari <b>Cukup:</b> jika nilai skor >64-<80% jawaban setiap hari

Variabel	Definisi Operasional dan Indikator	Instrumen dan skala
		<b>Rendah:</b> jika nilai skor >49-<64% jawaban setiap hari <b>Sangat Rendah:</b> jika nilai skor <49 jawaban setiap hari
	2. Produktivitas Keperawatan	Produktivitas dihitung berdasarkan alokasi waktu untuk kategori kegiatan dengan waktu yang tersedia
<b>Kepuasan Perawat (Y.3).</b>	Perasaan positif tentang penilaian aktivitas pekerjaan dan konsekuensinya	
Y.3.1 Kepuasan Kerja	Perasaan puas pada pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya. Parameter: 1. Fisik 2. Kerjasama dengan dokter 3. Kerjasama dengan perawat 4. Imbalan 5. Pengembangan karir 6. Peningkatan pengetahuan dan keterampilan	Kuesioner dan skala Ratio 0=Sangat Tidak Puas 1=Tidak Puas 2=Biasa Saja 3= Puas 4=Sangat Puas kategori >5% memiliki loyalitas terhadap pimpinan

#### 4.5. Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Prof. Dr. Hi. Aloei Saboe Gorontalo dan RSUD Dr. M.M. Dunda Limboto. Pelaksanaan penelitian direncanakan pada bulan Mei sampai dengan Agustus 2012, dengan perincian sebagai berikut:

##### 1. Tahap persiapan (Mei – Juni minggu I 2012)

Tahap persiapan dimulai dengan melakukan kegiatan meliputi:

- a. Menyusun proposal penelitian dan konsultasi
- b. Melaksanakan *survey* ke RSUD Prof. Dr. Hi. Aloei Saboe Gorontalo dan RSUD Dr. M. M. Dunda Kabupaten Gorontalo.

- c. Mengurus perijinan dan perlengkapan untuk penelitian
  - d. Melakukan uji coba instrumen
2. Tahap pelaksanaan (Juni Minggu Ke II – Agustus Minggu I 2012)
    - a. Menentukan jadwal pelaksanaan pengumpulan data
    - b. Pelaksanaan pengumpulan data
  3. Tahap analisis data (Minggu Ke II- Minggu IV Agustus 2012)

#### **4.6 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data**

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2008). Prosedur pengambilan dan pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah :

1. Administrasi (ijin penelitian dilokasi penelitian)
2. Melakukan penyusunan dan pemberian kuesioner kepada responden tentang variabel budaya organisasi dengan sub variabel *innovation and risk taking, attention to detail, outcome orientation, people orientation, team orientation, aggressiveness, dan stability*, variabel individu perawat dengan sub variabel motivasi dan sikap, variabel kinerja MAKP dan variabel kepuasan kerja.
3. Mengevaluasi penerapan MAKP Tim
4. Melakukan evaluasi variabel kinerja perawat dalam penerapan MAKP Tim dan kepuasan perawat.
5. Melakukan interpretasi hasil regresi antara variabel yang telah diukur untuk selanjutnya dibuat sebagai rekomendasi.

#### 4.7. Teknik Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan deskriptif untuk menganalisis distribusi frekuensi dengan menghitung frekuensi atau jumlah dan persentase dari aspek yang diukur. Analisis deskriptif juga ditujukan untuk menggambarkan indikator setiap variabel penelitian. Berdasarkan kecenderungan tanggapan responden terhadap butir pertanyaan dalam instrumen penelitian. Pernyataan-pernyataan yang diajukan dilengkapi dengan lima alternatif jawaban berikut bobotnya untuk setiap alternatif, yaitu: (SH,SS) Setiap hari dan Sangat setuju = 4, (S, S) Sering dan Setuju = 3, (KK, B) Kadang-kadang dan biasa saja= 2, (J, TS) jarang dan tidak setuju= 1, dan (TP, STS) tidak pernah dan sangat tidak setuju= 0.

Pengkategorian jawaban responden sebagai berikut:

- Baik = Jika jawaban responden berada pada skor antara >80-100% pada *option* setiap hari
- Cukup = Jika jawaban responden berada pada skor antara >64-<80% pada *option* setiap hari
- Rendah = Jika jawaban responden berada pada skor >49-<64% pada *option* setiap hari
- Sangat Rendah = Jika jawaban responden berada pada skor <49% pada *option* setiap hari

Selanjutnya analisis yang digunakan untuk mengetahui pengaruh antara variabel digunakan analisis regresi.

#### 4.8. Etik Penelitian

Prinsip-prinsip dalam etika penelitian meliputi: prinsip manfaat, prinsip menghormati manusia dan prinsip keadilan. Oleh karena itu, dalam melaksanakan penelitian ini peneliti mendapat rekomendasi dari Program Doktor Ilmu Kesehatan Pascasarjana Universitas Airlangga dan permintaan ijin ke RSUD Prof. Dr. Hi. Aloei Saboe Gorontalo dan RSUD. Dr. M. M. Dunda Limboto. Setelah mendapat persetujuan, penelitian dilaksanakan dengan berpedoman pada masalah etik yang meliputi:

a. *Informed consent*

*Informed consent* merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut di berikan sebelum penelitian dilakukan. Jika subyek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak responden.

b. Tanpa nama (*Anonimity*)

Tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

c. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

## BAB 5

### HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

#### 5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah di Provinsi Gorontalo yang menjadi lokasi penelitian ini adalah RSUD Prof. Dr. H Aloei Saboe Kota Gorontalo dan RSUD M.M. Dunda Kabupaten Gorontalo. Kedua RSUD tersebut digambarkan sebagai berikut:

##### 1. Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo

Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo berkedudukan di Jalan Prof. Dr. H. Aloei Saboe Nomor 91 RT 1 RW 4 Kelurahan Wongkaditi Timur Kecamatan Kota Utara Kota Gorontalo Provinsi Gorontalo. Terletak di area lahan seluas 54.000 M<sup>2</sup>.

Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo dibangun pada tahun 1926 dan dimanfaatkan sejak tahun 1929 dengan nama RSU Kotamadya Gorontalo. Semula hanya satu gedung yang terdiri dari 4 (empat) ruangan, yaitu: Apotek, Poliklinik dan Rawat Inap. Tahun demi tahun bangunan ditambah dan sejak akhir PELITA I (1978), pembangunan rumah sakit fisik maupun non fisik ditambah. Pada tahun 1979, RSUD. Prof. Dr. H. Aloei Saboe ditetapkan dengan SK MENKES RI Nomor: 51/Men.Kes/SK/II/79 sebagai Rumah Sakit Kelas C yang memenuhi persyaratan 4 (empat) Spesialis Dasar.



Pada tanggal 17 September tahun 1987 berubah nama menjadi Rumah Sakit Umum Prof. Dr. Hi. Aloei Saboe Gorontalo yang diambil dari nama seorang perintis kemerdekaan Putera Daerah yang diabadikan sebagai penghargaan atas pengabdianya di bidang kesehatan dan ditetapkan Berdasarkan SK Walikotaamadya Gorontalo Nomor 97 Tahun 1987. Tahun 1991 dan tahun 1992 ditambah Spesialis Mata dan tahun 1995 ditambah Spesialis Telinga, Hidung dan Tenggorokan. Pada tanggal 31 Agustus 1995 oleh Pemerintah Daerah Tingkat II (Walikotamadya Gorontalo) diusulkan kenaikan kelas Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. Hi. Aloei Saboe dari kelas C ke kelas B Non Pendidikan.

Selanjutnya berdasarkan Surat Keputusan Walikota Gorontalo Nomor: 315 tanggal 25 Maret tahun 2002 Rumah Sakit Umum Prof. Dr. H. Aloei Saboe merupakan bagian dari Organisasi Tata Kerja Pemerintah Kota Gorontalo yaitu Badan Pengelola Rumah Sakit Umum Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo. Tepatnya tanggal 19 Maret Tahun 2001 dilaksanakan peletakan Batu Pertama pembangunan Gedung Baru Rumah Sakit Umum Prof. Dr. H. Aloei Saboe dan tanggal 19 Maret 2005 dimanfaatkan gedung baru Rumah Sakit Umum Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo yang awalnya berlokasi di Jalan Sultan Botutihe Nomor 7 Kelurahan Heledulaa Selatan Kecamatan Kota Timur telah berpindah alamat di Jalan Taman Pendidikan Kelurahan Wongkaditi Timur Kecamatan Kota Utara Kota Gorontalo dengan luas lahan 5,4 Ha. Pada tanggal 29 Januari 2009 Rumah Sakit Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo ditetapkan

sebagai Rumah Sakit kelas B berdasarkan SK MENKES Nomor 084 MENKES/SK/I/2009.

Status pengelolaan RSUD Prof. Dr. H. Aloei Saboe sejak bulan Desember 2009 telah ditetapkan sebagai penyelenggaraan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) melalui surat keputusan Walikota Gorontalo Nomor: 318 Tahun 2009 tanggal 30 Desember 2009.

Visi Rumah Sakit Umum Daerah sebagaimana yang tertuang dalam Rencana Strategis Tahun 2008-2013 adalah:

***“Rumah Sakit Rujukan Dengan Pelayanan Prima”***

Untuk mewujudkan Visi maka ditetapkan Misi Rumah Sakit Umum Daerah sebagai berikut:

1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara komprehensif;
2. Mengembangkan profesionalisme karyawan secara berkelanjutan;
3. Meningkatkan kesejahteraan karyawan sesuai kinerja;
4. Mengembangkan sistem manajemen keuangan;
5. Mengembangkan sistem informasi manajemen berbasis teknologi informasi.

Keberadaan Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo adalah merupakan Rumah Sakit Tipe B milik Pemerintah Kota Gorontalo, sangat strategis dan menguntungkan dalam pengelolaannya. Kedudukan Kota Gorontalo sebagai Ibukota Provinsi Gorontalo dan secara geografis terletak dipusat wilayah Teluk Tomini, memudahkan masyarakat yang

berada di 6 kabupaten dan 1 kota untuk datang berobat di Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. Hi. Aloei Saboe.

Jenis dan jumlah ketenagaan yang ada di RSUD Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo sebanyak 771 Orang yang terdiri dari:

Tabel 5.1 Tenaga Medis RSUD Prof. Dr.H. Aloei Saboe Kota Gorontalo Tahun 2011

No	Jenis Tenaga	Jumlah Tenaga				
		PNS	HONOR / KONTRAK	PTT	TITIPAN	JUMLAH
1.	Dokter Spes. Bedah	3	1	-	-	4
2.	Dokter Spes. P. Dalam	3	-	-	-	3
3.	Dokter Spes. Anak	1	-	-	-	1
4.	Dokter Spes. Kebid & Obsg.	4	-	-	-	4
5.	Dokter Spes. Saraf	2	1	-	-	3
6.	Dokter Spes. Jantung	1	-	-	-	1
7.	Dokter Spes. Patologi Klinik	2	-	-	-	2
8.	Dokter Spes. Mata	3	1	-	-	4
9.	Dokter Spes. THT	1	-	-	-	1
10.	Dokter Spes. Anastesi	1	-	-	-	1
11.	Dokter Spes. Radiologi	2	-	-	-	2
12.	Dokter Spes. Ortopedi	-	2*	-	-	2
13.	Dokter Spes. Urologi	-	1*	-	-	1
14.	Dokter Spes. Kulit & Kelamin	-	-	-	-	-
15.	Dokter Spes. Jiwa	-	1	-	-	1
16.	Dokter Umum	41	2	-	-	43
17.	Dokter Gigi	5	-	-	-	5
Total		70	7	0	0	77

Sumber: Profil RSUD Prof. Dr. H. Aloei Saboe Gorontalo tahun 2011

Catatan

\* Dokter Spesialis Ortopedi Kontrak Kerja selama 1 tahun

\*\* Dokter Spesialis Urologi merupakan kerja sama dengan FK UNSRAT

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa tenaga dokter spesialis di RSUD Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo masih terdapat tenaga kontrak. Hal ini

mengindikasikan bahwa perlu adanya pengembangan tenaga dokter spesialis agar dapat memberikan pelayanan yang maksimal kepada masyarakat.

Tabel 5.2 Tenaga Paramedis Perawatan dan Non Keperawatan RSUD Prof. Dr. H. Aloi Saboe Kota Gorontalo Tahun 2011

No	Jenis Tenaga	Jumlah Tenaga				
		PNS	Honor	PTT	Titipan	Jumlah
A	Tenaga Keperawatan	298	52			350
	Sarjana Keperawatan	28	-	-	-	28
	D.IV Kebidanan	3	-	-	-	3
	D. III Kebidanan	67	7	-	-	74
	D. III Keperawatan	170	45	-	-	215
	Perawat Bidan	5	-	-	-	5
	SPK	19	-	-	-	19
B	Tenaga Farmasi	21	-	-	-	21
	Apoteker	8	-	-	-	8
	D. IV Farmasi	1	1	-	-	2
	D. III Farmasi	5	-	-	-	5
	Sekolah Asisten Apoteker	7	-	-	-	7
C	Tenaga Gizi	15	4	-	-	19
	D. III Gizi ( <i>Nutrition</i> )	15	4	-	-	19
D	Tenaga Terapi Fisik	6	-	-	-	6
	D. IV Fisioterapi	2	-	-	-	2
	D. III Fisioterapi	4	-	-	-	4
E	Keteknisian Medis	33	12	-	-	45
	D. IV Radiografer	1	-	-	-	1
	D. III Radiografer	5	-	-	-	5
	D. III Elektro Medik	4	-	-	-	4
	D. III Analis Kesehatan	2	-	-	-	2
	D. III Perekam Medik	2	-	-	-	2

Lanjutan Tabel 5.2

No	Jenis Tenaga	Jumlah Tenaga				
		PNS	Honor	PTT	Titipan	Jumlah
	D. III Kesehatan Gigi	3	-	-	-	3
	D. I <i>Transfution</i>	1	-	-	-	1
	Sekolah Analis Kesehatan	6	-	-	-	6
	S P R G	4	-	-	-	4
	Pekarya Kesehatan	5	11	-	-	16
F	Tenaga Kesehatan Masyarakat	16	-	-	-	16
	S1. Kesehatan Masyarakat	7	-	-	-	7
	D. III Kesehatan Masy.	4	-	-	-	4
	S P P H	5	-	-	-	5
Jumlah A+B+C+D+E+F		370	36	-	-	406

Sumber: Profil RSUD Prof Dr. H. Aloei Saboe Gorontalo tahun 2011

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa jumlah seluruh tenaga kesehatan di RSUD Prof. Dr. H. Aloei Saboe seluruhnya berjumlah 406 orang, 36 orang atau 8,87% adalah pegawai honor. Dari jumlah tersebut tenaga keperawatan sebesar 73,40%, tenaga farmasi 5,17%, tenaga gizi 3,69%, tenaga fisik terapi 1,48%, keteknisan medis 8,13%, dan tenaga kesehatan masyarakat 3,94%.

Data tersebut mengindikasikan bahwa masih perlu adanya pengembangan tenaga terutama penambahan kuantitas khususnya pada tenaga kesehatan masyarakat, serta peningkatan status pendidikan ketingkat sarjana sehingga akan meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit kepada masyarakat.

Tabel 5.3 Tenaga Non Medis RSUD Prof. Dr.H. Aloe Saboe Kota Gorontalo Tahun 2012

No	Jenis Tenaga	Jumlah Tenaga				
		PNS	Honor	PTT	Titipan	Jumlah
1.	Pasca Sarjana	11	-	-	-	11
2.	Sarjana	22	5	-	-	27
3.	Sarjana Muda	5	6	-	-	11
4.	S L T A	159	47	-	-	200
5.	S L T P	9	1	-	-	17
6.	SD	16	19	-	-	35
J u m l a h		217	72	-	-	289

Sumber: Profil RSUD Prof Dr. H. Aloe Saboe Gorontalo tahun 2012

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa jumlah tenaga non media di RSUD Prof. Dr. H. Aloe Saboe sebagian besar berpendidikan SMA yakni 69,20% sedangkan hanya 33 orang yang berpendidikan sarjana dan pascasarjana yakni 11,42%. Dengan demikian, RSUD Prof. Dr. H. Aloe Saboe dapat meningkatkan pendidikan tenaga non media sehingga dapat memberikan pelayanan yang baik kepada masyarakat.

## 2. RSUD Dr. M.M. Dunda Kabupaten Gorontalo

RSUD Dr. M. M. Dunda Kabupaten Gorontalo yang semula bernama RSUD Limboto adalah rumah sakit milik Pemerintah Kabupaten Gorontalo yang berlokasi di wilayah administrasi Kabupaten Gorontalo, didirikan pada tanggal 25 November 1963 dengan kapasitas awal tempat tidur adalah 29 buah. Melalui Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 171/Menkes/SK/III/1994 RSU Dr. M.M.



Dunda ditetapkan menjadi RSUD Kelas C yang peresmianya pada tanggal 19 September 1994 bersamaan dengan penggunaan nama RSUD. Dr. M.M. Dunda yang diambil dari nama seorang putra daerah perintis kemerdekaan yang telah mengabdikan dirinya dibidang kesehatan sehingga diabadikan menjadi nama Rumah Sakit Umum Daerah milik Pemerintah Daerah Kabupaten Gorontalo dengan berkedudukan sebagai unit pelaksana Pemerintah Kabupaten Gorontalo dibidang pelayanan kesehatan masyarakat.

Dalam perkembangannya RSUD. Dr. M.M. Dunda menjadi Badan Pengelola berdasarkan SK. Bupati Gorontalo Nomor 171 Tahun 2002 tentang Pembentukan organisasi dan tata kerja Rumah Sakit Umum Daerah Dr. M.M. Dunda Kab. Gorontalo. Sehingga Sejak Tahun Anggaran 2001 RSUD Dr. M.M. Dunda Kab. Gorontalo mulai dikembangkan secara bertahap dengan biaya dari dana Rutin, APBD, APBN, dan hingga kini mempunyai kapasitas perawatan sebanyak 186 buah tempat tidur.

Pada tanggal 1 september tahun 2009 RSUD Dr. M.M Dunda merubah status rumah sakit dari badan pengelola menjadi Badan Layanan Umum Daerah. Dan kini RSUD Dr. M.M. Dunda beralih status menjadi tipe kelas B melalui SK Menteri Kesehatan RI No: HK.03.05/I/1077/2011.

Tabel 5.4. SDM Kesehatan Berdasarkan Jenis Tenaga RSUD MM Dunda Tahun 2012

No	Jenis Tenaga	Tahun				
		2008	2009	2010	2011	2012
1	Dokter Spesialis	6	6	6	5	10
2	Dokter Umum	26	20	20	40	65
3	Dokter Gigi	1	1	1	3	9
4	Apoteker/Farmasi	1	1	1	2	23
5	Perawat/bidan	247	212	223	246	468
6	Gizi/ <i>Nutrition</i>	16	16	10	14	38
7	Sanitarian	35	38	38	44	54
8	Kesmas	13	13	17	36	92
9	Lain-lain	56	41	314	207	89
Jumlah		401	348	630	597	867

Sumber: Profil RSUD Dr.M.M Dunda Limboto, tahun 2012.

Dari tabel 5.4. di atas terlihat bahwa jenis tenaga yang ada disektor kesehatan masih didominasi oleh tenaga perawat dan bidan sebanyak 468 orang atau 53.97% dari seluruh jenis tenaga kesehatan yang ada.

Dari pengamatan peneliti bahwa 22,1% perawat menerapkan Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP), sedangkan 24,3% perawat yang merawat pasien dengan trampil. Hal ini mengindikasikan bahwa belum seluruh perawat melakukan keperawatan dengan menerapkan MAKP.

Selanjutnya perawat telah dikembangkan profesionalitasnya oleh pemerintah melalui kegiatan-kegiatan pengembangan diri, seperti pelatihan BTCLS, seminar mutu keperawatan dan lokakarya manajemen keperawatan yang diikuti oleh perawat yang berada di rumah sakit Provinsi Gorontalo.

Dalam penerapan manajemen asuhan keperawatan profesional, perawat belum seluruhnya melaksanakannya dengan baik. Penerapan MAKP oleh perawat pada umumnya sedang dengan keterampilan yang ditunjukkan oleh perawat berada pada kategori rendah. Hal ini mengindikasikan bahwa pelaksanaan MAKP belum optimal diterapkan oleh perawat dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan terhadap pasien.

Rendahnya kinerja perawat dalam penerapan MAKP nampak dari adanya masih terdapat pasien yang mengalami flebitis dan dekubitus. Hal ini mengindikasikan bahwa perawat dalam melaksanakan keperawatan belum melaksanakan MAKP karena kurangnya dukungan manajemen keperawatan.

Berdasarkan uraian di atas, dapat dikemukakan bahwa perlu adanya pembinaan lebih lanjut terhadap perawat dalam pelaksanaan keperawatan profesional sehingga akan tercipta suasana kerjasama yang baik di antara perawat, dokter dan tenaga kesehatan lainnya dalam pelayanan terhadap masyarakat.

## **5.2 Budaya Organisasi (X<sub>1</sub>)**

Variabel budaya organisasi terdiri dari karakteristik, yaitu: *innovation and risk taking, attention to detail, outcome orientation, people orientation, team orientation, aggressiveness, dan stability.*

Tabel 5.5. Distribusi *innovation and risk taking* Perawat di Provinsi Gorontalo Tahun 2012

No	<i>Innovation And Risk Taking</i>	Penilaian				
		Tdk pernah	Jarang	Kadang-Kadang	Sering	Setiap Hari
1	Pengkajian pasien	6 2,94%	9 4,41%	31 15,20%	74 36,27%	84 41,18%
2	Melakukan diagnosis keperawatan	8 3,92%	7 3,43%	18 8,82%	56 27,45%	115 56,37%
3	Perencanaan perawatan pasien	8 3,92%	7 3,43%	19 9,31%	54 26,47%	116 56,86%
4	Implementasi keperawatan	8 3,92%	5 2,45%	22 10,78%	53 25,98%	116 56,86%
5	Evaluasi penerapan keperawatan	9 4,41%	6 2,94%	22 10,78%	41 20,10%	126 61,76%

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa sebagian besar perawat tidak melakukan inovasi dan mengambil risiko (*innovation and risk taking*). Hal tersebut nampak pada pengkajian terhadap pasien berada pada kategori sangat rendah yakni skor <49%, sedangkan pada kegiatan diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan berada pada kategori rendah yakni skor antara <49-<64%

Hasil komposit tentang *innovation and risk taking* perawat nampak pada tabel berikut.

Tabel 5.6 Komposit *Innovation And Risk Taking* Perawat di Provinsi Gorontalo Tahun 2012

No	Kriteria	n	%
1	Setiap hari melaksanakan	111	54,61
2	Tidak melaksanakan setiap hari	93	45,39
	Jumlah	204	100

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa perawat yang melaksanakan kegiatan *innovation and risk taking* berjumlah 111 orang atau 54,61% sedangkan yang tidak setiap hari melaksanakan berjumlah 93 orang atau 45,39%.

Tabel 5.7 Distribusi *attention to detail* Perawat di Provinsi Gorontalo Tahun 2012

No	<i>Attention to detail</i>	Penilaian				
		Tdk pernah	Jarang	Kadang-Kadang	Sering	Setiap Hari
1	Pengkajian pasien	0 0,00%	4 1,96%	7 3,43%	54 26,47%	139 68,14%
2	Melakukan diagnosis keperawatan	0 0,00%	4 1,96%	7 3,43%	53 25,98%	140 68,63%
3	Perencanaan perawatan pasien	0 0,00%	4 1,96%	9 4,41%	55 26,96%	136 66,67%
4	Implementasi keperawatan	0 0,00%	0 0,00%	10 4,90%	37 18,14%	157 76,96%
5	Evaluasi penerapan keperawatan	0 0,00%	4 1,96%	7 3,43%	35 17,16%	158 77,45%

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa aspek *attention to detail* perawat di rumah sakit provinsi Gorontalo untuk seluruh indikator berada pada kategori rendah.

Hasil komposit tentang *attention to detail* perawat nampak pada tabel berikut.

Tabel 5.8 Komposit *attention to detail* Perawat di Provinsi Gorontalo Tahun 2012

No	Kriteria	n	%
1	Setiap hari melaksanakan	146	71,57
2	Tidak melaksanakan setiap hari	58	28,43
	Jumlah	204	100

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa kegiatan *attention to detail* yang dilaksanakan oleh perawat berada pada kategori cukup. Hal tersebut nampak dari perawat yang setiap hari melaksanakan *attention to detail* berada pada skor >64- <80%.

Tabel 5.9 Distribusi *Outcome Orientation, People Orientation, Team Orientation, Aggressiveness, Dan Stability* Perawat di Provinsi Gorontalo Tahun 2012

No	<i>Outcome Orientation, People Orientation, Team Orientation, Aggressiveness, Dan Stability</i>	Penilaian				
		Tdk pernah	Jarang	Kadang-Kadang	Sering	Setiap Hari
1	<i>Outcome orientation</i>	0 0,00%	15 7,35%	26 12,75%	97 47,55%	66 32,35%
2	<i>People orientation</i>	0 0,00%	13 6,37%	47 23,04%	89 43,63%	55 26,96%
3	<i>Team Orientation</i>	4 1,96%	4 1,96%	7 3,43%	70 34,31%	119 58,33%
4	<i>Aggressiveness (Keagresifan)</i>	10 4,90%	20 9,80%	38 18,63%	69 33,82%	67 32,84%
5	<i>Stability</i>	0 0,00%	4 1,96%	20 9,80%	70 34,31%	110 53,92%

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa aspek *outcome orientation, people orientation, dan aggressiveness* (keagresifan) berada pada kategori sangat rendah, sedangkan aspek *team orientation dan stability* berada pada kategori rendah.



