

**HUBUNGAN *ORGANIZATIONAL CITIZENSHIP BEHAVIOR*
(OCB) DENGAN MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN
DI RSUD BATARA GURU KABUPATEN LUWU
TAHUN 2013**

**RELATIONSHIP BETWEEN ORGANIZATIONAL CITIZENSHIP
BEHAVIOR (OCB) AND NURSING SERVICE QUALITY IN
BATARA GURU REGIONAL GENERAL HOSPITAL
OF LUWU REGENCY IN 2013**

**HAIRUDDIN SAFAAT
NIM : P4200210024**



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

PERNYATAAN

Yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Hairuddin Safaat

NIM : P4200210024

Program Program : Magister Ilmu Keperawatan

Dengan ini menyatakan bahwa tesis dengan judul : “Hubungan *Organizational Citizenship Behavior (OCB)* dengan mutu pelayanan keperawatan di RSUD Batara Guru Kabupaten Luwu tahun 2013”, adalah hasil karya saya sendiri yang belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar pada program Magister Manajemen Keperawatan ataupun pada program lainnya. Karya ini adalah milik saya, dan oleh karena itu saya bertanggungjawab penuh atas keaslian tesis ini. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 20 Juni 2013

Yang Menyatakan,

Hairuddin Safaat

**(OCB) DENGAN MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN DI RSUD
BATARA GURU KABUPATEN LUWU TAHUN 2013**

TESIS

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi

Magister Ilmu Keperawatan

Disusun dan diajukan Oleh:

HAIRUDDIN SAFAAT

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2013

**HUBUNGAN *ORGANIZATIONAL CITIZENSHIP BEHAVIOR*
(OCB) DENGAN MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN
DI RSUD BATARA GURU KABUPATEN LUWU
TAHUN 2013**

Di susun dan Diajukan Oleh :

**HAIRUDDIN SAFAAT
NOMOR POKOK : P4200210024**

**Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada tanggal, 31 Juli 2013
Dan dinyatakan telah memenuhi syarat**

Mengetahui

Komisi Penasehat

**Dr. Elly L Sjattar, SKp. M. Kes
Ketua**

**Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp, M.Kes
Anggota**

**Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan**

**Direktur Program Pascasarjana
Universitas Hasanuddin**

Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp, M.Kes

Prof. Dr.Ir. Mursalim. M.Sc

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah Robbil Alamin, puji-puja dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah S.W.T atas rahmat dan petunjuk-Nya, salawat kepada Rasulullah Muhammad SAW, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini dengan judul : “Hubungan *Organizational Citizenship Behavior* (OCB) Dengan Mutu Pelayanan Keperawatan Di RSUD Batara Guru Kabupaten Luwu Tahun 2013”. Tesis ini disusun dalam rangka memenuhi persyaratan Program Magister Manajemen Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar.

Rampungnya hasil penelitian ini berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Dr.Ir. Mursalim. M.Sc, selaku direktur Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin.
2. Prof. dr. Irawan Yusuf, Ph. D. Selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin
3. Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp, M.Kes, selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan FK. Unhas sekaligus sebagai anggota penasehat yang atas segala bimbingan, nasehat dan motivasi kepada penulis baik selama mengikuti pendidikan maupun selama penelitian.
4. Ibu Dr. Elly L Sjattar, SKp. M. Kes, selaku ketua penasehat atas bimbingan dan arahan selama penelitian.
5. Prof. Dr. Rahman Kadir, M.Si., selaku penguji atas saran dan perbaikan penelitian ini.
6. Dr. dr Irfan Idris, M. Kes., selaku penguji yang telah memberikan bimbingan selama melakukan penelitian.
7. Dr. Werna Nontji, SKp. M. Kep selaku penguji yang telah memberikan saran dan perbaikan dalam penelitian ini.

8. Direktur RSUD Batara Guru yang telah memberikan izin penelitian
9. Direktur Akper Sawerigading Pemda Luwu beserta rekan-rekan staf yang telah memberikan dukungan moril dan materil selama mengikuti pendidikan, khususnya saudaraku Hardianto Dg.S.SKM.M.Kes atas motivasinya dan sumbangsih pemikiran dalam penelitian ini.
10. Kepala seksi pembinaan dan pengendalian keperawatan RSUD Batara Guru atas segala bantuan informasi dan telah memfasilitasi selama melakukan penelitian
11. Para kepala ruang rawat inap RSUD Batara Guru atas kerjasamanya selama penelitian dan perawat pelaksana atas partisipasinya dalam penelitian ini.
12. Ayahanda (*alm*) *Muh. Syafaat* dan *Ibunda Sainab* atas segala do'a dan tausiayah yang tetap insya Allah akan terus membimbing perjalanan hidup anakmu.
13. Istri (*Yuliana*, Amd.Keb) dan anak-anakku tercinta (*Nadzilah Nadafathul Islamy, Nuralifiyah Maghfirah Islamy, Najwa Aliqha Islamy*), atas segala pengorbanan, dukungan dan doanya.
14. Rekan-rekan mahasiswa Program Magister Manajemen Keperawatan terkhusus buat AKBP Ns. Dardin, Ns. Tety, Ns. Adam, Nr, Mardin, Ns. Ikram Bauk, Ns. Lini Pondaag, Ns. Andi Arnoli atas kebersamaan dan motivasinya.
15. Semua pihak yang berkontribusi dalam penyusunan penelitian ini.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih memiliki keterbatasan olehnya diharapkan peneliti selanjutnya dapat lebih mengembangkan sehingga hasilnya lebih berkualitas.

Semoga jerih payah semua pihak yang memberikan kontribusi bernilai amal jariah dan sekeping pengetahuan dalam penelitian ini dalam pengembangan *body* pengetahuan keperawatan.

Makassar, 20 Juni 2013

Hairuddin Safaat

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN	ii
RIWAYAT HIDUP	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
ABSTRAK	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	9
C. Tujuan Penelitian.....	10
1. Tujuan Umum.....	10
2. Tujuan Khusus	10
D. Manfaat Penelitian.....	11
1. Bagi Akademisi	11
2. Bagi Praktisi	11
3. Bagi RSUD Batara Guru Kabupaten Luwu	11
4. Bagi peneliti	12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	13
A. Konsep <i>Organizational Citizenship Behavior</i> (OCB).....	13
1. Pengertian	13
2. Dimensi <i>Organizational Citizenship</i>	15
3. Manfaat <i>Organizational Citizenship Behavior</i> Bagi Perawat	18
4. Determinan Demografi dengan <i>Organizational Citizenship Behavior</i> (OCB).....	22

B. Konsep Mutu Pelayanan Keperawatan	27
1. Defenisi pelayanan keperawatan	27
2. Mutu Pelayanan Keperawatan	30
3. Penilaian Mutu Pelayanan Keperawatan	44
4. Implikasi <i>Organizational Citizenship Behavior</i> (OCB) Terhadap Mutu Pelayanan Keperawatan	49
5. Determinan Demografi Perawat yang Berpengaruh Terhadap Mutu Pelayanan Keperawatan	53
C. Kerangka Teori	57
BAB III KERANGKA KONSEP, DEFENISI OPERASIONAL DAN	
HIPOTESIS	58
A. Kerangka Konseptual	58
B. Defenisi Operasional	59
C. Hipotesis	65
BAB IV METODE PENELITIAN	67
A. Rancangan Penelitian	67
B. Waktu dan Lokasi Penelitian	67
C. Populasi dan Sampel	68
D. Instrumen Penelitian	70
E. Teknik Pengumpulan Data	72
F. Pengolahan dan Analisa Data	77
1. Pengolahan Data	77
2. Analisa Data	77
G. Pertimbangan Etik	80
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	82
A. Hasil Penelitian	82
1. Analisa Univariat	82
2. Analisa Bivariat	86
3. Analisis Multivariat	94
B. Pembahasan	96
1. Interpretasi Hasil Penelitian dan Diskusi	96

2. Keterbatasan Penelitian	135
3. Implikasi penelitian	136
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	139
A. Kesimpulan	139
B. Saran	140
1. Bagi Rumah Sakit	140
2. Bidang Keperawatan	141
3. Perawat Pelaksana	141
4. Institusi Pendidikan	142
5. Peneliti selanjutnya	142
DAFTAR PUSTAKA	143
Lampiran-Lampiran	

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Perhitungan besar sampel	69
Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Umur, Status Perkawinan, Pendidikan, Masa Kerja Dan Jenis Kepegawaian Diruang Rawat Inap RSUD Batara Guru Kabupaten Luwu Tahun 2013 (n=75)	83
Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan <i>Organizational Citizenship Behavior</i> (OCB) Perawat Pelaksana Diruang Rawat Inap RSUD Batara Guru Kabupaten Luwu Tahun 2013 (n=75)	84
Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Mutu Pelayanan Keperawatan Perawat Pelaksana Diruang Rawat Inap RSUD Batara Guru Kabupaten Luwu, Tahun 2013 (n=75)	85
Tabel 5.4 Analisis Hubungan Karakteristik Perawat Pelaksana Dengan <i>Organizational citizenship behavior</i> (OCB) Diruang Rawat Inap RSUD Batara Guru Kabupaten Luwu, Tahun 2013 (n=75)	86
Tabel 5.5 Analisis Hubungan Karakteristik Perawat Pelaksana Dengan Mutu Pelayanan Keperawatan Diruang Rawat Inap RSUD Batara Guru Kabupaten Luwu, Tahun 2013 (n=75)	89
Tabel 5.6 Analisis Hubungan <i>Organizational citizenship behavior</i> (OCB) Perawat Pelaksana Dengan Mutu Pelayanan Keperawatan Diruang Rawat Inap RSUD Batara Guru Kabupaten Luwu, Tahun 2013 (n=75)	92
Tabel 5.7 Hasil Seleksi Variabel Independen	95
Tabel 5.8 Hasil Analisis Pemodelan Regresi Logistik <i>Organizational Citizenship Behavior</i> (OCB) dengan Mutu Pelayanan Keperawatan di Rawat Inap RSUD Batara Guru Kabupaten Luwu, Tahun 2013 (n=75)	96

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori	57
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	58

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Administrasi Penelitian.....	1
Lampiran 2. <i>Informed Concern</i>	2
Lampiran 3. Kuesioner Penelitian	3
Lampiran 4. Panduan Wawancara Fokus Grup Diskusi	4
Lampiran 5. Master Tabel	5
Lampiran 6. Output Uji <i>Realibilitas</i> dan <i>Validitas</i>	6
Lampiran 7. Output Uji Normalitas Data	7
Lampiran 8. Output olah data.....	8
Lampiran 9. Hasil Diskusi Grup	9

RIWAYAT HIDUP PENULIS

Nama : Hairuddin Safaat
Tempat/Tanggal Lahir : Mindatte/Enrekang, 21 Desember 1973
Alamat : Perum Permata Benteng C/6 Palopo
Pendidikan : SDN 110 Lura Kab. Enrekang 1985
SMP Neg Kotu Kab. Enrekang 1988
SMA Neg 229 Cakke Kab. Enrekang 1991
Akper Depkes RI Makassar 1994
D.IV Perawat Pendidikan Unhas 1999
S1 Keperawatan PSIK Unhas 2007
Pekerjaan : Guru SPK Pemda Luwu 1995-1996
Dosen Akper Sawerigading Pemda Luwu
1996-sekarang

ABSTRAK

Hairuddin Safaat. Hubungan Organizational Citizenship Behavior (OCB) dengan Mutu Pelayanan Keperawatan di RSUD Batara Guru Kabupaten Luwu tahun 2013 (dibimbing oleh **Elly L Sjattar** dan **Ariyanti Saleh**).

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan *Organizational Citizenship Behavior* (OCB) dengan mutu pelayanan keperawatan di RSUD Batara Guru Kabupaten Luwu.

Jenis penelitian *Cross Sectional-Studi*. Subjek penelitian adalah perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Batara Guru sebanyak 75 responden. Teknik pengumpulan data dengan *personality administered questionnaires* dan observasi langsung, studi dokumentasi dan wawancara mendalam (*Fokus Group Diskusi*). Metode *Chi-Square* dan *Logistik Regression* digunakan dalam analisis data.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada karakteristik perawat pelaksana yang berhubungan signifikan dengan *Organizational Citizenship Behavior* (OCB). Adapun karakteristik perawat pelaksana yang berhubungan signifikan dengan mutu pelayanan keperawatan adalah pendidikan ($p:0.038$) dan status kepegawaian ($p: 0.050$). Terdapat hubungan signifikan antara *Organizational Citizenship Behavior* (OCB) dengan mutu pelayanan keperawatan di RSUD Batara Guru Kabupaten Luwu ($p : 0.000$). Semua sub variabel OCB menunjukkan adanya hubungan signifikan dengan mutu pelayanan keperawatan *altruisme* ($p :0.000$), *courtesy* ($p:0.006$), *civic virtue* ($p : 0.000$), *coenscientousness* ($p: 0.000$) dan *sportsmanship* ($p : 0.000$) dengan sub variabel yang paling berhubungan signifikan dengan mutu pelayanan keperawatan adalah *civic virtue*.

