



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK INDIVIDU DAN FAKTOR  
ORGANISASI DENGAN KINERJA PERAWAT DI RSUD  
LANGSA NANGGROE ACEH DARUSSALAM**

**Oleh**

**GUSTINI MUZAPUTRI  
NPM. 0606026906**

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK, 2008**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK INDIVIDU DAN FAKTOR  
ORGANISASI DENGAN KINERJA PERAWAT DI RSUD  
LANGSA NANGGROE ACEH DARUSSALAM**

**Tesis**  
**Diajukan sebagai persyaratan untuk**  
**memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan**  
**Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan**

**Oleh**

**GUSTINI MUZAPUTRI**  
**NPM. 0606026906**

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**  
**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**DEPOK, 2008**

## PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa oleh pembimbing, disetujui untuk dipertahankan  
di hadapan tim penguji sidang tesis

Depok, Juli 2008

Pembimbing I

**Dra. Junaiti Sahar, S.Kp, M.App.Sc, Ph.D**

Pembimbing II

**Hanny Handiyani, S.Kp, M.Kep**

**LEMBAR PENGESAHAN SIDANG TESIS**

Depok, 17 Juli 2008

Ketua

**Dra. Junaiti Sahar, S.Kp. M.App.Sc. Ph.D**

Anggota

**Hanny Handiyani, S.Kp. M.Kep**

Anggota

**Rudi SN Saputra, S.Kp. M.Kep**

Anggota

**Rr. Tutik Sri Hariyati, S.Kp. MARS**

**PROGRAM PASCASARJANA  
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Juli 2008

Gustini Muzaputri

**Hubungan karakteristik Individu dan Faktor Organisasi dengan Kinerja Perawat di RSUD Langsa, Nanggroe Aceh Darussalam (NAD) 2008.**

xiii + 128 hal + 19 tabel + 6 skema + 9 lampiran

**Abstrak**

Kualitas pelayanan rumah sakit sangat ditentukan oleh pelayanan keperawatan. Kinerja perawat merupakan kunci utama dalam pelayanan keperawatan. Kinerja ini dipengaruhi oleh karakteristik individu (umur, jenis kelamin, masa kerja, status perkawinan, dan status kepegawaian) dan faktor organisasi (kepemimpinan, supervisi, dan imbalan). Tujuan penelitian ini adalah diketahui hubungan antara karakteristik individu dan faktor organisasi (kepemimpinan, supervisi, dan imbalan) dengan kinerja perawat pelaksana di RSUD Langsa, Nanggroe Aceh Darussalam (NAD). Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel diambil dengan teknik acak proporsional pada 98 perawat di RSUD Langsa. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner dan pedoman observasi. Analisis data menggunakan uji t *independen*, korelasi *Pearson*, dan regresi linier berganda. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan kepemimpinan ( $p=0,000$ ), supervisi ( $p=0,000$ ), dan imbalan ( $p=0,018$ ) dengan kinerja perawat, di mana supervisi merupakan variabel yang paling dominan mempengaruhi kinerja perawat. Setiap peningkatan kemampuan supervisi kepala ruangan maka kinerja perawat akan meningkat sebesar 0,195 setelah dikontrol variabel umur, lama kerja, dan kepemimpinan. Saran dari temuan ini adalah perlunya melakukan supervisi secara berkala, menggunakan pedoman supervisi yang baku dan melakukan penilaian kinerja yang objektif dalam upaya peningkatan kinerja perawat pelaksana.

Kata kunci: imbalan, karakteristik individu, kepemimpinan, kinerja, perawat pelaksana, supervisi.

Daftar Pustaka: 77 (1994 – 2007)

**Postgraduate Program  
Leadership and Management Nursing  
Faculty of Nursing  
University of Indonesia**

Thesis, July 2008  
Gustini Muzaputri

**The correlation of individual characteristics and factor organization with nurse performance in nursing wards of General Hospital Langsa Province NAD in 2008**

xiii + 128 pages + 19 tables + 6 scheme + 9 appendixs

**Abstract**

Quality of hospital care is determined by nursing care. Nurse performance is key factor in nursing care. Nurse performance is influenced by individual characteristic (age, sex, length of work, marriage status, job status) and organization factor (leadership, supervision and reward system). The objectives of research are describing the relation of individual characteristic (age, sex, length of work, marriage status, job status) and organization factor (leadership, supervision and reward system) with nursing performance in General Hospital Langsa, Nanggroe Aceh Darussalam (NA). The research was using descriptive correlation design and cross sectional approach. Sample was chosen by tehnic proportional in 98 nurse in nursing wards of General Hospital Langsa. Data were collected using questionnaires and observation. The research was analyzed by T Independen test, correlation pearson and double regression linier. The result from the research has shown that there are relation of leadership ( $p = 0,000$ ), supervision ( $p = 0,000$ ) and reward ( $p = 0,018$ ) with nurse performance. Supervision is the most influenced nurse performance. Every increase competency supervision from head nurse, will increase 0,195 nurse performance after is controlled by age, length of work and leadership. The recommendation from this finding is application of supervision with routine, use standard for supervision, and objective evaluation performance for getting better from nurse executive performance

Key word: individual characteristic, leadership, nurse performance, supervision, reward.  
References: 77 (1994 – 2007)

## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kehadiran Allah SWT, yang telah memberikan rahmat dan HidayahNya sehingga peneliti dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Hubungan Karakteristik Individu dan Faktor Organisasi dengan Kinerja Perawat di RSUD Langsa, Nanggroe Aceh Darussalam”. Peneliti menyadari dalam penyusunan tesis ini, banyak bantuan yang telah peneliti terima, maka peneliti menyampaikan terima kasih kepada:

1. Dra. Junaiti Sahar, S.Kp, M.App.Sc, Ph.D selaku Pembimbing I yang telah memberikan arahan dan bimbingan yang intensif kepada peneliti dalam penyusunan tesis ini.
2. Hanny Handiyani, S.Kp, M.Kep selaku Pembimbing II yang telah memberikan saran-saran secara rinci dalam penyusunan tesis ini.
3. Dewi Irawaty, M.A, Ph.D selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
4. Krisna Yetti, S.Kp, M.App.Sc, selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
5. Direktur RSUD Langsa, Kepala Bidang Keperawatan, staff, kepala ruangan yang telah memberikan izin, bantuan, dan informasi dalam penelitian ini.
6. Perawat pelaksana yang telah berpartisipasi sebagai responden pada penelitian ini
7. Ibuku tercinta, bapak mertua, suamiku Usman, SKM dan anak-anakku tercinta Khalis Talitha Gusman dan Aufaa Caesaria Gusman yang selalu memberikan support moril, doa, dan cinta kasih yang tiada putus kepada peneliti.

8. Rekan-rekan mahasiswa Program Pascasarjana Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan angkatan 2006 yang telah memberikan motivasi dan semangat sehingga peneliti dapat menyelesaikan tesis ini.

Peneliti menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna. Kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan demi kesempurnaan tesis ini. Akhir kata semoga Allah SWT selalu melindungi kita dengan rahmat dan karuniaNya.

Jakarta, Juli 2008

Peneliti



# DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	i
LEMBAR PERSETUJUAN .....	ii
LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI TESIS .....	iii
ABSTRAK .....	iv
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR TABEL .....	x
DAFTAR SKEMA / GRAFIK .....	xii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	9
C. Tujuan Penelitian .....	11
D. Manfaat Penelitian .....	12
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>13</b>
A. Kinerja .....	13
B. Karakteristik Individu .....	29
C. Faktor Organisasi .....	33
<b>BAB III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI</b>	
<b>OPERASIONAL</b> .....	<b>50</b>
A. Kerangka Konsep .....	50
B. Hipotesis .....	51
C. Definisi Operasional .....	51

<b>BAB IV METODE PENELITIAN .....</b>	<b>55</b>
A. Desain Penelitian .....	55
B. Populasi dan Sampel .....	55
C. Tempat Penelitian .....	57
D. Waktu Penelitian .....	57
E. Etika Penelitian .....	57
F. Alat Pengumpulan Data .....	59
G. Hasil Uji Coba Alat Pengumpul Data .....	63
H. Prosedur Pengumpulan Data .....	65
I. Pengolahan dan Analisa Data .....	67
 <b>BAB V HASIL PENELITIAN .....</b>	 <b>71</b>
A. Karakteristik Individu, Faktor Organisasi dan Kinerja Perawat Pelaksana .....	71
B. Hubungan Karakteristik Individu dengan Kinerja Perawat Pelaksana .....	76
C. Hubungan Faktor Organisasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana .....	78
D. Faktor Dominan yang Berpengaruh antara Variabel Independen dan Dependen .....	81
 <b>BAB VI PEMBAHASAN .....</b>	 <b>89</b>
A. Interpretasi dan Diskusi Hasil .....	89
B. Keterbatasan Penelitian .....	113
C. Implikasi untuk Keperawatan .....	114
 <b>BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	 <b>122</b>
A. Kesimpulan .....	122
B. Saran .....	125

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional .....	52
Tabel 4.1	Daftar jumlah responden .....	56
Tabel 4.2	Variabel Penelitian dan Uji Statistik .....	69
Tabel 5.1	Distribusi Responden menurut Umur dan Lama Kerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Langsa, NAD 2 Mei-4 Juni 2008 (n=98) .....	71
Tabel 5.2	Distribusi Responden menurut Jenis Kelamin, Status Perkawinan dan Status Kepegawaian Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Langsa, NAD 2 Mei-4 Juni 2008 (n=98) .....	72
Tabel 5.3	Distribusi Responden menurut Kepemimpinan, Supervisi dan Imbalan yang Dipersepsikan oleh Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Langsa, NAD 2 Mei-4 Juni 2008 (n=98) .....	73
Tabel 5.4	Distribusi kinerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Langsa NAD, 2 Mei – 4 Juni 2008 (n=98).....	74
Tabel 5.5	Distribusi perilaku perawat berdasarkan uraian tugas di Ruang Rawat Inap RSUD Langsa NAD, 2 Mei – 4 Juni 2008 (n=98).....	75
Tabel 5.6	Analisis Hubungan Karakteristik Individu (Umur dan Lama Kerja) dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Langsa, NAD 2 Mei – 4 Juni 2008 (n=98).....	76
Tabel 5.7	Analisis Hubungan Karakteristik Individu (Jenis Kelamin, Status Perkawinan dan Status Kepegawaian) dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Langsa NAD, 2 Mei – 4 Juni 2008 (n=98) .....	77
Tabel 5.8	Analisis hubungan faktor organisasi ( kepemimpinan, supervisi dan imbalan) dengan kinerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Langsa, NAD, 2 Mei – 4 Juni 2008 (n=98).....	78
Tabel 5.9	Analisis bivariat regresi linier berganda karakteristik individu (umur, lama kerja, jenis kelamin, status perkawinan dan status kepegawaian) dan faktor organisasi (kepemimpinan, supervisi dan imbalan) dengan kinerja perawat pelaksana di RSUD Langsa, NAD 2 Mei-4 Juni 2008 (n=98) .....	82

Tabel 5.10	Analisis multivariat regresi linier berganda karakteristik individu (umur, lama kerja) dan faktor organisasi (kepemimpinan, supervisi, imbalan) dengan kinerja perawat pelaksana di RSUD Langsa 2 Mei-4 Juni 2008 (n=98).....	83
Tabel 5.11	Analisis multivariat regresi linier berganda karakteristik individu (lama kerja) dan faktor organisasi (kepemimpinan, supervisi dan imbalan) dengan kinerja perawat pelaksana di RSUD Langsa 2 Mei – 4 Juni 2008 (n=98).....	84
Tabel 5.12	Analisis multivariat regresi linier berganda karakteristik individu (umur, lama kerja) dan faktor organisasi (kepemimpinan, supervisi) dengan kinerja perawat pelaksana di RSUD Langsa 2 Mei – 4 Juni 2008 (n=98).....	84
Tabel 5.13	Analisis multivariat regresi linier berganda karakteristik individu (umur) dan faktor organisasi (kepemimpinan, supervisi) dengan kinerja perawat pelaksana di RSUD Langsa 2 Mei – 4 Juni 2008 (n=98).....	85
Tabel 5.14	Analisis multivariat regresi linier berganda karakteristik individu (umur, lama kerja) dan faktor organisasi (supervisi) dengan kinerja perawat pelaksana di RSUD Langsa 2 Mei – 4 Juni 2008 (n=98).....	85
Tabel 5.15	Analisis multivariat regresi linier berganda umur, lama kerja, kepemimpinan, dan supervisi dengan kinerja perawat pelaksana di RSUD Langsa 2 Mei – 4 Juni 2008 (n=98).....	86
Tabel 5.16	Analisis multivariat regresi linier berganda umur, lama kerja, kepemimpinan, dan supervisi dengan kinerja perawat pelaksana di RSUD Langsa 2 Mei – 4 Juni 2008 (n=98).....	87