### 5.3 Motivasi dan Sikap Perawat (Y1)

Motivasi dalam penelitian ini diukur melalui 2 indikator yaitu pengembangan dan penghargaan, sedangkan sikap diukur melalui 3 indikator yaitu kognitif, afeksi dan konasi. Gambaran motivasi dan sikap perawat di provinsi Gorontalo nampak pada tabel berikut.

Tabel 5.10 Motivasi Perawat di provinsi Gorontalo tahun 2012

No	Motivasi	Penilaian				
		Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Ragu-Ragu	Setuju	Sangat Setuju
1	Intensi atau niat menerapkan ASKEP	0 0,00%	0 0,00%	4 1,96%	86 42,16%	114 55,88%
2	Aktivitas dan usaha searah tujuan ASKEP	0 0,00%	3 1,47%	1 0,49%	101 49,51%	99 48,53%
3	Mempertahankan ASKEP sudah lama	0 0,00%	4 1,96%	23 11,27%	99 48,53%	78 38,24%

Tabel 5.10 menunjukkan bahwa motivasi kerja perawat berada kategori rendah. Hal tersebut nampak pada intensi atau niat perawat dalam menerapkan asuhan keperawatan berada pada skor antara >49-<64 dengan kategori rendah, sedangkan aktivitas dan usaha untuk melaksanakan pekerjaan searah dengan tujuan ASPEK, dan mempertahankan ASKEP yang sudah ada berada pada skor <49 dengan kategori sangat rendah.

Hasil komposit tentang motivasi perawat nampak pada tabel berikut.

Tabel 5.11 Komposit Motivasi Perawat di Provinsi Gorontalo Tahun 2012

No	Kriteria	n	%
1	Tinggi ( $80\% \times 15$ ) = >12	78	38,24
2	Sedang ( $64\% \times 15$ ) = >9,6-<12	122	59,80
3	Rendah ( $49\% \times 15$ ) = >7,35-<9,6	1	0,49
4	Sangat Rendah <7,35	3	1,47
	Jumlah	204	100

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa sebagian besar perawat memiliki motivasi kerja yang sangat rendah. Hal tersebut nampak dengan skor yang diperoleh pada kriteria tinggi di bawah 49%.

Tabel 5.12 Sikap Perawat di Provinsi Gorontalo Tahun 2012

	Sikap	Penilaian				
		Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Ragu-Ragu	Setuju	Sangat Setuju
<b>1</b>	<b>Kognitif</b>					
a.	Menempatkan pasien pada posisi penting	0 0,00%	2 0,98%	8 3,92%	77 37,75%	117 57,35%
b.	Membantu menyelesaikan ASKEP	0 0,00%	1 0,49%	9 4,41%	105 51,47%	89 43,63%
c.	Membantu menyelesaikan masalah	0 0,00%	0 0,00%	11 5,39%	96 47,06%	97 47,55%
<b>2.</b>	<b>Afeksi</b>					
a.	Tugas pokok	4 1,96%	0 0,00%	6 2,94%	61 29,90%	133 65,20%
b.	Tugas tambahan	26 12,75%	43 21,08%	45 22,06%	75 36,76%	15 7,35%
c.	Kerja sama	1 0,49%	0 0,00%	3 1,47%	64 31,37%	136 66,67%
d.	Fasilitas dan sarana pelayanan	4 1,96%	6 2,94%	43 21,08%	112 54,90%	39 19,12%

Lanjutan Tabel 5.12

	Sikap	Penilaian				
		Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Ragu-Ragu	Setuju	Sangat Setuju
<b>3</b>	<b>Konasi</b>					
a.	Dalam melakukan penerapan asuhan keperawatan saya berniat bertindak jujur	6 2,94%	3 1,47%	1 0,49%	70 34,31%	124 60,78%
b.	Dalam melakukan penerapan asuhan keperawatan saya berniat melaksanakan dengan sebaik-baiknya	0 0,00%	0 0,00%	1 0,49%	49 24,02%	154 75,49%

Tabel 5.12 menunjukkan bahwa sikap perawat dalam pelaksanaan keperawatan berada pada kategori rendah. Hal tersebut nampak pada kemampuan kognitif perawat dalam menempatkan pasien pada posisi penting berada pada skor (>49-<64) dengan kategori rendah, sedangkan pada aspek membantu menyelesaikan ASKEP dan menyelesaikan masalah berada pada skor (<49) dengan kategori sangat rendah.

Pada kemampuan afeksi perawat terhadap tugas pokok dan kerjasama berada pada skor (>64-<80) dengan kategori sedang, sedangkan aspek tugas tambahan dan fasilitas sarana dan prasarana berada pada skor (<49) dengan kategori sangat rendah.

Pada kemampuan konasi perawat dalam melakukan penerapan asuhan keperawatan berniat bertindak jujur berada pada skor (>49-<64) dengan kategori

rendah sedangkan pada kegiatan melakukan penerapan asuhan keperawatan saya berniat melaksanakan dengan sebaik-baiknya berada pada skor ( $>64$ - $<80$ ) dengan kategori sedang.

Hasil komposit tentang sikap perawat nampak pada tabel berikut.

Tabel 5.13 Komposit Sikap Perawat di Provinsi Gorontalo Tahun 2012

No	Kriteria	n	%
1	Tinggi ( $80\% \times 45$ ) = $>36$	136	66,67
2	Sedang ( $64\% \times 45$ ) = $>28,8$ - $<36$	58	28,43
3	Rendah ( $49\% \times 45$ ) = $>22,05$ - $<28,8$	6	2,94
4	Sangat Rendah $<22,05$	4	1,96
	Jumlah	204	100

Tabel 5.13 menunjukkan bahwa secara keseluruhan sikap perawat dalam penerapan MAKP sedang. Hal tersebut ditunjukkan oleh sikap perawat yang berada pada pada kategori tinggi masih kurang dari skor 80%.

#### 5.4 Kinerja Perawat dalam Penerapan MAKP

Kinerja perawat dalam penerapan MAKP dalam penelitian ini diukur melalui 2 subvariabel yaitu kinerja dalam MAKP Tim, dan produktivitas keperawatan. Gambaran Kinerja perawat dalam penerapan MAKP di Provinsi Gorontalo nampak pada tabel berikut.

Tabel 5.14 Kinerja Perawat dalam penerapan MAKP di Provinsi Gorontalo Tahun 2012

No	Kinerja perawat dalam penerapan MAKP	Penilaian				
		Tdk pernah	Jarang	Kadang-Kadang	Sering	Setiap Melaksanakan Tugas
1	Kerjasama diantara Perawat	0 0,00%	0 0,00%	5 2,45%	77 37,75%	122 59,80%
2	Kerjasama dengan Dokter	4 1,96%	21 10,29%	5 2,45%	96 47,06%	78 38,24%
3	Kerjasama dengan Tenaga Lainnya	0 0,00%	0 0,00%	14 6,86%	107 52,45%	83 40,69%

Tabel 5.14 menunjukkan bahwa kinerja perawat dalam penerapan MAKP untuk aspek kerjasama di antara perawat berada pada skor >49-<60 dengan kategori rendah sedangkan kerjasama dengan dokter dan tenaga lainnya berada pada skor <49 dengan kategori sangat rendah.

Hasil komposit tentang kinerja perawat dalam penerapan MAKP nampak pada tabel berikut.

Tabel 5.15 Komposit Kinerja Perawat dalam Penerapan MAKP di Provinsi Gorontalo Tahun 2012

No	Kriteria	n	%
1	Baik (80% x 12) = >9,6	121	59,31
2	Cukup (64% x 12) = >7,7-<9,6	62	30,39
3	Rendah (49% x 12) = >5,8-<7,7	21	10,29
4	Sangat Rendah <5,8	0	0,00
	Jumlah	204	100

Tabel 5.15 menunjukkan bahwa kinerja perawat dalam penerapan MAKP di rumah sakit Provinsi Gorontalo berada pada kategori rendah dengan skor nilai baik yang diperoleh di bawah 80%.

Tabel 5.16 Produktivitas Perawat di Provinsi Gorontalo Tahun 2012

No	Produktivitas	Persentase				
		Mean	Min	Max	Mode	St. Deviasi
1	Waktu persiapan alat, ruangan	12,13	5	25	10	5,46
2	Waktu penerapan ASKEP	57,5	18	80	55	13,6
3	Pelayanan administrasi	19,91	1	65	20	12,43
4	Waktu istirahat, toilet	7,97	1	30	10	4,24
5	Sholat	7,6	2	20	5	4,46

Berdasarkan tabel 5.16 menunjukkan bahwa waktu yang digunakan untuk melakukan kegiatan penerapan persiapan dan penerapan ASKEP sebesar 65% sedangkan untuk kegiatan lainnya seperti pelayanan administrasi, istirahat dan sholat sebesar 35%.

### 5.5 Kepuasan Perawat (Y<sub>3</sub>)

*Outcome* kepuasan perawat dalam penelitian ini diukur melalui 6 subindikator yaitu: kepuasan fisik, kepuasan kerjasama dengan dokter, kepuasan kerjasama dengan perawat, kepuasan imbalan, kepuasan karir, kepuasan pengembangan pengetahuan dan keterampilan.



Tabel 5.17 Kepuasan Perawat di Provinsi Gorontalo Tahun 2012

No	Kepuasan	Penilaian				
		Sangat Puas	Puas	Biasa Saja	Tidak Puas	Sangat Tidak Puas
1	Kepuasan fisik	8 3,92%	62 30,39%	41 20,10%	77 37,75%	16 7,84%
2	Kepuasan kerjasama dengan dokter	8 3,92%	68 33,33%	26 12,75%	93 45,59%	9 4,41%
3	Kepuasan kerjasama dengan perawat	10 4,90%	68 33,33%	32 15,69%	74 36,27%	20 9,80%
4	Kepuasan imbalan	6 2,94%	51 25,00%	31 15,20%	72 35,29%	44 21,57%
5	Kepuasan karir	11 5,39%	32 15,69%	62 30,39%	81 39,71%	18 8,82%
6	Kepuasan pengembangan Pengetahuan dan keterampilan	15 7,35%	48 23,53%	41 20,10%	68 33,33%	32 15,69%

Berdasarkan tabel 5.17 menunjukkan bahwa sebagian perawat merasa puas pada pengembangan karir dan pengembangan pengetahuan dan keterampilan.

## 5.6 Hipotesis 1 Pengaruh Budaya Organisasi terhadap Motivasi

Berikut adalah hasil uji regresi linier budaya organisasi terhadap motivasi

Tabel 5.18 Hasil Hipotesis 1 Pengaruh Budaya Organisasi terhadap Motivasi Perawat Di Provinsi Gorontalo Tahun 2012

<i>Independent</i>	<i>Standardized Coefficients Beta</i>	Signifikan
Budaya Organisasi	0,915	0,001

a. *Dependent Variable*: Motivasi Perawat

Berdasarkan hasil analisis uji regresi linier menunjukkan bahwa terdapat pengaruh budaya organisasi terhadap motivasi perawat yang ditunjukkan oleh koefisien sebesar 0,915 pada signifikan  $p=0,001$ . Artinya pengaruh budaya organisasi kuat terhadap motivasi kerja.

### 5.7 Hipotesis 2 Pengaruh Budaya Organisasi terhadap Sikap

Berikut adalah hasil uji regresi linier budaya organisasi terhadap sikap

Tabel 5.19 Hasil uji Hipotesis 2 Pengaruh Budaya Organisasi Terhadap Sikap Perawat Di Provinsi Gorontalo Tahun 2012

<i>Independent</i>	<i>Standardized Coefficients Beta</i>	<i>Sig.</i>
Budaya organisasi	0,973	0,001

a. *Dependent Variable: Sikap Perawat*

Berdasarkan hasil analisis uji regresi linier menunjukkan bahwa terdapat pengaruh budaya organisasi terhadap sikap perawat dengan koefisien 0,973 pada taraf signifikansi  $\rho=0,001$ . Artinya pengaruh budaya organisasi kuat terhadap sikap perawat.

### 5.8 Hipotesis 3 Pengaruh Budaya Organisasi, Motivasi, Sikap dan Kepuasan terhadap Kinerja Perawat dalam Penerapan MAKP

Berikut adalah hasil uji regresi linier budaya organisasi, motivasi, sikap dan kepuasan terhadap kinerja perawat dalam penerapan MAKP.

Tabel 5.20 Hasil uji Hipotesis 3 Pengaruh Budaya Organisasi Motivasi, Sikap dan Kepuasan terhadap Kinerja Perawat dalam Penerapan MAKP Di Provinsi Gorontalo Tahun 2012

<i>Independent</i>	<i>Standardized Coefficients Beta</i>	<i>Sig.</i>
Budaya Organisasi	0,518	0,041
Motivasi	0,289	0,010
Sikap	0,066	0,745
Kepuasan	0,186	0,046

a. *Dependent Variable: Kinerja Perawat*

Berdasarkan hasil analisis uji regresi linier menunjukkan bahwa terdapat pengaruh motivasi dan kepuasan terhadap kinerja perawat dalam penerapan MAKP dengan koefisien 0,518 untuk budaya organisasi pada taraf signifikansi 0,041, 0,289 untuk motivasi pada taraf signifikansi 0,010 dan 0,186 untuk kepuasan pada taraf signifikansi 0,046. Artinya pengaruh budaya organisasi, motivasi dan kepuasan lemah terhadap kinerja perawat dalam penerapan MAKP. Sedangkan sikap tidak berpengaruh terhadap kinerja perawat dalam penerapan MAKP.

### 5.9 Hipotesis 4 Pengaruh Budaya Organisasi dan Kinerja Perawat Terhadap Kepuasan Kerja

Berikut adalah hasil uji regresi linier faktor budaya organisasi dan kinerja perawat terhadap kepuasan kerja.

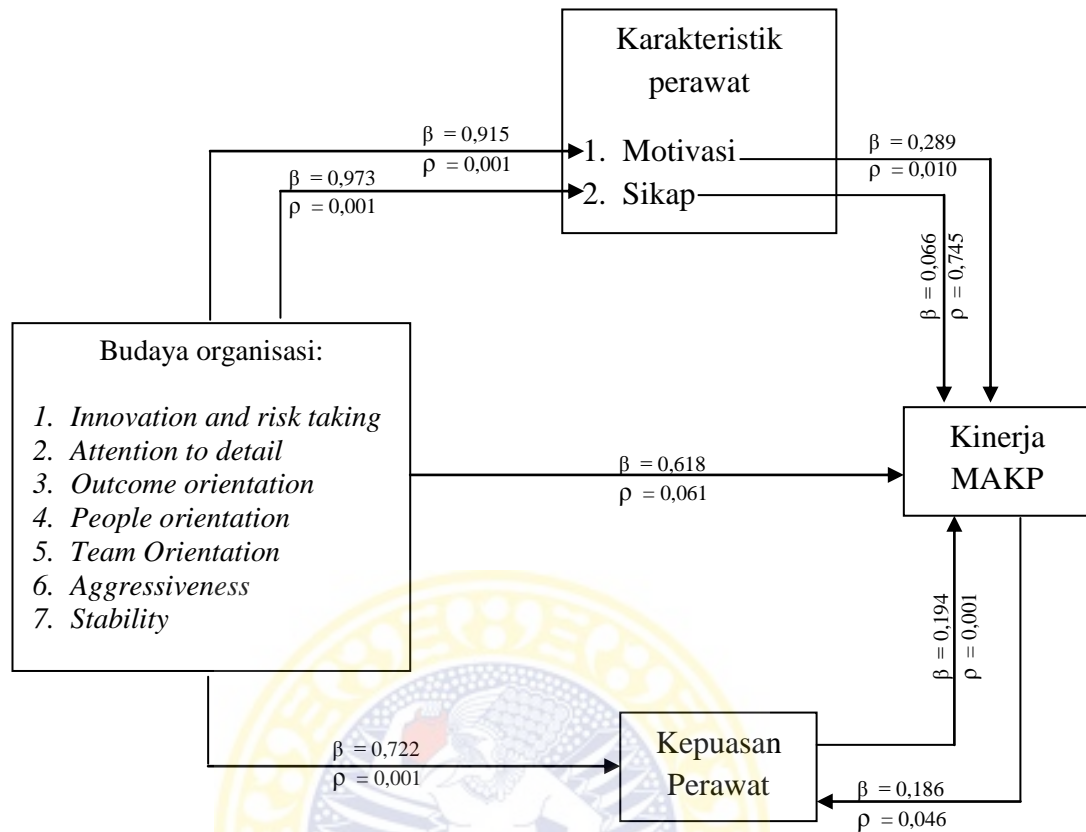
Tabel 5.21 Hasil uji Hipotesis 4 Pengaruh Budaya Organisasi dan Kinerja perawat terhadap Kepuasan Perawat Di Provinsi Gorontalo Tahun 2012

<i>Independent</i>	<i>Standardized Coefficients Beta</i>	<i>Sig.</i>
Budaya Organisasi	0,722	0,001
Kinerja Perawat	0,194	0,001

a. *Dependent Variable:* Kepuasan Perawat

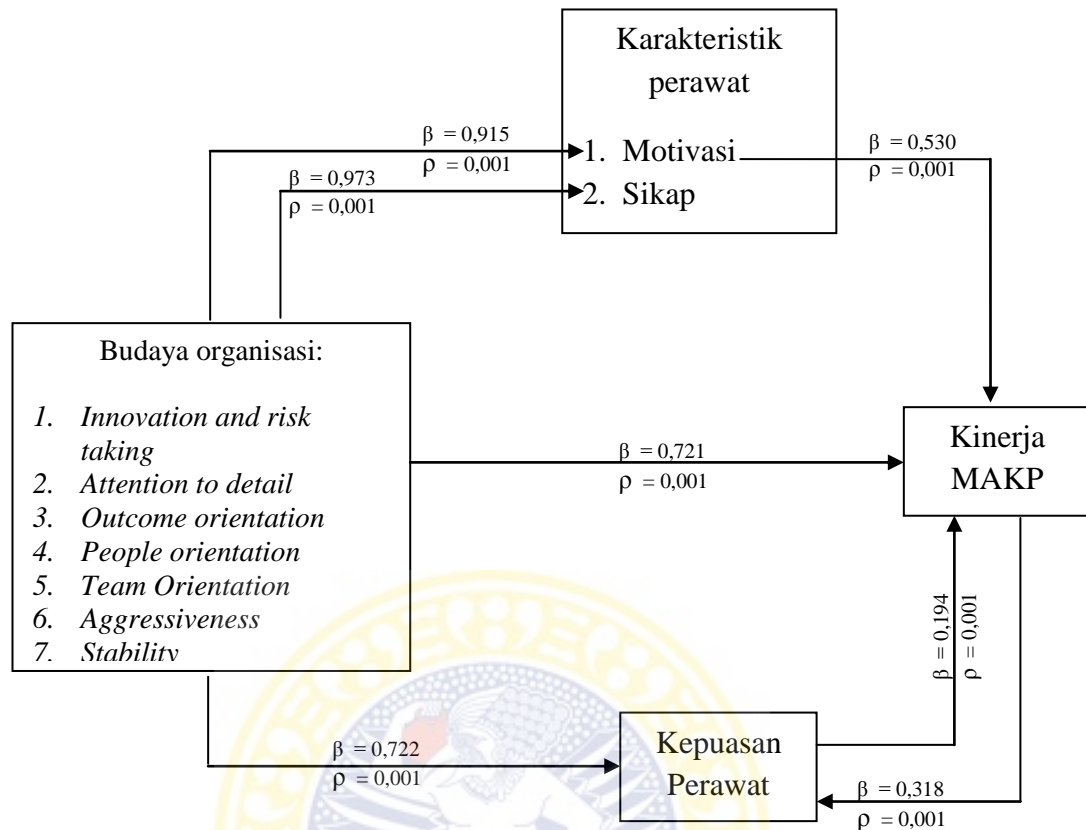
Berdasarkan hasil analisis uji regresi linier menunjukkan bahwa terdapat pengaruh budaya organisasi dan kinerja perawat dalam penerapan MAKP terhadap kepuasan perawat sebesar 0,722 untuk budaya organisasi dan 0,194 untuk kinerja perawat pada taraf signifikansi  $p=0,001$ . Artinya pengaruh budaya organisasi cukup kuat terhadap kepuasan perawat sedangkan kinerja perawat dalam penerapan MAKP berpengaruh lemah terhadap kepuasan perawat.

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka kesimpulan penelitian ini nampak pada bagan berikut:



Gambar 5.1 Hasil Penelitian

Variabel yang signifikan dianalisis kembali dan hasilnya digambarkan sebagai berikut.



Gambar 5.2 Hasil Akhir Penelitian

Gambar 5.2 di atas menunjukkan bahwa:

1. Terdapat pengaruh budaya organisasi terhadap motivasi perawat dengan koefisien 0,915 pada signifikansi  $p=001$
2. Terdapat pengaruh budaya organisasi terhadap sikap perawat dengan koefisien 0,973 pada signifikansi  $p=001$
3. Terdapat pengaruh budaya organisasi, motivasi dan kepuasan terhadap kinerja perawat dalam penerapan MAKP dengan koefisien 0,721 untuk budaya



organisasi, 0,530 untuk motivasi dan 0,318 untuk kepuasan kerja pada taraf signifikansi dan 0,001.

4. Terdapat pengaruh langsung budaya organisasi dan kinerja perawat dalam penerapan MAKP terhadap kepuasan kerja dengan koefisien 0,722 untuk budaya organisasi dan 0,194 untuk kinerja perawat pada taraf signifikansi  $\rho=0,001$



## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

#### **6.1 Deskripsi Budaya Organisasi**

Hasil penelitian tentang budaya organisasi rumah sakit menunjukkan bahwa kondisi perawat dalam melakukan *innovation and risk taking* terhadap pasien di rumah sakit masih berada pada kategori rendah, baik pada aspek *attention to detail, outcome orientation, people orientation, team orientation, Aggressiveness* dan *stability*.

Hasil penelitian ini tersebut mendukung teori Zess, dkk (2011), bahwa budaya organisasi rumah sakit secara keseluruhan dipersepsikan perawat pelaksana cenderung baik (60%). Secara spesifik, budaya organisasi dipersepsikan baik pada dimensi komunikasi (53,3%), pelatihan (53,3%) sedangkan dimensi yang dipersepsikan kurang oleh perawat pelaksana meliputi pengambilan resiko (60%), kerja sama (63%), pengambilan keputusan (56,7%, *reward* (73,3%) dan manajemen (66,7%).

Hasil penelitian ini mendukung teori Kreitner & Kinicki (1990), menekankan bahwa budaya organisasi yang kuat menciptakan kesamaan tujuan, motivasi perawat, dan struktur pengendalian untuk membentuk perilaku yang dibutuhkan dalam meningkatkan prestasi organisasi yang berdampak pada kinerja anggota organisasi.

Selanjutnya riset yang dilakukan oleh Ricardo, Ronald, & Jolly, (2003) mengemukakan dimensi-dimensi yang berpengaruh terhadap budaya organisasi,

meliputi komunikasi, pelatihan dan pengembangan, imbalan, pembuat keputusan, pengambilan risiko, kerja sama, dan praktik manajemen.

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

Pembentukan budaya organisasi melalui proses penerapan Metode Asuhan Keperawatan Profesional dapat menyeragamkan dan mensosialisasikan nilai-nilai suatu budaya organisasi kepada perawat. Perawat akan memiliki motivasi untuk bekerja secara maksimal sesuai dengan apa yang diharapkan oleh organisasi. Tindakan manajemen puncak (pimpinan) memiliki dampak besar terhadap budaya organisasi. Manajer puncak memberlakukan norma-norma yang berlaku di organisasi melalui apa yang mereka katakan, dan bagaimana para eksekutif senior berperilaku terkait pengambilan risiko yang diharapkan, seberapa banyak kebebasan yang diberikan kepada perawat, pakaian dan sebagainya (Robbins & Judge, 2007).

Proses seleksi merupakan rangkaian tahap yang digunakan untuk memutuskan pelamar mana yang akan diterima. Menurut Rivai (2009), seleksi merupakan proses pengambilan keputusan bagi calon pelamar untuk diterima atau ditolak. Tujuan seleksi secara eksplisit adalah mengidentifikasi dan merekrut

individu-individu yang memiliki pengetahuan, keterampilan dan kemampuan untuk berhasil menjalankan pekerjaan didalam organisasi (Robbins & Judge, 2007).

Proses seleksi merupakan upaya untuk memastikan calon pelamar memiliki kesesuaian nilai-nilai yang sama dan selaras dengan nilai organisasi. Menurut Robbins & Judge (2007), Proses ini memberi informasi kepada para pelamar mengenai nilai-nilai organisasi dan para pelamar yang merasakan suatu pertentangan antara nilai-nilai yang dianut dan nilai organisasi, dapat mengajukan pengunduran diri.