Kata kunci : *Organizational Citizenship Behavior* (OCB), mutu pelayanan keperawatan

ABSTRACT

Hairuddin Safaat. *Relationship between Organizational Citizenship Behavior (OCB) and Nursing Service Quality in Batara Guru Regional General Hospital of Luwu Regency in 2013* (Supervised by **Elly L Sjattar** and **Aryanti Saleh**)

This research aimed to find out the relationship of the *Organizational Citizenship Behavior* (OCB) and the nursing service quality.

This was a cross sectional study research. The subjects of the research were the organizing nurses in the long stay ward in Batara Guru Regional General Hospital as many as 75 respondents. Data were collected by the *personality administrated questionnaires* and direct observation, documentation study, and profound interview (Focus Grup Discussion), Chi-Square and Logistic Regression methods were used in analyzing data.

The research result indicated that there is no characteristic of the organizing nurses related to the Organizational Citizenship Behavior (OCB), whereas the characteristic of the organizing nurses related to the nursing service quality are : education (p :0.038), and officialdom status (p:0.050). There is the relationship between the Organizational Citizenship Behavior (OCB) and the nursing service quality in Batara Guru Regional General Hospital of Luwu Regency (p:0.000). All variables of OCB indicated that there is the relationship between OCB and the altruism nursing service quality (p:0.000), courtesy (0.006), civic virtue (p:0.000), coonscientousness (p: 0.000) and sportsmanship (p: 0.000), with the most realted variable to the nursing service quality is the civic virtue.

Key-Words : *Organizational Citizenship Behavior* (OCB), nursing service quality.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Keperawatan sebagai profesi dan perawat sebagai tenaga profesional bertanggungjawab untuk memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan kompetensi dan kewenangan yang dimiliki secara mandiri maupun bekerjasama dengan anggota kesehatan lainnya. Pelayanan keperawatan diberikan dalam bentuk penampilan kerja perawat harus didasari oleh kemampuan yang tinggi sesuai dengan standar asuhan keperawatan sehingga dapat terjamin kualitasnya (Depkes RI, 2005).

Pelayanan keperawatan di rumah sakit khususnya pelayanan rawat inap sering menjadi sorotan tajam dari masyarakat. Hal ini disebabkan karena pelayanan rawat inap melibatkan interaksi yang sensitif dan kompleks antara perawat dengan pasien dalam waktu yang lama. Hubungan yang sensitif inilah yang menempatkan perawat sebagai magnet kualitas layanan sehingga perlu menampilkan perilaku pelayanan perawatan yang ideal (Ryan, 2007).

Broomberg & Mills (2004) menyatakan dalam pelayanan rawat inap perilaku perawat berpengaruh pada kualitas layanan kesehatan. Pendapat ini didukung oleh Ryan (2007) yang menjelaskan bahwa perilaku layanan perawat mempengaruhi tingkat kesembuhan pasien. Perawat merupakan salah satu penentu baik buruknya mutu pelayanan kesehatan di rumah

sakit, karena tugas perawat yang mengharuskan melakukan interaksi dengan pasien 24 jam dalam sehari dan menempati proporsi terbanyak yaitu sekitar 40 % dari total keseluruhan karyawan di rumah sakit. Berbagai pendapat tersebut menempatkan perawat merupakan sumber daya manusia yang penting untuk dikembangkan secara terus menerus sehingga memberikan kontribusi yang optimal dalam peningkatan mutu layanan di rumah sakit.

Proses penilaian mutu pelayanan keperawatan sering menggunakan standar praktik keperawatan yang merupakan pedoman bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Standar asuhan keperawatan berfungsi sebagai alat ukur untuk memantau kinerja pelayanan keperawatan. Menurut Kepmenkes RI No 1239 tahun 2001 dan Permenkes RI No 148 tahun 2010, mutu pelayanan keperawatan diukur dari kemampuan perawat melaksanakan standar asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan tindakan keperawatan, evaluasi keperawatan dan pendokumentasian asuhan keperawatan.

Penelitian yang dilakukan oleh Sitorus (2000) menunjukkan bahwa mutu pelayanan keperawatan di berbagai rumah sakit pemerintah di Indonesia belum memuaskan ditinjau dari aspek struktur dan proses (sistem) pemberian asuhan keperawatan. Permasalahan terkait pelayanan keperawatan diantaranya masih terbatasnya jumlah perawat dan fasilitas sarana pendukung, kompetensi perawat yang belum terstandar, belum

optimalnya fungsi manajemen keperawatan, belum adanya indikator mutu pelayanan keperawatan dan masih rendahnya kepatuhan penerapan standar asuhan keperawatan (SAK) dan standar operasional prosedur (SOP). Kondisi ini mengakibatkan berbagai dampak diantaranya pelayanan yang diberikan bersifat okupasi yang pada akhirnya pelayanan keperawatan tidak terjamin kualitasnya (Sitorus ,2006). Pendapat yang sama dikemukakan oleh Nurachmah (2007) bahwa saat ini pelayanan keperawatan yang diberikan belum optimal dan profesional, dimana asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien belum komprehensif, terpilah-pilah dan berorientasi pada tugas bukan berorientasi kepada kebutuhan klien yaitu pasien, keluarga dan masyarakat.

Pasien dan keluarga mengharapkan layanan perawat yang ramah serta didukung oleh sikap menaruh minat dan tampilan yang baik sehingga membuat pasien dan keluarganya merasa tenang, aman dan nyaman di rumah sakit. Pada kenyataannya masih banyak keluhan yang disampaikan pasien dan keluarganya yang merasa kurang puas terhadap pelayanan perawat. Perawat sering dianggap lamban dan bertindak, kurang reponsif, kurang perhatian, tidak ramah dan kurang memberikan informasi (Nurachmah, 2007).

Kondisi yang sama juga ditemui di RSUD Batara Guru Luwu dimana hasil wawancara dengan beberapa pasien rawat inap sebagian masih mengeluhkan perawat jarang menyediakan waktu untuk mendengarkan keluhan pasien, kurang cekatan dan kurang responsif dalam menangani

keluhan pasien, perawat kurang mampu memberikan informasi perkembangan pasien, sering kali penggantian cairan infus dan obat injeksi dilakukan bila diingatkan oleh keluarga pasien dan masih terdapat perawat yang kurang komunikasi saat melakukan tindakan.

Hasil wawancara dengan kepala seksi pembinaan dan pengendalian keperawatan bahwa meskipun telah dilakukan berbagai upaya diantaranya telah dilakukan dua kali pelatihan pengembangan model pelayanan keperawatan profesional pemula, telah menyiapkan standar asuhan keperawatan (SAK) dan standar operasional prosedur (SOP) disetiap ruang rawat inap, instrument baku pencatatan proses asuhan keperawatan tetapi belum mampu meningkatkan kepatuhan perawat dalam menerapkan standar asuhan keperawatan.

Hal ini didukung hasil audit pendokumentasian proses keperawatan seksi keperawatan RSUD Batara Guru pada tahun 2012, dari 57 catatan keperawatan rerata tahap pengkajian yang memenuhi standar hanya 28,6%, tahap diagnosa keperawatan hanya 23,3 %, tahap perencanaan 44,4 %, tahap implementasi sebesar 46,5 % dan penerapan standar evaluasi sebesar 20,7 %. Pencapaian kinerja perawat di RSUD Batara Guru Kabupaten Luwu masih jauh dari standar yang ditetapkan Depkes RI yang memberikan syarat kinerja perawat baik dalam memberikan asuhan keperawatan minimal 75 % (Depkes RI, 2005).

Berdasarkan indikator-indikator internal dan eksternal menunjukkan bahwa mutu pelayanan keperawatan di RSUD Batara Guru Kabupaten

Luwu masih rendah. Pihak rumah sakit telah melakukan perbaikan secara formal seperti pelatihan, peningkatan insentif jasa tindakan keperawatan tetapi hasil yang dicapai masih jauh dari standar mutu yang diharapkan. Oleh sebab itu diperlukan pendekatan pemahaman perilaku keorganisasian untuk menumbuhkan sikap kooperasi yang mengacu pada pelayanan yang lebih pada pemeliharaan tujuan, untuk memelihara keseimbangan internal, termasuk didalamnya adalah perilaku prososial yang terjadi sehari-hari yang menyangkut akomodasi individual terhadap kebutuhan orang lain dalam pekerjaan (Olorunniwo, 2006).

Berbagai upaya perbaikan mutu pelayanan keperawatan telah dilakukan di RSUD Batara Guru tetapi pendekatan bagaimana menumbuhkan ketulusan, perasaan senang hati, penggunaan waktu kerja dengan efektif dan timbulnya budaya saling menolong untuk memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien sesuai dengan standar belum mendapat perhatian yang optimal. Hal ini mengindikasikan bahwa untuk melaksanakan standar asuhan keperawatan perawat harus menampilkan kontak fisik dan inderawi serta emosi yang selalu siap melayani pasien secara kompeten, tulus dan penuh pengabdian dan melakukan tugas ekstra lainnya selain tugas pokok yang harus dilakukan (Olorunniwo, 2006).

Perilaku prososial yang melebihi deskripsi peran yang ditetapkan organisasi tersebut menurut Organ (2006) dikenal dengan istilah *organizational citizenship behavior* (OCB). Menumbuhkan OCB bagi

perawat memang tidak mudah, hal ini disebabkan karena karakteristik pekerjaan perawatan yang bekerja secara kontinu bersosialisasi dengan orang yang sama (sakit), mempunyai privasi yang terbatas, skedul jam kerja 24 jam per hari *on-call access*, 7 hari per minggu, dan menghadapi keterbatasan fasilitas kebugaran dan rekreasi, sehingga kombinasi dari faktor-faktor tersebut membentuk perilaku dan lingkungan kerja yang unik. Sehingga dibutuhkan upaya ekstra untuk memahami dan menerapkan perilaku tersebut sebagai salah satu keunggulan kompetitif yang sulit ditiru, karena diramu dari keunggulan keunikan keperilakuan. Perawat yang memiliki *Organizational citizenship behavior* sangat dibutuhkan karena OCB melibatkan beberapa perilaku, misalnya perilaku menolong orang lain, aktif dalam kegiatan organisasi, bertindak sesuai prosedur dan memberikan pelayanan kepada semua orang (Organ dan Konovsky dalam Emmerik dkk, 2005).

Pengalaman peneliti selama praktik residen di RSUD Batara Guru kabupaten Luwu pada bulan Mei 2012 bahwa perilaku prososial yang dimiliki perawat masih rendah dimana masih dijumpai perawat yang tidak disiplin dalam jam kerja seperti datang terlambat dan pulang lebih awal, melakukan kegiatan yang tidak berhubungan dengan tugas seperti mengurus urusan keluarga, banyak mengeluh dan masih sering terjadi konflik antar perawat yang umumnya bersifat pribadi.

Hui (2001) menyebutkan bahwa SDM yang memenuhi kriteria sebagai warga organisasi yang unggul, baik yang berfokus pada individu maupun

organisasi dapat diarahkan pada peningkatan kualitas layanan seperti yang diharapkan. Hal ini merupakan alasan mengapa *organizational citizenship behavior* merupakan perilaku yang penting dimiliki oleh perawat karena adanya OCB akan meningkatkan kinerja setiap perawat sehingga meningkatkan mutu pelayanannya. Jika perawat dalam organisasi memiliki OCB akan mengendalikan perilakunya sendiri sehingga mampu memilih perilaku yang terbaik untuk kepentingan organisasinya. Perilaku ini diperlukan mengingat pelayanan keperawatan merupakan proses interaksi perawat dengan pasien dan tenaga kesehatan lain di rumah sakit serta merupakan nilai-nilai yang mendasari profesi keperawatan.