## DAFTAR SKEMA/GRAFIK

Skema 2.1	Diagram skematis teori perilaku kinerja dari Gibson .....	28
Skema 2.2	Kerangka Teori penelitian .....	49
Skema 3.1	Kerangka Konsep Penelitian .....	50
Grafik 5.1	Hubungan skor kepemimpinan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Langsa 2 Mei – 4 Juni 2008.....	79
Grafik 5.2	Hubungan skor supervisi kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Langsa 2 Mei – 4 Juni 2008.....	80
Grafik 5.3	Hubungan skor imbalan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Langsa 2 Mei – 4 Juni 2008.....	81

## DAFTAR LAMPIRAN

- |             |   |
|-------------|---|
| Lampiran 1. | Penjelasan penelitian   |
| Lampiran 2. | Persetujuan menjadi responden penelitian  |
| Lampiran 3  | Kuesioner penelitian  |
| Lampiran 4. | Pedoman observasi evaluasi kinerja perawat pelaksana  |
| Lampiran 5  | Petunjuk teknis pengisian <i>checklist</i> pedoman observasi evaluasi kinerja perawat pelaksana |
| Lampiran 6  | Surat permohonan izin penelitian  |
| Lampiran 7  | Surat izin penelitian   |
| Lampiran 8  | Surat telah selesai melaksanakan penelitian   |
| Lampiran 9  | Riwayat hidup peneliti  |

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Persaingan di berbagai sektor terutama bisnis sangat tajam pada era globalisasi ini. Untuk memenangkan persaingan tersebut, perusahaan perlu memiliki keunggulan kompetitif tertentu dibandingkan dengan pesaingnya (Aditama, 2004). Hal ini juga mempengaruhi sistem pelayanan kesehatan di Indonesia, terutama rumah sakit yang merupakan salah satu organisasi di bidang kesehatan yang dituntut harus mengantisipasi terjadinya perubahan tersebut.

Rumah sakit (RS) sebagai suatu organisasi juga terus berubah sesuai pertumbuhan dan pengaruh lingkungan. Ohmae (1992, dalam Aditama 2004) menyebutkan bahwa perubahan terjadi dalam 5 C, yaitu *country*, *cost*, *customer*, *competitor*, dan *company*. Kebijakan berubah dengan peningkatan peran swasta, deregulasi, pengembangan rumah sakit di Indonesia (*country*). Konsep *fee for service* dan pembayaran tunai berubah menjadi kapital dan asuransi kesehatan untuk perubahan *cost*. Kepuasan pelanggan dengan memberikan pelayanan yang berkualitas, cepat dan menyenangkan merupakan perubahan *customer*. Penanaman modal asing pada rumah sakit swasta

menunjukkan adanya *competitors*. Seluruh perubahan ini tentu berdampak pada *company*, di mana rumah sakit harus berubah agar dapat mengantisipasi perubahan tersebut.

Perubahan tersebut juga berdampak pada perubahan pola pikir masyarakat tentang pelayanan di rumah sakit. Masyarakat mulai kritis, sadar hukum, dan menuntut mutu pelayanan yang diterimanya. Rumah sakit harus menjamin bahwa pelayanan yang diberikan harus berkualitas dengan mutu yang dapat dipertanggungjawabkan. Rumah sakit menghadapi tantangan agar siap bersaing serta memberikan pelayanan sesuai tuntutan masyarakat.

Tantangan yang dihadapi rumah sakit melibatkan semua pihak karena rumah sakit dikenal sebagai institusi yang padat karya, padat modal, padat teknologi, dan juga padat masalah (Ilyas, 2001). Banyak profesi atau jenis tenaga kerja, dana, sarana dan fasilitas yang dibutuhkan untuk pelaksanaan pengobatan dan perawatan pasien. Teknologi canggih terus berubah di bidang kesehatan. Masalah yang dihadapi terkait pelayanan kesehatan juga banyak. Pengelolaan yang baik pada manajemen rumah sakit sangat diperlukan terutama manajemen yang menangani sumber daya manusia yang ada di rumah sakit.



Perawat sebagai salah satu sumber daya manusia di rumah sakit merupakan ujung tombak pelayanan, berinteraksi dengan pasien selama 24 jam dalam sehari. Perawat dituntut masyarakat untuk dapat memberikan pelayanan yang mudah, cepat, akurat, terjangkau dan berkualitas. dengan mutu yang diharapkan (Gillies, 1994). Namun tuntutan masyarakat yang demikian besar sering tidak terfasilitasi karena kinerja perawat di rumah sakit tidak sesuai dengan yang diharapkan.

Kinerja menurut Mangkunegara (2002) adalah hasil pelaksanaan tugas baik secara kualitas dan kuantitas sesuai dengan tanggung jawabnya. Sedangkan Ilyas (2001) menyatakan kinerja adalah penampilan hasil karya personel dalam suatu organisasi baik penampilan individu maupun kelompok. Pengertian di atas memberi arti bahwa kinerja adalah pelaksanaan tugas baik secara kuantitas maupun kualitas, baik perorangan maupun bersama-sama dalam suatu organisasi sesuai peran dan fungsinya.

Faktor yang mempengaruhi perilaku dan kinerja seseorang dalam melakukan suatu pekerjaan menurut Gibson (1987 dalam Ilyas, 2001) yaitu variabel individu (kemampuan dan keterampilan, latar belakang pendidikan, dan demografi), variabel psikologi (persepsi, sikap, kepribadian, belajar, dan motivasi), variabel organisasi (sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, dan desain pekerjaan). Ilyas (2001) menambahkan supervisi dan kontrol dalam subvariabel organisasi dapat mempengaruhi

kinerja seseorang.

Prawoto (2007) menemukan ada hubungan bermakna antara umur, tingkat pendidikan, lama kerja, dan status perkawinan dengan kinerja. Sedangkan penelitian yang dilakukan Rusmiati (2006) berbeda hasilnya, yaitu tidak ada hubungan antara umur, jenis kelamin, status perkawinan dan lama kerja dengan kinerja. Sedangkan menurut Robbins (2001) karakteristik individu dapat mempengaruhi kinerja kelompok sehingga akan mempengaruhi individu tersebut berinteraksi dengan yang lain. Kinerja seseorang dapat menurun dengan meningkatnya usia. Bertambahnya usia dianggap kurang dapat beradaptasi dengan perkembangan teknologi baru. Pekerja usia tua dan masa kerjanya lama lebih kecil kemungkinan untuk berhenti. Karyawan yang menikah absensinya lebih rendah, tingkat keluarnya lebih rendah dan menunjukkan kepuasan yang lebih tinggi daripada yang belum menikah. Berdasarkan uraian di atas maka karakteristik perawat sebagian besar mempengaruhi kinerja perawat tersebut, terutama kinerja ia ketika memberikan asuhan keperawatan pada pasien di rumah sakit.

Kinerja perawat dipengaruhi oleh pemimpinnya, kepemimpinan merupakan elemen penting untuk peningkatan pelayanan keperawatan (Huber, 2000). Pendapat Weirich & Koontz (1993 dalam Aditama 2004) menyatakan bahwa kepemimpinan adalah seni atau proses untuk mempengaruhi orang lain sehingga mereka bersedia dengan kemampuan

sendiri dan secara antusias bekerja untuk mencapai tujuan organisasi. Sedangkan Wirawan (2002) menyatakan pemimpin adalah orang yang dikenal oleh dan berusaha mempengaruhi para pengikutnya untuk merealisasikan visinya. Kepala ruangan sebagai pemimpin di unit kerjanya merupakan kunci utama untuk mempengaruhi stafnya dalam meningkatkan asuhan keperawatan.

Gaya kepemimpinan menurut (Huber 2000) merupakan perilaku pemimpin untuk mempengaruhi bawahannya dalam mencapai tujuan. Karakteristik individu ialah faktor yang menentukan gaya kepemimpinan seseorang (Ellis & Hartley, 2000). Kepala ruangan dapat melakukan pendekatan dengan gaya kepemimpinan tertentu, sesuai dengan kondisi, tugas yang akan dilakukan, memotivasi dan berkomunikasi dengan bawahan. Kepala ruangan harus menentukan gaya kepemimpinan yang baik, ketika memberi pengarahan bagi perawat di unit kerjanya dalam mengantisipasi tantangan yang mungkin terjadi ketika bekerja.

Tantangan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan sering terkait dengan bagaimana perawat pelaksana mampu melakukan tindakan keperawatan dengan benar. Tindakan keperawatan memerlukan pengarahan dan pengawasan yang efektif yaitu dengan melakukan supervisi kinerja perawat. Kron (1987, dalam Swansburg 2000) berpendapat supervisi adalah kegiatan pembinaan dengan menerapkan prinsip mengajar, mengarahkan, mengobservasi, dan mengevaluasi secara terus menerus pada

setiap perawat pelaksana dengan sabar, adil, dan bijaksana. Perawat dapat memberikan asuhan keperawatan berkualitas karena supervisi atasannya.

Pelaksanaan supervisi di ruang rawat dapat mengalami hambatan. Hambatan dalam pelaksanaan supervisi terkait dengan penghargaan, ketenagaan dan pemahaman tentang supervisi, visi misi perawatan dan rumah sakit (Susanti, 2006). Hambatan lain adalah persepsi yang tidak baik terhadap supervisi. Purwaningsih (2007) menemukan bahwa 52,1% perawat pelaksana mempersepsikan tidak baik terhadap pelaksanaan supervisi, serta 54,8% perawat mempersepsikan tidak baik tentang kebijakan yang terkait dengan pengembangan staf, rotasi, dan imbalan.

Imbalan merupakan salah satu subvariabel dari organisasi yang mempengaruhi kinerja seseorang. Hasil survei 80% pekerja Amerika yakin tidak ada hubungan antara prestasi kerja dengan imbalan yang didapat. Tetapi 93% pekerja Jepang menyakini bahwa imbalan mempengaruhi peningkatan kerja mereka (Gibson, Ivancevich & Donnelly, 1996). Penelitian Widodo (2006) menemukan ada hubungan yang signifikan antara imbalan dan kepuasan kerja. Perawat yang mendapat imbalan lebih banyak 3,5 kali lebih puas dalam bekerja bila dibandingkan perawat yang tidak dapat. Pengembangan karir tidak ada hubungan bermakna dengan kepuasan kerja serta faktor keterampilan perawat berpengaruh paling dominan terhadap imbalan. Imbalan, pengembangan karir,

dan kepuasan perawat berdampak pada peningkatan kinerja yang terlihat pada indikator kinerja rumah sakit.

RSUD Langsa merupakan rumah sakit pemerintah tipe B Non Pendidikan dengan kapasitas tempat tidur berjumlah 241 buah. Kinerja rumah sakit tahun 2006 dapat dilihat dari *Bed Occupation Rate* (BOR) 73.1%, *Turn Over Interval* (TOI) 1.7 hari, *Average Length Of Stay* (ALOS) 4.3 hari, *Bed Turn Over* (BTO) 54 kali, *Net Death Rate* (NDR) 2.3%, dan *Gross Death Rate* (GDR) 4.2% (Sumber: bagian Rekam Medik RSU Langsa 2006). Data ini menunjukkan masih tingginya minat masyarakat terhadap RSU Langsa sebagai salah satu fasilitas kesehatan yang ada di Kota Langsa, walaupun data belum menunjukkan kualitas mutu layanan yang diberikan.

Komposisi tenaga perawat meliputi 251 perawat terdiri dari 5 S1 Keperawatan ( 2%), 216 DIII Keperawatan (86%), dan 30 SPK (12%). Perawat dengan pendidikan S1 Keperawatan 2 orang sebagai perawat pelaksana, 1 kepala kamar bedah dan 2 bertugas di bidang keperawatan. Kondisi ini membuat peneliti tidak mengambil pendidikan perawat sebagai variabel penelitian. Perawat pelaksana berjumlah 191 orang meliputi 55 orang berstatus pegawai negeri sipil (PNS) dan honor berjumlah 136 orang, dengan pengalaman dan masa kerja yang berbeda-beda.