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

Pendapat ini mendukung teori Robbins & Judge (2007), yang mendefinisikan sosialisasi adalah sebuah proses yang mengadaptasikan perawat dengan kultur organisasi. Sosialisasi bermanfaat bagi anggota, untuk memberikan gambaran yang jelas mengenai organisasi yang dimasukinya, sehingga perawat terbantu dalam membuat keputusan yang tepat, sesuai dengan situasi yang dihadapi. Proses ini juga memudahkan anggota dalam menyesuaikan diri dengan lingkungan, pekerjaan, dan anggota lain intra organisasi, sehingga menumbuhkan komitmen perawat yang dapat meningkatkan kinerja organisasi secara keseluruhan.

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

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

Berdasarkan uraian di atas nampak bahwa untuk meningkatkan kinerja perawat dalam penerapan MAKP maka perlu adanya pengembangan budaya organisasi yang meliputi *attention to detail*, *outcome orientation*, *people orientation*, *team orientation*, *Aggressiveness* dan *stability*. Sebenarnya budaya organisasi merupakan nilai yang memiliki karakteristik tertentu karena setiap organisasi memiliki perbedaan mendasar antara satu organisasi dengan organisasi lainnya. Budaya organisasi tidak akan sama antara satu organisasi dengan organisasi lainnya. Perbedaan tersebut mengindikasikan bahwa budaya organisasi cenderung dibentuk oleh karakter individu atau manusia yang ada didalam

organisasi, terutama dari orang-orang yang mendirikan organisasi tersebut, jadi budaya itu banyak dibentuk oleh pendirinya dan selanjutnya berkembang sesuai dengan perubahan yang terjadi setiap saat dalam setiap organisasi.

Pada aspek inovasi dan pengambilan resiko (*innovation and risk taking*) budaya organisasi menitikberatkan pada sejauhmana para perawat didorong agar *inovatif* dan mengambil resiko dalam melakukan tugas dan pekerjaannya. Dalam penelitian ini bahwa *innovation and risk taking* perawat berada pada kategori rendah. Hal ini membuktikan bahwa perawat kurang inovatif dalam melaksanakan asuhan keperawatan dan cenderung melaksanakan asuhan keperawatan yang memang sudah ada tanpa melakukan inovasi dan pengkajian kembali atau mengembangkan asuhan keperawatan yang ada.

Pada aspek perhatian terhadap detail (*attention to detail*) menitik beratkan pada sejauhmana para perawat diharapkan memperlihatkan presisi (kecermatan), analisis, dan perhatian terhadap detail. Namun dalam penelitian ini menyebutkan bahwa *attention to detail* perawat berada pada kategori rendah. Hal ini mengindikasikan bahwa perawat kurang memiliki kecermatan dalam menerapkan asuhan keperawatan terhadap pasien. Perawat hanya bekerja atas instruksi dokter dan tidak melaksanakan evaluasi atau pengawasan terhadap hasil dari pekerjaannya sehingga keberhasilan dari asuhan keperawatan tidak *follow up*.

Pada aspek orientasi hasil (*outcome orientation*) menitikberatkan pada sejauhmana manajemen memusatkan perhatian pada hasil bukannya pada teknik dan proses yang digunakan untuk mencapai hasil itu. Dalam hal ini perawat kurang memperhatikan teknik yang digunakan dalam intervensi dan implementasi



keperawatan tetapi lebih menitik beratkan pada hasil yang dicapai dalam menerapkan MAKP sehingga teknik yang digunakan kadang tidak sesuai dengan yang diharapkan, bahkan cenderung teknik tersebut melenceng dan tidak memberikan hasil yang maksimal.

Pada aspek orientasi orang (*people orientation*) menitikberatkan pada sejauhmana keputusan manajemen memperhitungkan dampak hasil-hasil pada orang-orang di dalam organisasi itu. Manajemen dalam hal ini adalah pengaturan atau pembagian tugas perawat yang tidak tepat dan tidak sesuai dengan keahlian dan keterampilannya. Terdapat perawat yang ditempatkan tidak sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya sehingga dalam pelaksanaan pekerjaan sering mengalami hambatan dan tidak dapat mengatasinya dengan baik yang berdampak pada hasil yang dicapai rendah. Kenyataan yang didapati bahwa adanya perawat yang telah selesai melanjutkan studi pada jenjang lebih tinggi (S1 Keperawatan Ners) hanya ditugaskan pada manajemen dan administrasi, yang lebih parah lagi adanya bidan yang bertugas di ruangan perawatan untuk mengisi kekurangan perawat di ruangan, bahkan yang riskan lagi adanya perawat yang dipindahkan ke puskesmas atau keluar dari organisasi rumah sakit dan pihak manajemen tidak dapat memberikan alasan bahwa rumah sakit masih kekurangan perawat.

Pada aspek orientasi pada tim (*team orientation*) menitikberatkan pada sejauhmana kegiatan kerja diorganisasikan berdasar tim, bukannya berdasar individu. Dalam hal ini penerapan MAKP dilaksanakan oleh tim dan bukan oleh individu. Pada aspek ini kinerja kelompok sangat menentukan keberhasilan keperawatan yang dilaksanakan terhadap pasien. Kinerja yang dimaksud adalah

kerjasama di antara perawat, kerjasama antara perawat dengan dokter dan kerjasama antara perawat dengan tenaga kesehatan lainnya. Dalam penelitian ini kerjasama tersebut rendah sehingga penerapan MAKP tim tidak berjalan dengan baik. Hal tersebut dipengaruhi karena belum ada pembiasaan yang diterapkan oleh manajemen rumah sakit terhadap kerja tim terutama dalam asuhan keperawatan. Hal ini terbukti bahwa perawat dalam bekerja belum berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain misalnya dengan tenaga nutrisi untuk hal pemberian terapi atau program dietetika pasien. Demikian pula dengan tenaga farmasi dalam hal pemberian obat.

Pada aspek agresivitas (*aggressiveness*) menitikberatkan pada sejauhmana perawat itu agresif dan kompetitif dan bukannya santai. Kompetitif yang dimaksudkan adalah saling berlomba untuk melakukan inovasi dalam tugas secara sehat sehingga di antara perawat tercipta sifat kompetitif dalam memberikan asuhan keperawatan. Namun pada kenyataannya terdapat perawat yang hanya monoton dengan tugasnya masing-masing seperti ikut kunjungan (*visite*) dokter, merawat luka pasien, yang ironisnya tidak memanfaatkan waktu kerja secara efisien, karena masih ada perawat yang santai pada jam-jam kerja, semestinya perawat dapat melakukan asuhan keperawatan sebagaimana mestinya. Perawat seharusnya setiap saat mengontrol (*follow up*) pasien sehingga hal-hal yang tidak diinginkan tidak tercapai.

Pada aspek kemantapan (*stability*) menitikberatkan pada sejauhmana kegiatan organisasi menekankan dipertahankannya status quo bukannya pertumbuhan. Hak perawat dalam pekerjaan harus pula diperhatikan oleh pihak

manajemen rumah sakit, seperti memperhatikan hak perawat dalam memanfaatkan waktu libur, memperhatikan kebutuhan perawat dalam melaksanakan tugas atau menerapkan asuhan keperawatan kepada pasien, demikian pula manajemen diharapkan memperhatikan insentif perawat, dengan pembagian insentif yang berorientasi pada hasil kinerja, bukan pada system pendekatan yakni siapa orang yang dekat dengan pimpinan dia yang insentifnya tinggi sementara perawat yang melaksanakan tugas mendapat yang tidak sesuai dengan kinerjanya. Dengan diperhatikannya hak-hak perawat dalam bekerja maka akan menciptakan sikap saling menghormati dan saling menghargai sehingga pelaksanaan pekerjaan akan berjalan dengan baik.

Setiap karakteristik tersebut berada pada bobot dari rendah ke tinggi. Oleh karenanya dengan menilai organisasi berdasarkan tujuh karakteristik tersebut akan diperoleh gambaran gabungan atas budaya organisasi itu. Gambaran itu menjadi dasar bagi perasaan pemahaman bersama yang dimiliki para anggota mengenai organisasi itu, cara penyelesaian urusan di dalamnya, dan cara para anggota berperilaku sesuai dengan apa yang diharapkan.

Para perawat membentuk persepsi keseluruhan mengenai organisasi berdasarkan karakteristik budaya organisasi seperti yang telah diuraikan. Persepsi perawat mengenai realitas budaya organisasinya menjadi dasar perawat berperilaku, bukan mengenai realitas budaya organisasi itu sendiri. Persepsi yang mendukung atau tidak mendukung berbagai karakteristik organisasi tersebut kemudian mempengaruhi kinerja perawat.

## 6.2. Motivasi dan Sikap Perawat

Hasil penelitian tentang motivasi dan sikap perawat menunjukkan bahwa sebagian besar perawat memiliki motivasi yang baik dalam pelaksanaan pekerjaan. Pada aspek sikap, perawat menunjukkan pengetahuan yang baik, serta menunjukkan perilaku yang baik. Pada aspek konasi, perawat menunjukkan kemampuan yang baik dalam pelaksanaan pekerjaan.

Hasil penelitian ini mendukung hasil penelitian Triyanto dan Kamalludin (2008), bahwa Memotivasi perawat dalam melakukan keperawatan menentukan mutu pelayanan keperawatan, perawat menyatakan 3% sangat setuju, 91% setuju, 2% tidak setuju dan 3% tidak sesuai. Pernyataan kedua adalah dokumentasi keperawatan merupakan indikator mutu pelayanan keperawatan. Perawat menyatakan 24% sangat setuju, 54% setuju, 21% tidak setuju dan 2% tidak sesuai terhadap pernyataan tersebut.

Sementara hasil penelitian Santoso (2010), bahwa dari data motivasi kerja perawat (X) diperoleh data sebagai berikut, dari 40 responden, 77,5% belum terpenuhi kebutuhan psikologisnya, sedangkan 9 (22,5%) telah terpenuhi kebutuhan psikologisnya. Rasa aman 65% terpenuhi dan 35% belum terpenuhi rasa amannya. Untuk kebutuhan sosialnya perawat didapatkan data bahwa 60% belum terpenuhi, sedangkan 40% sudah terpenuhi kebutuhan sosialnya. Harapan akan prestasi 60% belum terpenuhi sedangkan 40% sudah terpenuhi, Sedangkan untuk aktualisasi diri 45% responden telah sesuai dengan yang diharapkan, dan 55% aktualisasi diri sudah seperti yang diharapkan. Dari variabel motivasi kerja

perawat dalam penelitian ini didapatkan hasil: 37,5% motivasi perawat tinggi, 40% dengan motivasi sedang, dan 22,5% perawat dengan motivasi rendah.

Selanjutnya menurut Nurhayati, dkk, (2012), dalam penelitiannya bahwa sebagian besar perawat di rumah sakit kabupaten Sragen mempunyai sikap yang dikategorikan baik yaitu 48 responden (94,12%), sisanya 1 responden (5,88%) mempunyai sikap dikategorikan kurang.

Lebih lanjut penelitian Husin, dkk (2000), mengemukakan bahwa dalam melakukan prosedur tindakan dan komunikasi perawat di Rumah Sakit Di Provinsi Gorontalo masih dirasakan kurang. Perawat kurang menjelaskan segala sesuatu terkait dengan tindakan yang akan dilakukan, perawat memang terlihat sopan dan menyampaikan kata permisi kepada pasien saat melakukan tindakan namun perawat tidak menjelaskan apa tujuan dan kegunaan dari tindakan yang dilaksanakan kepada pasien. Perawat hanya menjelaskan jika pasien bertanya dan jawaban perawat hanya sebatas pada maksud dari tindakan tersebut mengapa harus dilakukan sehingga terkesan perawat tidak bekerja secara profesional.

Keharusan perawat untuk memberikan penjelasan sesuai dengan hak pasien sebenarnya telah tertulis pada pedoman kerja komite etika Rumah Sakit Di Provinsi Gorontalo, yang menyatakan bahwa setiap pasien berhak mendapat informasi yang benar dan jelas tentang penyakitnya, tindakan yang akan dan setelah dilakukan berhak memilih dokter yang merawatnya namun hal tersebut belum diterapkan oleh perawat.

Masih kurangnya penerapan sikap profesional perawat dapat disebabkan oleh banyak faktor. Dalam penelitian ini terdapat beberapa faktor utama yang

menjadi penyebab penurunan penerapan sikap profesional perawat di rumah sakit, yaitu: 1) Adanya perawat yang bekerja ganda di rumah sakit lain untuk memenuhi tuntutan kebutuhan keluarga sebagai penyebab tidak maksimalnya perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan di rumah sakit yang merupakan tempat kerja sebagai pelaksanaan tugas pokoknya; 2) Faktor penghargaan dan kesejahteraan yang dirasakan belum sesuai dengan pekerjaan yang telah dilakukan, sehingga masih mencari pekerjaan di rumah sakit lain; 3) Kurangnya dukungan dari segi fasilitas dan sarana dalam pelaksanaan asuhan keperawatan; 4) adanya anggapan oleh perawat bahwa memberikan informasi tersebut bukan menjadi tugas perawat dan menganggap tugas itu merupakan tugas tenaga administrasi.

Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif. Sikap dipengaruhi oleh keyakinan bahwa perilaku tersebut akan membawa kepada hasil yang diinginkan. Seperti halnya pengetahuan, sikap baik dipengaruhi karena banyaknya informasi yang tersedia dan tingkat pendidikan yang lebih tinggi sehingga akan meningkatkan kesadaran tentang pentingnya melaksanakan standar asuhan keperawatan. Akses informasi yang baik akan meningkatkan pengetahuan yang baik pula sehingga akan terbentuk sikap yang positif (Notoatmojo, 2003).

Berdasarkan hasil penelitian dapat dikemukakan bahwa perawat dituntut untuk menerapkan sikap yang profesional dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Mampu berkomunikasi efektif dan mampu untuk bekerjasama dengan sejawat, dengan tenaga kesehatan lain dan dengan pasien menjadi bagian dari



sikap profesional perawat. Perawat juga diharapkan bersikap empati dan ramah kepada pasien, mampu mengendalikan emosi, senantiasa siap, tanggap dan responsif.

Sikap profesional perawat dapat dilihat dari kemampuannya dalam menerapkan karakteristik sikap profesional yaitu mandiri dalam berpikir, kerendahan hati (*humility*), keberanian, ketekunan, empati, sopan, dan eksplorasi pikiran dan perasaan. Karakteristik sikap profesional ini kurang terlihat pada perawat yang bekerja di ruang perawatan di rumah sakit, misalnya sikap empati dan eksplorasi pikiran/perasaan pada saat pasien atau keluarga datang ke ruang perawat (*nurse station*) untuk menyampaikan keluhan pasien, terkesan perawat kurang serius mendengarkan apa yang diutarakan pasien atau keluarga, dan cenderung menjawab seadanya, tidak nampak berkominaksi terapeutik.

Perawat selayaknya menerapkan sikap profesional pada saat melakukan asuhan keperawatan. Dalam hasil penelitian Abdulwahab dan Gain (2003), ditemukan fakta bahwa seorang *registered nurses* (ners) lebih banyak menunjukkan sikap positif dibandingkan dengan mahasiswa keperawatan, dan perawat yang baru lulus. Temuan tersebut menunjukkan bahwa sikap profesional sedikit banyaknya dipengaruhi oleh pengalaman klinik dan tingkat pendidikan seorang perawat. Perawat yang bekerja di rumah sakit tempat penelitian umumnya berpendidikan D3 Keperawatan (vokasional) dengan usia yang masih muda dan pengalaman klinik yang relatif minim. Hal ini mempengaruhi perawat dalam hal pembaharuan untuk menerapkan sikap profesional dalam memberikan pelayanan kepada pasien, perawat junior tersebut merasa tidak yakin dalam mengadakan

perubahan (*role mode*) karena adanya perawat senior sebagai pembimbing mereka.

Dalam melakukan suatu prosedur tindakan, perawat kurang memberikan informasi tentang apa yang akan diberikan. Pada penelitian ini contoh tindakan yang diambil adalah program dietetika yang akan dilaksanakan pada pasien, perawat tidak menjelaskan maksud dari jenis makanan yang seharusnya bisa atau tidak bisa dikonsumsi oleh pasien. Dalam praktik keperawatan perawat harus menjelaskan kepada pasien sebelum melakukan tindakan tertentu dan meminta persetujuan kepada pasien (*informen consent*), dalam bentuk tertulis. Memberikan informasi tentang prosedur tindakan atau asuhan keperawatan yang akan diberikan merupakan tanggung jawab perawat. Informasi ini harus diberikan karena merupakan hak pasien sebelum dia memutuskan untuk menerima atau menolak tindakan atau asuhan keperawatan tersebut.

Berdasarkan seluruh uraian di atas dapat dikemukakan bahwa motivasi dan sikap perawat dalam pelaksanaan keperawatan masih rendah. Hal tersebut disebabkan oleh kurangnya sarana dan prasarana kesehatan yang digunakan dalam pelaksanaan tugas, tidak adanya dorongan yang diberikan oleh atasan atau pihak lainnya dalam pelaksanaan keperawatan, dan kurangnya pembinaan yang diberikan kepada perawat sehingga perawat tidak dapat mengembangkan kemampuannya dalam bekerja.

Dari hasil penelitian ini dapat diungkapkan bahwa manajer mengetahui bahwa pembinaan selayaknya direncanakan. Namun dengan alasan terbatas anggaran dan waktu maka perencanaan pembinaan tidak dirumuskan. Kegiatan

pembinaan harus direncanakan dan terarah meliputi kajian kebutuhan pembinaan, pengidentifikasian tujuan pembinaan, rencana metode dan waktu yang digunakan, perencanaan pembinaan dapat dirumuskan bersama dan meliputi langkah kegiatan, sumber daya, penetapan waktu, dan indikator dari setiap tujuan yang telah diidentifikasi.

Manajer tidak merumuskan secara sistematis perencanaan pembinaan sikap profesional perawat di rumah sakit karena alasan terbatasnya waktu luang manajer. Perencanaan pembinaan dapat dimulai dengan mengidentifikasi kebutuhan. Pengidentifikasian kebutuhan pembinaan salah satunya dengan melakukan penilaian sikap. Manajer perawat di rumah sakit pada dasarnya telah melakukan langkah penilaian sikap perawat melalui pengamatan langsung, ataupun mendengar pendapat perawat yang lain, meski di antara manajer menyadari bahwa penilaian sikap perawat sebaiknya berdasarkan penilaian objektif per individu perawat. Penilaian merupakan bukti dari analisis kebutuhan sebelum pembinaan perawat dimulai, dari hal ini organisasi maupun manajer dapat melihat apa yang dibutuhkan staf lewat pembinaan serta dapat menerima saran dan harapan dari staf. Penilaian yang telah dilakukan dapat dikembangkan apabila dilakukan dengan baik. Penilaian berguna sebagai identifikasi tentang hal yang terkait dengan potensi, kemampuan, dan kelemahan dari staf perawat di rumah sakit yang bermanfaat untuk menentukan tujuan dan rencana pembinaannya.

Dari uraian tersebut dapat dinyatakan bahwa pembinaan yang baik memerlukan pedoman standar yang ditetapkan dan diberlakukan secara institusi.

Menurut responden manajer Rumah Sakit belum memiliki pedoman standar dalam melakukan pembinaan staf. Pembinaan dilakukan hanya berdasarkan pada pengalaman pribadi dan bersifat bila ada keluhan atau masalah saja. Pedoman standar dalam pembinaan perlu ada untuk mencegah persepsi yang salah atau berbeda di antara manajer dan mencegah subyektivitas manajer terhadap staf, serta agar pembinaan memiliki arah dan target yang jelas.

Prosedur pelaksanaan pembinaan sikap menurut manajer meliputi tahapan pemanggilan untuk penyampaian teguran secara lisan hingga pemberian surat peringatan. Pembinaan sikap dilakukan apabila ada kesalahan yang dilakukan oleh perawat dan cenderung bersifat insidental. Data mengungkapkan bahwa dalam ruang perawatan umumnya manajer hanya memberikan teguran lisan saja, hal serupa juga diungkapkan perawat, bahwa umumnya memang dalam bentuk teguran dan itu kadang dilakukan di depan perawat lain. Perawat sebenarnya mengharapkan agar manajer tidak hanya menegur langsung di hadapan sejawat lain, akan lebih baik melakukan klarifikasi kesalahan secara tertutup berdua dengan perawat yang dianggap bermasalah. Selain itu manajer diharapkan memberikan arahan, contoh nyata dan masukan yang membangun bila menemukan kesalahan.

Dalam pembinaan akan lebih baik jika manajer lebih mengarah pada mengembangkan hal-hal positif dari staf, pada sisi ini manajer harusnya menggali kesulitan apa yang dirasakan staf dan potensi apa yang miliki untuk diberdayakan. Peran manajer adalah memberdayakan staf untuk mengembangkan keterampilan dan meningkatkan performen mereka. Peran seperti ini kurang dimunculkan oleh

manajer perawat di rumah sakit. Jika kemampuan manajer mumpuni maka besar kemungkinan pembinaan memberikan hasil positif, begitu juga sebaliknya jika kemampuan manajer dalam membina kurang baik, maka hasilnya akan kurang baik juga. Pilihan metode pembinaan pun cenderung tidak ada inovasi. Pilihan metode mempertimbangkan keterampilan, motivasi dan kapasitas yang dimiliki oleh manajer. Latar belakang pendidikan manajer di rumah sakit bervariasi dari pendidikan vokasi hingga yang profesional, dengan lama waktu dan pengalaman kerja yang bervariasi pula. Karakteristik ini memungkinkan perbedaan dalam pilihan dan pemahaman tentang metode pembinaan yang dipilih. Institusi perlu menstandarkan pemahaman manajer tentang metode yang tepat dalam pembinaan dan peran seorang pembina agar tidak ada kesenjangan di antara manajer.

Dalam melakukan pembinaan sikap perawat diperlukan hubungan yang saling mendukung antara manajer, staf perawat dan institusi. Selain itu kepercayaan dan empati merupakan aspek yang penting dalam keberhasilan pelaksanaan pembinaan, manajer dalam memberikan pembinaan diharapkan dapat melihat latar belakang staf atau perawat, karakteristik perawat, kelasalahan yang dilakukan staf atau perawat sehingga pembinaan dapat dilakukan dengan berbagai metode dan pilihan metode tergantung pada fakta hasil kajian manajer terhadap staf. Priharjo (1995), membagi pembinaan staf perawat dalam dua, yaitu: orientasi dan model preseptor. Orientasi umumnya diarahkan agar staf perawat dapat beradaptasi dengan standar kerja, situasi dan bagaimana merawat pasien, sedangkan model preseptor menunjang orientasi dan sosialisasi yang mengarahkan staf perawat pada mekanisme pembentukan perawat yang

kompeten. Manajer di ruang perawatan secara umum melakukan orientasi yang dikhususkan untuk perawat baru yang dilakukan pada saat-saat awal perawat bekerja, umumnya hal yang diorientasikan berkisar pada tindakan keperawatan yang sering dilakukan, tentang dokter yang visit dan tentang kegiatan administrasi perawat, berkenaan dengan sikap profesional masih kurang ditekankan.

Dalam praktik keperawatan pembinaan perawat dapat dilakukan dengan model preceptor agar seorang manajer dapat membina sikap staf perawat mereka dengan intensif. Namun model preceptor ini memerlukan staf perawat senior yang berkompeten dalam aspek afektif, kognitif dan psikomotor. Seorang preceptor dalam praktik keperawatan diseleksi berdasarkan kompetensi klinik, keterampilan organisasi, kemampuan membimbing dan mengarahkan orang lain, dan minat mereka untuk mengembangkan staf perawat yang lain. Dengan sumber daya yang ada di Rumah Sakit, penggunaan metode pembinaan dengan model preceptor mungkin menjadi hal yang baru dan memerlukan kajian lebih lanjut. Model preceptor memerlukan perawat senior yang berkompeten sementara hal yang terjadi di rumah sakit adalah banyak *turnover* perawat-perawat senior. Namun secara institusi dapat bersinergis dengan insitisi pendidikan keperawatan dan organisasi perawat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) yang ada dalam satu organisasi dalam *sharing* konsep dan aplikasinya di lapangan.

Menilik kondisi sumber daya manusia yang ada di rumah sakit, pembinaan sikap perawat dengan menggunakan metode *coaching* dan *mentoring* atau konseling untuk saat ini menjadi lebih relevan untuk dapat diterapkan karena manajer keperawatan yang ada dapat melakukan tanpa harus mengharapkan



adanya perawat senior yang menjadi *coach* atau mentor. Manajer perlu memahami langkah-langkah dalam melakukan *coaching*, *mentoring*, dan konseling terhadap staf dan memiliki komitmen untuk melakukan pembinaan sikap. Untuk menjembatani hal tersebut manajemen rumah sakit perlu memberikan kesempatan kepada para manajer untuk mendapatkan pelatihan (*training of trainer*) tentang perihal pembinaan secara umum dan pembinaan sikap profesional perawat.