Beberapa kajian empiris telah membuktikan pengaruh OCB terhadap *service quality*. Bienstock (2003) yang meneliti faktor-faktor yang berpengaruh pada OCB dan pengaruh OCB terhadap *service quality* hasilnya menunjukkan ada pengaruh positif hak asasi organisasi terhadap OCB dan korelasi positif OCB dengan *service quality*. O'Connel (2001) juga menemukan hubungan yang signifikan antara OCB dengan sikap layanan kepada pelanggan. Penelitian yang sama dilakukan oleh Yoon & Suh (2003) yang menyatakan ada pengaruh positif antara OCB terhadap *service quality* pada perusahaan agen travel di Korea. Penelitian Hui (2001) juga mendukung penelitian Bienstock, Yoon & Suh yakni adanya pengaruh positif antara OCB terhadap *service quality* pada teller bank di Hongkong. Podsakoff dan MacKenzie (1997) membuktikan bahwa

semakin tinggi tingkat OCB di kalangan karyawan dalam sebuah perusahaan, akan membuat tingkat kepuasan konsumen terhadap perusahaan tersebut juga tinggi yang ditandai dengan rendahnya tingkat komplain yang diterima perusahaan.

Penelitiannya lainnya dilakukan oleh Cholil (2011) tentang pengaruh kepemimpinan transformasional, kepercayaan pada supervisor dan perilaku kewargaan organisasi terhadap kualitas pelayanan perawat hasilnya OCB-Organizational (OCBO) berpengaruh pada kualitas pelayanan dan OCB-Individu (OCBI) tidak berpengaruh terhadap kualitas pelayanan. Inti dasar dari hasil-hasil penelitian tersebut menyatakan bahwa faktor yang dapat mendukung untuk perawat melakukan *service quality* yang baik adalah dengan mempunyai perilaku OCB.

Kajian empiris tentang *Organizational citizenship behavior* pada perawat hubungannya dengan mutu pelayanan keperawatan menarik untuk diteliti mengingat upaya untuk menumbuhkan perilaku OCB yang tidak mudah karena dipengaruhi oleh faktor internal perawat dan faktor eksternal. Oleh karena itu selain menjadi pengontrol terhadap pengaruh variabel eksogen, faktor demografi diduga juga dapat berpengaruh secara langsung terhadap OCB.

Penelitian ini merupakan *exetended replication* penelitian yang dilakukan oleh Cholil (2011), perbedaan penelitian ini adalah dilakukan pengukuran determinan demografi perawat yang diduga sebagai prediktor terhadap variabel OCB hubungannya dengan mutu pelayanan

keperawatan serta perbedaan metode pengumpulan data disamping perbedaan tempat penelitian dilakukan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan indikator-indikator internal dan eksternal mutu pelayanan keperawatan yang telah diuraikan sebelumnya menunjukkan bahwa mutu pelayanan keperawatan RSUD Batara Guru Kabupaten Luwu masih rendah. Pelayanan keperawatan seharusnya memenuhi harapan dan keinginan pasien dengan menciptakan pelayanan yang berkualitas sesuai dengan standar asuhan keperawatan. Hal ini mengindikasikan bahwa perawat seyogyanya tidak hanya melaksanakan tugas pokok yang bersifat rutinitas tetapi juga mau melakukan tugas ekstra yang melebihi deskripsi peran yang ditetapkan hal ini dikenal sebagai perilaku prososial yang disebut *Organizational citizenship behavior* (OCB).

Menumbuhkan OCB bagi perawat tidak mudah, hal ini disebabkan karena karakteristik pekerjaan perawat yang bekerja secara kontinu bersosialisasi dengan orang yang sama (sakit), mempunyai privasi yang terbatas, skedul jam kerja 24 jam per hari *on-call access*, 7 hari per minggu, dan menghadapi keterbatasan fasilitas kebugaran dan rekreasi, sehingga kombinasi dari faktor-faktor tersebut membentuk perilaku dan lingkungan kerja yang unik (Broomberg & Mills, 2004).

Perawat yang memiliki *Organizational citizenship behavior* (OCB) yang tinggi akan menciptakan suasana positif yang berpengaruh pada

peningkatan kualitas pelayanan dan memberikan kepuasan pasien dan determinan bagi program manajemen sumber daya manusia dalam mengawasi, memelihara dan meningkatkan sikap kerja (Organ, 2006).

Berdasarkan uraian tersebut maka rumusan masalah penelitian ini adalah apakah terdapat hubungan *Organizational citizenship behavior* (OCB) dengan mutu pelayanan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Batara Guru Kabupaten Luwu ?.

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan umum

Untuk diketahuinya hubungan *Organizational citizenship behavior* (OCB) dengan mutu pelayanan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Batara Guru Kabupaten Luwu.

2. Tujuan khusus

- a. Diketahuinya hubungan karakteristik demografi perawat pelaksana yang terdiri jenis kelamin, umur, status perkawinan, pendidikan, masa kerja dan status kepegawaian dengan *Organizational citizenship behavior* (OCB) perawat di ruang rawat inap RSUD Batara Guru Kabupaten Luwu.
- b. Diketahuinya hubungan karakteristik demografi perawat pelaksana yang terdiri jenis kelamin, umur, status perkawinan, pendidikan, masa kerja dan status kepegawaian dengan mutu pelayanan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Batara Guru Kabupaten Luwu.

- c. Diketuhiya hubungan *organizational citizenship behavior* (OCB) dengan mutu pelayanan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Batara Guru Kabupaten Luwu.
- d. Diketuhiya hubungan dimensi *organizational citizenship behavior* (OCB) yang terdiri dari *altruisme, courtesy, civic virtue, conscientiousness* dan *sportmanship* dengan mutu pelayanan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Batara Guru Kabupaten Luwu.
- e. Diketuhiya dimensi *organizational citizenship behavior* (OCB) yang paling berhubungan dengan mutu pelayanan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Batara Guru Kabupaten Luwu.

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi beberapa pihak antara lain :

1. Bagi akademisi, dapat memberikan referensi dan bukti empirik sebagai kontribusi ilmiah bidang pelayanan kesehatan
2. Bagi praktisi, diharapkan dapat menambah wawasan dalam kajian manajemen khususnya untuk bidang pelayanan kesehatan, disamping itu sebagai wahana aplikasi studi teoritis pada kondisi nyata, sehingga dapat lebih memahami keterkaitan antara teoritik dengan empirik.
3. Bagi RSUD Batara Guru Kabupaten Luwu, sebagai bahan pertimbangan untuk menciptakan iklim rumah sakit yang

memungkinkan terciptanya perilaku *Organizational citizenship behavior* (OCB) bagi perawat sebagai bagian dalam upaya peningkatan mutu pelayanan sehingga kepuasan pasien dapat lebih optimal melalui

4. Bagi peneliti, memberikan pengalaman ilmiah dalam menambah wawasan dan pengetahuan tentang mediasi *Organizational citizenship behavior* (OCB) terhadap pengaruh mutu pelayanan keperawatan dengan tingkat kepuasan pasien serta dapat dijadikan referensi peneliti lain yang berminat melakukan penelitian yang serupa.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep *Organizational Citizenship Behavior* (OCB)

1. Pengertian

Kinerja perawat biasanya dinilai berdasarkan pada *job description* yang telah dirancang oleh rumah sakit, sehingga manajemen rumah sakit dapat melihat kemampuan perawatnya dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya sesuai dengan *job description*. Melakukan pekerjaan sesuai dengan tugas yang ada dalam *job description* ini disebut *in role behavior* (Organ, 2006). Sedangkan melakukan pekerjaan yang tidak sebatas dengan tugas-tugas yang terdapat dalam deskripsi kerjanya disebut *extra role behavior* atau disebut dengan *Organizational Citizenship Behavior* (OCB).

Organizational Citizenship Behavior (OCB) didefinisikan sebagai perilaku individu yang memiliki kebebasan untuk memilih, yang secara tidak langsung atau secara eksplisit diakui oleh sistem *reward* dan memberi kontribusi pada keefektifan dan keefisienan fungsi organisasi (Organ, 2006). Organ juga mendefinisikan OCB sebagai perilaku dan sikap yang menguntungkan organisasi yang tidak bisa ditumbuhkan dengan basis kewajiban peran formal maupun dengan bentuk kontrak atau kompensasi. Menurut Organ (2006) *organizational citizenship behavior* (OCB) adalah sebuah tipe spesial dari kebiasaan kerja yang mendefinisikan sebagai perilaku individu yang sangat menguntungkan

untuk organisasi dan merupakan kebebasan memilih, secara tidak langsung atau secara eksplisit diakui sistem penghargaan formal.

Johns yang dikutip Budihardjo (2004) mengemukakan bahwa OCB memiliki karakteristik perilaku sukarela/*extra-role* behavior yang tidak termasuk dalam uraian jabatan, perilaku spontan/tanpa saran atau perintah tertentu, perilaku yang bersifat menolong, serta perilaku yang tidak mudah terlihat serta dinilai melalui evaluasi kinerja. OCB berhubungan dengan informal, perilaku prososial yang dipesan oleh karyawan dengan sukarela untuk membantu karyawan lain dalam suatu pekerjaan (Mackenzie, Podsakoff & Fetter ; Ensher yang dikutip Budihardjo, 2004).

Utomo (2002) dalam Rini (2007) mendefinisikan OCB sebagai suatu perilaku kerja karyawan yang bekerja tidak hanya pada tugasnya (*in role*) tetapi juga bekerja tidak secara kontrak mendapatkan kompensasi berdasarkan sistem penghargaan atau sistem penggajian formal. Aldag dan Resce (1997) dalam Rini (2007) menyatakan perilaku ekstra peran adalah perilaku individu dalam bekerja melebihi persyaratan yang ditetapkan dan penghargaan atas keberhasilan kerja yang dijanjikan, kontribusi tersebut seperti perilaku menolong sesama yang lain, kerelaan melakukan pekerjaan tambahan, menjunjung prosedur dan aturan kerja tanpa menghiraukan permasalahan pribadi, merupakan perilaku prososial yang positif, konstruktif dan suka member pertolongan.

Dari batasan-batasan tersebut dapat disimpulkan bahwa *Organizational Citizenship Behavior* (OCB) adalah perilaku dan sikap perawat sebagai kontribusinya diluar deskripsi kerja formal, yang dilakukan dengan sukarela, tidak berkaitan langsung dengan sistem reward yang formal dan memberi kontribusi pada keefektifan dan keefisienan pada fungsi organisasi.

2. Dimensi *Organizational Citizenship Behavior*

Aspek OCB yang penting menurut William & Anderson (1991) yaitu OCB-Individu (OCBI) mencakup *altruism*, mendahulukan kepentingan orang lain yang segera memberikan manfaat khusus individual dan secara tidak langsung berkontribusi terhadap organisasi dan OCB-Organizational (OCBO) yang mencakup kerelaan, *compliance* yang memberikan manfaat langsung pada organisasi.

Organ (2006) mengidentifikasi lima dimensi tentang *Organizational Citizenship Behavior* (OCB) yaitu :

a. *Altruism*

Menunjukkan perilaku perawat dalam menolong rekan kerjanya yang mengalami kesulitan dalam situasi yang sedang dihadapi baik mengenai tugas dalam organisasi maupun masalah pribadi orang lain. Dimensi ini mengarah kepada memberi pertolongan yang bukan merupakan kewajiban yang ditanggungnya. Bentuk perilaku altruisme perawat antara lain : menggantikan rekan kerja yang tidak masuk atau istirahat, membantu orang lain yang pekerjaannya sedang menumpuk, membantu

proses orientasi perawat baru meskipun tidak diminta, membantu mengerjakan tugas orang lain saat mereka tidak masuk, meluangkan waktu untuk membantu orang lain berkaitan dengan permasalahan-permasalahan pekerjaan maupun masalah pribadi, bersedia menjadi sukarelawan untuk mengerjakan sesuatu tanpa harus diminta terlebih dahulu, membantu orang lain di luar departemennya ketika mereka menghadapi masalah, membantu para pasien atau pengunjung jika mereka tengah dalam kesulitan, meluangkan waktu untuk belajar berkaitan dengan tugas layanan keperawatan.

b. *Courtesy*

Menjaga hubungan baik dengan rekan kerjanya agar terhindar dari masalah-masalah interpersonal. Seseorang yang memiliki dimensi ini adalah orang yang menghargai dan memperhatikan orang lain. Bentuk perilaku *courtesy* perawat antara lain : mengizinkan seseorang untuk mengambil tindakan demi kebaikan tim, menyimpan informasi yang dirahasiakan oleh organisasi dan membangun kebersamaan dan kekompakan dalam tim kerja.