Fenomena yang ada terkait dengan kinerja di RSUD Langsa tidak menunjukkan kinerja positif. Demonstrasi perawat pada kepala ruang tentang pelaksanaan asuhan keperawatan terjadi pada Desember 2007 (wawancara dengan salah satu Ka Sub Bidang Perawatan). Sebaliknya peneliti banyak mendapatkan keluhan dari kepala ruang bahwa perawat tidak disiplin, mengganti jadwal dinas tanpa sepengetahuan kepala ruang, dan banyaknya keluhan pasien dan keluarga. Konflik juga terjadi antara dokter dengan perawat di Kamar Bedah tentang perawat yang bertugas dan jadwal dinas (wawancara dengan dua kepala ruang pada Januari 2008). Bila hal ini tidak diantisipasi dapat menurunkan kinerja perawat di RSUD Langsa.

Penurunan kinerja perawat di RSUD Langsa tidak pernah dipantau dalam bentuk penilaian kinerja yang akurat. Penilaian kinerja perawat rutin dilakukan ketika akhir tahun dengan menggunakan Daftar Penilaian Pelaksanaan Pekerjaan (DP3). Ketika perawat mengajukan usulan kenaikan pangkat secara fungsional dilakukan penilaian dengan menggunakan sistem kredit poin tetapi pelaksanaan penilaian dilakukan oleh bagian kepegawaian tanpa melibatkan bidang keperawatan. Hal ini terkesan subyektif dan tidak akan memotivasi perawat untuk selalu meningkatkan kinerjanya.

Lubis (2004) menyatakan upah kerja/ imbalan merupakan variabel yang paling dominan

mempengaruhi motivasi perawat bekerja di RSUD Langsa. Imbalan diberikan dalam bentuk insentif yang besarnya ditentukan oleh tingkat pendidikan perawat, selain gaji bagi PNS (sesuai ketentuan Pemerintah) dan gaji pegawai honor yang besarnya ditentukan oleh Pemerintah Kota Langsa. Perawat juga mendapatkan uang dari hasil pendapatan RSUD Langsa dalam bentuk uang jasa medik, yang dibagikan sesuai unit kerjanya. Peneliti berpendapat besarnya insentif yang dibagikan belum memotivasi perawat untuk meningkatkan kinerjanya, karena pembagian belum melihat kinerja seseorang.

Bidang Perawatan masih belum maksimal melakukan usaha untuk peningkatan kinerja perawat. Peneliti mewawancarai salah satu Ka Sub Bidang Perawatan pada awal Januari 2008. Supervisi ke ruangan telah dilakukan tetapi baru seputar kedisiplinan, sikap, dan etika perawatan. Kepala ruangan melaksanakan supervisi hanya ketika perawat mengalami kesulitan dalam bekerja, tanpa ada jadwal tertentu. Uraian tugas juga belum merupakan pedoman dalam bekerja, terlihat hanya satu ruangan yang masih menyimpan dokumen uraian tugas selain bidang perawatan. Peneliti berpendapat perawat belum memahami uraian tugas yang jelas baik di tingkat struktural maupun fungsional, sehingga perawat belum menyadari peran dan fungsinya. Situasi ini juga didukung oleh metode dalam memberikan asuhan keperawatan yaitu metode fungsional yang tidak sesuai dengan uraian tugas yang ada.

Uraian tugas perawat dapat menjelaskan kinerja perawat ketika memberikan asuhan keperawatan pada klien. Penelitian yang dilakukan oleh WHO dan Depkes (2000) memberi hasil bahwa 70% perawat selama 3 tahun terakhir tidak pernah mengikuti pelatihan, 39.8% perawat masih melakukan tugas kebersihan, 47.4% perawat tidak memiliki uraian tugas secara tertulis dan belum dikembangkan monitoring dan evaluasi kinerja perawat secara khusus (Suhartati, 2005, ¶2, dalam <http://www.bppsdmk.depkes.go.id>, diperoleh 05 Februari 2008). Hasil penelitian ini memberi kesimpulan bahwa kinerja perawat di RSUD Langsa masih belum optimal, perawat belum memahami uraian tugasnya.

## **B. Rumusan Masalah**

Penilaian kinerja staf merupakan suatu aspek penting untuk mengoptimalkan kinerja anggota untuk mencapai tujuan organisasi. Pada pelayanan keperawatan salah satu aspek kualitas pekerjaan perawat dilihat dari bagaimana seorang perawat melakukan asuhan keperawatan. Pada kenyataannya ketika melakukan asuhan keperawatan banyak perawat yang tidak mengetahui dan memahami uraian tugasnya sendiri. Perawat tidak memahami uraian tugasnya maka asuhan keperawatan yang diberikan masih belum sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan. Kepala ruangan sebagai manajer lini pertama belum sepenuhnya menyadari peran dan fungsinya sebagai



pemimpin dan supervisor di unit kerjanya. Di sisi lain banyak perawat dengan keterampilan yang seadanya, jarang dibimbing dan supervisi dari kepala ruangan. Asuhan keperawatan dilakukan berdasarkan rutinitas sehari-hari.

Pelayanan keperawatan yang berkualitas dapat ditingkatkan dengan memotivasi kinerja perawat. Gibson (1987 dalam Ilyas 2001) berpendapat kinerja dapat dipengaruhi oleh karakteristik individu dan faktor organisasi. Fenomena di RSUD Langsa sangat menarik peneliti untuk mengetahui hubungan karakteristik individu dan faktor organisasi dengan kinerja perawat dalam upaya meningkatkan pengelolaan manajemen keperawatan di RSUD Langsa.

Berdasarkan masalah diatas, maka dapat peneliti rumuskan pertanyaan penelitian adalah “ Apakah ada hubungan antara karakteristik individu dan faktor organisasi dengan kinerja perawat pelaksana di RSUD Langsa?”

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Diketahui hubungan karakteristik individu dan faktor organisasi dengan kinerja perawat di RSUD Langsa

## 2. Tujuan Khusus

Teridentifikasi:

- a. Gambaran kinerja perawat di RSUD Langsa
- b. Gambaran karakteristik individu (umur, lama kerja, jenis kelamin, status perkawinan dan status kepegawaian di RSUD Langsa.
- c. Gambaran faktor organisasi (kepemimpinan, supervisi, dan imbalan) di RSUD Langsa.
- d. Hubungan umur dengan kinerja perawat di RSUD Langsa.
- e. Hubungan jenis kelamin dengan kinerja perawat di RSUD Langsa.
- f. Hubungan lama kerja dengan kinerja perawat di RSUD Langsa.
- g. Hubungan status perkawinan dengan kinerja perawat di RSUD Langsa.
- h. Hubungan status kepegawaian dengan kinerja perawat di RSUD Langsa.
- i. Hubungan kepemimpinan dengan kinerja perawat di RSUD Langsa.
- j. Hubungan supervisi dengan kinerja perawat di RSUD Langsa.
- k. Hubungan imbalan dengan kinerja perawat di RSUD Langsa.
- l. Faktor yang paling dominan berhubungan dengan kinerja perawat di RSUD Langsa.

### D. Manfaat Penelitian

1. Pada pelayanan keperawatan

Hasil penelitian ini memberikan implikasi pada manajemen keperawatan di RSUD Langsa. Manajemen Keperawatan dapat menggunakan data dari penelitian ini untuk menentukan kebijakan yang terkait dengan penilaian kinerja perawat dan penyusunan program kebutuhan akan pelatihan yang terkait dengan kinerja perawat. Manajer juga dapat mengetahui bagaimana gaya kepemimpinan dan supervisi yang baik serta imbalan yang diharapkan perawat sehingga dapat meningkatkan kinerja perawat. Dampak peningkatan kinerja perawat akan mengakibatkan bertambahnya kepuasan pasien dan memberi pandangan positif masyarakat terhadap rumah sakit.

## 2. Pada perkembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini mempunyai implikasi pada perkembangan ilmu keperawatan. Penilaian kinerja perawat memotivasi kerja perawat, kepala ruangan mengimplementasikan gaya kepemimpinan dan supervisi yang baik. Rumah sakit dapat memberikan imbalan sesuai apa yang diharapkan perawat. Perawat mulai berpikir positif tentang profesinya dan menunjukkan perilaku positif dalam lingkungan rumah sakit. Kualitas asuhan keperawatan akan meningkat dan perawat merasa karirnya lebih baik. Situasi ini memberikan dampak positif pada pelayanan keperawatan di rumah sakit dan meningkatkan profesi keperawatan. Pendidikan dapat menjadikan kinerja sebagai salah satu materi untuk pengembangan ilmu khususnya manajemen keperawatan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini menjelaskan tentang tinjauan pustaka meliputi kinerja perawat dan faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja tersebut. Kinerja dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu faktor individu, faktor psikologi, dan faktor organisasi. Faktor organisasi terdiri dari imbalan, kepemimpinan, sumber daya, struktur, disain pekerjaan, supervisi, dan kontrol. Pada bab ini hanya menguraikan konsep yang akan diukur satu persatu.

#### **A. Kinerja**

Konsep kinerja meliputi pengertian kinerja, penilaian kinerja, manfaat penilaian kinerja, komponen dari kinerja, proses penilaian kinerja, hal yang perlu diperhatikan dalam penilaian kinerja, metode dan alat penilaian kinerja, dan faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja.

##### **1. Pengertian**

Kinerja adalah catatan tentang hasil-hasil yang diperoleh dari fungsi-fungsi pekerjaan atau kegiatan tertentu selama kurun waktu tertentu (Bernardin & Russel, 1993 dalam Depkes 2004). Ilyas (2001) berpendapat kinerja adalah penampilan hasil karya seseorang baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi. Kinerja juga diartikan sebagai upaya untuk mencapai tujuan dan tanggung jawab organisasi (Hersey, Blanchard & Johnson, 1996 dalam Huber 2000). Pendapat lain tentang kinerja diutarakan oleh Soeprihanto

(2001) yaitu kinerja pada dasarnya adalah hasil kerja seorang karyawan selama periode tertentu dibandingkan dengan standar atau target/ sasaran atau kriteria yang telah ditentukan terlebih dahulu dan telah disepakati bersama.

Peneliti berpendapat bahwa kinerja merupakan hasil kerja seseorang baik kualitas maupun kuantitas pekerjaan berdasarkan standar/ kriteria yang telah disepakati bersama dalam kurun waktu tertentu untuk mencapai tujuan organisasi. Perawat memberikan asuhan keperawatan di unit kerjanya sesuai rencana keperawatan yang telah dibuat. Kepala ruangan, selaku atasan perlu melakukan penilaian kinerja untuk mengetahui pencapaian rencana yang disusun untuk mencapai tujuan keperawatan.

## **2. Penilaian kinerja**

Swansburg (1999) berpendapat bahwa penilaian kinerja merupakan proses kontrol. Kinerja seseorang dievaluasi berdasarkan standar-standar tertentu. Lebih lanjut ia menyatakan standar kinerja diturunkan dari analisis pekerjaan, deskripsi pekerjaan, dan evaluasi kinerja, serta dokumen-dokumen lainnya yang menjelaskan mengenai aspek kuantitatif dan kualitatif dari kinerja.

Sebaliknya, Huber (2000) mengutarakan bahwa penilaian kinerja merupakan salah satu sistem manajemen kinerja yang digunakan organisasi untuk memotivasi karyawannya. Kinerja perawat ditentukan oleh motivasi dan kemampuannya. Kemampuan merupakan gabungan dari kapasitas fisik dan mental perawat, yang meliputi pengetahuan, pengalaman, dan keterampilan yang dimilikinya. Motivasi menunjukkan keinginannya

untuk bekerja sesuai tujuan yang diharapkan. Umpan balik kinerja merupakan imbalan non finansial bagi perawat yang berdampak pada motivasi, perbaikan, dan kepuasan perawat.

Aditama (2004), Ilyas (2001), Mangkunegara (2006), dan Simamora (2004) juga mengutarakan bahwa penilaian kinerja merupakan suatu proses sistematis untuk mengetahui hasil kerja perawat, baik kelebihan dan kekurangan dalam bekerja, menggunakan instrumen penilaian kinerja dalam waktu tertentu. Penilaian ini merupakan sarana komunikasi untuk memberi umpan balik pada perawat, agar perawat mengetahui bagaimana kinerjanya dibandingkan dengan standar yang telah ditetapkan.

### **3. Manfaat penilaian kinerja**

Penilaian kinerja bermanfaat bagi organisasi, pihak manajemen, dan karyawan itu sendiri. Gillies (1996), Huber (2000), Koontz dan Weirich dalam Aditama (2004) serta Sheal (2003) berpendapat penilaian kinerja bermanfaat bagi organisasi yaitu untuk analisis pekerjaan, penempatan karyawan sesuai minat dan kemampuan, kebutuhan pelatihan, promosi, dan evaluasi disiplin karyawan.