Pembinaan staf perawat ditujukan untuk meningkatkan potensi dan sikap mereka dalam bekerja dan untuk hal ini memerlukan pendidikan yang sedikit formal dan di tempat yang khusus dan harus berkelanjutan. Pelaksanaan pembinaan sikap di Rumah Sakit dilakukan manajer pada waktu sambil kerja dan bersifat informal, tidak perlu waktu khusus yang disediakan untuk melakukan pembinaan secara formal. Pembinaan secara informal dapat dilakukan sebagai bagian dari penerapan program pembinaan namun harus selalu mengacu pada tujuan yang terarah. Pencapaian tujuan umumnya dapat dipenuhi dengan baik apabila pembinaan dilakukan secara terfokus, dan berkelanjutan. *Sharing* antara manajer dengan staf perawat senantiasa diperlukan untuk berbagi pengalaman dan ilmu atau berdiskusi dengan tenaga kesehatan lainnya

Evaluasi diperlukan untuk menilai keefektifan tindakan yang telah dilakukan dan untuk meningkatkan program, mengidentifikasi elemen dari program tersebut yang harus ditingkatkan. Dalam program pembinaan perawat, kriteria evaluasi yang ditetapkan secara umum ada dua hal yaitu; pengetahuan dan perubahan perilaku. Proses evaluasi dapat dilakukan melalui fakta yang didapatkan melalui interview, survey dan atau rekaman program. Dalam evaluasi

pembinaan sikap di rumah sakit penilaian dilakukan melalui pengamatan dan pendapat dari perawat lain namun tidak ada ditetapkan indikator yang baku untuk menilai hasil pembinaan. Tidak adanya indikator baku ini sangat terkait dengan ketidakjelasan rencana yang dilakukan dan model pembinaan yang bersifat insidental. Menurut manajer hal yang dinilai adalah hasil kerja, kinerja yang meningkat dan tidak ada komplain utamanya dari pasien. Hal ini berarti evaluasi berorientasi pada hasil bukan pada proses dan pencapaian atau sikap profesional apa yang telah ditunjukkan oleh staf perawat yang di bina.

Perawat umumnya di tempat penelitian tidak menyampaikan umpan balik terhadap pembinaan yang ada. Hal ini karena perawat merasa sungkan, dan takut disalah artikan, selain itu karena merasa masih junior. Pemberian umpan balik dari staf kepada manajer merupakan hal yang berat bagi staf yang masih junior atau baru, ketakutan umpan balik akan dimaknai salah oleh manajer dan perasaan sungkan menjadi sebagian faktor penyebab staf perawat tidak memberikan umpan balik kepada manajer.

Dalam pemberian umpan balik yang efektif, harus disampaikan secara akurat. Pemberian umpan balik dari staf kepada manajer yang disertai perasaan ragu, takut ataupun sambil bercanda menyebabkan apa yang dimaksudkan tidak jelas atau tidak tercapai sehingga kurang mendapat perhatian dari manajer yang kurang peka. Selain itu cara manajer berkomunikasi dengan para stafnya menentukan hasil umpan balik yang akan mereka dapatkan.

Berkenaan dengan proses monitoring setelah pembinaan dilakukan manajer ketika bekerja dan tidak secara khusus, dalam monitoring manajer melibatkan

perawat senior yang dipercaya sebagai penanggung jawab *shift*. Monitoring diperlukan untuk memantau sejauh mana hal-hal yang ditekankan dalam pembinaan dapat diaplikasikan oleh staf. Pada sisi ini akan membandingkan apakah sesuai yang rencana tujuan yang ditetapkan sebelumnya, apakah rencana dapat dicapai. Sedangkan *follow-up* pembinaan belum pernah dilakukan oleh manajer. Pelaksanaan *follow-up* merupakan hal yang sangat penting. *Follow up* berguna untuk memastikan bahwa perubahan sikap memang dilakukan oleh staf perawat.

Data hasil penelitian mengidentifikasi beberapa hal yang menurut manajer menjadi faktor yang dapat mempengaruhi proses pembinaan yang dilakukan, yaitu: faktor lingkungan kerja, kelengkapan fasilitas, diri individu perawat selanjutnya faktor dukungan dari manajemen dan kesiapan manajer sebagai pembina. Faktor-faktor dari pembina dengan yang dibina berhubungan dengan keberhasilan pembinaan, yaitu; kesamaan persepsi, *gender*, pengetahuan dan penerimaan, ras/kesukuan, dan *focus of relationship*.

Faktor individu perawat dan manajer terkadang dipengaruhi oleh kesesuaian antara apa yang telah dilakukan dengan penghargaan atau kesejahteraan apa didapatkan. Kompensasi berupa penghargaan dan kesejahteraan merupakan faktor penting yang mempengaruhi bagaimana dan mengapa individu mau bekerja pada suatu organisasi, dan hal ini perlu agar perawat mau bekerja kompetitif dan mempertahankan perawat yang berkompoten.

Faktor lain seperti lingkungan kerja yang kondusif, kelengkapan fasilitas/sarana yang memadai serta dukungan positif dari pimpinan menjadi juga

faktor yang mempengaruhi pembinaan staf. Faktor-faktor yang teridentifikasi di atas dapat menjadi faktor pendukung dan faktor penghambat dalam proses pembinaan sikap profesional perawat.

### **6.3 Kinerja MAKP**

Hasil penelitian tentang kinerja MAKP menunjukkan bahwa sebagian besar perawat melakukan kerjasama dalam penerapan asuhan keperawatan professional. Pada aspek alokasi waktu untuk mempersiapkan alat dan ruang kerja sebagian besar mempergunakan waktu antara 51%-60% atau 30 sampai dengan 36 menit. Waktu yang digunakan oleh sebagian besar perawat dalam penerapan aspek adalah di bawah 3 menit. Waktu yang digunakan oleh sebagian besar perawat dalam pelayanan administrasi adalah di bawah 3 menit. Waktu yang digunakan oleh sebagian besar perawat dalam kegiatan istirahat adalah 51%-60% atau 30 sampai dengan 36 menit. Waktu yang digunakan oleh sebagian besar perawat dalam kegiatan sholat adalah di bawah 3 menit.

Hasil penelitian ini mendukung penelitian Amelia (2009), menunjukkan kinerja perawat pelaksana dalam asuhan keperawatan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Sumatera Utara berada pada kategori baik sebanyak 48 orang (81.4%)

Hasil penelitian lain yang mendukung penelitian ini adalah penelitian Siahaan dan Taringan (2010), bahwa mayoritas responden (71%) didapatkan kinerjanya baik sedangkan yang buruk (29%). Angka pencapaian ini belum sesuai dari standar yang telah ditetapkan oleh Depkes.RI yang memberikan syarat angka pencapaian minimal 75% kinerja perawat baik dalam memberikan

asuhan/pelayanan keperawatan (Fahriadi, 2008). Berdasarkan hasil penelitian Syaiin (2008), kinerja akan baik jika pengawasan dilakukan secara rutin. Menurut Notoadmojo (2003) keberhasilan kinerja sangat ditentukan adanya bimbingan dari supervisi yang baik dari atasan kepada bawahannya yang menanyakan permasalahan serta kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan agar dapat diberikan solusi dari permasalahan tersebut. Pengawasan merupakan komponen fungsi manajemen untuk mencapai hasil dalam melakukan kinerja (Gillies 1989).

Kinerja perawat merupakan ukuran keberhasilan dalam mencapai tujuan pelayanan keperawatan. Kinerja perawat dalam pemberian asuhan keperawatan adalah aplikasi kemampuan atau pembelajaran yang telah diterima selama menyelesaikan program pendidikan keperawatan untuk memberikan pelayanan kesehatan secara langsung kepada pasien (Ali, 2002; Mulati, 2006). Kinerja perawat dinilai dari kepuasan pasien yang sedang atau pernah dirawat yang merupakan ungkapan rasa lega atau senang karena harapan tentang sesuatu kebutuhan pasien terpenuhi (Syaiin, 2008).

Menurut Azwar dalam Nursalam (2011), permasalahan pokok yang dihadapi perawat Indonesia dalam sistem pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

Pertama, peran perawat profesional yang tidak optimal. Peran perawat profesional dalam sistem kesehatan nasional adalah berupaya mewujudkan sistem kesehatan yang baik, sehingga penyelenggaraan pelayanan kesehatan (*health service*) sesuai dengan kebutuhan dan tuntutan kesehatan (*health needs and demands*) masyarakat, sementara itu di sisi lain biaya pelayanan kesehatan sesuai

dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Akan tetapi perawat belum melaksanakan peran secara optimal. Di sinilah letak masalahnya, karena dalam praktik sehari-hari penyelenggaraan pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan keperawatan, yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat tidaklah mudah. Tidak mengherankan jika pada saat ini banyak ditemukan keluhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan/keperawatan di Indonesia.

Kedua, terlambatnya pengakuan *body of knowledge* profesi keperawatan. Di Indonesia pengakuan tersebut baru terjadi pada tahun 1985, yakni ketika PSIK untuk pertama kali dibuka di Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Padahal di negara-negara maju, banyak pengakuan *body of knowledge* tersebut telah lama ditemukan. Setidak-tidaknya sejak tahun 1895, yakni ketika Florence Nightingale untuk pertama kali memperkenalkan teori keperawatan yang menekankan pentingnya faktor lingkungan. Dalam keadaan ini tidak mengherankan jika profesi kesehatan lain, hingga saat masih belum sepenuhnya apakah keperawatan sebagai suatu ilmu.

Ketiga, terlambatnya pengembangan pendidikan keperawatan profesional . Sekolah Perawat Kesehatan dan Akademi Keperawatan di Indonesia telah banyak dikenal. Pendidikan S1 Keperawatan (ners) di Indonesia baru dimulai secara bersamaan pada tahun 2000.

Keempat, terlambatnya pengembangan sistem pelayanan atau asuhan keperawatan profesional. Jika ditinjau dari berbagai masalah profesi keperawatan yang ditemukan pada saat ini, terlambatnya pengembangan sistem pelayanan keperawatan yang dipandang merupakan masalah yang amat pokok, karena



sampai saat ini harus diakui, kejelasan pelayanan keperawatan belum dimiliki. Tidak hanya yang menyangkut bentuk praktik keperawatan, tetapi juga kewenangan para penyelenggaranya. Model asuhan keperawatan sesuai dengan kelompok keilmuan keperawatan masih belum dikembangkan di tatanan pelayanan (rumah sakit maupun Puskesmas). Meskipun model tersebut telah dilatihkan kepada para perawat dan institusi penyelenggara pelayanan kesehatan. Sehingga masih ditemukan ketidakpuasan pasien, perawat, dan *stakeholder* lainnya terhadap pelayanan keperawatan.

Berdasarkan uraian di atas dapat dikemukakan bahwa kinerja perawat perlu dioptimalkan melalui pembinaan profesional. Selain itu, perawat diikutkan dalam pengembangan profesional seperti pendidikan dan pelatihan, lokakarya, seminar atau kegiatan pengembangan diri lainnya. Sehingga, nampak jelas bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi perkembangan perawat profesional yaitu: (1) rendahnya dasar pendidikan profesi dan belum dilaksanakannya pembinaan perawat melalui organisasi PPNI secara Kontinyu dan berjenjang dari pusat sampai ke daerah, perawat lebih cenderung untuk melaksanakan perannya secara rutinitas dan hanya monoton pada tugas dan peranya setiap hari; (2) Perawat belum mampu mempersiapkan dirinya sebagai sumber informasi bagi klien, rendahnya rasa percaya diri disebabkan oleh karena pengalaman kerja, rendahnya pengetahuan, dan teknologi yang memadai; (3) Pengetahuan dan keterampilan perawat terhadap riset masih sangat rendah. Hal ini ditunjukkan dengan rendahnya hasil riset di bandingkan dengan profesi yang lain. Rendahnya gaji atau kesejahteraan perawat berdampak pada kinerja perawat dalam melakukan asuhan

keperawatan; (4) Bagi perawat yang bekerja pada institusi pemerintah masih mencari kerja di rumah sakit swasta hanya karena ingin menambah penghasilan financial untuk kebutuhan keluarganya. Rendahnya gaji dan insentif perawat berdampak pada proses penerapan asuhan keperawatan yang profesional; (5) Sangat minimnya perawat yang menduduki jabatan struktural di Institusi kesehatan. Masalah ini sangat mempengaruhi dalam perkembangan profesi keperawatan khususnya dalam memberikan advokasi ke lintas sektor atau *stakeholder*, karena sistem sangat berpengaruh terhadap terselenggaranya pelayanan yang baik.

Pada sisi lain faktor yang mempengaruhi kinerja perawat di rumah sakit adalah: (1) Faktor kemampuan, Secara psikologis kemampuan (*ability*) pegawai terdiri dari kemampuan potensi (IQ) dan kemampuan realita (pendidikan). Oleh karena itu pegawai perlu ditempatkan pada pekerjaan yang sesuai dengan keahliannya; (2) Faktor motivasi, motivasi terbentuk dari sikap (*attitude*) seorang pegawai dalam menghadapi situasi (*situation*) kerja. Motivasi merupakan kondisi yang menggerakkan diri pegawai terarah untuk mencapai tujuan organisasi (tujuan kerja). Sikap mental merupakan kondisi mental yang mendorong seseorang untuk berusaha mencapai potensi kerja secara maksimal.

Hal tersebut mendukung pendapat Sedarmayanti (2001), bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja adalah: (1) Sikap kerja, seperti kesediaan untuk bekerja secara bergiliran (*shief work*) bekerja dalam suatu tim; (2) Tingkat ketrampilan, yang ditentukan oleh pendidikan, latihan dalam manajemen dan supervisi serta ketrampilan dalam tehnik profesi; (3) Hubungan antara tenaga kerja dan pimpinan unit operasi; (4) Manajemen kinerja atau produktifitas yaitu

manajemen yang efisien yaitu dengan cara mengenali serta menghormati dan menghargai dan melindungi perawat untuk mencapai peningkatan prestasi kerja; (5) Efisien tenaga kerja, seperti perencanaan tenaga kerja; (6) Kreatifitas dalam bekerja dan berada jalur yang benar dalam kerja.

Dengan demikian dapat dikemukakan bahwa peningkatan dan pematapan peran bagi perawat akhir-akhir ini menjadi tuntutan masyarakat, baik dalam layanan kesehatan pada umumnya maupun keperawatan pada khususnya. Tingkat kinerja perawat dapat terukur berdasarkan beberapa indikator kinerja tersebut antara lain: kuantitas hasil kerja, kualitas hasil kerja, efisiensi dalam melaksanakan tugas, disiplin kerja, inisiatif, ketelitian, kepemimpinan, kejujuran kreatifitas. Tuntutan dan kebutuhan asuhan keperawatan yang berkualitas di masa depan merupakan tantangan yang harus dipersiapkan secara benar-benar dan ditangani secara mendasar, terarah dan sungguh-sungguh dari rumah sakit.

#### **6.4 Kepuasan Perawat**

Hasil penelitian tentang kepuasan kerja perawat menunjukkan bahwa pada umumnya terdapat perawat yang tidak masuk kerja dalam satu tahun dengan jumlah 164 orang sedangkan yang selalu masuk kerja berjumlah 131 orang, sedangkan frekuensi ketidakhadiran dalam melaksanakan tugas selama satu tahun sebagian besar berkisar antara 1-5 hari. Selanjutnya perawat pada umumnya melaksanakan tugas sesuai waktu yang ditetapkan hanya sebagian kecil perawat memanfaatkan cuti dengan baik. Pada aspek *turnover*, sebagian besar perawat tidak bersedia untuk rotasi dari suatu ruangan ke ruangan lainnya.

Hasil penelitian Rusmin (2010), bahwa kepuasan responden menurut jenis kelamin laki-laki adalah 59,64% dan perempuan adalah 56,50% dengan standar deviasi masing-masing 14,25% dan 10,9%. Data ini menunjukkan bahwa nilai rata-rata tingkat kepuasan kerja laki-laki lebih tinggi dibanding perempuan. Tetapi hasil uji statistik didapatkan nilai  $p$  value = 0,385 atau  $p > \alpha$  (0,05), berarti pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan nilai rata-rata tingkat kepuasan antara perawat laki-laki dengan perawat perempuan.

Muchlas (2005), menyatakan bahwa secara umum tidak ada perbedaan yang signifikan antara perawat laki-laki dan perempuan dalam produktivitas kerja dan dalam kepuasan kerja. Robbins (1990) menulis dalam bukunya bahwa tidak bukti yang menyatakan jenis kelamin perawat mempengaruhi kepuasan kerja.

Nilai rata-rata tingkat kepuasan kerja perawat menurut tingkat pendidikan yaitu pada yang berpendidikan tinggi nilainya 59,12%, sedangkan pada yang pendidikan rendah nilainya 56,89%. Hal ini menunjukkan tingkat kepuasan kerja perawat lebih baik pada yang berpendidikan tinggi dibandingkan dengan yang pendidikannya rendah. Hasil uji statistik didapatkan nilai  $p$  value = 0,742 atau  $p > \alpha$  (0,05), berarti pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan nilai rata-rata tingkat kepuasan kerja antara perawat yang berpendidikan tinggi dengan yang pendidikannya rendah.

Wahyuni dan Simanjuntak (2002), pada penelitiannya menemukan bahwa tingkat kepuasan kerja perawat lebih baik ada yang berpendidikan rendah yaitu 78,03% dibandingkan dengan yang pendidikannya tinggi yaitu 72,44% dimana perbedaan itu signifikan dengan nilai  $p$  value = 0,028 atau  $p < \alpha$  (0,05). Pada

penelitian Wahyuni tersebut jumlah yang berpendidikan tinggi adalah 40%, disamping itu mereka menggabungkan DIII dengan SI keperawatan dalam kategori pendidikan tinggi, sedangkan pada penelitian ini jumlah yang berpendidikan tinggi hanya 3,8% dan pendidikan DIII dikategorikan pendidikan rendah.

Nilai rata-rata tingkat kepuasan kerja perawat menurut status kepegawaian dimana pada kategori perawat PNS menunjukkan angka 57,77% dengan standar deviasi 11,42% sedangkan pada perawat non PNS yaitu 54,23% dengan standar deviasi 11,36%. Dari angka ini terlihat bahwa nilai rata-rata tingkat kepuasan kerja perawat dengan status PNS lebih tinggi dari nilai rata-rata tingkat kepuasan kerja perawat yang berstatus non PNS. Tetapi berdasarkan hasil uji statistik nilai  $p$  value = 0,250 atau  $p > \alpha$  (0,05), berarti pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan nilai rata-rata tingkat kepuasan kerja antara perawat berstatus PNS dengan perawat non PNS.

Wahyuni dan Simanjuntak (2002) pada penelitiannya pada RS X di Depok mendapatkan nilai rata-rata tingkat kepuasan perawat tetap yaitu 76,32% dan pada perawat kontrak nilai rata-rata tingkat kepuasan ini lebih rendah yaitu 73,20%, tetapi hasil uji statistiknya nilai  $p$  value = 0,356 atau  $p > \alpha$  (0,05) yang juga berarti tidak ada perbedaan yang signifikan nilai rata-rata tingkat kepuasan kerja antara perawat tetap dengan perawat kontrak. Kedua hasil penelitian ini cukup relevan untuk dibandingkan karena perawat PNS bisa dikategorikan sebagai perawat tetap dan perawat non PNS di RSUD Pasaman Barat yang ikut dalam penelitian ini seluruhnya adalah perawat kontrak.

Rata-rata tingkat kepuasan kerja perawat dengan status kawin yaitu 55,82% dimana angka ini lebih rendah dari perawat dengan status tidak kawin yaitu 59,38%. Angka ini menunjukkan bahwa perawat dengan status tidak kawin lebih tinggi tingkat kepuasannya dari perawat dengan status kawin. Tetapi berdasarkan hasil uji statistik nilai  $p$  value = 0,194 atau  $p > \alpha$  (0,05), yang berarti pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan nilai rata-rata tingkat kepuasan kerja antara perawat yang sudah kawin dengan perawat yang belum kawin.

Muchlas (2005), mengatakan bahwa orang yang sudah kawin lebih menunjukkan kepuasan dalam bekerja, sedikit absen dan jarang pindah kerja. Hal ini dapat dijelaskan karena perkawinan itu menuntut tanggung jawab keluarga yang besar sehingga peningkatan posisi dalam pekerjaan menjadi sangat penting. Tetapi hubungan sebab akibat antara kepuasan kerja atau kinerja yang tinggi dengan status kawin sulit dijelaskan.

Selanjutnya menurut Muchlas (2005), belum ada bukti hasil-hasil penelitian tentang dampak perceraian terhadap produktifitas dan kepuasan kerja sehingga masalah ini masih menjadi perdebatan sampai sekarang. Dan menurut peneliti bahwa, pendapat Muchlas diatas lebih cocok ditujukan kepada perawat yang bekerja pada level struktural tertentu sehingga ada posisi-posisi yang dianggap penting. Tetapi yang menjadi responden dalam penelitian ini adalah perawat level pelaksana lapangan sehingga tak ada jabatan yang akan dikejar. Apalagi sebagian besar responden adalah perempuan yang apabila kawin menurut pengamatan



dilapangan lebih banyak terganggu dengan urusan keluarga mulai dari kehamilan, melahirkan dan urusan anak sehingga berdampak terhadap suasana kerja.

### **6.5 Pengaruh Budaya Organisasi terhadap Motivasi**

Berdasarkan hasil analisis uji regresi linier menunjukkan bahwa terdapat pengaruh budaya organisasi terhadap motivasi perawat yang ditunjukkan oleh koefisien sebesar 0,915 pada signifikan 0,001.

Hasil penelitian ini mendukung penelitian Tjahjono dan Gunarsi (2011), bahwa terdapat pengaruh budaya organisasi terhadap motivasi kerja pada koefisien Fhitung variabel independen sebesar 199,511 signifikan pada  $S=1\%$ , maka hipotesis nihil ditolak dan hipotesis alternatif diterima. Berarti model dengan variabel independen budaya organisasi dan variabel dependen motivasi kerja adalah signifikan. Selanjutnya penelitian Koesmono (2009), mengemukakan bahwa budaya organisasi berpengaruh terhadap motivasi sebesar 0.680.

Glaser (1987), menyatakan bahwa budaya organisasi seringkali digambarkan dalam arti yang dimiliki bersama. Pola-pola dari kepercayaan, simbol-simbol, ritual-ritual dan mitos-mitos yang berkembang dari waktu ke waktu dan berfungsi sebagai perekat yang menyatukan organisasi. Beraneka ragamnya bentuk organisasi atau perusahaan, tentunya mempunyai budaya yang berbeda-beda hal ini wajar karena lingkungan organisasinya berbeda-beda pula misalnya perusahaan jasa, manufaktur dan *trading*.

Hofstede (1991), menyatakan bahwa budaya merupakan berbagai interaksi dari ciri-ciri kebiasaan yang mempengaruhi kelompok-kelompok orang dalam lingkungannya. Menurut Beach (1993), Kebudayaan merupakan inti dari apa

yang penting dalam organisasi. Seperti aktivitas memberi perintah dan larangan serta menggambarkan sesuatu yang dilakukan dan tidak dilakukan yang mengatur perilaku anggota. Jadi budaya mengandung apa yang boleh dilakukan atau tidak boleh dilakukan sehingga dapat dikatakan sebagai suatu pedoman yang dipakai untuk menjalankan aktivitas organisasi. Pada dasarnya Budaya organisasi dalam perusahaan merupakan alat untuk mempersatukan setiap individu yang melakukan aktivitas secara bersama-sama.

Kreitner dan Kinicki (1995), mengemukakan bahwa budaya organisasi adalah perekat sosial yang mengingat anggota dari organisasi. Nampaknya agar suatu karakteristik atau kepribadian yang berbeda-beda antara orang yang satu dengan orang yang lain dapat disatukan dalam suatu kekuatan organisasi maka perlu adanya perekat sosial.

Budaya yang baik akan memberikan nuansa yang baik dalam peningkatan motivasi kerja perawat. Hal tersebut sesuai teori motivasi yang ada salah satunya adalah *Porter Lawler Model*. Persoalan antara budaya dan motivasi muncul sejak adanya gerakan hubungan antar manusia. Sebenarnya dalam teori muatan tersirat adanya bahwa kepuasan mengarah kepada kinerja dan tidak kepuasan menurunkan kinerja. Mondy and Noe (1996), menyatakan bahwa proses kognitif dalam persepsi memainkan suatu peran sentral bahwa hubungan antara kepuasan dan kinerja berhubungan secara langsung dengan suatu model motivasi. Menurut Mondy and Noe (1996), *Direct financial compensation consist of the pay that a person receives in the form of wages salaries, bonuses and commissions. Indirect*

*financial compensation (benefits) includes all financial rewards that are not included direct compensation.*

Dari hasil penelitian dan pendapat ahli di atas tersebut dapat dikemukakan bahwa budaya organisasi di rumah sakit provinsi Gorontalo memberikan pengaruh yang positif dalam peningkatan motivasi kerja perawat. Manajer berusaha menciptakan budaya yang baik dengan norma-norma dan nilai-nilai yang berlaku umum dan dapat diterima oleh seluruh perawat sehingga perawat tetap termotivasi dalam tugas dan kerjanya.

## **6.6 Pengaruh Budaya Organisasi Terhadap Sikap**

Berdasarkan hasil analisis uji regresi linier menunjukkan bahwa terdapat pengaruh budaya organisasi terhadap sikap perawat dengan koefisien 0,973 pada taraf signifikansi 0,001.