c. *Civic Virtue*

Perilaku yang mengindikasikan tanggung jawab pada kehidupan organisasi (mengikuti perubahan dalam organisasi, mengambil inisiatif untuk merekomendasikan bagaimana operasi atau prosedur-prosedur organisasi dapat diperbaiki, dan melindungi sumber-sumber yang dimiliki oleh organisasi). Dimensi ini mengarah pada tanggung jawab yang

diberikan organisasi kepada seorang untuk meningkatkan kualitas bidang pekerjaan yang ditekuni. Bentuk perilakunya antara lain : memberikan perhatian terhadap pertemuan yang dianggap penting bagi rumah sakit. meningkatkan kualitas bidang pekerjaan yang ditekuni, mensintesa/ memanfaatkan pengetahuan yang dimiliki selama memberikan layanan keperawatan dan ikut menjaga citra baik rumah sakit.

d. *Conscientiousness*

Perilaku yang melebihi standar minimum yang dipersyaratkan bagi seorang karyawan seperti kehadiran, kepatuhan terhadap aturan dan lain sebagainya. Dimensi ini menjangkau jauh diatas dan jauh ke depan dari panggilan tugas. Bentuk perilaku *conscientiousness* perawat antara lain : Tiba lebih awal sehingga siap bekerja pada saat jadwal kerja dimulai, aktif dan tekun menyelesaikan tugas-tugas layanan keperawatan, berbicara seperlunya dalam percakapan telepon pada saat melaksanakan tugas, tidak menghabiskan waktu dengan melakukan pembicaraan di luar masalah pekerjaan, selalu berusaha menyelesaikan laporan dan perencanaan kerja lebih awal dari waktunya, mempersiapkan diri dengan baik sebelum melakukan pelayanan keperawatan, datang dengan segera jika dibutuhkan dan konsisten terhadap perencanaan kerja.

e. *Sportmanship*

Menunjukkan suatu kerelaan/toleransi untuk bertahan dalam suatu keadaan yang tidak menyenangkan tanpa mengeluh. Perilaku ini menunjukkan suatu daya toleransi yang tinggi terhadap lingkungan yang

kurang atau bahkan tidak menyenangkan. Menurut (Podsakoff) yang dikutip Budihardjo (2004) dimensi ini kurang dapat perhatian dalam penelitian empiris. Dikatakan pula bahwa *sportsmanship* seharusnya memiliki cakupan yang lebih luas, dalam pengertian individu tidak hanya menahan ketidakpuasan tetapi individu tersebut harus tetap bersikap positif serta bersedia mengorbankan kepentingannya sendiri demi kelangsungan organisasi. bentuk perilakunya : menahan diri untuk mengeluh atau mengumpat, tidak membesar-besarkan masalah yang ada dan selalu memfokuskan hal negatif dari pekerjaannya daripada melihat sisi positifnya.

3. Manfaat *Organizational Citizenship Behavior* Bagi Perawat

a. Meningkatkan produktivitas rekan kerja.

Perawat yang menolong perawat lain akan mempercepat penyelesaian tugas rekan kerjanya dan pada gilirannya meningkatkan produktivitas rekan tersebut. Seiring dengan berjalannya waktu, perilaku membantu yang ditunjukkan perawat akan membantu menyebarkan *best practice* ke seluruh unit kerja atau kelompok.

b. Meningkatkan produktivitas manajer.

Perawat yang menampilkan perilaku *civic virtue* akan membantu manajer mendapatkan saran dan atau umpan balik yang berharga dari karyawan tersebut, untuk meningkatkan efektivitas unit kerja. Perawat yang sopan, yang menghindari terjadinya konflik dengan rekan kerja, akan menolong manajer terhindar dari krisis manajemen.

- c. Menghemat sumber daya yang dimiliki manajemen dan organisasi secara keseluruhan.

Jika perawat saling tolong menolong dalam menyelesaikan masalah dalam suatu pekerjaan sehingga tidak perlu melibatkan manajer, konsekuensinya manajer dapat memakai waktunya untuk melakukan tugas lain, seperti membuat perencanaan. Perawat yang menampilkan *concentioussness* yang tinggi hanya membutuhkan pengawasan minimal dari manajer sehingga manajer dapat mendelegasikan tanggung jawab yang lebih besar kepada mereka, ini berarti lebih banyak waktu yang diperoleh manajer untuk melakukan tugas yang lebih penting. Perawat senior yang membantu perawat baru dalam pelatihan dan melakukan orientasi kerja akan membantu organisasi mengurangi biaya untuk keperluan tersebut. Perawat yang menampilkan perilaku *sportmanship* akan sangat menolong manajer tidak menghabiskan waktu terlalu banyak untuk berurusan dengan keluhan-keluhan kecil karyawan.

- d. Membantu menghemat energi sumber daya yang langka untuk memelihara fungsi kelompok.

Keuntungan dari perilaku menolong adalah meningkatkan semangat, moril (*morale*), dan kerekatan (*cohesiveness*) kelompok, sehingga anggota kelompok (atau manajer) tidak perlu menghabiskan energi dan waktu untuk pemeliharaan fungsi kelompok. Perawat yang menampilkan perilaku *courtesy* terhadap rekan kerja akan mengurangi konflik dalam

kelompok, sehingga waktu yang dihabiskan untuk menyelesaikan konflik manajemen berkurang.

- e. Dapat menjadi sarana efektif untuk mengoordinasi kegiatan-kegiatan kelompok kerja.

Menampilkan perilaku *civic virtue* (seperti menghadiri dan berpartisipasi aktif dalam pertemuan di unit kerjanya) akan membantu koordinasi diantara anggota kelompok, yang akhirnya secara potensial meningkatkan efektivitas dan efisiensi kelompok. Menampilkan perilaku *courtesy* (misalnya saling memberi informasi tentang pekerjaan dengan anggota dari tim lain) akan menghindari munculnya masalah yang membutuhkan waktu dan tenaga untuk diselesaikan.

- f. Meningkatkan kemampuan organisasi untuk menarik dan mempertahankan karyawan terbaik.

Perilaku menolong dapat meningkatkan moral dan kerekatan serta perasaan saling memiliki diantara anggota kelompok, sehingga akan meningkatkan kinerja organisasi dan membantu organisasi menarik dan mempertahankan karyawan yang baik. Memberi contoh pada karyawan lain dengan menampilkan perilaku *sportsmanship* (misalnya tidak mengeluh karena permasalahan-permasalahan kecil) akan menumbuhkan loyalitas dan komitmen pada organisasi.

- g. Meningkatkan stabilitas kinerja organisasi.

Membantu tugas perawat yang tidak hadir di tempat kerja atau yang mempunyai beban kerja berat akan meningkatkan stabilitas (dengan cara

mengurangi variabilitas) dari kinerja unit kerja. Perawat yang *conscientiuous* cenderung mempertahankan tingkat kinerja yang tinggi secara konsisten, sehingga mengurangi variabilitas pada kinerja unit kerja.

- h. Meningkatkan kemampuan organisasi untuk beradaptasi dengan perubahan lingkungan.

Perawat yang mempunyai hubungan dekat dengan masyarakat dengan sukarela memberi informasi tentang perubahan yang terjadi di lingkungan dan memberi saran tentang bagaimana merespons perubahan tersebut, sehingga organisasi dapat beradaptasi dengan cepat. Perawat yang secara aktif hadir dan berpartisipasi pada pertemuan-pertemuan di organisasi akan membantu menyebarkan informasi yang penting dan harus diketahui oleh organisasi. Perawat yang menampilkan perilaku *conseintiousness* (misalnya kesediaan untuk memikul tanggung jawab baru dan mempelajari keahlian baru) akan meningkatkan kemampuan organisasi beradaptasi dengan perubahan yang terjadi di lingkungannya.

OCB penting dikembangkan di rumah sakit dengan alasan :

- a. Mempunyai pengaruh terhadap evaluasi perawat dan mempengaruhi keputusan kompensasi, promosi dan pelatihan
- b. Mempunyai efek terhadap keefektivitasan dan kesuksesan organisasi secara keseluruhan.

4. Determinan Demografi dengan *Organizational Citizenship Behavior* (OCB)

Fokus demografi pada mulanya hanya mempelajari komposisi ukuran, umur dan jenis kelamin (*sex*) populasi manusia, namun pada saat ini pengertian tersebut telah berkembang lebih luas karena berinteraksi dengan variabel sosiologi, psikologi, antropologi dan geografi seperti kelas sosial, dan kesempatan ekonomi. Hal tersebut tentunya akan berpangkal pada status kepegawaian, status perkawinan (*marriage*), pendidikan, masa kerja (*tenure*) dan sebagainya.

Gender atau jenis kelamin (*sex*) merupakan sebuah variabel yang mengekspresikan kategori biologis, sehingga merupakan sifat manusia yang terkait oleh budaya setiap jenis kelamin dan seringkali dipertimbangkan menjadi penentu sebuah hubungan kausal di tempat kerja karena adanya disparitas kekuatan yang membedakan manusia, sehingga mempunyai peranan penting dalam proses sosialisasi. Konotasi pria lebih dekat pada sifat ambisius dan kompetitif sehingga selalu mencari posisi kepemimpinan, sedangkan wanita lebih bersifat diferensial dan emosional sehingga merupakan pendengar yang baik dan suportif terhadap yang lain (Macionis, 1991 dalam Sarwono, 2001). Komrad (2002) dalam Nufus (2011) mengungkapkan bahwa perilaku-perilaku pekerja, bahwa perilaku menolong orang lain, bersahabat dan bekerja sama dengan orang lain lebih menonjol pada wanita daripada pria.

Beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa wanita lebih cenderung mengutamakan pembentukan relasi dari pada pria (Gabrier dan Gardner, 1999 dalam Nufus,2011). Lovell (1999) dalam Nufus (2011) juga menemukan perbedaan yang signifikan antara pria dan wanita dalam tingkatan OCB dimana perilaku menolong lebih besar pada wanita daripada pria. Morrison (1994) dalam Nufus (2011) juga membuktikan ada perbedaan persepsi OCB antara pria dan wanita dimana wanita lebih menganggap OCB sebagai bagian dari *in role* dibandingkan pria. Temuan-temuan tersebut membuktikan ada perbedaan mencolok antara pria dan wanita dalam perilaku menolong dan interaksi sosial dalam lingkungan kerja. Wanita cenderung lebih mampu menginternalisasi harapan-harapan harapan kelompok, rasa kebersamaan dan aktivitas menolong sebagai bagian dari pekerjaan mereka. Berbeda dengan hasil penelitian Sarwono (2001) yang justru menemukan pegawai pria memiliki OCB yang lebih tinggi (48,34) daripada wanita (47,40) dan berhubungan secara signifikan dengan arah positif.

Umur adalah kategori yang bermanfaat baik bagi individu maupun masyarakat, sehingga perbedaannya memiliki kontribusi terhadap stabilitas kemasyarakatan dan kesejahteraan. Salah satu konsekuensi penting dari komposisi umur menurut Popenoe (1977) dalam Sarwono (2001) adalah berhubungan dengan produktivitas, kemampuan untuk memproduksi barang dan jasa, sehingga pekerja industri yang terlalu muda atau terlalu tua secara ekonomi tidak produktif.

Hubungan negatif dan signifikan antara umur dengan *altruism* atau OCBI (Organ & Konovsky, 1989 dalam Sarwono, 2001) dan kinerja serta antara jenis kelamin dengan *compliance* (OCBO) dan OCB (Van Dyne & Ang, 1998) menunjukkan adanya perbedaan pengaruh umur dan jenis kelamin terhadap *altruism* dan *compliance* yang dimiliki seseorang. Perbedaan sifat dan perlakuan antara pria dan wanita diduga akan memiliki derajat pengaruh yang berbeda terhadap OCB, sedangkan secara kejiwaan pekerja yang lebih tua akan memiliki kematangan, ketenangan dan ketekunan dalam bekerja sehingga umur dapat dijadikan prediktor kinerja yang kuat (Steers & Porter, 1981; Neil & Snizek, 1998 dalam Sarwono, 2001). Hasil penelitian Sarwono (2011) menemukan hubungan OCB dengan umur dan kinerja yang negatif dan signifikan.

Penelitian Sarwono (2001) yang menemukan tingkat pendidikan bukan menjadi prediktor OCB yang kuat. Penelitian (Van Dyne & Ang, 1998) menemukan masa kerja dan pendidikan berhubungan negatif dengan OCB sedangkan status kepegawaian berpengaruh positif terhadapnya. Fungsi edukasi adalah sosialisasi, transmisi pengetahuan kultural seperti nilai (*value*) dan kepercayaan (*belief*). Membantu individu memilih dan belajar peran sosial serta mempertemukan antara bakat (*talent*) dan kemampuannya (*ability*) dengan kebutuhan spesialisasi pekerjaan (Popenoe, 1977 dalam Sarwono, 2001). Selain itu edukasi juga berhubungan dengan stratifikasi sosial yaitu membantu menentukan posisi di masa depan dalam struktur sosial (DeFleur *et al.*, 1981).