Manfaat penilaian kinerja untuk manajemen adalah pengembangan manajemen terutama fungsi pengawasan, perbaikan metode penilaian, proses identifikasi perawat yang berprestasi untuk promosi, serta sarana komunikasi atasan dan bawahan. Pihak manajemen juga dapat memberikan umpan balik tentang bagaimana perawat bekerja dan apa yang diharapkan dari organisasi. Penilaian juga untuk merencanakan kebutuhan perawat terhadap pelatihan tertentu yang dibutuhkan untuk peningkatan kinerjanya.

Penilaian kinerja berdampak pada interaksi perawat dengan pasien, terlihat adanya peningkatan kualitas pelayanan keperawatan, dan kepuasan perawat terhadap pekerjaannya. Umpan balik yang diberikan, dapat memperbaiki penampilan kerja perawat dalam melakukan asuhan keperawatan. Perawat merasa pihak manajemen melakukan validasi terhadap penampilan kerjanya. Hasilnya berguna untuk keputusan promosi terhadap perkembangan karir perawat. Evaluasi ini juga memperjelas uraian tugas perawat, dapat memotivasi perawat untuk lebih produktif, serta memberikan kesempatan bagi perawat untuk menyampaikan keluhan, kesulitan ataupun saran bagi manajer dan rumah sakit.

#### **4. Komponen penilaian kinerja**

Penilaian kinerja harus memperhatikan komponen-komponen penting dari pelaksanaan kerja itu. Hasibuan (2003); Mangkunegara (2006); dan Umar (1997) menyatakan komponen penting penilaian kinerja meliputi mutu pekerjaan, kejujuran karyawan, inisiatif, kehadiran, sikap, kerjasama, pengetahuan tentang pekerjaan, tanggung jawab dan pemanfaatan waktu kerja serta kemampuan menanggapi keluhan dari konsumen.

Pendapat Willan (1990 dalam Aditama 2004) tentang penilaian kinerja pada karyawan rumah sakit meliputi pengetahuan tentang pekerjaan, produktivitas, kemampuan menyelesaikan tugas, perilaku dalam bekerja, kemampuan menentukan tindakan dan hubungan kerjasama dengan orang lain. Sedangkan pendapat Swansburg (1999) penilaian

kinerja harus berdasarkan standar-standar tertentu yang berguna untuk mengontrol pelaksanaan kerja perawat.

Penilaian kinerja perawat diukur berdasarkan standar untuk menentukan kualitas penampilan kerja perawat. Standar ini dapat dikembangkan dari standar organisasi, survei kepuasan pasien, dan audit asuhan keperawatan. Pada pelayanan keperawatan, standar ini dikembangkan pada area praktik keperawatan. Huber (2000) berpendapat area tersebut meliputi proses keperawatan, praktik kolaborasi, kepemimpinan, manajemen, pengembangan pendidikan dan profesi keperawatan.

Standar kinerja menurut Swansburg (1999) dan Dienemann (1998) dapat diuraikan dari analisis pekerjaan, uraian tugas dan dokumen-dokumen lain yang menjelaskan tentang aspek-aspek kualitas dan kuantitas dari kinerja. Dokumen dapat berupa Standar Asuhan Keperawatan (SAK), Standar Operasional Prosedur (SOP), daftar kehadiran perawat, catatan harian perawat, catatan prestasi dan kesalahan yang dilakukan perawat, status pasien dan dokumentasi asuhan keperawatan pasien. Dokumen ini menjadi pedoman dalam penilaian kinerja.

Penelitian Hamid (2003) di RSMH Palembang menyatakan perlunya evaluasi kinerja secara rutin terhadap pelaksanaan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) dan menindak lanjuti pelaksanaan kegiatan tersebut. Pihak manajemen diharapkan memberi sanksi bagi perawat yang lalai dalam penerapan SAK dan memberi reward bagi perawat yang



melaksanakan tugas sesuai SAK. Peningkatan kinerja juga dapat dilakukan melalui pelatihan atau bimbingan teknis dan pengawasan terhadap sistim pelaporan. Penelitian ini menunjukkan pentingnya SAK bagi pelaksanaan tugas perawat, tetapi harus juga memperhatikan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang menjadi pedoman bagi perawat dalam bekerja. SAK dan SOP ini telah disosialisasikan dan tetap direvisi mengikuti perkembangan ilmu dan teknologi keperawatan.

Swansburg (2000) menyatakan penilaian kinerja efektif terdiri dari analisis pekerjaan yang menguraikan perilaku pekerjaan yang dapat diamati, terdefinisi dengan jelas dan berhubungan dengan pekerjaan yang dinilai. Pendapat Hasibuan (2003); Samsudin (2005) dan Simanjuntak (2005) menyatakan analisis pekerjaan merupakan proses pengumpulan data tentang karakteristik pekerjaan dan operasionalnya, jenis pekerjaan dan tanggung jawab. Analisis pekerjaan menjelaskan apa yang harus dikerjakan, bagaimana pekerjaan itu dilakukan, dan mengapa harus dikerjakan.

Kegiatan analisis pekerjaan juga bertujuan untuk menyusun uraian tugas (*job description*). Gillies (1994), Samsudin (2005), dan Hasibuan (2003) berpendapat bahwa uraian tugas merupakan informasi tertulis yang menjelaskan tentang identifikasi pekerjaan, tanggung jawab dan wewenang, kondisi pekerjaan dan hubungan dengan pekerjaan lain. Uraian tugas perawat menjelaskan jabatan perawat, persyaratan pendidikan, wewenang dan tanggung jawab perawat, dan rincian pelaksanaan tugas tentang bagaimana melakukan asuhan keperawatan yang diharapkan rumah sakit. Uraian tugas perawat berpedoman pada

standar asuhan keperawatan yang diuraikan pada setiap tahap-tahap pelaksanaan proses keperawatan.

Simanjuntak (2005) dan Hasibuan (2003) berpendapat bahwa salah satu tolok ukur dalam tingkat pencapaian pelaksanaan tugas seseorang atau menilai kinerja seseorang adalah uraian tugas atau uraian jabatan. Uraian tugas dapat menjadi salah satu ukuran perawat dalam melakukan pekerjaan. Uraian tugas dapat berfungsi sebagai pedoman atasan dalam menilai kinerja bawahan dengan melihat perilaku perawat dalam melakukan asuhan keperawatan (Swansburg, 1999).

Marquis & Huston (2000) berpendapat untuk menilai kinerja perawat digunakan uraian tugas sebagai ukuran. Uraian tugas merupakan daftar kegiatan atau tugas yang harus dilakukan oleh setiap karyawan dalam organisasi, acuan penilaian kinerja adalah uraian tugas yang ada (Notoatmodjo, 2003). Depkes (2002) menyatakan penilaian kinerja dengan standar akreditasi penuh total skor minimal 75%. Peneliti berkesimpulan bahwa ketika melakukan penilaian kinerja perawat, perlu menetapkan standar penilaian berdasarkan uraian tugas perawat di rumah sakit.

Uraian tugas perawat pelaksana di RSUD Langsa dikeluarkan tanggal 11 Januari 2002 oleh Direktur RSUD Langsa dengan nomor dokumen 445/ V/ 31/ 2002, meliputi:

- a. Memelihara kebersihan ruang rawat dan lingkungannya.
- b. Menerima pasien baru sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku.
- c. Memelihara peralatan perawatan dan medis agar selalu dalam keadaan siap pakai.

- d. Melakukan pengkajian keperawatan dan menentukan diagnosa keperawatan, sesuai batas kewenangannya.
- e. Menyusun rencana keperawatan sesuai dengan kemampuannya.
- f. Melakukan tindakan keperawatan kepada pasien sesuai kebutuhan dan batas kemampuannya antara lain: (1) Melaksanakan tindakan pengobatan sesuai program pengobatan, (2) Memberikan penyuluhan kesehatan kepada pasien dan keluarganya mengenai penyakitnya.
- g. Melatih/ membantu pasien untuk melakukan latihan gerak.
- h. Melakukan tindakan darurat kepada pasien (antara lain panas tinggi, kolaps, perdarahan, keracunan, henti nafas, dan henti jantung) sesuai protap yang berlaku. Selanjutnya segera melaporkan tindakan yang telah dilakukan kepada dokter.
- i. Melaksanakan evaluasi tindakan keperawatan sesuai batas kemampuannya.
- j. Mengobservasi kondisi pasien, selanjutnya melakukan tindakan yang tepat berdasarkan hasil.
- k. Berperan serta dengan anggota tim kesehatan dalam membahas kasus dan upaya meningkatkan mutu asuhan keperawatan.
- l. Melaksanakan tugas pagi, sore, malam dan hari libur secara bergilir sesuai jadwal dinas.
- m. Mengikuti pertemuan berkala yang diadakan oleh Kepala Ruang Rawat.
- n. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan di bidang keperawatan, antara lain melalui pertemuan ilmiah dan penataran atas izin/ persetujuan atasan.
- o. Melaksanakan sistim pencatatan dan pelaporan asuhan keperawatan yang tepat dan benar sesuai Standar Asuhan Keperawatan.

- p. Melaksanakan serah terima tugas kepada petugas pengganti secara lisan maupun tertulis, pada saat pergantian dinas.
- q. Memberikan penyuluhan kesehatan kepada pasien dan keluarganya sesuai dengan keadaan dan kebutuhan pasien mengenai:
- 1) Program diet
  - 2) Pengobatan yang perlu dilanjutkan dan cara penggunaannya.
  - 3) Pentingnya pemeriksaan ulang di rumah sakit, puskesmas, atau institusi kesehatan lain.
  - 4) Cara hidup sehat, seperti pengaturan istirahat, makanan yang bergizi atau bahan pengganti sesuai dengan keadaan sosial ekonomi.
- r. Melatih pasien menggunakan alat bantu yang dibutuhkan seperti:
- 1) *Rollstoel*
  - 2) Tongkat penyangga
  - 3) Protesa
- s. Melatih pasien untuk melaksanakan tindakan keperawatan di rumah misalnya:
- 1) Merawat luka
  - 2) Melatih anggota gerak
- t. Menyiapkan pasien yang akan pulang, menyediakan formulir untuk penyelesaian administrasi seperti:
- 1) Surat izin pulang

- 2) Surat keterangan istirahat sakit
- 3) Petunjuk diet
- 4) Resep obat untuk di rumah, jika diperlukan
- 5) Surat rujukan atau pemeriksaan ulang

## 5. Proses penilaian kinerja

Proses penilaian kinerja menurut Huber (2000) terdiri dari 4 tahap, yaitu (1) Mengkaji kebutuhan organisasi dan individu (2) Menetapkan sasaran dan waktu pelaksanaan (3) Mengkaji kemajuan dan mengevaluasi kinerja (4) Kembali bekerja lagi. Proses ini berkelanjutan, agar organisasi dapat mencapai tujuan sesuai yang diharapkan. Penilaian kinerja dimulai sejak awal individu bekerja dan berakhir ketika ia keluar atau tidak bekerja lagi.

Gillies (1996); Simanjuntak (2005) dan Huber (2000) menyatakan **tahap pertama** proses ini perlu mengkaji kebutuhan organisasi dan individu serta tujuan yang ingin dicapai. Pengkajian dapat diperoleh dari dokumen meliputi visi dan misi organisasi, struktur organisasi, tugas pokok unit, sasaran organisasi, unit, individu, uraian tugas, rencana kinerja karyawan dan daftar penugasan yang telah atau sedang berlangsung. Survei kepuasan klien serta catatan atasan, teman sejawat dan bawahan juga menjadi pertimbangan dalam tahap ini.

**Tahap kedua** yaitu menetapkan sasaran dan waktu pelaksanaan. Bidang keperawatan,

kepala ruang dan perawat pelaksana membicarakan sasaran yang ingin dicapai, seperti hasil kerja, perbaikan out put kerja, perubahan perilaku, peningkatan efisiensi dan penghematan biaya. Penetapan sasaran bersama antara manajer dan bawahan dapat memberikan hasil yang positif seperti kepuasan kerja, rasa keadilan dan niat untuk memperbaiki kinerja. Adapun waktu pelaksanaan evaluasi kinerja dapat dilakukan sesuai kebutuhan atau menurut kondisi pekerjaan baik setiap hari, setiap akhir minggu, setiap akhir kuartal, setiap akhir semester atau setiap akhir tahun.