Hasil penelitian ini mendukung pendapat Listiani (2005), bahwa pengaruh budaya terhadap sikap. Pengaruh tersebut dilakukan melalui beberapa lapisan, yakni lapisan pertama (I) meliputi artifak dan berbagai kreasi yang dapat dilihat tetapi seringkali sulit untuk diinterpretasikan. Yang termasuk ke dalam kelompok pertama ini diantaranya adalah berbagai dokumen, layout dan perlengkapan ruangan. Lapisan kedua (II) adalah nilai-nilai atau sesuatu yang dianggap orang-orang merupakan hal yang penting dan dijadikan pedoman untuk berperilaku. Lapisan ketiga (III) merupakan dasar asumsi orang-orang yang mengarahkan untuk berperilaku. Yang termasuk kedalam lapisan ini misalnya adalah asumsi-asumsi yang mengatakan kepada orang - orang bagaimana mereka

merasakan dan berpikir tentang pekerjaan, serta membina hubungan dengan yang lain.

Di dalam suatu organisasi peran budaya dalam mempengaruhi sikap perawat tampaknya semakin penting. Budaya organisasi dapat tercermin di antaranya dari sistem yang meliputi besar kecilnya kesempatan berinovasi dan berkreasi bagi perawat, pembentukan tim-tim kerja, juga kepemimpinan yang transparan dan tidak terlalu birokratis. Karakteristik tersebut yang dipersepsi oleh perawat sebagai budaya organisasi, diharapkan dapat berfungsi dalam memberikan kepuasan kerja dan kinerja yang optimal dalam upaya mencapai tujuan organisasi.

Budaya secara umum mempunyai berbagai peran sebagaimana dikemukakan oleh Dressler and Carns (dalam Phatak, 1983) sebagai berikut: (1) *Culture enable us to communicate with others through a language that we have learned and that we share in common;* (2) *Culture make its possible to anticipate how other in our society are likely to respond to our actions;* (3) *Cultur egivesusst and ardfor distinguishing between what is concidered right or wrong, beautiful and ugly, reasonable and unreasonable, tragic and humorous, safe and dangerous;* (4) *Culture provides the knowledge and skill necessasry for meeting sustenance needs.*

Dari pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa melalui budaya dapat terjalin sikap yang baik di antara perawat. Melalui budaya pula, akan sangat memungkinkan bagi seseorang untuk menganti sipasi bagaimana reaksi orang-orang di sekitarnya terhadap perilaku yang bersangkutan. Disamping itu, melalui budaya dapat diperoleh standar yang dapat membedakan diantaranya mengenai

hal yang benar atau salah, baik atau buruk, hal yang masuk akal atau sebaliknya. Pada akhirnya, budaya dapat meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan yang diperlukan untuk memenuhi berbagai kebutuhan.

Sedangkan secara lebih spesifik, yaitu mengenai fungsi budaya organisasi, Harison (Haynes, 1980), berpendapat sebagai berikut: (1) *It specifies the goals and values toward which the organization should be directed and by which its success and worth should be measure;* (2) *It prescribes the appropriate relationships between individuals and the organization, that is, it makes specific what the organization should be able to expect from its people, and vice versa;* (3) *It indicates how behavior should be controlled in the organization and what kinds of control are legitimate and illegitimate;* (4) *It depicts which qualities and behavioral characteristics should be valued or vilified, as well as how these should be rewarded or punished;* (5) *It shows members how they should treat one another competitively or collaboratively, honestly or dishonestly, closely or distantly;* (6) *It establishes appropriate methods of dealing with the external environment.*

Dari pendapat Haynes (1980), tersebut, dapat secara garis besar dapat disimpulkan bahwa budaya organisasi berfungsi diantaranya untuk: 1) merinci tujuan-tujuan dan nilai-nilai organisasi; 2) menjelaskan apa yang dapat organisasi harapkan dari orang-orang yang terlibat di dalamnya, dan sebaliknya; 3) menunjukkan bagaimana seharusnya perilaku dikendalikan di dalam organisasi; 4) memperlihatkan karakteristik perilaku yang selayaknya dinilai, diberi penghargaan atau diberi hukuman; 5) memperlihatkan kepada seluruh anggota

organisasi bagaimana seharusnya mereka saling memperlakukan satu sama lain; serta 5) membangun cara-cara yang tepat untuk berhubungan dengan lingkungan eksternal.

Pendapat lainnya yang mengemukakan adanya fungsi budaya organisasi adalah Daft (2008), yang memberikan dua fungsi, yaitu: 1) *to integrate members so that they know how to relate to one another*; 2) *to help the organization adapt to the external environment*. Fungsi pertama, yang dimaksud dengan integrasi internal adalah bahwa para anggota organisasi mengembangkan bersama identitas, dan selain itu mereka juga mengetahui bagaimana cara bekerjasama secara efektif.

Jadi budaya akan menjadi pedoman didalam membina hubungan kerja dari hari ke hari dan menentukan bagaimana cara berkomunikasi di dalam organisasi, menentukan perilaku mana yang diterima dan mana yang ditolak. Sedangkan fungsi kedua, adaptasi eksternal yaitu bagaimana organisasi mempertemukan tujuannya dan membuat kesepakatan dengan pihak di luar organisasi. Budaya membantu mengarahkan aktivitas pegawai untuk mencapai tujuan. Budaya dapat membantu untuk merespon secara cepat perubahan yang terjadi di lingkungan luar.

### **6.7 Pengaruh Budaya Organisasi, Motivasi, Sikap dan Kepuasan Terhadap Kinerja Perawat**

Berdasarkan hasil analisis uji regresi linier menunjukkan bahwa terdapat pengaruh motivasi dan kepuasan terhadap kinerja perawat dengan koefisien 0,518 untuk budaya organisasi pada taraf signifikansi 0,041, 0,289 untuk motivasi pada taraf signifikansi 0,010 dan 0,186 untuk kepuasan pada taraf signifikansi 0,046.



Artinya pengaruh budaya organisasi, motivasi dan kepuasan lemah terhadap kinerja perawat. Sedangkan sikap tidak berpengaruh terhadap kinerja perawat.

Hasil penelitian ini mendukung hasil penelitian Simbolon (2012), bahwa variabel budaya organisasi mempengaruhi kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan. Rumah sakit Santa Elisabeth Medan perlu meningkatkan implementasi pembinaan dan menanamkan nilai-nilai budaya organisasi dan mempertahankan serta menjaga stabilitas kerja. Perlu dilakukan penilaian kinerja perawat berdasarkan uraian tugas yang jelas dan kontiniu.

Hasil penelitian ini mendukung pula penelitian Nurfiriani (2012), bahwa setelah dilakukan analisis data, tidak didapatkan hasil yang signifikan antara hubungan budaya organisasi dengan kinerja perawat. Oleh karena itu di dilakukan analisis kembali dengan menggunakan regresi linier berganda dengan metode backward, dan didapatkan hasil bahwa *Consistency* (X2) berpengaruh secara signifikan terhadap kinerja perawat rawat inap di RS PHC. Dengan nilai signifikan 0.019 dengan uji T. Variabel *Consistency* berpengaruh signifikan terhadap kinerja, dikarenakan indikator yang digunakan mengacu kepada keharusan dan kewajiban bagaimana seorang perawat bekerja

Berdasarkan hasil penelitian tersebut dikemukakan bahwa budaya organisasi merupakan faktor yang dapat meningkatkan kinerja perawat. Hal ini didasarkan dari hasil penelitian yang menunjukkan bahwa budaya organisasi yang tidak berpengaruh terhadap kinerja perawat. Budaya merupakan bagian dari kehidupan organisasi yang dapat mempengaruhi perilaku, sikap, dan efektivitas pegawai.

Budaya organisasi merupakan salah satu subsistem dalam organisasi mengenai kepercayaan dan nilai-nilai yang dianut bersama di dalam organisasi dan merupakan pedoman bagi perilaku para anggotanya (Schermerhorn, et,ct. 1996). Pendapat senada dikemukakan oleh Spender (1982), sebagai berikut: *“A Belief system shared by an organization's member”*. Sedangkan menurut Peters (1982), budaya organisasi adalah: *“A dominant and coherent set of shared values conveyed by such symbolic means as stories, myths, legend, slogans, anecdotes, and fairy tales”*. Sementara itu Gibson & Ivancevich (1997), menyatakan bahwa budaya organisasi adalah: *“What the employees perceive and how his perception creates a pattern of beliefs, values, and expectations”*. Secara bebas dapat diartikan sebagai berikut: Budaya organisasi merupakan sesuatu yang dirasakan pegawai dan bagaimana persepsi mereka membentuk pola kepercayaan, nilai-nilai dan berbagai harapan. Kemudian Gibson & Ivancevich (1996), melanjutkan dengan menyatakan bahwa budaya dapat berupa: (1) *Symbols, language, ideologies, and myths*; (2) *Organizational scripts derived from the personal scripts of the organization's founder (s) or dominant leader (s)*; (3) *A product; historical; based on symbols; and an abstraction from behavior and the product off behavior*.

Dalam kaitannya dengan budaya organisasi, Hellriegel (1990), berpendapat bahwa budaya organisasi mempunyai sejumlah karakteristik penting sebagaimana berikut: (1) *Routine behaviors when people interact*; (2) *The norms that are shared by work groups throughout the organization*; (3) *The dominant values held by an organization*; (4) *The philosophy that guides an organization's policies*

*toward its employees and customers; (5) The rules of the game for getting along in the organization that a newcomer must learn in order to become an accepted member, and (6) The feeling or climate conveyed in an organization by physical layout and the way in which members of the organization interact with other outsiders.*

Dari pendapat-pendapat tersebut tersirat penjelasan bahwa: 1) pada saat anggota di dalam organisasi berinteraksi satu sama lain, mereka memakai bahasa, terminologi, serta sikap yang biasa digunakan; 2) di dalam budaya organisasi terdapat standar perilaku, misalnya aturan yang memandu anggotanya untuk melakukan apa dan berapa banyak tugas yang harus dikerjakan; 3) nilai-nilai yang menonjol, misalnya nilai yang mengutamakan kualitas kerja, pencapaian efisiensi tinggi dan tingkat kehadiran yang rendah, yang dianggap sebagai budaya, disepakati dan dipegang teguh oleh para anggota organisasi; 4) budaya organisasi memiliki falsafah yang menuntun kebijakan-kebijakan organisasi dalam upaya memperlakukan anggotanya dan pihak luar; 5) budaya organisasi memiliki aturan-aturan yang 'mengikat' setiap anggota baru, agar mereka diterima sebagai anggota; 6) iklim organisasi seperti misalnya bagaimana pengaturan tata letak perlengkapan, cara para anggota berinteraksi dan cara mereka memperlakukan sesama, satu sama lain dan pihak luar.

Dari hasil penelitian dan pendapat ahli di atas dapat dikemukakan bahwa kinerja perawat dipengaruhi oleh budaya organisasi, bila budaya organisasi tersebut baik maka akan berpengaruh, tetapi bila tidak berpengaruh berarti kinerja perawat kurang baik. Dari hasil penelitian ini dapat dikemukakan bahwa perawat

dalam melaksanakan tugasnya belum optimal yang dipengaruhi oleh budaya organisasi yang kurang mendukung.

Faktor budaya organisasi yang kurang mendukung kinerja proses dalam penerapan MAKP adalah; (1) Dukungan sumberdaya yang belum memadai, serta sikap manajemen yang belum mampu membangkitkan motivasi kerja sehingga kinerja perawat dapat meningkat; 2) di dalam budaya organisasi belum terdapat standar kerja, misalnya aturan yang memandu anggotanya untuk melakukan apa dan berapa banyak tugas yang harus dikerjakan; 3) belum diterapkannya pembagian tugas yang merata pada perawat yang ada karena masih mengutamakan hasil kerja bukan kualitas dari hasil pekerjaan, pencapaian efisiensi tinggi dan tingkat kehadiran yang rendah, yang dianggap sebagai budaya, disepakati dan dipegang teguh oleh para anggota organisasi; 4) belum memiliki standar kebijakan organisasi dalam lingkup pekerjaan; 5) belum memiliki aturan-aturan yang 'mengikat' setiap anggota baru, agar mereka diterima sebagai anggota; 6) iklim organisasi seperti bagaimana peran manajer dan staf atau perawat dalam membahas atau mencari solusi bila mendapat masalah dalam tugas dan pekerjaannya.

Selain itu rendahnya budaya organisasi rumah sakit dalam penerapan proses MAKP disebabkan pula oleh faktor-faktor berikut: (1) pada aspek pengkajian kesehatan pasien dalam asuhan keperawatan, perawat belum melaksanakan *assessment* atau mengumpulkan data pasien secara lengkap, dan sistematis, sehingga masalah kesehatan yang dihadapi klien (pasien) baik fisik, mental, sosial maupun spiritual tidak dapat ditentukan dengan baik. (2) pada diagnosa

keperawatan, belum semua perawat mampu melakukan diagnosa dengan optimal terutama dalam menentukan diagnose serta resiko perubahan pola dari pasien, individu atau kelompok. Selain itu perawat belum secara akuntabilitas dan terampil dalam mengidentifikasi dan memberikan intervensi yang profesional. (3) rencana keperawatan yang telah ditetapkan belum dilaksanakan secara optimal dan *komprensif* meliputi kebutuhan pasien. Dalam hal ini perawat belum memberikan asuhan keperawatan yang profesional kepada pasien, baik mengenai status kesehatannya dimasa kini dan dimasa yang akan datang. (4) rencana yang telah dibuat tidak diimplementasikan dengan baik. Hal ini disebabkan system operan antara perawat jaga pagi ke shif sore, atau perawat shif sore ke shif malam belum melaksanakan operan yang *komprensif* oleh perawat dalam melanjutkan intervensi yang sudah dibuat oleh perawat sebelumnya sehingga perawat tidak dapat mengambil tindakan yang tepat. (5) pada aspek evaluasi tidak dapat dilaksanakan dengan baik dikarenakan perawat tidak melakukan pendokumentasian terhadap asuhan keperawatan yang dilaksanakan sehingga dalam pengambilan keputusan mengalami kendala yang berarti.

Berdasarkan fakta di atas budaya organisasi dalam keperawatan pasien perlu ditingkatkan, terutama dalam meningkatkan kinerja perawat dalam memberikan pelayanan optimal kepada masyarakat. Riyadi (2007), mengemukakan bahwa asuhan keperawatan diberikan karena adanya kelemahan fisik maupun mental, keterbatasan pengetahuan serta kurang kemauan menuju kepada kemampuan melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri. Kegiatan ini dilakukan dalam upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan, pemulihan

serta pemeliharaan kesehatan dengan penekanan pada upaya pelayanan kesehatan utama (*primary health care*) untuk memungkinkan setiap orang mencapai kemampuan hidup sehat dan produktif. Kegiatan ini dilakukan sesuai dengan wewenang, tanggung jawab serta etika profesi keperawatan pada lingkungan dan budaya organisasi yang baik (Riyadi, 2007).

Dengan demikian, budaya organisasi rumah sakit perlu dikembangkan secara terus menerus terutama kemampuan perawat dalam penerapan asuhan keperawatan. Budaya organisasi yang dimaksud adalah situasi yang mendukung perawat mengembangkan kemampuan dan keterampilannya dalam melaksanakan pekerjaan yang berhubungan dengan penerapan MAKP terhadap pasien sehingga diharapkan kinerja perawat akan meningkat sesuai yang diharapkan.

Hasil penelitian ini mendukung penelitian Santoso (2010), bahwa berdasarkan uji product moment yang dilakukan dengan bantuan computer maka dapat diketahui bahwa ada hubungan positif dan signifikan antara motivasi kerja dan kepuasan dengan kinerja perawat RS PKU Muhammadiyah Gombong, semakin tinggi motivasi dan sikap seorang perawat maka akan semakin tinggi pula kinerja perawat tersebut, dan sebaliknya semakin rendah motivasi perawat dari seorang perawat maka semakin rendah pula kinerja perawat.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Kartini menunjukkan bahwa variabel Motivasi Intrinsik yang meliputi persepsi diri, harga diri dan kebutuhan berpengaruh secara positif dengan taraf signifikan  $(0.000) < (0,05)$  dan Motivasi Ekstrinsik yang meliputi sifat pekerjaan, organisasi tempat kerja, situasi lingkungan dan sistem imbalan tidak berpengaruh dengan taraf signifikan  $(0,000) > (0,827)$ .



Kesimpulan dalam penelitian ini adalah motivasi intrinsik yang berpengaruh terhadap kepuasan kerja perawat jadi disarankan untuk lebih meningkatkan motivasi ekstrinsik dengan tetap memperhatikan peningkatan motivasi intrinsik dan kepada perawat yang bertugas di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Melati lebih menyadari fungsi dan tugasnya sebagai tenaga keperawatan.

Motivasi adalah sesuatu yang dilakukan atau upaya terbuat untuk mendorong itu tingkah laku dari perawat terhadap kinerja yang lebih baik dalam Tentu saja untuk mencapai tujuan-tujuan organisasi. Motivasi adalah insentif, bujukan dan penghargaan yang diberikan kepada pekerja di secara teratur sehingga dapat meningkatkan mereka semangat untuk meningkatkan produktivitas.

Pascale dan Athos (1981), dalam mereka studi manajemen, mengamati bahwa perawat dan manajemen merindukan untuk bermakna partisipatif kehidupan di tempat kerja. Ini sarjana menemukan bahwa organisasi berhasil ketika tenaga kerjanya secara emosional terlibat beberapa cara, ketika mereka percaya pada apa yang mereka kelompok/organisasi adalah melakukan, ketika itu kontribusi mereka membuat untuk itu kelompok atau organisasi aktivitas membawa psikologis kepuasan dari beberapa jenis, sesuatu yang lebih dari sederhana dasar penghargaan. Orang-orang percaya dan emosional terlibat ketika organisasi mereka memiliki misi atau set nilai-nilai dan ketika pribadi mereka sendiri cocok dengan nilai-nilai organisasi. Misi organisasi berkembang karena orang mencari makna dan tujuan dan pencarian ini termasuk kehidupan kerja mereka.

Pada dasarnya, pekerja berkeinginan pengakuan dan perasaan penting dan relevansi di tempat kerja sebagai cara meningkatkan kinerja mereka dalam organisasi. Kewenangan untuk praktek keperawatan adalah didasarkan pada kontrak sosial yang menggambarkan profesional hak dan tanggung jawab serta mekanisme akuntabilitas publik. Di hampir semua negara, praktik keperawatan didefinisikan dan diatur oleh hukum, dan pintu masuk ke profesi diatur di tingkat nasional atau Negara (Donoghue, 2010).

Tujuan dari komunitas keperawatan di seluruh dunia adalah untuk memastikan kualitas profesional perawat, sambil mempertahankan identitasnya, kode etik, standar, dan kompetensi, dan melanjutkan pendidikan mereka. Ada jumlah jalur pendidikan untuk menjadi perawat profesional, tetapi semua melibatkan studi ekstensif keperawatan teori dan praktek dan pelatihan klinis keterampilan (Judd, 1994).

Hasil penelitian Yamit (2008), menyatakan bahwa kepuasan kerja dipengaruhi oleh dua dari tiga variabel bebas yang diteliti. Kedua variabel tersebut adalah kinerja yang berpengaruh kepuasan kerja yaitu sebesar 53,3% lalu diikuti oleh variabel kepuasan kerja yang berpengaruh terhadap kinerja sebesar 45,6%. Luthans (1997), mengemukakan bahwa kepuasan kerja berpengaruh terhadap: (1) Kinerja. Perawat yang tingkat kepuasannya tinggi, kinerja akan meningkat, walaupun hasilnya tidak langsung. Ada beberapa variabel moderating yang menghubungkan antara kinerja dengan kepuasan kerja, terutama penghargaan. Jika perawat menerima penghargaan yang mereka anggap pantas mendapatkannya, dan puas, mungkin ia menghasilkan kinerja yang lebih besar;

(2) Pergantian perawat. Kepuasan kerja yang tinggi tidak akan membuat pergantian perawat menjadi rendah, sebaliknya bila terdapat ketidakpuasan kerja, maka pergantian perawat mungkin akan tinggi.

Lebih lanjut dikemukakan oleh Bernardin dalam Novitasari (2003), mengatakan bahwa terdapat enam kriteria yang digunakan untuk mengukur sejauh mana kinerja berpengaruh terhadap kepuasan secara individu, yaitu (1) Kualitas, tingkat dimana hasil aktivitas yang dilakukan mendekati sempurna dalam arti menyelesaikan beberapa cara ideal dan penampilan aktivitas ataupun memenuhi tujuan yang diharapkan dari suatu aktivitas; (2) Kuantitas, jumlah yang dihasilkan, dinyatakan dalam istilah sejumlah unit, jumlah siklus aktivitas yang diselesaikan; (3) Ketepatan waktu, tingkat suatu aktivitas yang diselesaikan pada waktu awal yang diinginkan dilihat dari sudut koordinasi yang dengan hasil output serta memaksimalkan waktu yang tersedia untuk aktivitas lain; (4) Efektivitas, tingkat penggunaan sumber daya organisasi dimaksimalkan dengan maksud menghasilkan keuntungan dan mengurangi kerugian setiap penggunaan sumber daya; (5) Kemandirian, tingkat dimana seorang perawat dapat melakukan fungsi kerjanya tanpa minta bantuan, bimbingan dan pengawasan atau meminta turut campurnya pengawas atau meminta turut campurnya pengawas; (6) Komitmen kerja, tingkat dimana perawat mempunyai komitmen kerja dengan perusahaan dan tanggung jawab kerja terhadap perusahaan.

Berdasarkan hasil penelitian dan pendapat ahli di atas dapat dikemukakan beberapa faktor yang berpengaruh terhadap kepuasan kerja, yaitu: (1) Kerja yang secara mental menantang; perawat lebih menyukai pekerjaan yang memberikan

mereka kesempatan untuk menggunakan keterampilan dan kemampuan mereka dan menawarkan beragam batas, kebebasan dan umpan balik mengenai betapa baik mereka mengerjakan; (2) *reward* yang pantas; perawat menginginkan sistem upah dan kebijakan promosi yang mereka persepsikan secara adil dan perlakuan yang sama. Bila upah diberikan secara adil yang didasarkan pada tuntutan pekerjaan, tingkat ketrampilan individu, dan standar profesional, kemungkinan besar akan menghasilkan kepuasan; (3) Kondisi kerja yang mendukung ; Perawat peduli akan lingkungan kerja yang baik untuk kenyamanan pribadi maupun untuk memudahkan mengerjakan tugas yang baik; (4) Rekan pekerja yang mendukung prestasi yang berwujud dari dalam kerja. Rekan kerja yang ramah dan mendukung menghantar kepuasan kerja yang meningkat; (5) Kesesuaian kepribadian dan pekerjaan; kecocokan yang tinggi antara kepribadian seseorang akan menghasilkan seorang individu yang lebih terpuaskan.

Menurut Adams dan Blau (2006), tentang teori perubahan sosial perawat yang merasa puas dengan pekerjaannya, mereka akan membalasnya dengan membantu rekan kerjanya, mengerjakan tugas tambahan dan mendukung tujuan dari organisasinya. Sebaliknya, apabila perawat kurang merasa puas dengan pekerjaannya, mereka akan kurang bersemangat untuk mendukung tujuan dari organisasinya

Secara konsep kepuasan kerja memiliki hubungan dengan tingkat kinerja pekerja. Kepuasan kerja terjadi pada tingkatan di mana hasil pekerjaan diterima individu seperti yang diharapkan. Semakin banyak orang menerima hasil, akan semakin puas. Dengan terciptanya kepuasan kerja yang merupakan sikap positif

yang dilakukan individual terhadap pekerjaan mereka, maka akan tercapainya kinerja individual tersebut (Wibowo, 2007). Selain itu dengan adanya kepuasan kerja dapat mengurangi turnover, dan mendorong individu. Teori lain yang memperkuat hubungan kepuasan kerja dengan kinerja adalah teori dua faktor atau teori motivasi higiene. Menurut teori ini, faktor motivasi (*intrinsic factor*) adalah: pekerjaan itu sendiri (*the work it self*), prestasi yang diraih (*achievement*), peluang untuk maju (*advancement*), pengakuan orang lain (*ricognition*), tanggung jawab (*responsible*). Faktor motivasi (*intrinsic factor*) merupakan faktor yang mendorong semangat guna mencapai kinerja yang lebih tinggi. Jadi perawat yang terdorong secara intrinsik akan menyenangi pekerjaan yang memungkinkan menggunakan kreativitas dan inovasinya (Robbins dan Judge, 2007).

Selain itu hubungan positif antara kinerja dengan kepuasan kerja diperkuat oleh pendapat yang dikemukakan oleh Robbins dan Judge (2007), yang menyatakan bahwa organisasi yang mempunyai perawat yang lebih puas cenderung lebih efektif bila dibandingkan organisasi yang mempunyai perawat yang kurang puas. Menurut Gibson dalam Hendi dan Sahya (2010), ada tiga faktor yang berpengaruh terhadap kinerja, yaitu: (1) faktor individu, meliputi kemampuan, keterampilan, latar belakang keluarga, pengalaman kerja, tingkat sosial, dan demografi seseorang, (2) faktor psikologi, meliputi persepsi, peran, sikap, kepribadian, motivasi, dan kepuasan kerja, (3) faktor organisasi, meliputi struktur organisasi, desain pekerjaan, kepemimpinan, sistem penghargaan. Jadi, berdasarkan teori tersebut apabila kepuasan kerja yang merupakan faktor psikologi dapat tercapai akan dapat meningkatkan kinerja perawat.