Peningkatan tingkat pendidikan cenderung membuat individu lebih toleran dan lebih demokratis (Popenoe, 1977 dalam Sarwono, 2001), karena karyawan yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan lebih mudah mengenali dan menganalisis bermacam kenyataan atau implikasi tindakan yang tidak benar.

Status perkawinan (*marriage*) merupakan sebuah pengakuan sosial terhadap perjanjian yang mengikat antara seorang pria dan seorang wanita. Perjanjian menentukan hak dan kewajiban dari pasangan dengan mengacu pada perilaku seksual dan provisi berbagai kepentingan seperti makanan, perumahan, dan pakaian (DeFleur *et al.*, 1981 dalam Sarwono, 2001). Terdapat bukti bahwa secara fisik dan emosional pria atau wanita yang menikah lebih baik dibandingkan dengan yang tidak menikah; lebih rendah tingkat sakit kejiwaan, lebih baik tingkat kesehatannya dan mempunyai hidup yang lebih lama (Popenoe, 1977 dalam Sarwono, 2001), sehingga patut diduga bahwa sifat toleran yang dimilikinya akan meningkat pula. Hasil penelitian Sarwono (2001) menemukan status perkawinan merupakan prediktor yang nyata dengan arah negatif terhadap OCB.

Adapun masa kerja berhubungan dengan senioritas seorang pekerja di dalam organisasi, sedangkan edukasi sebagai institusi sosial yang tertua merupakan pengarahan formal dari pengalaman belajar. Perbedaan sifat kerelaan dan OCB diduga disebabkan oleh lamanya masa kerja. Hasil penelitian Sarwono (2011) menemukan tidak terdapat hubungan

OCB dengan masa kerja pegawai. Pekerja senior juga dinilai lebih berpengalaman dalam menangani problema yang terjadi di lapangan dan merupakan prediktor yang kuat terhadap komitmen dan kepuasan kerja sehingga secara langsung atau tidak akan berpengaruh terhadap kinerja dan OCB (Steers & Porter, 1981; Neil & Snizek, 1998 dalam Sarwono, 2001).

Mengacu pendapat Rousseau (Van Dyne & Ang, 1998), status kepegawaian dibedakan menjadi dua tipe pertama yaitu pegawai negeri sipil; pekerja tradisional, berkelanjutan dan mempunyai hubungan pekerjaan yang bersifat *open-ended*, regular (tetap), masih aktif bekerja dan mendapat imbalan atau kompensasi atas jerih payahnya dari badan atau lembaga pemerintah, sedangkan pegawai swasta oleh badan atau lembaga nonpemerintah.

Status kepegawaian merupakan salah satu simbol kelas yang memberikan kesempatan atau fasilitas hidup tertentu (*life-chances*) bagi warganya seperti keselamatan serta standar hidup dan mempengaruhi gaya dan perilaku hidup (*life-style*) warganya, sehingga menurut Weber & Schumpeter status kepegawaian memberikan perbedaan kelas di dalam masyarakat (Sarwono, 2001). Salah satu penyebab adanya kelas sosial adalah adanya perbedaan distribusi sumber daya ekonomi yang meliputi pendapatan (*income*), kesejahteraan (*welfare*) dan kekuatan (*power*). Selanjutnya, stratifikasi sosial akan berpengaruh terhadap setiap dimensi kehidupan sosial misalnya kesehatan dan nilai. Oleh sebab itu komponen

struktur sosial ini merupakan elemen penting dalam interaksi sosial karena mengacu pada posisi sosial yang diraih individu di dalam masyarakat. Hasil penelitian Sarwono (2001) menemukan status kepegawaian berhubungan negatif dan signifikan dengan OCB.

B. Konsep Mutu Pelayanan Keperawatan

1. Defenisi pelayanan keperawatan

Pelayanan keperawatan (*Nursing Service*) adalah seluruh fungsi, tugas, kegiatan dan tanggung jawab yang dilaksanakan oleh seorang perawat dalam praktek profesinya. Sedangkan asuhan keperawatan (*Nursing Care*) adalah suatu pelayanan keperawatan langsung berupa bantuan, bimbingan, penyuluhan, pengawasan atau perlindungan yang diberikan oleh seorang perawat untuk memenuhi kebutuhan pasien (Griffith, 2000).

Pelayanan keperawatan merupakan sub sistem dalam sistem pelayanan kesehatan di rumah sakit sudah pasti punya kepentingan untuk menjaga mutu pelayanan, terlebih lagi pelayanan keperawatan sering dijadikan tolok ukur citra sebuah rumah sakit di mata masyarakat, sehingga menuntut adanya profesionalisme perawat pelaksana maupun perawat pengelola dalam memberikan dan mengatur kegiatan asuhan keperawatan kepada pasien (Nurachmah, 2007).

Pelayanan keperawatan profesional diberikan dalam bentuk asuhan keperawatan. Menurut konsorsium kelompok kerja keperawatan, asuhan

keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan praktek keperawatan yang langsung diberikan kepada pasien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan dengan menggunakan metodologi proses keperawatan yang berpedoman pada standar asuhan keperawatan berdasar pada etik dan etiket keperawatan dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan (Sitorus ,2006).

Dengan melihat keperawatan sebagai suatu sistem, kita dapat melihat secara sistematis pelayanan keperawatan dengan permasalahan yang sering dijumpai di rumah sakit :

- a. Input yang terdiri dari tenaga keperawatan, organisasi dan tata laksana keperawatan (standar operasional prosedur, sistem informasi), sarana dan prasarana keperawatan serta pasien yang dilayani.
- b. Proses terdiri dari manajemen keperawatan dan keperawatan klinik
- c. Output berupa pelayanan keperawatan yang dihasilkan oleh adanya proses tersebut dan kepuasan pasien.
- d. *Outcome*, penilaian agar semua proses berjalan dengan baik.

Griffith (2000) menyatakan bahwa kegiatan keperawatan di rumah sakit dapat dibagi menjadi keperawatan klinik dan manajemen keperawatan. Kegiatan keperawatan klinik antara lain terdiri dari :

- a. Pelayanan keperawatan personal, yang antara lain berupa pelayanan keperawatan umum dan atau spesifik untuk sistem tubuh tertentu, pemberian motivasi dan dukungan emosi pada pasien, pemberian obat, dan lain-lain.

- b. Berkomunikasi dengan dokter dan petugas penunjang medik, mengingat perawat selalu berkomunikasi dengan pasien setiap waktu sehingga merupakan petugas yang seyogyanya paling tahu tentang keadaan pasien.
- c. Menjalin hubungan dengan keluarga pasien. Komunikasi yang baik dengan keluarga atau kerabat pasien akan membantu proses penyembuhan pasien itu sendiri.
- d. Menjaga lingkungan bangsal tempat perawatan. Perawat bertanggung jawab terhadap lingkungan bangsal perawatan pasien, baik lingkungan fisik, mikrobiologik, keamanan, dan lain-lain.
- e. Melakukan penyuluhan kesehatan dan upaya pencegahan penyakit. Program ini diberikan pada pasien dengan materi spesifik sesuai dengan penyakit yang di deritanya.

Dalam hal manajemen keperawatan di rumah sakit, tugas perawat adalah:

- a. Penanganan administratif, antara lain dapat berupa pengurusan masuknya pasien ke rumah sakit, pengawasan pengisian dokumen catatan medik dengan baik, membuat penjadwalan proses pemeriksaan atau pengobatan pasien, dan lain-lain.
- b. Membuat penggolongan pasien sesuai berat ringannya penyakit, dan kemudian mengatur kerja perawatan secara optimal pada setiap pasien sesuai kebutuhannya masing-masing.

- c. Memonitor mutu pelayanan pada pasien, baik pelayanan keperawatan secara khusus maupun pelayanan lain secara umumnya.
- f. Manajemen ketenagaan dan logistik keperawatan, kegiatan ini meliputi *staffing, schedulling, assignment dan budgeting* (Aditama, 2003).

2. Mutu Pelayanan Keperawatan

a. Konsep mutu Pelayanan

Depkes RI (2005) mengemukakan mutu adalah suatu derajat kesempurnaan pelayanan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan masyarakat konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai standar profesi, sumberdaya yang tersedia di rumah sakit secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai norma, etika hukum dan sosio budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat konsumen.

Dalam hubungannya dengan masalah pelayanan, Leboeuf (2002) menyatakan bahwa kualitas layanan merupakan kemampuan suatu layanan yang diberikan oleh pemberi layanan dalam memenuhi keinginan penerima layanan. Dari berbagai defenisi dan interpretasi tentang mutu atau kualitas yang paling banyak diacu seperti yang dikutip oleh Azwar (2000) adalah :

- 1) Menurut Crosby (1989), mutu adalah pemenuhan terhadap standar (*quality is compliance with standard*)
- 2) Menurut Juran (1988) mutu adalah pemenuhan terhadap kepuasan konsumen (*quality is fitness for user, quality is costumer satisfaction*)

Berdasarkan pendapat Crosby, pemenuhan terhadap standar berarti terdapat beberapa tolok ukur yang ditetapkan yang harus dipenuhi. Standar yang ditetapkan untuk menjamin tercapainya tujuan yang akan dicapai. Standar tersebut merupakan indikator tertentu yang harus dipenuhi sehingga dapat menjadi pedoman untuk mengevaluasi kualitas. Sedangkan pendapat Juran, pemenuhan terhadap kepuasan konsumen merupakan tolok ukur dari kualitas, bahwa kepuasan konsumen dapat dicapai apabila harapannya terpenuhi.

Dari berbagai definisi tentang mutu dapat dipahami bahwa mutu pelayanan mengacu pada pencapaian standar kinerja yang telah ditetapkan sehingga memenuhi kepuasan pasien. Standar merupakan pernyataan deskripsi tentang apa yang diinginkan meliputi kualitas struktur, proses maupun hasil (Gillies,2000). Standar penampilan kerja sangat penting untuk membantu staf mengerti tentang lingkup harapan, tanggung jawab, pengetahuan dan keterampilan dan kewajiban dari pekerjaan, mendukung evaluasi tugas, memfasilitasi komunikasi antar supervisor dengan bawahan tentang aktivitas yang berhubungan dengan pekerjaan. Tanpa adanya standar penampilan kerja maka supervisor dan bawahan mempunyai persepsi yang berbeda tentang harapan, syarat pekerjaan dan penampilan, supervisor akan kesulitan mengidentifikasi isu penampilan dan bawahan kesulitan mengerjakan apa yang seharusnya dilakukan.

b. Mutu Pelayanan Keperawatan

Asuhan keperawatan yang bermutu merupakan asuhan manusiawi yang diberikan kepada pasien, memenuhi standar dan kriteria profesi, sesuai dengan standar biaya dan kualitas yang diharapkan rumah sakit serta mampu mencapai kepuasan dan harapan pasien. Nurachmah (2007) dalam mewujudkan asuhan keperawatan yang bermutu diperlukan beberapa komponen yang harus dilaksanakan yaitu : 1) sikap caring, yaitu memberikan asuhan, memberikan dukungan emosional pada klien, keluarga secara verbal maupun verbal selama memberikan asuhan keperawatan. Inti dari caring adalah sejauhman perawat peduli kepada pasien yang diwujudkan dalam sikap perhatian, tanggungjawab dan ikhlas. 2) Hubungan perawat-klien yang terapeutik, merupakan inti dalam pemberian asuhan keperawatan karena penyembuhan dan peningkatan kesehatan pasien sangat ditentukan oleh hubungan perawat- pasien. 3) Kolaborasi dengan tim kesehatan, merupakan hubungan kerjasama dengan tim kesehatan dalam pemberian asuhan kesehatan. Elemen penting dalam penerapan kolaborasi yaitu : a) kerjasama dalam perencanaan, pengambilan keputusan, pemecahan masalah, penetapan sasaran dan tanggung jawab, b) kerjasama secara koperatif, c) adanya koordinasi dan d) menjalin komunikasi terbuka. 4) kemampuan dalam memenuhi kebutuhan pasien, merupakan kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah dan kebutuhan pasien yang dilandasi oleh kepedulian, tanggung jawab terhadap

pelayanan yang dilakukan secara ikhlas, tulus demi kemanusiaan. 5) kegiatan penjaminan mutu, merupakan keselarasan antara tindakan actual dengan kinerja yang ditentukan sebelumnya.