**Tahap ketiga** dilakukan pengkajian kemajuan yang telah dicapai dan mengevaluasi kinerja. Pada tahap ini dilihat apa saja yang telah berhasil dicapai sesuai sasaran yang telah ditetapkan dan disepakati bersama. Penilaian kinerja dilakukan dengan membandingkan apa yang telah dicapai tersebut.

Pada **tahap keempat**, maka penilaian kinerja yang dilakukan tadi menjadi awal dari individu dalam melakukan pekerjaan kembali. Perawat dapat memperbaiki atau lebih meningkatkan kinerjanya berdasarkan hasil penilaian kinerja yang dicapainya. Idealnya penilaian kinerja tersebut dapat mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan perawat dalam bekerja, sehingga penilaian tersebut memberikan hal positif bagi individu.

Sashkin (1982 dalam Huber, 2000) mengutarakan bahwa berdasarkan penelitian, ada 10 prinsip dasar dari penilaian kinerja yaitu (1) Manajer perlu dihargai ketika ia melakukan pengembangan bawahannya (2) Manajer harus memiliki *skill* dan *training* tentang alat

penilaian kinerja secara efektif (3) Uraian tugas harus dikaitkan dengan penilaian kinerja (4) Karyawan yang dilibatkan dalam penilaian kinerja lebih konsisten dan lebih puas (5) Tujuan penilaian kinerja yang disetujui oleh karyawan dapat meningkatkan kinerjanya (6) *Problem solving* berfokus pada perilaku yang dihindari (7) Dilakukan secara diskusi antara karyawan dan atasan, dan untuk pemecahan suatu masalah (8) Laporan kerja perlu disertakan sebagai salah satu penilaian (9) Proses penilaian harus sesuai dengan apa yang diharapkan dari suatu pekerjaan (10) Sistem penilaian kinerja perlu diinformasikan untuk keputusan administrasi.

#### **6. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam penilaian kinerja**

Penilaian kinerja harus ditetapkan dengan baik, objektif, jujur sesuai kenyataan yang ada. Gillies (1994); Hasibuan (2003); Huber (2003); Simamora (2004) mengutarakan sering timbul kesalahan dalam penilaian kinerja seperti *leniency, strictness, central tendency, halo effect, bias atasan, recency*, pengaruh organisasional dan pemahaman yang salah tentang standar evaluasi. Proses ini memerlukan persamaan persepsi diantara orang yang menilai terhadap apa yang dinilai. Pada metode riset, dilakukan *interrater reliability* untuk menyamakan persepsi di antara numerator sehingga penilaian tidak bias (Portney & Watkins, 2000).

Beberapa evaluator melihat proses evaluasi kinerja sebagai peluang politis memberikan penghargaan atau menghukum pekerja yang mereka suka atau tidak suka. Wibowo (2007) berpendapat agar evaluasi kinerja objektif dan jujur maka penilaian harus menekankan

pada aspek perilaku daripada sifat, karena sulit mencapai persamaan persepsi bagaimana menilai sikap itu sendiri dan lebih mudah mengamati perilaku ketika evaluator menilai perilaku kerja seseorang. Catatan perilaku kinerja dalam buku harian dapat menjadi bukti akurat, terutama kondisi kritis sehingga lebih objektif. Penilaian sebaiknya menggunakan banyak evaluator, agar informasi lebih akurat.

Evaluator merupakan orang yang ahli di bidangnya, sehingga terjadi persamaan persepsi antara penilai dengan yang dinilai. Apabila tidak menemukan evaluator yang sesuai, alternatifnya adalah melatih orang lain agar dapat melakukan evaluasi tersebut. Sebelum melakukan penilaian, dilakukan sosialisasi apa yang diharapkan dari mereka, disampaikan secara terbuka tentang kesalahan yang diperbuat dan menetapkan penilaian berdasarkan pada hasil yang nyata.

## **7. Metode dan alat penilaian kinerja**

Pengukuran kinerja dapat dilakukan dengan berbagai metode dan alat, yang harus dipilih secara hati-hati karena akan mempengaruhi perilaku atasan ketika melakukan penilaian. Menurut Decker dan Strader (1998 dalam Marquis & Huston, 2000) penilaian kinerja yang efektif berfokus pada kompetensi, pelanggan dan biaya, agar mudah dianalisis kebutuhan pelatihan dan umpan balik.

Huber (2000); Ilyas (2001); Marquis & Huston (2000); Simamora (2004); Samsudin (2005); dan Soeprihanto (2001) mengutarakan beberapa metode penilaian kinerja yang



biasa digunakan yaitu:

**a. Penilaian Diri**

Evaluasi kinerja dilakukan sendiri oleh individu yang bersangkutan, setiap individu didorong untuk memahami apa yang dituntut dari dia dan bagaimana melakukannya. Penilaian cara ini mengharapkan individu memahami keunggulan dan kelemahannya sehingga dapat memperbaikinya. Penilaian sendiri cenderung bias atau dilebih-lebihkan. Hal ini dapat dikurangi dengan menyusun daftar isian dan pedoman yang rinci dengan standar dan ukuran yang jelas.

**b. *Essay Technique***

Metode penilaian *essay* dilakukan atas dengan menuliskan penilaiannya terhadap bawahan meliputi aspek penilaian keseluruhan atas kinerja bawahan, untuk promosi, menguraikan kekuatan dan kelemahan karyawan dan kebutuhan akan pelatihan tambahan. Teknik ini memiliki kelemahan yaitu lamanya waktu yang diperlukan untuk menuliskan kekuatan atau kekurangan dari setiap pekerja.

**c. *Management by Objective (MBO)***

Pemimpin dan karyawan mendiskusikan dan menyepakati bersama tentang tugas dan hasil apa yang harus dicapai oleh karyawan tersebut dalam waktu tertentu, misalnya enam bulan mendatang. Penilaian kemudian dilakukan berdasarkan pencapaian kerja dibandingkan dengan hasil kesepakatan yang ada. Kelebihan cara ini membuat bawahan mengetahui apa yang seharusnya dilakukan, sedangkan kelemahannya memerlukan waktu, usaha, dan

tenaga yang banyak.

**d. *Peer review***

Penilaian ini dilakukan oleh seluruh anggota kerja kelompok dan umpan balik untuk individu dilakukan oleh anggota bukan oleh atasan. Penilaian ini menunjukkan hasil positif untuk pengembangan dibandingkan untuk evaluasi individu. Perlu diperhatikan kerahasiaan penilaian untuk mencegah reaksi negatif dari individu yang dinilai.

**e. *Wawancara***

Metode ini merupakan cara yang paling efektif untuk menyampaikan pada bawahan tentang prestasi kerjanya. Informasi yang dikumpulkan biasanya meliputi kualitas penampilan, penggunaan sumber daya, kemampuan yang diperlihatkan dan diakhiri dengan masalah yang perlu diperbaiki.

**f. *Observasi***

Metode ini dilakukan pada saat mengamati perilaku perawat dalam bekerja. Misalnya pada situasi kritis seperti ketika klien tiba-tiba mengalami gangguan pernafasan. Kepala ruangan mengobservasi apakah yang dilakukan perawat itu sudah sesuai uraian tugas. Kepala ruang hendaknya mencatat sikap dan perilaku perawat pada kondisi kritis (*critical incidents*). Metode observasi ini mempunyai kelemahan, tidak tergambarinya kinerja perawat secara keseluruhan, tetapi menunjukkan kualitas keterampilan perawat dalam bekerja.

### **g. Rating scales**

*Rating scales* ini merupakan metode yang berdasarkan deskripsi pekerjaan, perilaku diinginkan dan karakteristik individu. Penilai membuat penilaian atas dasar skala dengan peringkat baik sekali sampai dengan kurang, yang sering dipakai adalah skala Likert. Aspek yang dinilai meliputi kualitas dan kuantitas pekerja, kerjasama, inisiatif dan ketergantungan pada orang lain. Skala penilaian ini banyak digunakan karena skala ini mudah dipahami dan dijelaskan serta dapat menilai banyak individu dalam waktu singkat.

### **h. Checklist.**

Metode ini menggunakan skala ya atau tidak untuk menjelaskan profil dari karyawan berdasarkan karakteristik, sifat atau perilakunya. Daftar pernyataan khusus dibuat mengenai perilaku yang berhubungan dengan pekerjaan baik yang sudah ada atau belum nampak diketahui. *Checklist* yang sering digunakan adalah *weighted checklist* dan *forced-choice checklist*.

## **8. Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja.**

Gibson (1987, dalam Ilyas 2001) menyatakan bahwa ada tiga variabel yang mempengaruhi kinerja, yaitu variabel individu, variabel psikologik dan variabel organisasi.

Hal ini dapat lebih jelas kita lihat pada skema 2.1

Skema 2.1

## Diagram skematis teori perilaku dan kinerja dari Gibson (1987 dalam Ilyas 2001)

\*) Variabel tambahan dari Ilyas (2001)

**Variabel individu** mempengaruhi bagaimana individu tersebut berinteraksi dengan individu lain dan mempengaruhi kinerjanya. Karakteristik yang berbeda akan memberikan hasil kerja yang berlainan pada setiap individu. Kompetensi individu merupakan kemampuan dan keterampilan yang dimiliki individu yang mempengaruhi individu bekerja. Kompetensi ini dapat dikembangkan dengan pendidikan dan pelatihan yang diterima.

**Variabel psikologik** terdiri dari sub-variabel persepsi, sikap, kepribadian dan motivasi. Variabel ini banyak dipengaruhi oleh keluarga, hubungan sosial, pengalaman kerja

sebelumnya dan variabel demografi. Variabel psikologik ini sulit diukur karena seorang individu masuk dalam organisasi dengan usia, suku, latar belakang budaya dan ketrampilan berbeda satu sama lainnya.

**Variabel organisasi** memberikan efek tidak langsung pada perilaku dan kinerja individu.

Ilyas (2001) berpendapat bahwa untuk negara berkembang seperti Indonesia, perlu adanya penambahan subvariabel lain yaitu supervisi dan kontrol. Dukungan organisasi dapat mempengaruhi kinerja, seperti struktur organisasi, pemilihan teknologi, dan penyediaan prasarana sarana kerja dan lingkungan kerja yang nyaman.

Pihak manajemen juga diperlukan dukungannya untuk mengembangkan kompetensi pekerja, menumbuhkan motivasi dan memobilisasi karyawan untuk bekerja secara optimal. Penyelenggaraan pelatihan, bimbingan yang terkait pekerjaan, dan memberi kesempatan untuk belajar dapat meningkatkan motivasi dan kinerja individu.

## **B. Karakteristik Individu**

Karakteristik individu meliputi umur, status perkawinan, status pendidikan, status kepegawaian, senioritas/ lama kerja. Ciri-ciri individu ini mempengaruhi bagaimana individu tersebut berinteraksi dengan individu lain dan akhirnya mempengaruhi kinerjanya. Penelitian Alfikri (1994 dalam Ilyas 2001) menemukan adanya hubungan karakteristik demografis dengan kinerja.

Kinerja dapat dipengaruhi oleh umur seseorang. Umur produktif menurut Dessler (1998) adalah usia 25 tahun merupakan awal individu berkarir, dan usia 25 – 30 tahun merupakan tahap penentu seseorang untuk memilih bidang pekerjaan yang sesuai bagi karir individu tersebut. Usia 30 – 40 tahun merupakan tahap pematapan pilihan karir untuk mencapai tujuan sedangkan puncak karir terjadi pada usia 40 tahun. Pada usia diatas 40 tahun sudah terjadi penurunan karir.

Siagian (2002) menyatakan bahwa umur mempunyai kaitan erat dengan berbagai segi organisasi, kaitan umur dengan tingkat kedewasaan psikologis menunjukkan kematangan dalam arti individu menjadi semakin bijaksana dalam mengambil keputusan bagi kepentingan organisasi. Hasibuan (2003) berpendapat bahwa umur harus diperhatikan oleh organisasi, karena akan mempengaruhi kondisi fisik, mental, kemampuan kerja dan tanggung jawab seseorang. Karyawan muda mempunyai fisik yang kuat, dinamis, kreatif, tetapi cepat bosan, kurang bertanggung jawab, cenderung absensi dan *turn over*-nya tinggi. Sebaliknya, karyawan yang umurnya lebih tua kondisi fisiknya kurang, tetapi bekerja ulet, tanggung jawab besar, serta *turn over*-nya rendah.