Hubungan antara kinerja perawat dengan kepuasan kerja diperkuat oleh sebuah studi yang dilakukan pada 366 perawat di Rumah Sakit Anak-anak Midwestern. Studi tersebut menyimpulkan bahwa kepuasan kerja pada perawat ditunjukkan untuk meningkatkan kinerja. Hipotesis dari studi tersebut yang menyatakan bahwa sebuah korelasi positif antara tingkat kepuasan kerja dengan kinerja pada perawat.

Kinerja adalah catatan mengenai akibat yang dihasilkan pada sebuah fungsi pekerjaan atau aktivitas selama periode tertentu yang berhubungan dengan tujuan organisasi. Keberhasilan dan pelayanan keperawatan sangat ditentukan oleh kinerja para perawat. Oleh karena itu, peningkatan kinerja perawat perlu dan harus selalu dilaksanakan melalui suatu sistem yang terstandar sehingga hasilnya lebih optimal.

Peningkatan dan pemantapan peran bagi perawat akhir-akhir ini menjadi tuntutan masyarakat, baik dalam layanan kesehatan pada umumnya maupun keperawatan pada khususnya. Tingkat kinerja perawat dapat terukur berdasarkan beberapa indikator, indikator kinerja tersebut antara lain kuantitas hasil kerja, kualitas hasil kerja, efisiensi dalam melaksanakan tugas, disiplin kerja, inisiatif, ketelitian, kepemimpinan, kejujuran kreatifitas. Tuntutan dan kebutuhan asuhan keperawatan yang berkualitas di masa depan merupakan tantangan yang harus dipersiapkan secara benar-benar dan ditangani secara mendasar, terarah dan sungguh-sungguh dari rumah sakit.

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan berbagai macam faktor yang mempengaruhi kinerja seorang perawat, pada dasarnya tingkat kinerja perawat



dipengaruhi oleh faktor dari dalam diri perawat itu sendiri dan faktor luar diri perawat. Faktor dari dalam diri perawat antara lain pengetahuan dan keterampilan, kompetensi yang sesuai dengan pekerjaannya, motivasi kerja, dan kepuasan kerja. Sedangkan faktor dari luar diri perawat yaitu beban kerja dan gaya kepemimpinan dalam organisasi yang sangat berperan dalam mempengaruhi kinerja perawat (Nursalam, 2007).

Berdasarkan data rata-rata tahun 2010 sampai 2011 pada RSUD Provinsi Gorontalo, diketahui bahwa dari 36 tindakan asuhan keperawatan yang sesuai dengan standar rata-rata 22,2%, pendokumentasian asuhan keperawatan dari pengkajian sampai dengan evaluasi sebanyak 58,56% dari 7 ruangan yang diobservasi, angka *Patient Safety* di rumah sakit. Dari tiga kejadian *Patient Safety* yakni *phlebitis* sebesar 1,62%, dekubitus sebesar 2,95%, dan pasien jatuh sebesar 0,02%.

Data-data tersebut menunjukkan masih rendahnya persentase pendokumentasian asuhan keperawatan dan masih cukup tingginya persentase infeksi rumah sakit, sehingga mengindikasikan bahwa tingkat kinerja perawat di RSUD Provinsi Gorontalo masih cukup rendah. Nilai kualitas pelayanan keperawatan berdasarkan persepsi pasien di RSUD Provinsi Gorontalo tahun 2010, sebesar 14,8% pasien mengatakan tidak baik. Persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan keperawatan, berdasarkan beberapa indikator yaitu kenyamanan yang kurang diperhatikan, jumlah pengunjung yang tidak dibatasi, kurangnya kebersihan kamar mandi.

Berdasarkan hasil kinerja perawat, secara garis besar menunjukkan kelemahan terdapat pada penerapan pembuatan askep, yaitu pada pengisian catatan keperawatan biasanya tidak sesuai dengan catatan perkembangan”. Sebagai contoh, hasil diagnosa menunjukkan bahwa nutrisi kurang dari kebutuhan, tetapi planningnya berbeda dengan hasil diagnosa. Selain itu, kedisiplinan perawat di Ruang Rawat Inap RSUD Provinsi Gorontalo juga mempengaruhi penilaian kinerja perawat. Berdasarkan data rekap absensi bulan Agustus 2011, sebanyak 91,20% perawat Ruang Rawat Inap RSUD Provinsi Gorontalo datang terlambat. Hal ini menunjukkan rendahnya kedisiplinan perawat dan mempengaruhi terhadap penilaian buku raport kinerja perawat.

RSUD Provinsi Gorontalo menilai kinerja perawat berdasarkan persentase saja dan tidak ada kategori baik atau buruk, dengan target kinerja perawat 100%. Rendahnya kinerja perawat di RSUD Provinsi Gorontalo disebabkan oleh beberapa faktor yang mempengaruhi kinerja perawat seperti beban kerja, pengetahuan, keterampilan perawat dan kepuasan kerja perawat.

Menurut Porter dan Perry (2005), bahwa ketidakhadiran atau datang terlambat lebih spontan sifatnya sehingga bisa saja mencerminkan ketidakpuasan kerja. Selain itu di RSUD Provinsi Gorontalo belum ada promosi yang berhubungan dengan peningkatan karir untuk perawat yang berprestasi. Kondisi tersebut menyebabkan masalah peningkatan kepuasan kerja menjadi skala prioritas pada RSUD Provinsi Gorontalo. Oleh karena itu faktor internal perawat yaitu kepuasan kerja yang berpengaruh terhadap kinerja perawat menjadi penting untuk diteliti.

## **6.8 Pengaruh Budaya Organisasi dan Kinerja Perawat dalam Penerapan MAKP terhadap Kepuasan Perawat**

Berdasarkan hasil analisis uji *regresi linier* menunjukkan bahwa terdapat pengaruh budaya organisasi dan kinerja perawat dalam penerapan MAKP terhadap kepuasan perawat sebesar 0,722 untuk budaya organisasi dan 0,194 untuk kinerja perawat pada taraf signifikansi  $p=0,001$ . Artinya pengaruh budaya organisasi cukup kuat terhadap kepuasan perawat sedangkan kinerja perawat dalam penerapan MAKP berpengaruh lemah terhadap kepuasan kerja.

Hasil penelitian ini mendukung penelitian Rizal (2012), bahwa terdapat pengaruh budaya organisasi terhadap kepuasan perawat sebesar 0,560 pada taraf signifikansi 0,001. Budaya organisasi merupakan sistem penyebaran kepercayaan dan nilai-nilai yang berkembang dalam suatu organisasi dan mengarahkan perilaku anggota-anggotanya. Budaya organisasi dapat menjadi instrumen keunggulan kompetitif yang utama, yaitu bila budaya organisasi mendukung strategi organisasi, dan bila budaya organisasi dapat menjawab atau mengatasi tantangan lingkungan dengan cepat dan tepat. Menurut Luthans (dalam Sutanto, 2002), budaya organisasi adalah pola pemikiran dasar yang diajarkan pada personel baru sebagai cara untuk merasakan, berpikir, dan bertindak secara benar dari hari ke hari.

Budaya yang kuat dalam organisasi memberikan dorongan kepada anggotanya untuk bertindak dan berperilaku sesuai dengan yang diharapkan organisasi. Dengan mematuhi aturan dan juga kebijakan-kebijakan yang ada di dalam organisasi tersebut diharapkan dapat mengoptimalkan kinerja dan produktivitas para perawat untuk mencapai tujuan. Budaya organisasi dalam setiap

perusahaan atau organisasi muncul dari hasil perjalanan hidup para pendiri organisasi atau anggota dari organisasi tersebut. Mereka berperan dalam pengambilan keputusan dan penentu arah strategi organisasi. Hal inilah yang membuat budaya dalam satu organisasi berbeda dengan budaya di organisasi lainnya.

Pendapat ini diperkuat oleh pernyataan Robbins (1990), yang mendefinisikan budaya organisasi (*organizational culture*) sebagai suatu sistem makna bersama yang dianut oleh anggota-anggota yang membedakan organisasi tersebut dengan organisasi yang lain. Chatman dan Jehn (dalam Koesmono, 2009), menyatakan bahwa setiap organisasi pasti mempunyai nilai-nilai utama (*core value*) yang perlu disebarluaskan kepada seluruh anggota organisasi. Nilai-nilai itu akan melekat pada setiap anggota organisasi, sehingga budaya organisasi ini akan berdampak pada perilaku dan sikap setiap anggota organisasi.

Pada dasarnya bahwa seseorang dalam bekerja akan merasa nyaman dan tinggi kesetiiaannya pada perusahaan apabila dalam bekerjanya memperoleh kepuasan kerja sesuai dengan apa yang diinginkan. Kepuasan kerja merupakan cerminan dari perasaan pekerja terhadap pekerjaannya. Hal ini tampak dalam sikap positif pekerja terhadap pekerjaan yang dihadapi dan lingkungannya. Sebaliknya, perawat yang tidak puas akan bersikap negatif terhadap pekerjaan dan bentuknya berbeda-beda antara perawat satu dengan yang lainnya. Adapun ketidakpuasan kerja perawat seharusnya dapat dideteksi oleh perusahaan.

Handoko (2008), menyatakan bahwa kepuasan kerja (*job satisfaction*) adalah keadaan emosional yang menyenangkan atau tidak menyenangkan atas

sesuatu pekerjaan. Kepuasan kerja berkaitan erat antara sikap pegawai terhadap berbagai faktor dalam pekerjaan, antara lain: situasi kerja, pengaruh sosial dalam kerja, imbalan, dan kepemimpinan, serta faktor lain. Kepuasan kerja merupakan sikap umum seseorang individu terhadap pekerjaannya (Wexley dan Yulk, 1997).

Menurut Luthans (1997), terdapat lima indikator yang mempengaruhi kepuasan kerja, yaitu: (1) Pembayaran, seperti gaji dan upah. Perawat menginginkan sistem upah dan kebijakan promosi yang dipersepsikan sebagai adil, tidak meragukan dan segaris dengan pengharapannya. Bila upah dilihat sebagai adil yang didasarkan pada tuntutan pekerjaan, tingkat ketrampilan individu, dan standar pengupahan komunitas kemungkinan besar akan menghasilkan kepuasan; (2) Pekerjaan itu sendiri. Perawat cenderung lebih menyukai pekerjaan-pekerjaan yang memberi kesempatan untuk menggunakan kemampuan dan ketrampilannya, kebebasan, dan umpan balik mengenai betapa baik mereka bekerja. Karakteristik ini membuat kerja lebih menantang. Pekerjaan yang kurang menantang menciptakan kebosanan, tetapi yang terlalu banyak menantang juga dapat menciptakan frustrasi dan perasaan gagal; (3) Rekan kerja. Bagi kebanyakan perawat, kerja juga mengisi kebutuhan akan interaksi sosial. Oleh karena itu tidaklah mengejutkan bila mempunyai rekan kerja yang ramah dan mendukung menghantar ke kepuasan kerja yang meningkat; (4) Promosi pekerjaan. Promosi terjadi pada saat seorang perawat berpindah dari suatu pekerjaan ke posisi lainnya yang lebih tinggi, dengan tanggung jawab dan jenjang organisasionalnya. Pada saat dipromosikan, perawat umumnya menghadapi peningkatan tuntutan dan keahlian, kemampuan dan tanggung jawab. Sebagian besar perawat merasa positif

karena dipromosikan. Promosi memungkinkan perusahaan untuk mendayagunakan kemampuan dan keahlian perawat setinggi mungkin; (5) Kepenyeliaan (supervisi).

Supervisi mempunyai peran yang penting dalam manajemen. Supervisi berhubungan dengan perawat secara langsung dan mempengaruhi perawat dalam melakukan pekerjaannya. Umumnya perawat lebih suka mempunyai supervisi yang adil, terbuka dan mau bekerjasama dengan bawahan. Setiap individu akan memiliki tingkat kepuasan yang berbeda sesuai dengan sistem nilai yang berlaku didalam dirinya. Semakin banyak aspek dalam pekerjaan yang sesuai dengan kepentingan dan harapan individu tersebut maka semakin tinggi tingkat kepuasan yang dirasakannya dan sebaliknya.

Kepuasan kerja mencerminkan perasaan seseorang terhadap pekerjaannya. Ini nampak dalam sikap positif perawat terhadap pekerjaan dan segala sesuatu yang dihadapi di lingkungan kerjanya. Pada dasarnya makin positif sikap kerja makin besar pula kepuasan kerja, untuk itu berbagai indikator dari kepuasan kerja perlu memperoleh perhatian khusus agar pekerja dapat meningkatkan kinerjanya. Pada umumnya seseorang merasa puas dengan pekerjaannya karena berhasil dan memperoleh penilaian yang adil dari pimpinannya.

Dalam penelitian ini faktor-faktor kepuasan kerja perawat ditekankan pada kehadiran perawat dalam bekerja, dan betahnya perawat bekerja ditempat atau ruangan perawatan. Dari data yang diperoleh menunjukkan bahwa sebagian besar perawat tidak masuk kerja dan memanfaatkan cuti untuk berlibur. Pada aspek *turnover* sebagian besar perawat tidak ingin dimutasikan atau dirotasi dari tempatnya bekerja.



Hal tersebut sesuai dengan pendapat Rizal (2012), bahwa terjadi fluktuasi jumlah *turnover* dari tahun 2007 sampai tahun 2011. Jumlah perawat yang keluar memiliki persentase yang meningkat pada tahun 2006 ke 2007, yaitu tahun 2006 sebesar 1,4% meningkat menjadi 2,6% pada tahun 2007. Menurun menjadi 2,4% pada tahun 2008 dan meningkat tajam menjadi 6,6% pada tahun 2009. Kemudian menurun menjadi 2,9% pada tahun 2010 dan menurun lagi menjadi 2% pada tahun 2011.

Terjadinya *turnover* menimbulkan dampak negatif bagi rumah sakit. Rumah sakit akan melakukan proses *recruitment* perawat untuk menggantikan perawat yang keluar, yang kemudian akan diikuti dengan proses *training* untuk melatih perawat-perawat baru. Hal-hal tersebut akan memerlukan biaya yang tidak sedikit. Selain itu membuat proses kerja di rumah sakit menjadi berjalan tidak efektif karena kehilangan perawat yang berpengalaman sehingga akan mempengaruhi kinerja rumah sakit.

Dilihat dari *turnover* yang terus mengalami fluktuasi setiap tahunnya dapat diindikasikan bahwa penerapan budaya organisasi yang ada di rumah sakit masih perlu dikembangkan lagi, karena salah satu ciri dari budaya yang kuat seharusnya adalah menurunnya tingkat keluarnya perawat (Robbins, 1990). Selain itu terjadinya *turnover* juga bisa disebabkan karena perawat merasa tidak puas akan pekerjaannya sehingga menimbulkan perasaan tidak nyaman atau tidak betah akan pekerjaannya sehingga mereka memilih untuk *resign* sehingga terjadi *turnover*.

## 6.9 Temuan Penelitian

Suatu penelitian diharapkan dapat menghasilkan temuan baru yang mampu memberikan kontribusi terhadap pengembangan ilmu pengetahuan. Berdasar hasil penelitian dapat diuraikan temuan penelitian:

1. Luthans (Hellriegel, 1990), berpendapat bahwa budaya organisasi mempunyai sejumlah karakteristik penting sebagaimana berikut: (1) *Routine behaviors when people interact*; (2) *The norms that are shared by work groups throughout the organization*; (3) *The dominant values held by an organization*; (4) *The philosophy that guides an organization's policies toward its employees and customers*; (5) *The rules of the game for getting along in the organization that a newcomer must learn in order to become an accepted member*, and (5) *The feeling or climate conveyed in an organization by physical layout and the way in which members of the organization interact with other outsiders*.

Dalam penelitian ini budaya organisasi yang diukur untuk mengetahui kinerja perawat dalam penerapan MAKP adalah *innovation and risk taking*, *attention to detail*, *outcome orientation*, *people orientation*, *team orientation*, *aggressiveness*, dan *stability*. Dari hasil penelitian ini terdapat pengaruh budaya organisasi terhadap kinerja perawat dalam penerapan MAKP.

Temuan penelitian ini menyimpulkan bahwa budaya organisasi dengan indikator apapun dapat meningkatkan kinerja perawat dalam penerapan MAKP. Oleh sebab itu, budaya organisasi pada berbagai aspek dan indikator perlu ditingkatkan untuk meningkatkan kinerja dan kepuasan pegawai pada

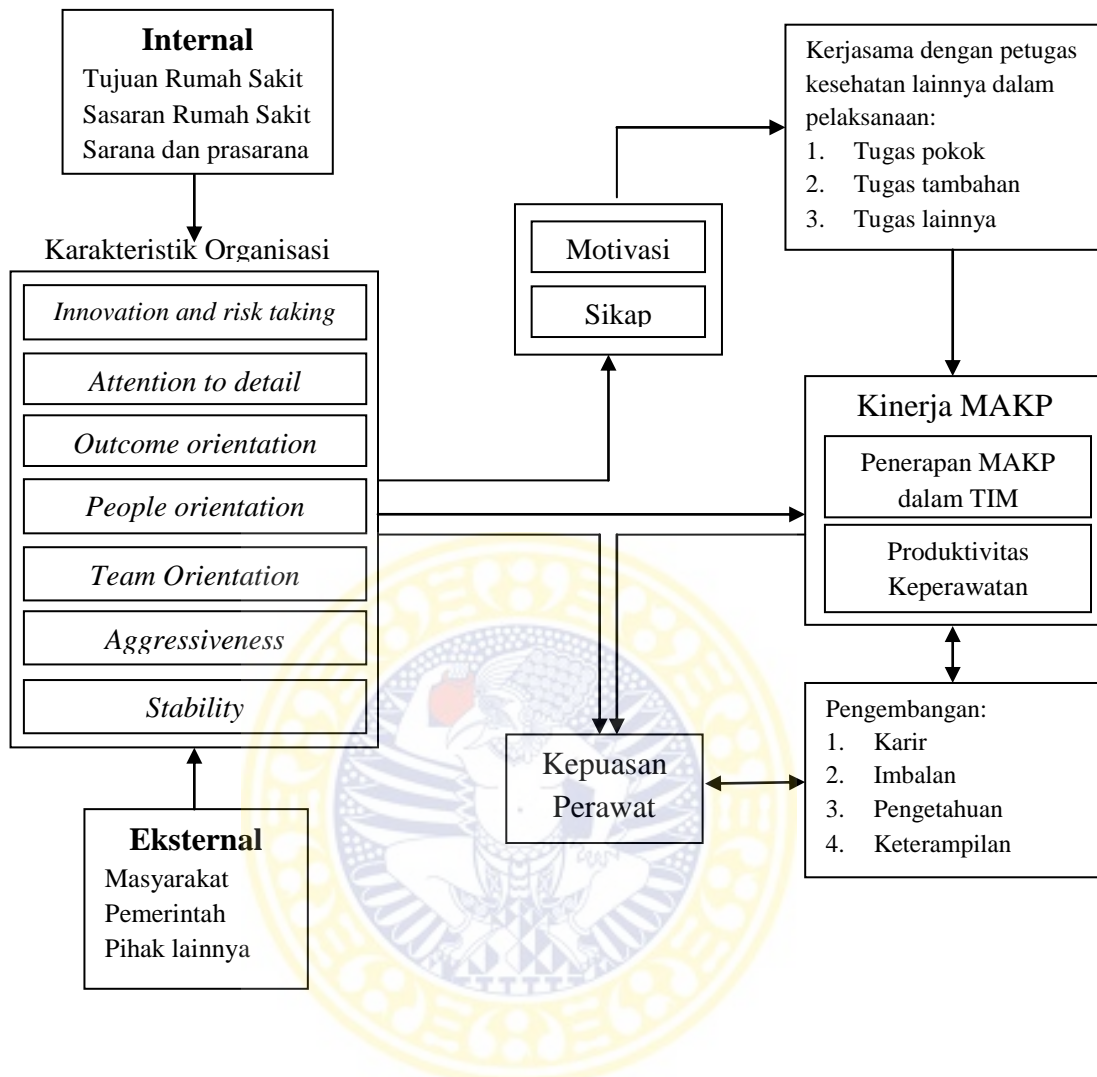
suatu organisasi, demikian pula halnya dengan organisasi kesehatan seperti rumah sakit.

2. Temuan lain penelitian ini adalah pengaruh budaya organisasi secara langsung terhadap kinerja lebih kuat dibandingkan dengan pengaruhnya melalui individu perawat berupa motivasi.
3. Demikian pula pengaruh budaya organisasi terhadap kepuasan lebih kuat dibandingkan pengaruhnya melalui kinerja perawat.

Temuan penelitian lain adalah kepuasan kerja perawat di Rumah sakit dapat diukur melalui berbagai variabel di antaranya adalah budaya, motivasi, sikap, serta kinerja. Variabel-variabel tersebut secara signifikan berpengaruh secara positif terhadap kepuasan kerja perawat.

#### **6.10 Pengembangan Budaya Organisasi Keperawatan untuk Meningkatkan Kinerja Perawat dan Kepuasan Perawat dalam Penerapan Metode Asuhan Keperawatan Profesional di Rumah Sakit.**

Berikut adalah bagan pengembangan budaya organisasi untuk meningkatkan kinerja dan kepuasan perawat dalam penerapan metode asuhan keperawatan Profesional di rumah sakit yang menjadi kebaruan penelitian ini.



Gambar 6.1 Pengembangan Budaya Organisasi Keperawatan untuk Meningkatkan Kinerja dan Kepuasan Perawat dalam Penerapan Metode Asuhan Keperawatan Profesional di Rumah Sakit

Gambar 6.1 menunjukkan bahwa metode Asuhan Keperawatan Profesional Perawat (MAKP) dapat dikembangkan melalui budaya Organisasi dengan indikator *innovation and risk taking*, *attention to detail*, *outcome orientation*, *people orientation*, *team orientation*, *aggressiveness*, dan *stability* baik secara langsung maupun secara tidak langsung melalui individu perawat berupa motivasi dan sikap.

Pengembangan budaya organisasi diorientasikan pada penciptaan lingkungan kerja yang mendukung perawat dalam meningkatkan motivasi dan sikapnya dalam melaksanakan pengkajian, pengdiagnosisan, perencanaan, pengimplementasian sampai dengan evaluasi sesuai dengan standar asuhan keperawatan. Peningkatan budaya organisasi tersebut diharapkan akan memberikan kontribusi positif bagi kerjasama tim yang dikembangkan dalam MAKP.

Lingkungan yang dimaksudkan dalam pengembangan budaya organisasi adalah lingkungan internal dan eksternal rumah sakit. Faktor internal rumah sakit berkenaan dengan tujuan, sasaran, sarana dan prasarana yang mendukung, sedangkan faktor eksternal berupa: pemerintah, masyarakat, dan pihak lainnya. Peningkatan budaya organisasi akan memberikan dampak pada motivasi dan sikap yang akan semakin membaik sehingga kinerja dan kepuasan kerja akan meningkat pula.

Tujuan, sasaran dan sarana prasarana rumah sakit harus mencerminkan budaya dan perilaku perawat dalam organisasi. Tujuan rumah sakit Gorontalo adalah: (1) Meningkatnya kualitas pelayanan secara merata di semua Unit Pelaksana; (2) Meningkatnya Kualitas Sumber Daya Manusia, menuju pada Profesionalisme dan kompetensi yang nyata; (3) Tersedianya Alat dan Prasarana Gedung yang menunjang upaya pelayanan; 4) Berkembangnya upaya pelayanan di Rumah Sakit secara terus menerus. Dengan sarana yang hendak dicapai adalah (1) Peningkatan Pelayanan Administrasi dan Manajemen Rumah Sakit; (2)

Peningkatan mutu, kualitas dan kompetensi Tenaga Rumah Sakit; (3) Peningkatan Sarana Prasarana dan Mutu Pelayanan Rumah Sakit.

Tujuan dan sasaran tersebut dilaksanakan dengan menggunakan teknik sebagai berikut: (1) Meningkatkan kualitas dan kinerja para pelaksana pelayanan (Sumber daya Manusia) dengan mempertimbangkan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK) dan aspirasi kebutuhan masyarakat; (2) Pemeliharaan dan perbaikan sarana, penambahan alat yang menunjang pelayanan dan pengembangan unit pelayanan baru sesuai kompetensi spesialisasi yang tersedia; (3) Pengembangan potensi SDM dengan pendidikan lanjut bagi tenaga perawat, dokter dan tenaga lainnya serta penambahan tenaga spesialis.

Pada lingkungan rumah sakit terdapat berbagai pelaku kunci dalam pelayanan kesehatan perlu diidentifikasi yaitu pemerintah, masyarakat, pihak ketiga yang menjadi sumber pembiayaan seperti PT Askes Indonesia, penyedia pelayanan, termasuk industri obat dan tempat-tempat pendidikan tenaga kesehatan, serta berbagai lembaga pemberi hutang dan grant untuk pelayanan kesehatan.