Penatalaksanaan kegiatan keperawatan berdasarkan 4 pilar nilai profesional yaitu *management approach*, *compensatory reward*, *professional relationship* dan *patient care delivery* (Keliat, 2006).

1) *Management approach*

Menurut Gillies (2000) proses manajemen adalah merupakan rangkaian kegiatan input, proses, dan output. Marquis (2012) menyatakan proses manajemen dibagi lima tahap yaitu *planning*, *organizing*, *staffing*, *directing*, *controlling* yang merupakan satu siklus yang saling berkaitan satu sama lain.

2) *Compensatory reward*

Fokus utama manajemen keperawatan adalah pengelolaan tenaga keperawatan agar dapat produktif sehingga misi dan tujuan organisasi dapat tercapai. Perawat merupakan sumber daya manusia kesehatan yang mempunyai kesempatan paling banyak melakukan praktek profesionalnya pada pasien yang dirawat di rumah sakit. Pengembangan perawat digambarkan sebagai suatu proses pengelolaan motivasi staf sehingga dapat bekerja secara produktif. Hal ini juga merupakan penghargaan bagi profesi keperawatan karena melalui manajemen sumber daya manusia yang baik maka perawat mendapatkan kompensasi

berupa penghargaan (*compensatory-reward*) sesuai dengan apa yang telah dikerjakan.

3) *Professional relationship*

Hubungan profesional dalam pemberian pelayanan keperawatan merupakan standar dari hubungan antara pemberi pelayanan keperawatan (tim kesehatan) dan penerima pelayanan keperawatan (klien dan keluarga). Pada pelaksanaan hubungan profesional bisa saja terjadi secara internal artinya hubungan yang terjadi antara pemberi pelayanan kesehatan misalnya antara perawat dengan perawat antara perawat dengan tim kesehatan dan lain-lain. Sedangkan hubungan profesional secara eksternal adalah hubungan yang terjadi antara pemberi dan penerima pelayanan kesehatan.

4) *Patient care delivery*

Praktek keperawatan profesional dengan ciri praktek yang didasari dengan keterampilan intelektual, teknikal, interpersonal dapat dilaksanakan dengan menerapkan suatu metode asuhan yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Metode asuhan untuk praktek profesional tersebut adalah proses keperawatan.

Proses penilaian mutu pelayanan keperawatan sering menggunakan standar praktik keperawatan yang merupakan pedoman bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Standar asuhan keperawatan adalah kualitas sempurna dari asuhan keperawatan yang meliputi beberapa kriteria keefektifan asuhan yang bisa dievaluasi (Gillies, 2000).

Standar asuhan keperawatan meliputi standar proses yang berhubungan dengan kualitas implementasi asuhan, standar muatan (*content*) yang berhubungan dengan substansi dari asuhan keperawatan dan standar hasil (*outcome*) yaitu perubahan yang diharapkan pada pasien dan lingkungan setelah intervensi dilakukan.

Standar praktik merupakan salah satu perangkat yang diperlukan oleh setiap tenaga profesional. Standar praktik keperawatan adalah ekpektasi/harapan-harapan minimal dalam memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif dan etis. Standar praktik keperawatan merupakan komitmen profesi keperawatan dalam melindungi masyarakat terhadap praktik yang dilakukan oleh anggota profesi. Standar praktik keperawatan dapat diartikan sebagai level pelayanan ideal yang berfungsi sebagai panduan praktik. Marquis (2012) menjelaskan bahwa standar memiliki karakteristik yang berbeda, eksis karena otoritas dan harus komunikatif serta harus mampu mempengaruhi personal yang berada didalamnya. Sementara Mc Closkey dan Grace (1990) dalam Suza (2008) menyatakan standar praktik keperawatan adalah pernyataan tentang apa yang dibutuhkan oleh seorang *registered nurse* untuk dijalankan sebagai profesional keperawatan dan secara umum standar ini mencerminkan nilai profesi keperawatan dan memperjelas apa yang diharapkan profesi keperawatan dari para anggotanya serta diharapkan memberikan arahan dan bimbingan langsung terhadap perawat yang ingin melakukan praktik

keperawatan. Sehingga standar sebagai alat pengukuran harus objektif, terukur dan dapat dicapai.

Sebuah standar harus tertulis dan harus mencerminkan sistem nilai yang konsisten dan digambarkan dengan jelas. Sebuah standar secara komprehensif menguraikan aspek profesionalisme, termasuk system, praktisi dan pasien. Standar harus jelas, ringkas, *non ambigu* dalam penafsirannya dan tepat dalam mengarahkan. Sebuah standar harus dilegitimasi melalui proses autorasi yang tepat oleh staf, hirarki keperawatan, staf medis, kepala keperawatan dan struktur komite (Suza,2008).

Tujuan standar asuhan keperawatan (Gillies, 2000) adalah untuk meningkatkan kualitas keperawatan, mengurangi biaya perawatan, menghindari perawat berbuat kelalaian. Oleh sebab itu profesi harus membuat standar yang objektif untuk memandu praktisi individu dalam penampilan asuhan yang aman dan efektif. Standar praktik harus mampu mendefinisikan ruang lingkup dan dimensi keperawatan profesional.

Kebutuhan adanya standar asuhan keperawatan sebagai pedoman dan sebagai dasar evaluasi pelaksanaan asuhan keperawatan, telah dipenuhi oleh pemerintah dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 660/Menkes/SK/IX/1987 yang dilengkapi oleh Surat Edaran Direktur Jenderal Pelayanan Medik No. 105/Yan.Med./Raw/1/1988 tentang Penerapan Standar Asuhan Keperawatan bagi perawat kesehatan dan diperbaharui Surat Keputusan Direktorat Jendral Pelayanan Medik No.

YM00.032.6.7637 tertanggal 18 Agustus 1993 tentang berlakunya standar asuhan keperawatan di rumah sakit.

Berdasarkan surat keputusan tersebut selanjutnya dijabarkan oleh PPNI berdasarkan surat keputusan No.025/PP.PPNI/SK/K/XII/2009 yang mengacu pada proses keperawatan sebagai berikut :

1) Standar Praktik Profesional

Standar I : Pengkajian Keperawatan. Perawat mengumpulkan data tentang status kesehatan klien secara sistematis, menyeluruh, akurat , singkat dan berkesinambungan.

Rasional : Pengkajian keperawatan merupakan aspek penting dalam proses keperawatan yang bertujuan menetapkan data dasar tentang tingkat kesehatan klien yang digunakan untuk merumuskan masalah klien dan rencana tindakan.

Kriteria struktur :

- a) Metode pengumpulan data yang digunakan dapat menjamin :
 - (1) Pengumpulan data yang sistematis dan lengkap.
 - (2) Diperbaharainya data dalam pencatatan yang ada.
 - (3) Kemudahan memperoleh data.
 - (4) Terjaganya kerahasiaan.
- b) Tatanan praktek mempunyai sistem pengumpulan data keperawatan yang merupakan bagian integral dari sistem pencatatan pengumpulan data klien

- c) Sistem pencatatan berdasarkan proses keperawatan. Singkat, menyeluruh, akurat dan berkesinambungan.
- d) Praktek mempunyai sistem pengumpulan data keperawatan yang menjadi bagian dari sistem pencatatan kesehatan klien.
- e) Ditatanan praktek tersedia sistem penyimpanan data yang dapat memungkinkan diperoleh kembali bila diperlukan.
- f) Tersedianya sarana dan lingkungan yang mendukung.

Kriteria proses :

- a) Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan mempelajari data penunjang (pengumpulan data penunjang diperoleh dari hasil pemeriksaan laboratorium dan uji diagnosis), serta mempelajari catatan lain.
- b) Sumber data adalah klien, keluarga atau orang terkait, tim kesehatan, rekam medis, serta catatan lain.
- c) Klien berpartisipasi dalam proses pengumpulan data.
- d) Data yang dikumpulkan, difokuskan untuk mengidentifikasi :
 - (1) Status kesehatan klien saat ini
 - (2) Status kesehatan klien masa lalu
 - (3) Status biologis (Fisiologis)
 - (4) Status psikologis (Pola koping)
 - (5) Status social cultural
 - (6) Status spiritual
 - (7) Respon terhadap terapi

(8) Harapan terhadap tingkat kesehatan yang optimal

(9) Resiko masalah potensial

Kriteria hasil :

- a) Data dicatat dan dianalisis sesuai standar dan format yang ada.
- b) Data yang dihasilkan akurat, terkini, dan relevan sesuai kebutuhan klien.

Standar II: Diagnosis Keperawatan. Perawat menganalisis data pengkajian untuk merumuskan diagnosis keperawatan.

Rasional : diagnosis keperawatan sebagai dasar pengembangan rencana intervensi keperawatan dalam rangka mencapai peningkatan, pencegahan dan penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan klien.

Kriteria Struktur, tatanan praktek memberi kesempatan :

- a) Kepada teman sejawat, klien untuk melakukan validasi diagnosis keperawatan
- b) Adanya mekanisme pertukaran informasi tentang hasil penelitian dalam menetapkan diagnosis keperawatan yang tepat.
- c) Untuk akses sumber-sumber dan program pengembangan profesional yang terkait.
- d) Adanya pencatatan yang sistematis tentang diagnosis klien.

Kriteria proses :

- a) Proses dianogsis terdiri dari analisis, & interpretasi data, identifikasi masalah klien dan perumusan diagnosis keperawatan.

- b) Komponen diagnosis keperawatan terdiri dari masalah (P), penyebab (E), gejala/tanda (S) atau terdiri dari masalah dengan penyebab (PE).
- c) Bekerjasama dengan klien, dekat dengan klien, petugas kesehatan lain untuk memvalidasi diagnosis keperawatan.
- d) Melakukan kaji ulang dan revisi diagnosis berdasarkan data terbaru.

Kriteria hasil :

- a) Diagnosis keperawatan divalidasi oleh klien bila memungkinkan
- b) Diagnosis keperawatan yang dibuat diterima oleh teman sejawat sebagai diagnosis yang relevan dan signifikan.
- c) Diagnosis didokumentasikan untuk memudahkan perencanaan, implementasi, evaluasi dan penelitian.

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

Rasional : perencanaan dikembangkan berdasarkan diagnosis keperawatan.

Kriteria Struktur,tatanan praktek menyediakan :

- a) Sarana yang dibutuhkan untuk mengembangkan perencanaan.
- b) Adanya mekanisme pencatatan, sehingga dapat dikomunikasikan.

Kriteria proses :

- a) Perencanaan terdiri dari penetapan prioritas masalah, tujuan dan rencana tindakan keperawatan.

- b) Bekerja sama dengan klien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan.
- c) Perencanaan bersifat individual (sebagai individu, kelompok dan masyarakat) sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien.
- d) Mendokumentasikan rencana keperawatan.

Kriteria hasil :

- a) Tersusunnya suatu rencana asuhan keperawatan klien
- b) Perencanaan mencerminkan penyelesaian terhadap diagnosis keperawatan.
- c) Perencanaan tertulis dalam format yang singkat dan mudah didapat.
- d) Perencanaan menunjukkan bukti adanya revisi pencapaian tujuan.

Standar IV: Pelaksanaan Tindakan (implementasi). Perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan.

Rasional : perawat mengimplementasikan rencana asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dan partisipasi klien dalam tindakan keperawatan berpengaruh pada hasil yang diharapkan.

Kriteria struktur, tatanan praktek menyediakan :

- a) Sumber daya untuk pelaksanaan kegiatan.
- b) Pola ketenagaan yang sesuai kebutuhan.
- c) Ada mekanisme untuk mengkaji dan merevisi pola ketenagaan secara periodik.

- d) Pembinaan dan peningkatan keterampilan klinis keperawatan.
- e) Sistem Konsultasi keperawatan.

Kriteria proses :

- a) Bekerjasama dengan klien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.
- b) Kolaborasi dengan profesi kesehatan lain untuk meningkatkan status kesehatan klien.
- c) Melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah klien.
- d) Melakukan supervisi terhadap tenaga pelaksana keperawatan dibawah tanggung jawabnya.
- e) Menjadi koordinator pelayanan dan advokasi terhadap klien untuk mencapai tujuan kesehatan.
- f) Menginformasikan kepada klien tentang status kesehatan dan fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.
- g) Memberikan pendidikan pada klien & keluarga mengenai konsep & keterampilan asuhan diri serta membantu klien memodifikasi lingkungan yang digunakannya.
- h) Mengkaji ulang dan merevisi pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan respon klien.