Muchlas (2005) mengemukakan bahwa produktifitas karyawan menurun dengan bertambahnya usia. Hal ini disebabkan karena keterampilan-keterampilan fisik seperti kecepatan, kelenturan, kekuatan dan koordinasi akan menurun dengan bertambahnya umur. Tetapi produktifitas seseorang tidak hanya bergantung pada keterampilan fisik saja, tetapi juga dapat dipengaruhi oleh pengalaman dan lama kerja.

Robbins (2003) berpendapat umur tidak mempunyai hubungan dengan produktifitas, dan karyawan yang menikah tingkat kehadirannya lebih banyak dibanding dengan yang belum menikah. Status perkawinan meningkatkan tanggung jawab dan pekerjaan tetap menjadi penting dan berharga bagi yang berkeluarga. Lama kerja mempunyai hubungan yang positif dengan produktifitas tetapi berhubungan negatif dengan daftar kehadiran (absen).

Riyadi (2007) menemukan ada hubungan bermakna antara umur dengan kinerja, pada usia di atas 25 tahun dengan pengalaman kerja 15 tahun. Hal ini menunjukkan semakin tua atau dewasa usia seorang perawat maka semakin tinggi kinerja keperawatannya. Riyadi juga menyatakan tidak ada hubungan antara jenis kelamin, status kepegawaian, tingkat pendidikan dan pengalaman kerja dengan kinerja perawat. Pendapat ini didukung oleh penelitian Widaningsih (2002) bahwa umur tidak berhubungan dengan kinerja perawat, namun usia lebih dari 37 tahun mempunyai peluang 1,747 kali berkinerja baik dibanding usia yang kurang dari 37 tahun. Penelitian lain yang dilakukan oleh Rivai (2003) menyatakan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara umur, lama kerja dengan kinerja tetapi status perkawinan dan status kepegawaian mempunyai hubungan bermakna dengan kinerja.

Robbins (2003) berpendapat kinerja menurun dengan pertambahan usia. Karyawan tua dianggap kurang menguasai teknologi baru, tetapi kemungkinan keluar dari pekerjaan adalah kecil. Hal ini disebabkan makin tuanya para pekerja maka sedikit kesempatan untuk

mencari alternatif pekerjaan lain.

Kinerja juga dapat dipengaruhi oleh masa kerja dan pengalaman individu. Mendrova (1995, dalam Ilyas 2001); Simanjuntak (2005); Robbins (2003) berpendapat pengalaman kerja berhubungan dengan kinerja. Pengalaman kerja dapat meningkatkan keterampilan individu bekerja. Semakin sering ia melakukan pekerjaan itu, maka semakin terampil ia bekerja. Hal ini sesuai dengan pendapat Siagian (2002) bahwa semakin lama seseorang bekerja dalam suatu organisasi maka semakin meningkat produktifitasnya karena karyawan semakin berpengalaman dan memiliki keterampilan dalam bekerja. Berbeda pendapat Tappen (2004) bahwa lama kerja yang tidak didukung pengembangan staf yang baik akan menurunkan kualitas pekerjaannya.

Kinerja seseorang sering dikaitkan dengan lama kerja seseorang. Lamanya kerja atau senioritas menjadi salah satu kriteria promosi dalam suatu organisasi (Simamora, 2004). Tetapi kelemahan senioritas dapat menurunkan motivasi karyawan lain ketika kinerja mereka yang tinggi tidak diperhitungkan dalam memperoleh promosi. Karyawan yang berorientasi karir akan mencari pekerjaan lain yang lebih mengutamakan kinerja seseorang daripada senioritas.

Semua karakteristik individu perawat dapat mempengaruhi ia dalam bekerja. Perlu diciptakan suatu lingkungan yang dapat memotivasi perawat bekerja, dengan memahami keunikan masing-masing individu. Timpe (2000) menyatakan pada iklim yang kondusif



seorang karyawan akan dapat lebih bekerjasama untuk menghasilkan produk yang bermutu dan berkaitan erat dengan pencapaian tujuan pekerjaan. Kurangnya kesempatan untuk mengembangkan diri, tidak berjalannya system reward, kurang berjalannya evaluasi kinerja, kurang pengaturan atas kinerja yang dilakukan oleh perawat pelaksana dalam melakukan asuhan keperawatan menyebabkan perawat pelaksana hanya mengerjakan pekerjaan sebagai bagian dari kewajiban saja sehingga kinerjanya pun tidak optimal.

### **C. Faktor Organisasi**

Konsep faktor organisasi meliputi kepemimpinan, supervisi dan imbalan, yang semuanya akan mempengaruhi perawat dalam bekerja.

#### **1. Kepemimpinan**

Pengertian kepemimpinan dari para ahli manajemen, di antaranya pengertian menurut Hersey, Blanchard, dan Johnson (1996, dalam Huber 2000). Mereka menyatakan bahwa kepemimpinan merupakan suatu proses mempengaruhi orang lain, baik individu atau organisasi, dalam upaya mencapai tujuan pada suatu situasi. Definisi lain dari Stogdill dalam Swansburg (1999) menguraikan kepemimpinan sebagai suatu proses yang mempengaruhi aktifitas kelompok terorganisasi dalam upaya menyusun dan mencapai tujuan, anggota kelompok mempunyai tanggung jawab masing-masing dan saling mempengaruhi kegiatan kelompok. Pemimpin yang dimaksud adalah seseorang yang dengan sukarela diikuti oleh anggota kelompok. Definisi dari Stogdill ini dapat dipakai dalam dunia keperawatan.

Winardi (1990, dalam Aditama 2004) menyampaikan bahwa seorang pemimpin adalah seseorang karena kecakapan pribadinya, dengan atau tanpa pengangkatan resmi, dapat mempengaruhi kelompok yang dipimpinnya untuk mengarahkan upaya bersama ke arah pencapaian sasaran-sasaran tersebut. Peneliti berpendapat bahwa kepemimpinan merupakan suatu proses yang terdiri dari aspek pemimpin, pengikut, situasi dan tujuan organisasi. Seorang pemimpin harus memiliki pengetahuan dan skill yang sesuai dengan bidangnya, sehingga pengikutnya dengan sukarela mengikuti tindakannya. Kepala ruangan seharusnya memiliki pengetahuan tentang keperawatan dan keterampilan klinik sesuai dengan ruangan yang menjadi tanggung jawabnya, agar ia dapat menjadi role model atau tempat konsultasi bagi stafnya, sehingga ia pantas dinilai menjadi pemimpin

Kegiatan kepemimpinan dalam keperawatan mencakup bagaimana cara mengarahkan, mensupervisi, mengawasi tindakan staf dan mengkoordinasikan kegiatan yang dilakukan serta mempersatukan usaha dari berbagai individu dengan karakteristik yang berbeda (Gillies, 1994). Kegiatan kepemimpinan tersebut terkait juga dengan kegiatan manajerial yaitu perencanaan, pengorganisasian, motivasi, dan pengendalian.

Pada perencanaan, kepemimpinan diarahkan pada kegiatan pengenalan masalah, penetapan tujuan baik jangka panjang dan jangka pendek sesuai dengan masalah yang ada, serta upaya untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan pengorganisasian diarahkan untuk mengelola sumber daya yang ada untuk mencapai tujuan organisasi. Kepala ruangan juga harus dapat memotivasi stafnya untuk meningkatkan kinerja serta kualitas pencapaian

tujuan. Pada pengendalian, kegiatan kepemimpinan dilakukan untuk membandingkan hasil dengan perencanaan yang dibuat.

Kepala ruangan sebagai *first line manager* mempunyai dua tanggung jawab utama (Gillies, 1996). **Tanggung jawab pertama** melakukan asuhan keperawatan secara efektif dan aman terhadap klien, yang dilakukan atas usaha stafnya. Tugas ini dilakukan dengan mengarahkan staf bekerja sesuai kebijaksanaan dan standar RS serta harus mengawasi pelaksanaan tugas tersebut.

**Tanggung jawab kedua** adalah memenuhi kebutuhan fisik dan psikologis serta jabatan bagi stafnya, disini perlu pengetahuan dan keterampilan kepala ruangan. Pemahaman kepala ruangan tentang hukum, ekonomi, hubungan buruh dan keterampilan berkomunikasi sangat diperlukan.

Kepala ruangan selain melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan mengarahkan stafnya untuk melakukannya, ia juga dituntut harus mampu memenuhi kebutuhan fisik dan psikologis bawahannya. Akibatnya kepala ruangan harus memiliki pengetahuan dan keterampilan yang sesuai dengan ilmu keperawatan serta kemampuan dalam memimpin stafnya untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan yang telah ditetapkan.

Keberhasilan pencapaian tujuan asuhan keperawatan sangat dipengaruhi oleh gaya kepemimpinan kepala ruangan itu dalam berinteraksi dengan stafnya. Hal ini sesuai dengan pendapat Wirawan (2003) bahwa gaya kepemimpinan mencerminkan apa yang

dilakukan oleh pemimpin dalam mempengaruhi pengikutnya dalam merealisasikan visinya. Gillies (1996); Huber (2000); Tappen; Weiss dan Whitehead (2004); Wirawan (2003); Marrelli, (1997) berpendapat ada empat gaya kepemimpinan yaitu:

**a. Gaya Otokratis**

Gaya pemimpin yang berorientasi dengan tugas, menggunakan jabatan dan kekuatan pribadinya dengan otoriter, semua keputusan diambil oleh pemimpin dan bawahan hanya menjalankan keputusan tersebut. Pemimpin merasa selalu benar dan mempunyai hak serta kewajiban untuk menghukum bawahan jika tidak mematuhi pemimpin. Komunikasi dilakukan secara formal melalui jalur hirarki organisasi satu arah dari atas kebawah. Pemimpin memotivasi bawahan menggunakan pujian, kesalahan dan penghargaan. Kelemahan tipe ini menurut Ellis dan Hartley (2000) adalah ketika bawahan merasa tidak didengar atau disupport, mereka kurang bersemangat untuk mencapai tujuan. Gaya ini menimbulkan persaingan dan ketergantungan bawahan. Kelebihannya yaitu pada situasi darurat, keputusan dapat diambil cepat, tanpa waktu yang lama untuk berkonsultasi. Gaya kepemimpinan ini sesuai pada kasus emergensi, karena dibutuhkan pemimpin yang dapat mengambil keputusan dengan cepat dan tepat.

**b. Gaya Demokratis**

Gaya pemimpin ini menghargai karakteristik dan kemampuan individu. Pemimpin ini menggunakan jabatan dan kekuatan untuk memotivasi bawahan untuk menentukan tujuannya sendiri. Pemimpin bersama bawahan bersama-sama membuat rencana kegiatan dan dilaksanakan oleh bawahan dengan supervisi atasan.

Kelemahan gaya ini yaitu keputusan dibuat dengan pertimbangan bawahan sehingga prosesnya berlangsung lama. Kelebihannya bawahan merasa termotivasi untuk menentukan keputusan dan pemimpin mau menerima pendapatnya. Keterlibatan bawahan dalam mengumpulkan data, merencanakan, analisis, implementasi dan evaluasi tugas membantu pemimpin melakukan tugasnya.

#### **c. Gaya *Partisipatif***

Gabungan bersama dari pemimpin otokratik dan demokratik. Pemimpin mengutarakan masalah yang ada, meminta pendapat dari bawahan serta memutuskan tindakan yang diambil berdasarkan usulan dari bawahannya tadi. Pemimpin akan mendorong kemampuan mengambil keputusan dari bawahannya sehingga pikiran-pikiran mereka akan selalu meningkat dan matang. Pemimpin melakukan pembagian tugas dan mendelegasikan sebagian tugas dan wewenangnya kepada bawahan.

Kelemahan tipe ini tidak cocok pada situasi darurat atau kritis. Pengambilan keputusan lambat, dan memerlukan pengertian dan kesabaran pemimpin. Sedangkan kelemahannya yaitu menciptakan tim kerja antara pemimpin dan bawahan yang kohesif. Bawahan merasa adanya kepuasan dalam bekerja.

#### **d. Gaya *Laissez faire***

Gaya pemimpin yang terima beres, melepaskan tanggung jawab, membiarkan bawahan

melakukan aktivitas tanpa ada pengarahan, supervisi dan koordinasi. Pimpinan menginginkan bawahan bisa mengendalikan diri mereka sendiri dalam menyelesaikan pekerjaan tersebut sehingga ia tidak perlu membuat peraturan-peraturan tentang pelaksanaan tersebut.