Keadaan pemerintah dipengaruhi oleh pandangan politik. Saat ini pandangan politik menekankan mengenai demokrasi, transparansi, dan pengembangan peran serta masyarakat. Peran pemerintah diharapkan mencakup beberapa hal antara lain sebagai regulator yang baik, sumber pembiayaan untuk melindungi yang miskin dan pemberi pelayanan kesehatan. Peranan dalam aspek regulasi yaitu menetapkan dan merumuskan standar-standar, melakukan monitoring secara teknis, mendefinisikan paket-paket pemeliharaan kesehatan



yang tepat, mengawasi melalui peraturan agar terjadi efisiensi pelayanan kesehatan. Rumah sakit perlu memperhatikan kecenderungan ini pada tingkat nasional maupun provinsi dan kabupaten. Sistem akreditasi rumah sakit, lisensi dan sertifikasi perlu diperhatikan oleh rumah sakit.

Perkembangan regulasi pemerintah perlu diperhatikan misalnya, dikeluarkannya berbagai undang-undang yang menyangkut rumah sakit, misalnya UU Perlindungan Konsumen, UU Nomor 16 Tahun 2001 tentang Yayasan, PP 8 tahun 2003, UU Nomor 1 Tahun 2004, UU Praktik Kedokteran dan berbagai Peraturan Pemerintah dan Peraturan Menteri Kesehatan. Berbagai peraturan baru pemerintah harus dianalisis. Apakah peraturan-peraturan itu merupakan ancaman ataukah peluang untuk pengembangan rumah sakit. Undang-Undang Perlindungan Konsumen sampai saat ini masih kontroversial. Hal ini karena sebagian pihak setuju rumah sakit terkena sementara sebagian lain tidak setuju dengan alasan undang-undang itu dapat menjadi ancaman untuk pengembangan rumah sakit. Sebaliknya dengan pemikiran positif, undang-undang tersebut dapat menjadi faktor pendorong perkembangan rumah sakit karena akan meningkatkan kecermatan dalam pelayanan rumah sakit.

Peran pemerintah sebagai pembayar perlu diperhatikan. Kebijakan desentralisasi kesehatan mempengaruhi kemampuan pemerintah. Pemerintah sebagai lingkungan luar perlu dibedakan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Keduanya memiliki peranan yang berbeda. Peluang pembiayaan untuk keluarga miskin dari pemerintah perlu diperhatikan. Meningkatnya dana kompensasi BBM pemerintah pusat dan kemungkinan pemerintah daerah menjadi

“kaya” akibat desentralisasi perlu diperhatikan. Hal ini menjadi peluang untuk meningkatkan misi sosial rumah sakit. Hal yang perlu dicatat adalah anggaran Departemen Kesehatan. Anggaran tersebut sebagian berasal dari pinjaman luar negeri. Tahun anggaran 2000 pinjaman luar negeri telah mencapai angka sekitar 49% dari seluruh anggaran pembangunan di Departemen Kesehatan. Kecenderungan ini meningkatkan ketergantungan pemerintah pada pinjaman luar negeri. Kecenderungan kenaikan atau penurunan sumber pembiayaan oleh pemerintah pusat dan daerah perlu diperhatikan oleh rumah sakit. Fungsi pemerintah sebagai pemberi pelayanan rumah sakit perlu diperhatikan. Jika dibanding dengan rumah sakit swasta, penambahan rumah sakit pemerintah tidak sebanyak rumah sakit swasta. Kurun waktu selama enam tahun terakhir ini, jumlah rumah sakit pemerintah menurun dibandingkan rumah sakit swasta yang mengalami peningkatan sekitar 15%. Sebagai pemberi pelayanan kesehatan, rumah sakit pemerintah masih mengalami masalah dalam tata birokrasi rumah sakit.

Masyarakat, merupakan lingkungan luar penting karena sebagian besar pendapatan rumah sakit berasal dari masyarakat secara langsung. Dalam hal ini perlu dipahami konsep *need* dan *demand*. *Demand* adalah keinginan untuk lebih sehat. Hal ini diwujudkan dalam perilaku mencari pertolongan tenaga kedokteran. *Needs* adalah keadaan kesehatan yang dinyatakan oleh tenaga kedokteran harus mendapat penanganan medis. Dengan demikian, *demand* masyarakat tidak sama dengan *needs*. Secara ideal berdasarkan konsep negara kesejahteraan seluruh *needs* masyarakat akan dibiayai pemerintah. Akan tetapi, hal ini sulit dilakukan

sehingga pemerintah di negara sedang berkembang melakukan berbagai usaha. Masyarakat miskin yang mempunyai needs akan pelayanan kesehatan merupakan pihak yang dibiayai, sedangkan mereka yang mempunyai *demand* dan mampu membayar diharapkan mandiri.

Dalam analisis eksternal, melihat peluang dalam potensi masyarakat membayar pelayanan kesehatan dilakukan melalui analisis *demand* masyarakat. Dalam hal ini *demand* masyarakat akan rumah sakit dapat dilihat dari berbagai faktor tersebut antara lain, kebutuhan berbasis pada aspek fisiologis yang tercatat dalam data epidemiologi, penilaian pribadi akan status kesehatannya, variabel-variabel ekonomi seperti, tarif serta ada tidaknya sistem asuransi dan penghasilan, kemudian variabel-variabel demografis dan organisasi. Di samping faktor-faktor tersebut terdapat beberapa faktor lain misalnya, pengiklanan, pengaruh jumlah dokter dan fasilitas pelayanan kesehatan, serta pengaruh inflasi. Faktor-faktor tersebut memiliki keterkaitan satu sama lain.

Kebutuhan berbasis pada aspek fisiologis menekankan pentingnya keputusan petugas medis yang menentukan perlu tidaknya seseorang mendapat pelayanan medis. Kebutuhan ini dapat dilihat pada pola epidemiologi yang seharusnya diukur berdasarkan kebutuhan masyarakat. Akan tetapi, data epidemiologi saat ini sebagian besar menggambarkan puncak gunung es yaitu *demand*, bukan kebutuhan (*needs*). Secara sosioantropologis, penilaian pribadi akan status kesehatan dipengaruhi oleh kepercayaan, budaya, dan norma-norma sosial di masyarakat.

Rumah sakit harus memperhatikan keadaan masyarakat. Perlu diperhatikan pula *demand* terhadap pelayanan pengobatan alternatif pada masyarakat. Sebagai contoh, untuk berbagai masalah kesehatan jiwa peranan dukun masih sangat besar. Di samping itu, masalah persepsi mengenai risiko sakit merupakan hal yang penting. Sebagian masyarakat sangat memperhatikan status kesehatannya sehingga berusaha untuk memeliharanya dengan baik. Akan tetapi, ada pula masyarakat yang tidak peduli dengan kesehatannya.

Variabel ekonomi penting bagi peluang pengembangan rumah sakit yaitu penghasilan masyarakat. Sebagian besar pelayanan kesehatan merupakan barang normal. Maksudnya, kenaikan penghasilan keluarga akan meningkatkan *demand* untuk pelayanan kesehatan. Akan tetapi, ada pula sebagian pelayanan kesehatan yang bersifat barang inferior. Artinya, kenaikan penghasilan masyarakat justru menyebabkan penurunan konsumsi. Hal ini terjadi pada rumah sakit pemerintah di berbagai kota dan kabupaten. Muncul kecenderungan mereka yang berpenghasilan tinggi tidak menyukai pelayanan kesehatan yang menghabiskan waktu banyak. Hal ini diantisipasi oleh rumah sakit-rumah sakit yang menginginkan pasien dari golongan mampu. Masa tunggu dan antrian untuk mendapatkan pelayanan medis harus dikurangi. Misalnya dengan menyediakan pelayanan rawat jalan melalui perjanjian terlebih dahulu. Dampak kebijakan desentralisasi perlu diperhatikan, apakah meningkatkan penghasilan masyarakat sehingga menjadi peluang atau justru menurunkan pendapatan mereka sehingga menjadi ancaman bagi rumah sakit.

Variabel demografis dan organisasi meliputi umur, jenis kelamin, dan pendidikan. Faktor umur mempengaruhi *demand* terhadap pelayanan preventif dan kuratif. Semakin tua usia seseorang, akan lebih meningkatkan *demandnya* terhadap pelayanan kuratif. Sementara itu, *demand* terhadap pelayanan kesehatan preventif menurun. Dengan kata lain, semakin mendekati saat kematian seseorang merasa bahwa keuntungan dari pelayanan kesehatan preventif akan lebih kecil dibandingkan dengan saat seseorang itu masih muda. Fenomena ini terlihat pada pola demografi di negara-negara maju yang berubah menjadi masyarakat tua. Pengeluaran untuk pelayanan kesehatan menjadi sangat tinggi. Untuk perawatan usia lanjut (orang tua) yang relatif lama, mungkin bukan rumah sakit yang menjadi pilihan berobat tetapi lebih cenderung pada perawatan rumah. Seseorang dengan pendidikan tinggi cenderung mempunyai *demand* yang lebih tinggi. Pendidikan seseorang yang relatif tinggi cenderung meningkatkan kesadaran akan status kesehatan.

Efek inflasi terhadap *demand* terjadi melalui perubahan-perubahan pada tarif pelayanan rumah sakit, jumlah pendapatan keluarga, dan asuransi kesehatan. Faktor ini harus diperhatikan oleh rumah sakit karena pada saat inflasi tinggi ataupun pada resesi ekonomi, *demand* terhadap pelayanan kesehatan akan terpengaruh. Di tengah krisis ekonomi di Indonesia, tercatat beberapa rumah sakit di Gorontalo tidak mengalami penurunan pasien yang dirawat di rumah sakit hal ini terbukti, bangsal atau, ruangan VIP justru tidak mengalami penurunan pasien, bahkan kecenderungan meningkat. Salah satu dugaan berkait hal itu adalah para pasien yang ekonomi menengah keatas yang biasa berobat ke rumah

sakit di Makasar atau Jakarta, merubah perilakunya untuk mencari penyembuhan di rumah sakit Gorontalo.

Faktor asuransi kesehatan menjadi penting dalam hal penting dalam pelayanan kesehatan. Di samping itu, dikenal pula program pemerintah dalam bentuk jaminan kesehatan gratis untuk masyarakat miskin dan orang tua. Program pemerintah ini sering disebut Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Asuransi kesehatan dan jaminan kesehatan tersebut dapat meningkatkan kunjungan masyarakat ke rumah sakit untuk mencari pelayanan kesehatan. Secara nyata.

Tujuan yang hendak dicapai oleh rumah sakit disosialisasikan kepada seluruh tenaga kesehatan sebagai sasaran pelaksana keperawatan dengan ditunjang oleh sarana prasarana yang memadai sehingga akan tercipta suasana kerja yang saling mendukung, saling membantu dan saling mempengaruhi. Demikian pula halnya dengan peran pemerintah dan masyarakat menjadi faktor yang tidak dapat diabaikan dalam peningkatan budaya organisasi. Pemerintah melalui kebijakan-kebijakan serta peraturan-peraturan yang ditetapkan akan membantu rumah sakit dalam penerapan MAKP dan pelayanan kepada masyarakat. Pada sisi lainnya, masyarakat diajak untuk berperan serta dalam kegiatan pengawasan terhadap kinerja rumah sakit, baik dalam pemberian pelayanan maupun dalam pelaksanaan keperawatan sehingga akan tercipta suasana kondusif untuk meningkatkan kinerja perawat.

Pada budaya organisasi yang baik maka motivasi dan sikap perawat akan meningkat terutama dalam menerapkan asuhan keperawatan kepada pasien



melalui kerjasama di antara petugas kesehatan itu sendiri sehingga akan berdampak pada peningkatan kinerja dalam kerangka MAKP tim serta produktivitas.

Selain itu, dalam peningkatan kinerja dan kepuasan kerja maka rumah sakit memperhatikan pengembangan karir, imbalan yang diberikan, peningkatan pengetahuan dan pengembangan keterampilan sebagai bagian integral dalam usaha mengembangkan sumber daya manusia sehingga tujuan yang diharapkan akan tercapai tercapai dengan baik.

## **6.11 Kontribusi Penelitian**

Suatu penelitian diharapkan dapat mempunyai kontribusi teoritis untuk pengembangan ilmu pengetahuan dan kontribusi praktis untuk pengembangan berbagai kebijakan praktis.

### **6.11.1 Kontribusi Teoretis**

Hasil temuan ini memberikan kontribusi terhadap pengujian dan pengklarifikasian atas beberapa teori yang dikembangkan dalam penelitian ini serta konsistensi beberapa temuan yang dihasilkan dari penelitian sebelumnya.

1. Hasil penelitian ini menyatakan bahwa budaya organisasi dengan berbagai aspek dan indikator berpengaruh terhadap kepuasan kerja perawat di Rumah Sakit Provinsi Gorontalo. Artinya kepuasan kerja akan meningkat bila diteliti dengan menggunakan berbagai indikator budaya organisasi, baik secara intern maupun ekstern.
2. Budaya organisasi memiliki pengaruh yang lebih kuat terhadap kinerja MAKP dibandingkan pengaruhnya melalui motivasi dan sikap. Demikian pula halnya

dengan pengaruh langsung budaya organisasi terhadap kepuasan lebih kuat dibandingkan pengaruhnya melalui kinerja MAKP.

3. Hasil penelitian ini menyatakan bahwa pengembangan metode asuhan keperawatan profesional dilaksanakan melalui peningkatan budaya organisasi dengan memperhatikan faktor internal berupa tujuan, sasaran, sarana prasarana rumah sakit dan faktor eksternal berupa: masyarakat, pemerintah, politik, sosial dan ekonomi.

#### **6.11.2 Kontribusi Praktis**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi praktis sebagai berikut:

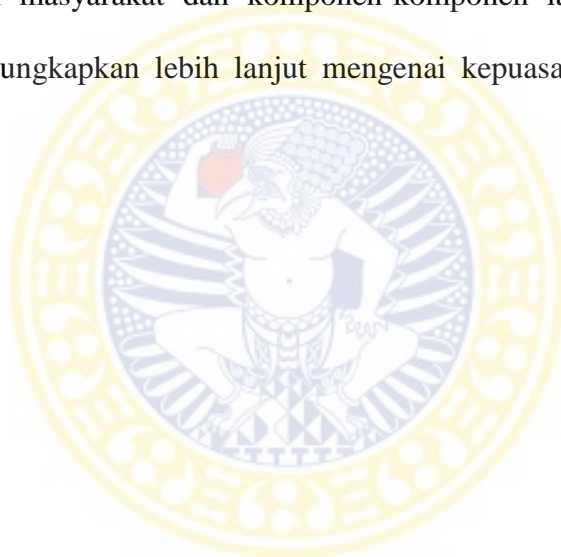
1. Untuk meningkatkan kepuasan perawat, maka pimpinan maupun pihak lainnya dapat meningkatkan budaya organisasi, meningkatkan motivasi dan kinerja perawat. Budaya organisasi yang tercipta dapat meningkatkan perilaku perawat dalam pelaksanaan keperawatan sehingga hasil yang diharapkan dapat tercapai dengan baik. Faktor lainnya yang turut perlu diperhatikan adalah motivasi dan kinerja perawat itu sendiri. Kedua variabel tersebut diyakini berpengaruh langsung dalam peningkatan kepuasan perawat.
2. Kuesioner kepuasan perawat bila digunakan berulang-ulang pada situasi dan perawat yang berbeda dengan sedikit merubah kuesioner yang disesuaikan dengan kondisi dan situasi perawat.

#### **6.12 Keterbatasan Penelitian**

1. Data primer dalam penelitian ini diperoleh melalui pengisian kuesioner oleh responden dengan pilihan jawaban yang bersifat perseptual, sehingga peneliti

tidak dapat mengontrol dengan sepenuhnya atas kesungguhan dan kejujuran responden dalam memilih jawaban sesuai dengan keadaan dan kenyataan yang sebenarnya.

2. Wilayah penelitian yang sangat luas sehingga dalam melakukan pengamatan membutuhkan waktu yang agak lama untuk menyelesaikan penelitian di lapangan.
3. Objek penelitian terbatas pada perawat dan belum melibatkan pemerintah, tokoh-tokoh masyarakat dan komponen-komponen lainnya sehingga tidak dapat mengungkapkan lebih lanjut mengenai kepuasan kerja perawat lebih rinci.



## **BAB 7**

### **PENUTUP**

#### **7.1. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa:

1. Budaya organisasi berpengaruh kuat terhadap motivasi perawat. Semakin baik budaya organisasi maka akan semakin baik motivasi kerja.
2. Budaya organisasi berpengaruh terhadap sikap perawat. Semakin baik budaya organisasi maka akan semakin baik sikap kerja.
3. Pengaruh budaya secara langsung terhadap kinerja perawat dalam penerapan MAKP lebih kuat daripada pengaruh budaya melalui motivasi.
4. Pengaruh langsung budaya organisasi kuat dan pengaruh kinerja perawat dalam penerapan MAKP lemah terhadap kepuasan perawat.
5. Pengembangan kinerja dan kepuasan perawat dapat dilakukan dengan:
  - a. Meningkatkan budaya organisasi yang masih lemah melalui motivasi dan sikap perawat dalam penerapan MAKP.
  - b. Peningkatan kinerja perawat dapat dilakukan dengan meningkatkan budaya organisasi, dan motivasi.

#### **7.2. Saran**

##### **7.2.1. Bagi Perawat**

1. Bekerja dengan ikhlas dan sungguh-sungguh untuk melakukan keperawatan demi kesembuhan pasien

2. Meningkatkan motivasi dan sikap dalam pelaksanaan pekerjaan sehingga hasil yang dicapai dapat memberikan kepuasan kerja tersendiri.
3. Membantu pemerintah dan pimpinan dalam menciptakan budaya kerja yang baik sehingga turut membantu dalam penyelesaian pekerjaan.

### **7.2.2. Bagi Penelitian yang akan Datang**

1. Hasil penelitian ini dapat dikaji kembali dengan melihat indikator lainnya selain indikator yang ada dalam penelitian ini.
2. Penelitian yang akan datang hendaknya mengkaji kembali asuhan keperawatan yang diarahkan pada pengembangan keperawatan di Rumah Sakit
3. Penelitian yang akan datang hendaknya melakukan perbandingan hasil responden perawat, pasien dan pemerintah.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, dan Arisanti, Herlin, 2010. *Pengaruh Budaya Organisasi, Komitmen Organisasi dan Akuntabilitas Publik terhadap Kinerja Organisasi. Jurnal Ekonomi dan Bisnis. Vol. 9, No. 2, Agustus, hal. 122.* Bengkulu: Universitas Bengkulu.
- Abdulwahab, S.S. dan Gain. S.I, 2003. *Attitudes of Saudia Arabian health care professionals le with physical disabilities: Asia pasific disability rehabilitation journal vol 4, no 1.*[Internet]. Available from: <<http://www.aifo.it.com>> , diakses tanggal 19 Desember 2012
- Adam, Blau, 2006. *Society of Nursing.* [Internet]. Available from: <<http://www.icn.ch.index.ht> , diakses tanggal 19 Desember 2012
- Adishesiah dan Kerlinger, 1990. *Teori\_Kognitif\_Sosial&oldid* diakses dari [http://id.wikipedia.org/w/index.php?title=Teori\\_Kognitif\\_Sosial&oldid=6046292](http://id.wikipedia.org/w/index.php?title=Teori_Kognitif_Sosial&oldid=6046292) , diakses tanggal 19 Desember 2012
- Ali, Zaidin, 2001. *Dasar – Dasar Keperawatan Profesional*, Jakarta : Widya Medik.
- Amelia, Ria, 2009. *Pengaruh Motivasi Berprestasi terhadap Kinerja Perawat dalam Asuhan Keperawatan Pasien Gangguan Jiwa di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Sumatera Utara*, Medan. Tesis
- Ancok, D, 2012. *Psikologi Kepemimpinan dan Inovasi*. Jakarta : Erlangga.
- Aswar, Sarifudin. 2007. *Sikap Manusia Teori dan Pnegukuranya*. Edisi III Pustaka Pelajar Ofset. Jogjakarta
- Azrul, A, 2000. *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta.
- Beach, Lee, Roy, 1993. *Making The Right Decision Organizational Culture, Vision and Planning*. United States of America : Prentice-Hall Inc
- Bondan, P, 2007. *Asuhan Keperawatan bermutu di rumah sakit*, ECG, Jakarta
- Daft, R, 2008. *Manajemen*. Edisi 1. (Terj. D. Angelica) Jakarta: Salemba Empat. (Buku asli tahun 2003).
- Dep. Kes., R.I, 1995. *Instrumen Evaluasi Penerapan Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit*, Dit .Jen YanMed, Jakarta: Dep. Kes. RI
- Depkes, R.I , 2001. *Bulletin Kesehatan*, Jakarta Pusat.



- Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo, 2010. *Profil Kesehatan Provinsi Gorontalo hasil Riskesda tahun 2010*
- Donabedian, A, 1980. *Aspects of medical care administration*, Harvad University, Press.
- Donoghue, P., 2010. *Pengelolaan Sumber Daya Manusia*, Alih Bahasa Suparman, Bumi Aksara, Yogyakarta
- Douglas, L, M, 1992. *The Effective Nurse Leader and Manager, Second Edition* St Luis ; The C. V Mosby comp.
- Fahriadi, 2008. *Determinan Kinerja Perawat Di Instalasi Rawat Inap Ratu Zalecha Martapura Kabupaten Banjar Kalimantan Selatan*. Skripsi.
- Gardial, Edwin., Hall, M., and De Klerk. 2002. *Plant Propagation by Tissue Culture 3rd Edition*. Springer Publisher: Netherlands.
- Gibson, JL, Ivancevich, JM, 1997. *Organisasi Perilaku, Struktur, Proses. Jilid I*. Edisi kelima. Jakarta: Penerbit Buku Erlangga,
- Gilles, D . A. 1989. *Management a systems approach..* Philadelphia :W.B Saunders. Company.
- Glasser, 1987. *Organizational Culture and Leadership*, Jossey-Bass Publisher, San Fransisco.
- Gunaya, I.N.D, 2004, *Analisis Faktor Dominan Perawat yang Mempengaruhi Pelaksanaan Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Negara*, Tesis, Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya
- Handoko, T. Hani, 2008. *Manajemen Personalia dan Sumberdaya Manusia*, Edisi Kedua, BPFE, Yogyakarta.
- Hasibuan, Malayu, 2001. *Manajemen Sumber Daya Manusia: Pengertian Dasar, Pengertian, dan Masalah*. Jakarta: PT. Toko Gunung Agung,
- Haynes dan Blanchard, Kenneth H, 1980. *Management of Organizational Behavior: Utilizing Human Resource*, Prentice Hall, Inc., New Jersey.
- Hellriegel, Don & Slocum Jr, 1990. *Management*. 5th Ed.. New York: Addison-Wesley Publ.Co.
- Hendy dan Sahya, 2010. *Pengaruh Budaya, Motivasi dan Sikap terhadap Kepuasan kerja Pegawai Dinas Perindustrian*. Bandung. UPI

- Herzberg, F, 1977. *One More time ; how do you Motivate employe ? the Managemnt Proses*, Edisi 2, New York, Macmillan.
- Hofstede, Geert, 1991. *Cultures And Organizations, Intercultural Cooperation And Its Important For Survival.*, Harper Collin Business, London.
- Husin, M. Rusdiyanto dan Mahyudin, 2000. *Upaya Membina Sikap dan Kemampuan Profesional Perawat*. Tesis, Yayasan Dua limo Lopohalaa Univ. Gorontalo.
- Ikhsan, A dan Muhammad, I, 2005. *Akuntansi Keprilakuan*. Jakarta : Salemba Empat
- Judd, David A, 1994. *The Contribution of Total Anality Management to aTheory of Work performance, Academy of Management Review*, Vol 19 No.3, pp 210-536.
- Kreitner, Robert, and Kinicki, Angelo, 2010. *Organizational Behavior*, Third Edition, Printed in The United State of America: Richard D. Irwin Inc.
- Koesmono, 2009. *Pengaruh Budaya Organisasi Terhadap Motivasi Dan Kepuasan Kerja Serta Kinerja Karyawan Pada Sub Sektor Industri Pengolahan Kayu Skala Menengah Di Jawa Timur*. Jurusan Ekonomi Manajemen, Fakultas Ekonomi – Universitas Kristen Petra <http://puslit.petra.ac.id/~puslit/journals/>
- Kopelman, R.E., 1986. *Managing Productivity in Organization a Practical-people Oriented Prespective*, New York: MC. Graw Hill Book Company,pp 3—18.
- Kotter, dan Heskett, 1992. *Organisasi, Perilaku, Struktur, Proses*, Jakarta:Bina Rupa Aksara,
- Leebov, W, dan Scott, G, 1994. *Service quality improvement the caustomer satisfaction for health care*, Hospital Publishing, Inc, America.
- Listiani, 2005. *Pengaruh Motivasi Intrinsik Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr. Pirngadi Medan* .
- Luthans, Fred, 1997. *Organizational Behavior*, Me Graw Hill, Inc, San Fransisco, New York, USA.
- Luthans, Fred, 2006. *Perilaku Organisasi*, Edisi Sepuluh, Penerbit Andy, Yogyakarta.
- Maholtra, K.N, 2003. *Marketing research*, Prentice\_hall Inc, New York