Kriteria hasil :

- a) Terdokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien secara sistematis dan dengan mudah diperoleh kembali.
- b) Tindakan keperawatan dapat diterima klien.
- c) Ada bukti-bukti yang terukur tentang pencapaian tujuan.

Standar V : Evaluasi. Perawat mengevaluasi perkembangan kesehatan klien terhadap tindakan dalam pencapaian tujuan, sesuai rencana yang telah ditetapkan dan merevisi data dasar dan perencanaan.

Rasional : praktek keperawatan merupakan suatu proses dinamis yang mencakup berbagai perubahan data, diagnosa atau perencanaan yang telah dibuat sebelumnya. Efektivitas asuhan keperawatan tergantung pada pengkajian yang berulang-ulang.

Kriteria struktur :

- a) Tatanan praktek menyediakan : sarana dan lingkungan yang mendukung terlaksananya proses evaluasi.
- b) Adanya akses informasi yang dapat digunakan perawat dalam penyempurnaan perencanaan
- c) Adanya supervisi dan konsultasi untuk membantu perawat melakukan evaluasi secara efektif dan mengembangkan alternatif perencanaan yang tepat.

Kriteria proses :

- a) Menyusun rencana evaluasi hasil tindakan secara komprehensif, tepat waktu dan terus-menerus.
- b) Menggunakan data dasar dan respon klien dalam mengukur perkembangan kearah pencapaian tujuan.
- c) Memvalidasi dan menganalisis data baru dengan sejawat dan klien
- d) Bekerja sama dengan klien, keluarga untuk memodifikasi rencana asuhan keperawatan.

- e) Mendokumentasikan hasil evaluasi dan memodifikasi perencanaan.
- f) Melakukan supervisi dan konsultasi klinik.

Kriteria hasil :

- a) Diperolehnya hasil revisi data, diagnosis, rencana tindakan berdasarkan evaluasi.
- b) Klien berpartisipasi dalam proses evaluasi dan revisi rencana tindakan.
- c) Hasil evaluasi digunakan untuk mengambil keputusan
- d) Evaluasi tindakan terdokumentasikan sedemikian rupa yang menunjukkan kontribusi terhadap efektifitas tindakan keperawatan dan penelitian.

3. Penilaian Mutu Pelayanan Keperawatan

Pendekatan untuk menilai mutu pelayanan keperawatan berkaitan dengan struktur, proses dan hasil akhir. Hermansyah (2006) menjelaskan kriteria struktur meliputi konsep asuhan keperawatan, sumber daya manusia (jumlah, kompetensi, tingkat pendidikan, dan perkembangan profesi). Kriteria proses dari konsep asuhan keperawatan bermutu meliputi

- a) fungsi proses asuhan keperawatan (pengkajian, diagnose, perencanaan, implementasi dan evaluasi), b) proses interpersonal (komunikasi efektif, cara berperilaku, hubungan terapeutik, melibatkan pasien dan keluarga, ketepatan lingkungan yang mendukung, c) metode pengorganisasian, tanggung jawab, koordinasi dan peran serta dalam pengambilan keputusan, d) praktik keperawatan (pengetahuan,

kecakapan, kompetensi teknis, e) karakteristik personal (caring, empati, humanistik, integritas dan ciri khas individu).

Sedangkan kriteria hasil mencakup : tingkat kesehatan (angka kematian, kecacatan, kesakitan, ketidaknyamanan dan ketidakpuasan), kepuasan pasien, pemanfaatan sumber daya yang efektif dan efisien, kejadian yang tidak diinginkan (jatuh, komplikasi, kontraktur, infeksi nosokomial), proses yang tidak diinginkan (kesalahan pengobatan dan pendokumentasian, pelayanan yang tidak terkoordinasi).

Penilaian mutu pelayanan keperawatan dapat dilakukan dengan menilai kinerja perawat selama melakukan asuhan keperawatan dan pendokumentasian yang dilakukan dengan membandingkan standar asuhan keperawatan. Audit dokumentasi merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan, audit pada penerapannya mengevaluasi kualitas pelayanan. Penelitian yang dilakukan Wong (2009) menemukan bahwa audit merupakan usaha yang efektif untuk meningkatkan kinerja perawat khususnya dalam melakukan dokumentasi keperawatan. *Retrospective audit* dilakukan dengan cara mengaudit dokumentasi yang telah selesai ditulis oleh perawat (Gillies, 2000). Dokumentasi tersebut berisi *form* baku yang telah dibuat oleh rumah sakit mengenai lima proses asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Potter & Perry, 2005).

Audit merupakan penilaian pekerjaan yang telah dilakukan. Terdapat tiga kategori audit keperawatan yaitu : audit struktur, audit proses, dan

audit hasil. Audit Struktur berfokus pada sumber daya manusia, lingkungan perawatan, termasuk fasilitas fisik, peralatan, organisasi, kebijakan, prosedur, standar, SOP dan rekam medik, pelanggan (internal maupun eksternal). Standar dan indikator diukur dengan menggunakan *cek list*. Audit proses merupakan pengukuran pelaksanaan pelayanan keperawatan untuk menemukan apakah standar keperawatan tercapai. Pemeriksaan dapat bersifat *restrospektif*, *concurrent*, atau *peer review*. Restropektif adalah audit dengan menelaah dokumen pelaksanaan asuhan keperawatan melalui pemeriksaan dokumentasi asuhan keperawatan.

Concurrent adalah mengobservasi saat kegiatan keperawatan sedang berlangsung. *Peer review* adalah umpan balik sesama anggota tim terhadap pelaksanaan kegiatan. Audit hasil adalah audit produk kerja yang dapat berupa kondisi pasien, kondisi SDM, atau indikator mutu. Kondisi pasien dapat berupa keberhasilan pasien dan kepuasan. Kondisi SDM dapat berupa efektivitas dan efisiensi serta kepuasan. Untuk indikator mutu umum dapat berupa BOR, ALOS, TOI, Angka Infeksi Nosokomial (NI), angka dekubitus dan sebagainya

Sumber data penilaian sebuah mutu diperoleh dari hasil pengukuran yang *realibel*. Pengukuran mutu pelayanan keperawatan berdasarkan perbandingan capaian kinerja dengan standar yang telah ditetapkan (Ilyas, 2002). Elemen-elemen utama dalam sistem penilaian kinerja Rivai (2011) adalah:

1) *Performance Standard*

Penilaian kinerja sangat membutuhkan standar yang jelas yang dijadikan tolok ukur atau patokan terhadap kinerja yang akan diukur. Standar yang dibuat tentu saja harus berhubungan dengan jenis pekerjaan yang akan diukur dan hasil yang diharapkan akan terlihat dengan adanya penilaian kinerja ini. Ada empat hal yang harus diperhatikan dalam menyusun standar penilaian kinerja yang baik dan benar yaitu *validity*, *agreement*, *realism*, dan *objectivity*.

- a) *Validity* adalah keabsahan standar tersebut sesuai dengan jenis pekerjaan yang dinilai. Keabsahan yang dimaksud di sini adalah standar tersebut memang benar-benar sesuai atau relevan dengan jenis pekerjaan yang akan dinilai tersebut.
- b) *Agreement* berarti persetujuan, yaitu standar penilaian tersebut disetujui dan diterima oleh semua pegawai yang akan mendapat penilaian. Ini berkaitan dengan prinsip *validity* di atas.
- c) *Realism* berarti *standar* penilaian tersebut bersifat realistis, dapat dicapai oleh para pegawai dan sesuai dengan kemampuan pegawai.
- d) *Objectivity* berarti standar tersebut bersifat obyektif, yaitu adil, mampu mencerminkan keadaan yang sebenarnya tanpa menambah atau mengurangi kenyataan dan sulit untuk dipengaruhi oleh bias-bias penilai.

2) Kriteria Manajemen Kinerja (*Criteria for Managerial Performance*)

Kriteria penilaian kinerja dapat dilihat melalui beberapa dimensi, yaitu kegunaan fungsional (*functional utility*), keabsahan (*validity*), empiris (*empirical base*), sensitivitas (*sensitivity*), pengembangan sistematis (*systematic development*), dan kelayakan hukum (*legal appropriateness*).

- a) Kegunaan fungsional bersifat krusial, karena hasil penilaian kinerja dapat digunakan untuk melakukan seleksi, kompensasi, dan pengembangan pegawai, maka hasil penilaian kinerja harus valid, adil, dan berguna sehingga dapat diterima oleh pengambil keputusan.
- b) Valid atau mengukur apa yang sebenarnya hendak diukur dari penilaian kinerja tersebut.
- c) Bersifat empiris, bukan berdasarkan perasaan semata.
- d) Sensitivitas kriteria. Kriteria itu menunjukkan hasil yang relevan saja, yaitu kinerja, bukan hal-hal lainnya yang tidak berhubungan dengan kinerja.
- e) Sistematis kriteria. Hal ini tergantung dari kebutuhan organisasi dan lingkungan organisasi. Kriteria yang sistematis tidak selalu baik. Organisasi yang berada pada lingkungan yang cepat berubah mungkin justru lebih baik menggunakan kriteria yang kurang sistematis untuk cepat menyesuaikan diri dan begitu juga sebaliknya.
- f) Kelayakan hukum yaitu kriteria itu harus sesuai dengan hukum yang berlaku.

Pengukuran kinerja dapat dilakukan dengan menggunakan sistem penilaian (*rating*) yang relevan. Rating tersebut harus mudah digunakan sesuai dengan yang akan diukur, dan mencerminkan hal-hal yang memang menentukan kinerja. Pengukuran kinerja juga berarti membandingkan antara standar yang telah ditetapkan dengan kinerja sebenarnya yang terjadi. Pengukuran kinerja dapat bersifat subyektif atau obyektif. Obyektif berarti pengukuran kinerja dapat juga diterima, diukur oleh pihak lain selain yang melakukan penilaian dan bersifat kuantitatif. Sedangkan pengukuran yang bersifat subyektif berarti pengukuran yang berdasarkan pendapat pribadi atau standar pribadi orang yang melakukan penilaian dan sulit untuk diverifikasi oleh orang lain.

Setelah menetapkan standar pengukuran, kemudian mulailah dikumpulkan data-data yang diperlukan. Data-data dapat dikumpulkan dengan melakukan wawancara, survei langsung, atau meneliti catatan pekerjaan dan lain sebagainya. Data-data tersebut dikumpulkan dan dianalisa apakah ada perbedaan antara standar kinerja dengan kinerja aktual.

4. Implikasi *Organizational Citizenship Behavior* (OCB) Terhadap Mutu Pelayanan Keperawatan

Asuhan keperawatan yang bermutu dapat dicapai jika pelaksana asuhan keperawatan memiliki komitmen yang tinggi terhadap organisasi profesi dan organisasi rumah sakit. Dalam melaksanakan standar asuhan keperawatan perawat harus menampilkan kontak fisik dan inderawi serta

emosi yang selalu siap melayani pasien secara kompeten, tulus dan penuh pengabdian dan melakukan tugas ekstra lainnya selain tugas pokok yang harus dilakukan. Hal ini mengindikasikan bahwa *organizational citizenship behavior* merupakan perilaku yang penting dimiliki oleh perawat karena adanya OCB akan meningkatkan kinerja setiap perawat sehingga meningkatkan mutu pelayanannya.

Jika perawat dalam organisasi memiliki OCB akan mengendalikan perilakunya sendiri sehingga mampu memilih perilaku yang terbaik untuk kepentingan organisasinya. Perilaku ini diperlukan mengingat pelayanan keperawatan merupakan proses interaksi perawat dengan pasien dan tenaga kesehatan lain di rumah sakit serta merupakan nilai-nilai yang mendasari profesi keperawatan.

Banyak faktor untuk mencapai *service quality* yang baik yaitu dengan menumbuhkan ketulusan, perasaan senang hati dan timbulnya suatu budaya dimana para pekerja akan bekerja sama saling tolong menolong demi memberikan kualitas layanan yang baik (Olorunniwo, *et al.*, 2006). Sikap perilaku para pekerja yang dilakukan secara suka rela, tulus senang hati tanpa harus di perintah dan dikendalikan dalam memberikan pelayanan dengan baik yang menurut Organ *et al.*, (2006) dikenal dengan istilah *Organizational citizenship behavior* (OCB).

Dengan adanya *organizational citizenship behavior* (OCB) yang tinggi diharapkan berdampak baik bagi pelayanan terhadap masyarakat. Dalam hal ini perawat diharapkan lebih cakap, lebih responsif, lebih sigap, ramah

terhadap pasien dalam menjalankan tugas dan tetap bertahan di rumah sakit serta merasa mempunyai tanggung jawab atas keberhasilan rumah sakit.