Kelebihan tipe ini memberikan kebebasan bagi bawahan, meningkatkan motivasi karena bekerja mandiri, dan menimbulkan kepuasan kerja bagi bawahan. Kelemahannya tidak cocok untuk bawahan yang kemampuan dan pengalamannya kurang. Jika pemimpin lemah, rentan penyalahgunaan oleh bawahan.

Aplikasi semua gaya kepemimpinan di atas diperlukan pada kondisi-kondisi tertentu dan tergantung pada kemampuan staf yang ada. Pada saat situasi gawat darurat, sering diperlukan kepemimpinan otoriter untuk memobilisasi tindakan dalam usaha penyelamatan hidup klien. Tetapi bila staf memiliki kemampuan memadai maka kepemimpinan *Laissez faire* merupakan pilihan yang tepat. Kepala ruangan hendaknya memahami bagaimana gaya kepemimpinan yang harus dilakukannya sesuai kondisi yang ada untuk memotivasi kinerja perawat bawahannya.

Terkait penilaian kinerja, maka peran kepemimpinan kepala ruangan yaitu menggunakan penilaian kinerja sebagai alat meningkatkan motivasi bawahan dan sarana promosi, mengurangi kecemasan dengan memakai tehnik-tehnik tertentu, melibatkan bawahan pada semua aspek penilaian, sadar akan adanya bias dan prasangka, mengembangkan

kepercayaan bawahan dengan melakukan penilaian yang fair dan jujur, meningkatkan penilaian teman sejawat, menggunakan teknik wawancara untuk memfasilitasi komunikasi dua arah, memotivasi staf agar mengungkapkan kelemahannya sendiri, memakai teknik *coaching* dalam memotivasi kinerja serta melakukan penilaian pribadi dengan cara wawancara untuk mengetahui kebutuhan staf yang berbeda-beda.

Hasil penelitian oleh Aminudin (2001) pada 80 perawat pelaksana di RSUD dr M Yunus Bengkulu, menemukan adanya hubungan antara kepemimpinan dengan kinerja ( $p \text{ value} = 0,002$ ), penelitian oleh Prambudi (2004) pada 90 perawat pelaksana di RS Wonogiri. Berbeda penelitian yang dilakukan oleh Nomiko (2007) pada 50 perawat pelaksana di RSJ Jambi, yang menyatakan tidak ada hubungan kepemimpinan dengan kinerja ( $p \text{ value} = 0,560$ ).

## 2. Supervisi

Supervisi merupakan salah satu subvariabel organisasi yang mempengaruhi kinerja. *American Nursing Association* dalam McEachen (2007) menyatakan bahwa supervisi adalah suatu proses mengarahkan, memberi petunjuk dan mempengaruhi outcome dari kinerja seseorang dalam melakukan tugasnya. Supervisi merupakan fungsi pengawasan kepala ruang terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan yang diberikan stafnya. Supervisi dilakukan ketika tugas didelegasikan pada bawahan, kemudian kepala ruang mengobservasi dan memberi petunjuk pelaksanaannya sehingga hasilnya sesuai dengan standar yang diharapkan.

Keliat et all (2006) berpendapat bahwa supervisi atau pengawasan adalah proses memastikan kegiatan dilaksanakan sesuai dengan tujuan organisasi dengan cara melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan kegiatan tersebut. Supervisi dilakukan untuk memastikan kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Jadi supervisi dapat disimpulkan yaitu kegiatan pengawasan pelaksanaan pekerjaan, dilakukan dengan cara bimbingan dan petunjuk sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

Kejanggalan supervisi sering terjadi di pelayanan keperawatan. Supervisor ketika melakukan tugasnya sering hanya memperhatikan penampilan perawat dalam bekerja, terkesan supervisi menjadi kegiatan yang menakutkan bagi perawat pelaksana. Supervisi menjadi hal yang tidak menyenangkan bagi perawat yang disupervisi. Pihak manajemen sering berbeda pendapat tentang siapa yang berkewajiban melakukan supervisi itu.

Keliat et all (2006) dan Gillies (1994) menjelaskan bahwa supervisi bukanlah kegiatan pemeriksaan atau mencari kesalahan, tetapi lebih kepada pengawasan partisipatif. Bawahan tidak merasakan bahwa ia sekedar dinilai, tetapi dibimbing untuk melakukan pekerjaannya secara benar. Kepala ruangan menghargai apa yang telah dicapai bawahan atau hal positif yang dilakukan, serta memberikan jalan keluar untuk kelemahannya. Perlu disadari bahwa kekurangan terjadi karena supervisi yang tidak tepat. Hal ini didukung penelitian Siagian (2003) yang menemukan adanya hubungan yang bermakna antara pengaruh supervisi kepala ruang rawat inap terhadap kinerja perawat pelaksana di RSUD Sidoarjo (Siagian,



2003 ¶ 4, <http://adln.lib.unair.ac.id>, diakses 20 Februari 2008 ).

McEachen (2007) dan Gillies (1996) menyatakan supervisi dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung. Supervisi langsung dilakukan ketika kepala ruang mengobservasi dan membimbing staf pada saat pekerjaan tersebut dilakukan. Sedangkan supervisi tidak langsung dilakukan ketika kepala ruang mengawasi penyelesaian tugas yang telah didelegasikan pada staf. Kepala ruangan memastikan tugas dikerjakan tepat waktu, dengan hasil yang memuaskan. Bila pelaksanaan tugas tidak selesai, bawahan melaporkan pada kepala ruangan tentang hambatan apa yang terjadi.

Supervisor sering tidak dilakukan pada kegiatan rutin, seperti cara mencuci tangan ketika perawat bekerja. Tetapi, perlu bagi supervisor memperhatikan apakah cuci tangan tadi dilakukan sesuai prosedur. Tindakan ini bertujuan untuk menghindari resiko yang mungkin timbul. Pada tindakan yang berisiko, kompleks, butuh prosedur yang rumit, hasil kerja yang sulit diprediksi, jarang dilakukan maka perlu dilakukan supervisi.

Seorang supervisor harus memiliki kompetensi sebagai pengarah, pemberi saran, motivator, pelatih atau pembimbing dan penilai (Arwani, 2006). **Kompetensi pertama** yaitu supervisor keperawatan harus mampu memberikan pengarahan dan petunjuk yang jelas sehingga dapat dimengerti staf keperawatan. **Kompetensi kedua** yaitu mampu memberikan saran, nasihat dan bantuan yang benar-benar dibutuhkan oleh staf keperawatan.

Pemilihan waktu yang tepat juga menjadi bahan pertimbangan ketika melakukan supervisi. Penelitian Nurizzah (2002) di RSUD Batang Jawa Tengah menemukan data perawat yang mengalami satu kali sehari disupervisi kepala ruang mempunyai peluang lebih baik kinerjanya dibanding perawat yang disupervisi dua kali atau lebih. Perawat yang baru masuk lebih sering disupervisi daripada perawat dengan masa kerja yang lama. Perawat senior lebih merasa dihargai kemampuannya, sedangkan junior merasa diperhatikan, dibimbing dalam bekerja.

**Kompetensi ketiga** adalah kemampuan dalam memberikan motivasi untuk meningkatkan semangat kerja staf. Supervisor harus mengetahui kapan waktu yang tepat untuk memotivasi bawahan dan dengan cara apa motivasi dilakukan. **Kompetensi keempat** adalah kemampuan memberikan pelatihan dan bimbingan yang diperlukan oleh staf sehingga supervisor dituntut untuk mengetahui prosedur tetap suatu kegiatan. Tujuan supervisi adalah untuk memeriksa, menilai dan memperbaiki penampilan kerja perawat. Kriteria perilaku perawat sesuai standar bekerja dan pemahaman tentang uraian tugas perawat harus diperhatikan supervisor.

**Kompetensi kelima** yang perlu dimiliki adalah kemampuan dalam melakukan penilaian secara objektif dan benar terhadap kinerja perawat.. Supervisor harus mempunyai standar penilaian agar tidak menimbulkan kesalahan dalam menilai kinerja perawat. Penilaian sering dikaburkan dengan hubungan pribadi antara supervisor dan yang disupervisi

sehingga dapat menimbulkan penilaian yang tidak objektif.

Saljan (2005) menyatakan ada pengaruh yang signifikan peran supervisor sebagai penilai dalam supervisi terhadap peningkatan kinerja perawat pelaksana. Supervisor berperan sebagai penilai kinerja ketika perawat melakukan asuhan keperawatan. Supervisi merupakan cara untuk mengevaluasi perkembangan staf dalam bekerja. Ketika melakukan supervisi, kepala ruangan dapat melakukan penilaian pelaksanaan asuhan keperawatan oleh perawat. Evaluasi dilakukan untuk mengetahui kelebihan dan kelemahan bawahan, sehingga dapat merencanakan pengembangan staf dalam bentuk pelatihan yang diperlukan dan perbaikan kinerja.

Penelitian yang dilakukan oleh Widaningsih (2002) pada 216 perawat pelaksana di RSPAD Gatot Soebroto dengan  $p\text{ value} = 0,000$ , menemukan adanya hubungan supervisi dengan kinerja dan Nomiko (2007) pada 50 perawat pelaksana di RSJ Jambi, menemukan adanya hubungan supervisi dengan kinerja ( $p\text{ value} = 0,009$ ). Sebaliknya penelitian Rusdi (2001) pada 53 perawat pelaksana di RSUD Ciawi menemukan tidak ada hubungan supervisi dengan kinerja ( $p\text{ value} = 0,059$ ).

### **3. Imbalan**

Survei yang dilakukan ANA (1991, dalam Huber, 2000) menyatakan elemen penting dari pekerjaan perawat di Amerika meliputi pelaksanaan asuhan keperawatan yang berkualitas, *caring* pada pasien, profesional, pengelolaan staf yang adekuat dan lingkungan kerja yang

aman. Kondisi ini sangat berbeda di Indonesia, perawat belum sepenuhnya menyadari arti dari elemen penting tadi. Kenyataannya perawat masih berorientasi pada imbalan dalam melakukan pekerjaan, baik imbalan ekstrinsik maupun intrinsik.

Kusuma (2003) menemukan bahwa salah satu penyebab yang mempengaruhi motivasi kerja perawat, adalah sistem kompensasi. Motivasi kerja perawat dipengaruhi secara signifikan oleh kompensasi non finansial maupun kompensasi finansial. Sedangkan rendahnya motivasi kerja perawat, hanya dipengaruhi sistem kompensasi non finansial saja. Artinya, faktor uang (finansial) bukan yang dominan dalam pekerjaan di dunia keperawatan. Teori ini didukung oleh penelitian Nurhaeni (2001) pada 102 perawat pelaksana di RSJ Makasar, yang menemukan tidak ada hubungan imbalan dengan kinerja ( $p \text{ value} = 0,549$ ). Penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian dari Asman (2001), Widaningsih (2002), dan Aminudin (2002) yang menemukan adanya hubungan imbalan dengan kinerja perawat pelaksana di rumah sakit.

Desler dalam Samsudin (2005), Hasibuan (2003) dan Wibowo (2007) mengutarakan pengertian dari imbalan atau kompensasi yaitu kompensasi atau imbalan mengandung makna suatu pembayaran atau imbalan baik langsung dan tidak langsung yang diterima karyawan sebagai hasil dari kinerjanya. Kinerja seseorang akan meningkat ketika ia merasa diperlakukan secara adil baik antar pekerja maupun dalam pemberian imbalan atau penghargaan. Tetapi, semangat kerja akan menurun bila kontribusi pekerja tidak dihargai dengan imbalan atau kompensasi yang tidak seimbang apalagi bila tidak cukup memenuhi

hidup layak bagi pekerja.

Samsudin (2005) menyatakan pemberian kompensasi bertujuan meliputi (1) pemenuhan kebutuhan ekonomi karyawan, (2) meningkatkan produktivitas kerja, (3) memajukan organisasi, (4) menciptakan keseimbangan dan keadilan. Peneliti berkesimpulan bahwa perlu adanya kepastian menerima gaji, jaminan bagi dirinya dan keluarga yang menjadi tanggungannya. Pemberian kompensasi yang baik akan mendorong karyawan bekerja secara produktif. Organisasi yang sukses dapat terlihat dari besarnya kompensasi yang diberikan organisasi. Kompensasi berhubungan dengan persyaratan yang harus dipenuhi karyawan pada jabatan sehingga tercipta keseimbangan antara *input* dan *output*.