- Mangkunegara, A.P, 2000. *Manajemen Sumber Daya Manusia Perusahaan*. Cetakan Pertama, PT. Remaja Rosdakarya, Bandung
- Mangkunegara, A.A. Anwar Prabu, 2005. *Evaluasi Kinerja SDM*. Bandung: Refika Aditama.
- Mangkunegara, A.A. Anwar Prabu. 2008. *Perilaku dan Budaya Organisasi*. Bandung : Refika Aditama.
- Marquis, Huston, 1990. *Manajemen Keperawatan* Grafindo Jakarta
- Maslow, A.H, 1943. *A Theory of Human Motivation Originally Published in Psychological Review*, 50, 370-396. *An internet resource developed by Christopher D. Green York University, Toronto, Ontario ISSN 1492-3713, diakses 17 Desember 2012.*
- Midwestenn, B.L, 1989. *Management Decision Making for Nurses. 124 case Studies*. 3rd Ed. J.B. Lippincott. Philadelphia.
- Mondy, R. Wayne and Noe, Robert M, 1996. *Human Resource Management*, Printed in The United States of America: Prentice Hall International, Inc.
- Moelfi, S. 2003. *Model Keperawatan Profesional*. Salemba Medika, Jakarta
- Muchlas M. 2005. *Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) Konsep Strategi dan Aplikasi* . Jurnal Keperawatan Universitas Padjajaran Bandung.
- Mulati, N, 2006. *Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) Konsep, Strategi, dan Aplikasinya*. Jurnal Keperawatan Universitas Pajajaran, Bandung
- Notoadmojo, S, 2003. *Prinsip-prinsip Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Penerbit Rhineka Cipta, Jakarta.
- Novitasari, 2003. *Hubungan Antara Pengetahuan Aspek Hukum dari Perawat dan Karakteristik Perawat Terhadap Kualitas Dokuementasi Keperawatan di RS.Bhakti Yudha*, Tidak dipublikasikan.
- Nurhayati, Dwi Rohma Sitti, Mardini, dan Sukardi, 2012. *The Influence Of Knowledge And Attitudes Of Nurses About The Standard Of Nursing Care To The Performance Nurse-Patient Room In The Sragen District Hospitals*. Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia Vol.1, No.2, Juli 2012
- Nurfitriani, Nia, 2012. *Pengaruh Budaya Organisasi Terhadap Kinerja Perawat Inap di Rumah Sakit PHC Surabaya*. Universitas Airlangga Tesis

- Nursalam, 2003. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan*, Salemba Medika Jakarta
- Nursalam, 2007. *Manajemen Keperawatan. Edisi 2. Penerapan dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, 2008. *Managemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktek Keerawatan Profesional*, Edisi 2. Salemba Medika, Jakarta
- Nursalam, 2011. *ManagemenKeperawatan*, SalembaMedika, Jakarta.
- Parasuraman, L. Berry, and V.A. Zeithaml, 1994. *Reassessment of expectations as a comarasion standard in measuring service quality (Implication for future Research)*, *Journal of Marketing*, Vol 58,p.111-124
- Pascale, R.T. dan Athos, 1981. “*The paradox of corporate Culture: Reconciling ourselves to socialization*”. *California Management Review*, 27, 28.
- Peter M. 1982. *The Fifth Discipline The Art and Practice of The Learning Organization*. New York: Doubleday.
- Phatak, Marco; Praag, Mirjan and Cools, Kees, 1983. *The Effects of Performance Measurement and Compensation on Motivation and Emperical Study*, Conference of The Performance Measurement Association in Boston.
- Potter, A.P., and Perry G.A, 2005. *Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses dan Praktek*, Penerbit Buku Kedokteran ECG, Jakarta.
- PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia), 2009. *Standar Praktek Perawat*. PPNI Pusat, Jakarta.
- Priharjo, Robert, 1995. *Praktik Keperawatan Profesional Konsep Dasar Dan Hukum*.Jakarta:EGC
- Riani, A, 2011. *Budaya organisasi*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Ricardo, Ronald & Jolly, J, 2003. *Organization culture and teams. Academy of management journal*. Volume 13. Page 245.
- Richard J.V., Barbara R.L, 2000. *Internal marketing, direction for management*. ROUTLEDGE Taylor & Francis Group., London
- Rivai dan Basri, 2004. *Penilaian Kinerja Karyawan : Definisi, Tujuan dan Manfaat*. [http://jurnal-sdm-blogspot.com/2009/04/ penilaian-kinerja-karyawan-definisi.html](http://jurnal-sdm-blogspot.com/2009/04/penilaian-kinerja-karyawan-definisi.html), diakses tanggal 19 Desember 2012
- Rivai, V, 2009. *Manajemen sumber daya manusia untuk perusahaan dari teori ke praktek*. Jakarta: Rajawali Pers.



- Rizal, Y, 2012. *Pengaruh budaya organisasi terhadap motivasi kerja karyawan kantor direksi PTP Nusantara VII Bandar Lampung*. Universitas Brawijaya Malang. Tesis Program Magister manajemen.
- Riyadi, Sujono, 2007. *Asuhan Keperawatan Pada Anak*, Edisi 1, Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Robbins, S.P., 1990. *Organization Theory, Structure, Design, and Application, third edition*, USA: Prentice Hall, Inc.
- Robbins, S. P and Judge, 2007. *Prilaku Organisasi*, Prentice Hall, Jakarta
- Rozalia, Apriyani, 2012. *Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) TIM* Penerbit Buku Kedokteran ECG, Jakarta.
- RSUD Dr.MM Dunda Limboto, 2011. *Medical Record* Gorontalo
- RSUD Prof Dr. Aloe Saboe Gorontalo, 2011. *Profil Rumah Sakit* Gorontalo
- Ruky, Achmad, S, 2006. *Sistem Manajemen Kinerja. Performance Management System Panduan Praktis Untuk Merancang Dan Meraih Kinerja Prima*. Penerbit PT. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.
- Rusmin, Asalim, 2010. *Pengaruh Budaya terhadap kinerja pegawai di Dinas Kehutanan*. Tesis. Universitas Negeri Jakarta.
- Santoso, Singgih, 2010. *Motivasi Kerja Perawat*, Penerbit PT Elex media komputindo,
- Schermerhorn, R., John, Hunt, G., James and Richard, N. Orborn, 1996. *Managing Organization Behavior*, John Publishing Inc., New York.
- Sedarmayanti. 2001. *Sumber Daya Manusia dan Produktivitas Kerja*. Mandar Maju, Bandung.
- Soedjono. 2005. *Pengaruh Budaya Organisasi terhadap Kinerja Organisasi dan Kepuasan Kerja Karyawan pada Terminal Penumpang Umum di Surabaya*. *Jurnal Manajemen dan Kewirausahaan*. Vol 7, No. 1, Maret, hal. 23. Surabaya : Universitas Kristen Petra.
- Suhendi, dan Anggara, 2010. *Penilaian Pelaksanaan Pekerjaan dan Pengembangan Karyawan*. Yogyakarta : BPFE-Yogyakarta.
- Sekaran, Uma dan Coral R. Snodgrass, 1986. *A Model For xamining Organizational Effectiveness Cross-Culturally*, *Advances in International Comparative Management*, Vol 2, 211-232.

- Siahaan, Desri N, dan Taringan M, 2010. *Kinerja Perawat Dalam Pemberian Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit TK II Putri Hijau Medan*. USU. Tesis.
- Simbolon, Romida. 2012. *Pengaruh Budaya Organisasi terhadap Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2012*. Tesis.
- Simanjuntak, dan Wahyuni, 2002. *Analisis Hubungan antara Pemberian Kenaikan Gaji berdasarkan penilaian Prestasi Kerja terhadap Kepuasan Kerja*. Universitas Atma Jaya, Jakarta Tesis
- Siagian, S.P, 2002. *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Bumi Aksara. Jakarta.
- Sopiah, 2009. *Perilaku organisasional*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Spender, Roussell, 1982. *A Study of The Relationship between Compensation Package, Work Motivation and Job Satisfaction*, Journal of Organizational Behavior, No.20 pp 1003-1025.
- Sugiono, 2012. *Statistika Untuk Penelitian*, Alfabeta, Bandung
- Supriyanto, dan Ratna, D.W, 2007. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan : Health Advocacy* Percetakan Pohon Cahaya.
- Supriyanto, S dan Djohan A.J, 2011. *Metodologi Riset Bisnis dan Kesehatan*, PT Gravika Wangi Kalimantan Banjarmasin Post Group.
- Supriyanto, 2010. *Perilaku Organisasi, Administrasi & Kebijakan Kesehatan* Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
- Supriyanto, S, dan Ernawaty, 2009. *Manajemen dan Motivasi, Administrasi & Kebijakan Kesehatan* Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
- Sutanto dan Sugiarto, 2002. *Pengaruh Motivasi terhadap Kinerja di Kantor Pemeriksa Daerah Kabupaten Boyolali*, Jurnal Daya Saing Vol. 2, No. 2, Desember 2001, Magister Manajemen UMS, Surakarta.
- Syaini, 2008. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Penerbit PT. Bumi Aksara, Jakarta.
- Terence, Mitchell, R, 1982. *Motivation: New Direction For Theory, Research, and Practice*, Academy of Management Review, Vol 2, No. 1, 80-88.
- Tjahjono, dan Gunarsih, 2011. *Pengaruh Motivasi Kerja Dan Budaya Organisasi Terhadap Kinerja Pegawai Di Lingkungan Dinas Bina Marga Propinsi Jawa Tengah*. Tesis



- Triyanto, Endang dan Kamalludin, Ridwan, 2008. *Gambaran Motivasi Perawat Dalam Melakukan Dokumentasi Keperawatan Di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto*. Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing), Volume 3 No.2 Juli 2008.
- Wexly, K.N. and Yulk, G.A, 1997. *Organization Behavior and Personel Psychology*, Illinois: Richard D. Irwin.
- Wibowo, S, 2007. *Budaya organisasi: Sebuah kebutuhan untuk meningkatkan kinerja jangka panjang*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Widodo, 2011. *Pengaruh Budaya Organisasi dan Motivasi Kerja terhadap Kinerja Guru*. Jurnal Pendidikan Penabur. No. 16, Tahun ke-10, Juni
- WHO, 1982. *Expert Communicate of Nursing*. [http://www.who.int/ageing/active\\_ageing/en/index.html](http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html). Diakses 18 Nopember 2012
- Woodruff and Gardial, 2002. *Practical-people Oriented Prespective*, Canada: MC. Graw Holle publisher Company.
- Yamit, Juliani, 2008. *Pengaruh Kinerja Kepuasan Kerja dan Senioritas Terhadap Penetapan Gaji Karyawan di Perusahaan*. Fakultas Ekonomi Universitas Islam Indonesia Tesis.
- Zess, Rini Fahriani, 2011. *Analisis Faktor Budaya Organisasi Yang Berhubungan Dengan Perilaku Caring Perawat Pelaksana Di Ruang Rawat Inap RSUD. Prof. Dr. H. Aloei saboe Kota Gorontalo*. Skripsi. Poltekkes Gorontalo

**Lampiran 3****INSTRUMEN PENELITIAN****FORMULIR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada

Yth, Bapak / Ibu .....

Di RSUD Prof, Dr H. Aloei Saboe dan RSUD Dunda Kota Gorontalo

Dengan hormat ,

Sehubungan dengan penyelesaian Disertasi di Program Studi S3 Ilmu Kesehatan Pasca Sarjana Universitas Airlangga

Surabaya, maka saya :

Nama : Rono. A. Adam

NIM : 091070832

Akan melakukan penelitian dengan judul  
**“PENGEMBANGAN BUDAYA ORGANISASI KEPERAWATAN UNTUK MENINGKATKAN KINERJA DAN KEPUASAN PERAWAT DALAM PENERAPAN METODE ASUHAN KEPERAWATAN PROFESIONAL DI RUMAH SAKIT ”**. Tujuan penelitian ini adalah untuk membuat mutu metode asuhan keperawatan. Identitas dan informasi yang berkaitan dengan Bpk/Ibu akan kami rahasiakan.

Atas partisipasi dan dukungannya saya sampaikan terima kasih.

Gorontalo, Mei 2012

Hormat saya,

**RONO. A. ADAM**

## FORMULIR PERSETUJUAN INFORMANT CONSENT

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya **bersedia / tidak bersedia\*** akan menjadi responden atau membantu menjadi sampel dalam penelitian dengan judul **“PENGEMBANGAN BUDAYA ORGANISASI KEPERAWATAN UNTUK MENINGKATKAN KINERJA DAN KEPUASAN PERAWAT DALAM PENERAPAN METODE ASUHAN KEPERAWATAN PROFESIONAL DI RUMAH SAKIT”**. Yang akan dilaksanakan oleh saudara **Rono A.Adam** mahasiswa S3 Ilmu Kesehatan Pasca Sarjana Universitas Airlangga Surabaya.

Demikian pernyataan ini saya buat dan tanda tangani dengan sukarela dan tidak ada paksaan dari siapapun.

Gorontalo, Mei 2012

Kepala Bidang Perawatan

Yang bertanda Responden

Mengetahui

Direktur Rumah Sakit .....

**\* Coret yang tidak perlu**

## KUESIONER PENELITIAN

### **PENGEMBANGAN BUDAYA ORGANISASI KEPERAWATAN UNTUK MENINGKATKAN KINERJA DAN KEPUASAN PERAWAT DALAM PENERAPAN METODE ASUHAN KEPERAWATAN PROFESIONAL DI RUMAH SAKIT**

---

### **INSTRUMEN BUDAYA ORGANISASI**

(Nama bisa diisi dgn inisial )

#### **1. Identitas Responden**

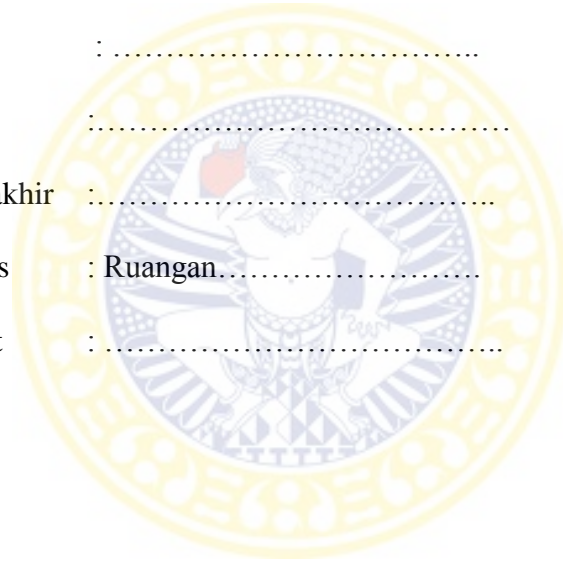
Nama : .....

Jenis Kel : .....

Pendidikan akhir : .....

Tempat tugas : Ruangan.....

Rumah Sakit : .....



## INSTRUMEN BUDAYA ORGANISASI PERAWAT (X1)

(Diisi oleh Perawat)

*Self-assessment questions* : baca pertanyaan pada kolom situasi dan kemudian pilih pernyataan alternative pilihan (hanya satu) yang sesuai dengan perasaan anda respon (hanya satu)

### ***Innovation and risk taking X1.1***

Dukungan pimpinan/organisasi terhadap karyawan untuk melakukan inovasi dan mengambil risiko penerapan ASKEP

No	Pernyataan	Tdk pernah	Jarang	Kadang2	Sering	Se tiap hari
1.	Saya didorong oleh pimpinan atau organisasi untuk melakukan inovasi (penerapan ide baru) dan berani mengambil risiko dalam penerapan kegiatan ASKEP					
a	Pengkajian pasien					
b	Melakukan diagnosis keperawatan					
c	Perencanaan perawatan pasien					
d	Implementasi keperawatan					
e	Evaluasi penerapan keperawatan					

### ***Attention to detail X1.2***

Perhatian perawat untuk melakukan analisis, perkiraan hasil dan perhatian pada hal yang rinci

No	Pernyataan	Tdk pernah	Jarang	Kadang2	Sering	Se tiap hari
1.	Saya perhatian untuk melakukan analisis penerapan ASKEP secara rinci, meliputi:					
a	Pengkajian pasien					
b	Melakukan diagnosis keperawatan					
c.	Perencanaan perawatan pasien					
d	Implementasi keperawatan					
e	Evaluasi penerapan keperawatan					

**Kuesioner X1.3; X1.4; X1.5;X1.6;X1.7**

No	Pernyataan	Tdk pernah	Jarang	Kadang2	Sering	Setiap hari
1	Saat penerapan ASKEP saya lebih mementingkan hasil perawatan dari proses penerapan ASKEP ( <i>Outcome orientation</i> )					
2	Manajemen atau pimpinan, organisasi dalam pengambilan keputusan perawatan juga mempertimbangkan adanya pengaruh pada karyawan ( <i>People orientation</i> )					
3.	Saya bekerja lebih beorientasi atau mengutamakan tim dari orientasi individual/pribadi ( <i>Team Orientation</i> )					
4	Saya penuh inisiatif atau giat menerapkan MAKP yang lebih beorientasi kompetitif dari pada orientasi kooperatif ( <i>Aggressiveness</i> )					
5	Saya dalam penerapan asuhan keperawatan lebih berorientasi/menekanan kondisi saat ini ( <i>Stability</i> )					



## INSTRUMEN MOTIVASI dan SIKAP (X2)

### Petunjuk Jawaban tanggapan :

1. Sangat tidak setuju dengan pernyataan
2. Tidak setuju
3. Ragu-ragu
4. Setuju
5. Sangat setuju dengan pernyataan

No	Pernyataan	Tanggapan				
		1	2	3	4	5
A.	<b>MOTIVASI KERJA</b>					
1	Intensi atau niat saya untuk menerapkan ASKEP, adalah kuat					
2	Aktivitas dan usaha saya untuk bekerja sesuai atau searah tujuan ASKEP					
3	Saya menerapkan askep yang sudah ada dalam melakukan perawatan					
B.	<b>SIKAP KERJA</b>					
1	<i>Cognitive attitudes</i>					
a.	Saya akan menempatkan pasien pada posisi penting dalam keperawatan					
b.	Saya akan membantu menyelesaikan ASKEP dalam keperawatan					
c.	Saya akan membantu menyelesaikan masalah keperawatan pasien					
2	<i>Affective attitudes</i>					
1	Saya akan menyukai tugas pokok dan fungsi perawat yang menjadi tanggung jawab saya saat ini					
2	Saya akan senang membantu dokter dalam menjalankan tugas keperawatan					
3	Saya akan menjalin kerja sama dengan perawat dalam keperawatan					
4	Saya akan memanfaatkan fasilitas dan sarana pelayanan keperawatan yang					

	terdapat di rumah sakit.					
D.	KONASI					
D.1	Saya akan bertindak jujur dalam penerapan asuhan keperawatan					
D.2	Saya akan melaksanakan asuhan keperawatan dengan sebaik-baiknya					



### INSTRUMEN KINERJA MAKP (Y2)

1. Dalam melaksanakan tugas keperawatan saya berkerjasama dengan perawat lainnya sesuai dengan pembagian tugas masing-masing (*team work*)
  - a. Tidak pernah (1)
  - b. Jarang
  - c. Kadang2
  - d. Sering
  - e. Setiap melaksanakan keperawatan (5)
2. Dalam melaksanakan tugas keperawatan saya berkerjasama dengan dokter sesuai dengan pembagian tugas masing-masing (*team work*)
  - a. Tidak pernah (1)
  - b. Jarang
  - c. Kadang2
  - d. Sering
  - e. Setiap melaksanakan keperawatan (5)
3. Dalam melaksanakan tugas keperawatan, saya berkerjasama tenaga administrasi sesuai dengan pembagian tugas masing-masing (*team work*)
  - a. Tdak pernah (1)
  - b. Jarang
  - c. Kadang2
  - d. Sering
  - e. Setiap melaksanakan keperawatan (5)

#### ALOKASI WAKTU KERJA

Isilah alokasi waktu yang anda pergunakan dari waktu yang tersedia setiap hari. Isilah secara jujur seauai dengan kenyataan yang anda lakukan. Jumlah total waktu adalah 100%

No	Uraian Kegiatan	Alokasi
1	Waktu persiapan alat, ruangan ....	.....%
2	Waktu penerapan ASKEP (pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan,intervensi keperawatan dan evaluasi keperawatan)	.....%
3.	Pelayanan administrasi (laporan pasien, laporan tindakan pasien, laporan operan shift jaga)	.....%
4	Waktu istirahat, toilet	.....%
5	Sholat, dll	.....%
	Jumlah waktu	100%

## INSTRUMEN KEPUASAN PERAWAT (Y3)

### Petunjuk Jawaban tanggapan :

1. Sangat tidak puas dengan pernyataan
2. Tidak puas
3. Biasa saja
4. Puas
5. Sangat puas dengan pernyataan

No	Pernyataan	Tanggapan				
		Sangat puas	puas	Biasa saja	Tidak puas	Sangat tdk puas
1	Saya puas suasana kerja (fisik) di ruangan ini dalam menerapkan MAKP					
2	Saya puas dengan kerjasama denan dokter, petugas lain di ruangan ini dalam menerapkan MAKP					
3	Saya puas dengan kerjasama sesama perawat di ruangan ini dalam menerapkan MAKP					
4	Saya puas imbalan kerja di ruangan ini dalam menerapkan MAKP					
5	Saya puas dengan adanya pengembangan karier di di rumah sakit					
5	Saya puas pengembangan pengetahuan dan keterampilan yang saya terima dari rumah sakit					

## Lampiran 4

## ANALISIS VALIDITAS REABILITAS

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Pengkajian pasien	44,50	65,947	,499	,950
Melakukan diagnosis keperawatan	44,50	62,053	,765	,944
Perencanaan perawatan pasien	44,50	62,895	,856	,942
Implementasi keperawatan	44,25	64,618	,723	,945
Evaluasi penerapan keperawatan	44,30	61,063	,758	,944
Pengkajian pasien	44,50	62,053	,765	,944
Melakukan diagnosis keperawatan	44,50	62,895	,856	,942
Perencanaan perawatan pasien	44,25	64,618	,723	,945
Implementasi keperawatan	44,30	61,063	,758	,944
Evaluasi penerapan keperawatan	44,25	64,618	,723	,945
Outcome orientation	44,50	62,895	,856	,942
People orientation	44,25	64,618	,723	,945
Team Orientation	44,30	61,063	,758	,944
kooperatif (kerjasama)	44,45	65,629	,640	,947
Stability	44,35	67,187	,507	,949

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,948	15

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Intensi atau niat menerapkan ASKEP	33,70	35,695	,520	,923
Aktivitas dan usaha searah tujuan ASKEP	33,75	30,513	,882	,907
Mempertahankan ASKEP sudah lama	34,15	35,924	,690	,918
Menempatkan pasien pada posisi penting	33,75	30,513	,882	,907
Membantu menyelesaikan ASKEP	34,10	35,463	,675	,917
Membantu menyelesaikan masalah keperawatan pasien	33,75	30,513	,882	,907
Tugas pokok	34,05	36,682	,529	,922
Tugas tambahan	33,90	34,937	,560	,921
kerja sama	34,10	35,463	,675	,917
Fasilitas dan sarana pelayanan	33,75	30,513	,882	,907
Dalam melakukan penerapan asuhan keperawatan saya berniat bertindak jujur	33,75	34,724	,525	,924
Dalam melakukan penerapan asuhan keperawatan saya berniat melaksanakan dengan sebaik-baiknya	34,25	37,355	,489	,924

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,923	12



**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Y2.1.1	6,85	1,503	,460	,658
Y2.1.2	6,75	1,355	,516	,590
Y2.1.3	6,50	1,105	,561	,533

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,693	3

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Waktu persiapan alat, ruangan	334,60	288,779	,812	,754
Waktu penerapan ASKEP	338,40	386,568	,604	,830
Pelayanan administrasi	333,95	291,839	,554	,842
Waktu istirahat, toilet	332,25	319,039	,556	,829
Sholat, dll	334,60	288,779	,812	,754

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,837	5

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Y3.1.1	33,85	26,134	,528	,891
Y3.1.2	33,80	26,274	,603	,886
Y3.2.1	35,10	26,411	,566	,888
Y3.2.2	34,60	26,042	,622	,885
Y3.2.3	34,75	26,092	,793	,878
Y3.2.4	34,70	24,642	,569	,892
Y3.4.1	34,70	27,063	,668	,885
Y3.4.2	34,45	27,418	,477	,892
Y3.4.3	34,75	26,092	,793	,878
Y3.4.4	34,20	26,274	,463	,896
Y3.4.5	34,50	25,737	,688	,882
Y3.4.6	34,75	26,092	,793	,878

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,894	12

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,894	12

## Lampiran 5

## ANALISIS REGRESI

Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	7,013	,199		35,272	,000
	BUDAYA_X1	,276	,009	,915	32,225	,000

a. Dependent Variable: MOTIVASI

Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	5,932	,122		48,451	,000
	BUDAYA_X1	,318	,005	,973	60,291	,000

a. Dependent Variable: SIKAP

Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	4,929	12,532		,393	,000
	BUDAYA_X1	1,128	,599	,721	1,883	,000
	MOTIVASI	3,376	1,313	,530	2,570	,000
	KEPUASAN	,584	,291	,318	2,006	,000

a. Dependent Variable: KINERJA\_MAKP

Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-4,559	1,010		-4,512	,000
	BUDAYA_X1	,806	,063	,722	12,848	,000
	KINERJA_MAKP	,062	,018	,194	3,446	,001

a. Dependent Variable: KEPUASAN