Beberapa penelitian yang menguatkan bahwa kualitas pelayanan dipengaruhi oleh *organizational citizenship behavior*. Podsakoff dan MacKenzie (1997) membuktikan bahwa semakin tinggi tingkat OCB di kalangan karyawan dalam sebuah perusahaan, akan membuat tingkat kepuasan konsumen terhadap perusahaan tersebut juga tinggi yang ditandai dengan rendahnya tingkat komplain yang diterima perusahaan. Hasil penelitian Bell (2004) menunjukkan terdapat hubungan positif secara langsung antara OCB dengan kualitas jasa yang dipersepsikan konsumen. Bienstock (2003) yang meneliti faktor-faktor yang berpengaruh pada OCB dan pengaruh OCB terhadap *service quality* hasilnya menunjukkan ada pengaruh positif hak asasi organisasi terhadap OCB dan korelasi positif OCB dengan *service quality*. Penelitian yang sama dilakukan oleh Yoon & Suh yang menyatakan ada pengaruh positif antara OCB terhadap *service quality* pada perusahaan agen travel di Korea. Penelitian Hui (2001) juga mendukung penelitian Bienstock, Yoon & Suh yakni adanya pengaruh positif antara OCB terhadap *service quality* pada teller bank di Hongkong.

Sarwono (2001) yang menemukan rerata skor OCB pegawai lembaga pemerintah lebih rendah dibandingkan dengan pegawai lembaga swasta. Nufus (2011) yang membuktikan adanya hubungan antara *Organizational*

Citizenship Behavior (OCB) dengan kinerja karyawan. Demikian juga dengan penelitian Karambajaya (1989) dalam Nufus (2011) yang secara empiris membuktikan bahwa karyawan yang berkinerja baik memiliki OCB yang lebih baik dibandingkan dengan karyawan yang berkinerja kurang baik. Houston (2000) dan Allison (2001) juga menemukan adanya pengaruh OCB dengan kinerja.

Penelitian yang dilakukan oleh Cholil (2011) tentang pengaruh kepemimpinan transformasional, kepercayaan pada supervisor, dan perilaku kewargaan organisasi terhadap kualitas pelayanan perawat hasilnya OCB-Organizational (OCBO) berpengaruh pada kualitas pelayanan dan OCB-Individu (OCBI) tidak berpengaruh terhadap kualitas pelayanan. Keberadaan OCB dapat menjadi variabel intervenning antara moral, komitmen dan motivasi dengan service quality pekerja sosial tersebut.

OCB secara empiris telah terbukti berpengaruh pada *service quality* pada berbagai perusahaan jasa. Berbagai variabel *antesenden* OCB sesungguhnya mencerminkan proses terbentuknya sikap perawat dalam organisasi rumah sakit. Selanjutnya dampak atau konsekuensi dari OCB adalah peningkatan kinerja dan peningkatan kualitas pelayanan keperawatan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa OCB memiliki pengaruh langsung (*direct effect*) terhadap mutu pelayanan keperawatan.

5. Determinan Demografi Perawat yang Berpengaruh Terhadap Mutu Pelayanan Keperawatan

Karakteristik perawat merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kinerjanya dalam menerapkan standar asuhan keperawatan. Secara umum karakteristik individu seperti jenis kelamin, umur, lama kerja, status pernikahan, jenis kepegawaian berhubungan dengan kinerja (Netty, 2002).

a. Jenis kelamin

Berdasarkan studi psikologi bahwa wanita lebih bersedia memenuhi wewenang dan pria lebih agresif. Pria lebih besar kemungkinan mengharapkan kesuksesan dari pada wanita. Perempuan biasanya tidak bersifat agresif, suka memelihara dan mempertahankan sifat kelembutan, keibuan tanpa mementingkan diri sendiri dan tidak mengharapkan balas jasa (Koderi, 1999 dalam Faisal Rizal, 2005). Sifat-sifat tersebut identik dengan profesi keperawatan. Panjaitan (2004) dalam penelitiannya menyatakan ada hubungan signifikan antara jenis kelamin pria dengan perempuan berkaitan dengan kinerja perawat, demikian halnya dengan penelitian Wahyudi (2010) yang menemukan ada hubungan jenis kelamin dengan kinerja perawat, sedangkan Nufus (2011) menemukan tidak ada pengaruh jenis kelamin dengan kinerja.

b. Umur

Umur merupakan salah satu faktor yang cukup dominan terhadap pembentukan kerja seseorang. Menurut Siagian, (2002), terdapat korelasi

antara kinerja dengan umur seorang karyawan, artinya kecenderungan yang sering terlihat ialah bahwa semakin lanjut umur karyawan, kinerja dan tingkat kepuasan kerjanya pun biasanya semakin tinggi. Umur sebagai sub variabel demografik mempunyai efek tidak langsung pada perilaku kerja individu. Hal tersebut akan berpengaruh terhadap kemampuan dan keterampilannya.

Robbin (2001) menyatakan bahwa pada karyawan profesional dengan semakin meningkatnya usia, semakin berpengalaman dan semakin meningkat kemampuan profesionalnya. Hubungan umur dengan kinerja secara empiris telah banyak dibuktikan dengan hasil yang berbeda-beda. Studi Lusiani (2004) menunjukkan bahwa kinerja perawat rumah sakit memiliki hubungan yang bermakna dengan pengalaman kerja dalam tahun ($p\ value = 0,025$). Hasil penelitian Burdahyat (2009), Rusmiati (2006) dan Baiduri (2003) yang menyimpulkan umur tidak berhubungan dengan kinerja. Hasil penelitian lainnya Wahyudi (2010), Soefullah (2009) Netty (2002) yang membuktikan adanya hubungan umur dengan kinerja perawat.

c. Masa kerja

Lama kerja merupakan rentang waktu yang telah dilewati seorang karyawan menjalankan aktivitas pekerjaannya. Robins (2001) menyatakan lama kerja menentukan seseorang dalam menjalankan tugas, semakin lama seseorang bekerja semakin terampil dan semakin cepat menyelesaikan tugasnya. Sehingga lama kerja akan memberikan

pengalaman perawat mengasah keterampilannya. Hasil penelitian Burdahyat (2009) dan Netty (2002) yang menyatakan tidak ada hubungan lama kerja dengan kinerja. Berbeda dengan hasil penelitian lainnya yang menemukan lama kerja berhubungan dengan kinerja perawat. Seperti hasil penelitian Wahyudi (2010), Nufus (2011) juga dan Lusiani (2004) menunjukkan bahwa kinerja perawat rumah sakit memiliki hubungan yang bermakna dengan pengalaman kerja dalam tahun.

d. Status perkawinan

Adapun status perkawinan (*marriage*) merupakan sebuah pengakuan sosial terhadap perjanjian yang mengikat antara seorang pria dan seorang wanita. Terdapat bukti bahwa secara fisik dan emosional pria atau wanita yang menikah lebih baik dibandingkan dengan yang tidak menikah; lebih rendah tingkat sakit kejiwaan, lebih baik tingkat kesehatannya dan mempunyai hidup yang lebih lama, sehingga patut diduga bahwa sifat toleran yang dimilikinya akan meningkat pula sehingga pada akhirnya mempengaruhi pula perilakunya dalam bekerja (Aryee *et al.*, 2002). Kedua hal tersebut seringkali memicu timbulnya dua sifat yang bertentangan yaitu toleran dan egois. Burdahyat (2009), Rusmiati (2006) dan Baiduri (2003) yang menyimpulkan status perkawinan tidak berhubungan dengan kinerja.

e. Pendidikan

Sementara latar belakang pendidikan keperawatan yang tinggi sangat mempengaruhi kualitas asuhan keperawatan, semakin tinggi pendidikan

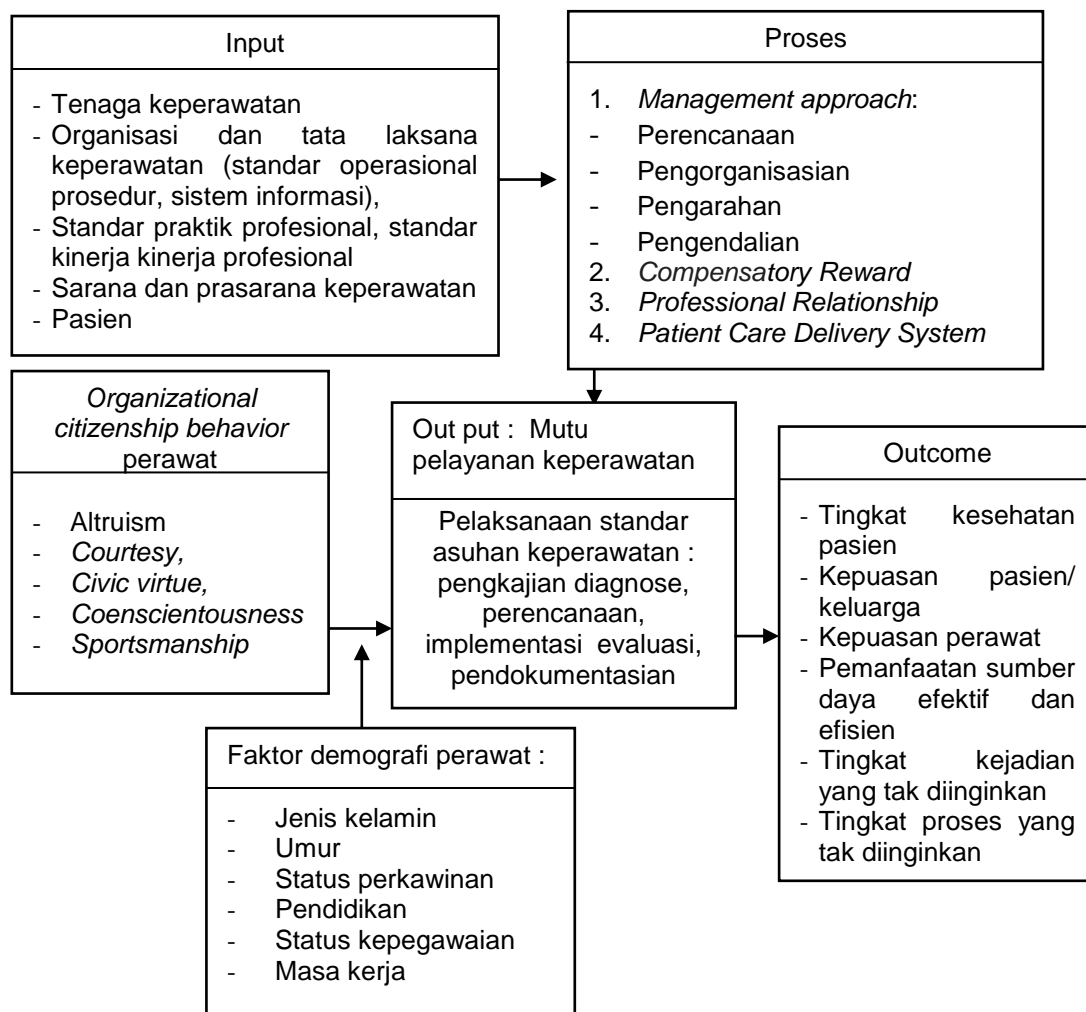
keperawatan maka kemampuan memberikan asuhan keperawatan juga semakin meningkat (Jackson,2000). Hasil penelitian Adji (2002) menunjukkan bahwa tingkat pendidikan merupakan faktor yang mempunyai hubungan paling dominan dengan kinerja perawat. Berbeda dengan penelitian Wahyudi (2010) dan Burdahyat (2009) yang menemukan tidak ada hubungan pendidikan dengan kinerja perawat.

f. Status kepegawaian

Menurut Weber & Schumpeter dalam Adji (2002), status kepegawaian merupakan salah satu simbol kelas yang memberikan kesempatan atau fasilitas hidup tertentu (*life-chances*) bagi warganya seperti keselamatan serta standar hidup dan mempengaruhi gaya dan perilaku hidup (*life-style*) warganya. Oleh sebab itu komponen struktur sosial ini merupakan elemen penting dalam interaksi sosial karena mengacu pada posisi sosial yang diraih individu di dalam masyarakat. Khususnya di Indonesia, status pegawai negeri sipil diyakini lebih memberikan perasaan aman dibandingkan dengan status pegawai swasta.

C. Kerangka teori

Berdasarkan tinjauan teoritis dapat dijelaskan bagan kerangka teori penelitian ini sebagai berikut :



Gambar 2.1 Kerangka Teori (Marquis,2012, Keliat, 2006, Gillies,2000)