Fungsi pemberian kompensasi adalah (1) pengalokasian sumber daya manusia secara efisien. Fungsi ini menunjukkan pemberian kompensasi pada karyawan yang berprestasi akan mendorong mereka bekerja lebih baik lagi. (2) Penggunaan sumber daya manusia secara lebih efektif dan efisien, dimana organisasi akan menggunakan tenaga karyawan dengan seefisien dan seefektif mungkin. (3) Mendorong stabilitas organisasi dan pertumbuhan ekonomi secara keseluruhan (Samsudin, 2005).

Kompensasi merupakan pemberian balas jasa baik secara langsung berupa uang (finansial) maupun tidak langsung berupa penghargaan (non finansial). Bila seseorang menggunakan pengetahuan, keterampilan, tenaga dan sebagian waktunya untuk berkarya pada suatu organisasi, maka dilain pihak ia mengharapkan menerima kompensasi atau imbalan

tertentu.

Simamora (2004) menyatakan ada dua kategori imbalan yaitu imbalan intrinsik dan imbalan ekstrinsik. Imbalan intrinsik adalah imbalan yang dinilai didalam dan oleh mereka sendiri yang meliputi perasaan kompetensi pribadi, perasaan pencapaian pribadi, tanggung jawab dan otonomi pribadi, perasaan pertumbuhan dan pengembangan diri, pengakuan informal, status dan kepuasan kerja. Imbalan ekstrinsik merupakan imbalan yang dihasilkan secara eksternal oleh seseorang atau sesuatu lainnya. Sebagian besar imbalan ekstrinsik dikendalikan dan dibagikan secara langsung oleh organisasi untuk mempengaruhi perilaku dan kinerja anggotanya. Imbalan ekstrinsik antara lain gaji, tunjangan karyawan, sanjungan dan pengakuan, pengakuan formal, promosi, hubungan sosial, lingkungan kerja dan pembayaran isentif.

Penilaian kinerja memberikan dampak positif yaitu meningkatnya motivasi staff perawatan untuk meningkatkan kinerjanya dalam melakukan asuhan keperawatan. Ilyas (2001) mengutarakan bahwa penilaian kinerja sering digunakan sebagai alat untuk menentukan penyesuaian gaji dan juga untuk memperbaiki kinerja seseorang. Tetapi kenyataan masih banyak instansi yang belum menetapkan pembayaran gaji/ imbalan/ kompensasi sesuai kinerja seseorang melainkan berdasarkan pangkat atau golongan terutama dilingkungan pegawai negeri sipil. Kondisi ini dirasakan tidak memadai sehingga pegawai sering merasa prestasi kerja, motivasi maupun kepuasan kerja mereka cenderung menurun.

Robbins (2002) berpendapat imbalan yang diterima menunjukkan keberhasilan kerja dan

kepuasan karyawan disaat mereka merasa imbalan tersebut pantas didapatkannya. Imbalan berkaitan dengan kinerjanya dan disesuaikan dengan kebutuhan individu. Bila hal ini tidak terpenuhi maka kondisi ini akan mengakibatkan rasa tidak puas diantara karyawan, banyak yang tidak masuk bekerja, keluar dari pekerjaan dan berkurangnya komitmen terhadap organisasi.

Penelitian oleh Susanti (2006) di RS PGI Cikini menemukan hasil bahwa kepala ruangan merasa jabatan yang didapatnya merupakan peningkatan jenjang karirnya, didapat dari kepercayaan atasan dan merupakan hasil dari kinerjanya selama ini. Tetapi kepala ruangan merasa beban kerjanya tidak sesuai dengan penghargaan yang diterima, tunjangan serta perhatian pimpinan dianggap masih kurang. Peneliti berpendapat imbalan sangat mempengaruhi motivasi dan kinerja tenaga kesehatan terutama perawat di rumah sakit. Penghargaan terhadap prestasi kerja dapat diberikan pimpinan rumah sakit dalam bentuk promosi, yaitu menjadikan perawat pelaksana menjadi ketua tim atau kepala ruangan. Tetapi hal ini memberikan dampak negatif apabila promosi itu tidak diimbangi dengan peningkatan gaji atau upah sebaliknya menjadi penambahan beban kerja bagi perawat tersebut.

Sistim imbalan yang efektif menurut As,ad (2002) adalah sistim yang memperhatikan (1) prinsip keadilan dalam hal pemberian imbalan (2) kesetaraan, yaitu perbandingan apa yang diterima seseorang dengan apa yang diterima orang lain dengan tolok ukur sama yaitu dengan memperhitungkan usia, tingkat pendidikan, jenis pelatihan, pengalaman kerja,

beban kerja dan tanggung jawab (3) prinsip kewajaran, yaitu jumlah dan jenis imbalan dengan memperhatikan individu dan tanggungannya (4) kemampuan seseorang, dengan memperhatikan keterbatasan kemampuan organisasi dan melihat kepentingannya dan keahlian seseorang.

Sistem imbalan efektif menurut Siagian (2006) yaitu memperhatikan (1) analisis pekerjaan, (2) penilaian pekerjaan (3) survei berbagai sistem imbalan yang berlaku, dan (4) menentukan harga setiap pekerjaan. Peneliti berkesimpulan bahwa perlu disusun deskripsi jabatan, uraian pekerjaan dan standar pekerjaan untuk menjadi pedoman dalam menentukan imbalan. Penilaian pekerjaan dilakukan agar imbalan yang didapat sesuai dengan pekerjaan yang dilakukan. Survei dilakukan untuk mengetahui apakah imbalan yang didapat sesuai dengan peraturan pemerintah dan organisasi profesi. Pemberian imbalan juga memperhatikan besarnya imbalan di organisasi lain yang sama jenis pekerjaannya.

Pemahaman pada sistem imbalan yang efektif akan membantu pihak manajemen dalam membuat kebijakan tentang kompensasi atau imbalan sehingga dapat memotivasi bawahan untuk meningkatkan kinerjanya dalam mencapai tujuan organisasi. Agar sistem imbalan dapat mencapai sasarannya, yaitu peningkatan motivasi dan kinerja bawahan maka berbagai prinsip seperti keadilan, kewajaran dan *komparasi* perlu diperhatikan. Bawahan merasa bahwa prestasi kerja, harkat dan martabat mereka sebagai manusia benar-benar diakui, dihargai dan dihormati.



Penjelasan konsep-konsep diatas memberi kesimpulan bahwa salah satu cara untuk mengukur kinerja perawat adalah melakukan penilaian dengan menggunakan uraian tugas perawat. Pihak manajerial perlu memperhatikan bagaimana penilaian kinerja itu dilakukan sehingga sesuai dengan tujuan yang diharapkan. Penilaian kinerja yang objektif, dapat dipercaya oleh bawahan, maka diperlukan suatu standar yang telah ditetapkan sebelumnya, seperti uraian tugas yang menggambarkan bagaimana seharusnya perilaku perawat ketika melakukan asuhan keperawatan.

Karakteristik perawat sangat mempengaruhi kemampuan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan. Kinerja perawat juga dapat ditingkatkan bila gaya kepemimpinan, adanya pelaksanaan supervisi yang dapat meningkatkan motivasi perawat bekerja dan imbalan yang diterima dirasakan adil dan sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya. Bila semua aspek diatas telah terpenuhi maka tujuan keperawatan akan tercapai. Berdasarkan uraian di atas, maka dapat digambarkan skema kerangka teori penelitian ini adalah:

## **BAB III**

# **KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL**

### **A. Kerangka Konsep**

Kerangka konsep penelitian ini dikembangkan dari kerangka teori yang telah dijelaskan pada bab II. Kerangka konsep penelitian berguna untuk memperjelas alur pikir penelitian. Gibson (1987) berpendapat bahwa karakteristik individu (umur, jenis kelamin, lama kerja, status perkawinan, dan status kepegawaian), faktor organisasi (kepemimpinan dan imbalan, dan supervisi (Ilyas, 2001) berpengaruh terhadap kinerja perawat. Kerangka konsep penelitian ini lebih jelasnya dapat dilihat pada skema 3.1

**Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian**

Variabel Independen

Variabel Dependen

## **B. Hipotesis**

Hipotesis penelitian adalah ada hubungan antara karakteristik individu dan faktor organisasi dengan kinerja perawat di RSUD Langsa. Hipotesis minornya terdiri dari:

1. Ada hubungan umur dengan kinerja perawat di RSUD Langsa.
2. Ada hubungan jenis kelamin dengan kinerja perawat di RSUD Langsa.
3. Ada hubungan masa kerja dengan kinerja perawat di RSUD Langsa.
4. Ada hubungan status perkawinan dengan kinerja perawat di RSUD Langsa.
5. Ada hubungan status kepegawaian dengan kinerja perawat di RSUD Langsa.
6. Ada hubungan kepemimpinan dengan kinerja perawat di RSUD Langsa.
7. Ada hubungan supervisi dengan kinerja perawat di RSUD Langsa.
8. Ada hubungan imbalan dengan kinerja perawat di RSUD Langsa.

## **C. Definisi Operasional**

Berikut ini dijelaskan tentang definisi operasional variabel dan sub variabel yang meliputi cara ukur, hasil ukur dan skala pengukuran yang dapat dilihat pada tabel 3.1.

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat & Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
	Variabel Dependen				
	Kinerja perawat	Penampilan kerja perawat dalam melakukan asuhan keperawatan berdasarkan uraian tugas perawat pelaksana di RSUD Langsa.	Pedoman observasi, <i>checklist</i> , dilakukan ketika mengamati perilaku perawat.	Mean, Median, Standar Deviasi, 95% CI, nilai minimum 10 dan maksimum 70	Interval
	Variabel Independen				
1	Karakteristik individu	Segala sesuatu yang mempengaruhi kinerja perawat yang terdiri dari umur, masa kerja, jenis kelamin, status perkawinan dan status kepegawaian.			

1.1	Umur	Jumlah tahun hidup yang dihitung sejak perawat lahir sampai ulang tahun terakhir	Kuesioner A, pertanyaan no 1	Dalam tahun, umur termuda 21 tahun dan tertua 39 tahun.	Interval
<b>No</b>	<b>Variabel</b>	<b>Definisi Operasional</b>	<b>Alat &amp; Cara Ukur</b>	<b>Hasil Ukur</b>	<b>Skala</b>
1.2	Lama Kerja	Lamanya perawat bekerja di RSUD Langsa	Kuesioner A, pertanyaan no 2	Dalam tahun, lama kerja tersingkat 1 tahun dan terlama 18 tahun.	Interval
1.3	Jenis kelamin	Ciri khas biologis perawat yang dinyatakan sebagai laki-laki atau perempuan	Kuesioner A, pertanyaan no 3	Dikelompokkan menjadi 1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
1.4	Status perkawinan	Keadaan perawat dalam ikatan suami istri pada saat penelitian	Kuesioner A, pertanyaan no 4	Dikelompokkan menjadi 1. kawin 2. tidak kawin	Nominal

1.5	Status kepegawaian	Jenis kepegawaian yang dimiliki oleh perawat yang dikukuhkan dengan surat keputusan oleh pejabat yang berwenang	Kuesioner A, pertanyaan no 5	Dikelompokkan menjadi 1. PNS 2. Honor	Nominal
2	Faktor Organisasi	Segala sesuatu yang mempengaruhi kinerja perawat yang meliputi kepemimpinan, supervisi, dan imbalan			
<b>No</b>	<b>Variabel</b>	<b>Definisi Operasional</b>	<b>Alat &amp; Cara Ukur</b>	<b>Hasil Ukur</b>	<b>Skala</b>
2.1	Kepemimpinan	Persepsi perawat tentang gaya kepemimpinan kepala ruangan, yaitu gaya <i>otokratik</i> , <i>demokratik</i> , <i>partisipatif</i> dan <i>laissez faire</i> dalam menjalankan tugasnya.	Kuesioner B, pertanyaan berjumlah 20, yaitu no 21-40.	Mean, Median, Standar Deviasi, 95% CI, skor terendah 35 dan skor tertinggi 78.	Interval

2.2	Supervisi	Persepsi perawat tentang kemampuan kepala ruang sesuai perannya yaitu peran pengarah, pemberi saran, motivator, pelatih/ pembimbing dan penilai.	Kuesioner B, pertanyaan berjumlah 20, yaitu no 21-40.	Mean, Median, Standar Deviasi, 95% CI, skor terendah 28 dan skor tertinggi 80.	Interval
2.3	Imbalan	Persepsi perawat tentang penghasilan yang diperolehnya berupa jasa, honor atau insentif sebagai konsekwensi dari hasil pekerjaannya, yang bertujuan untuk kebutuhan ekonomi, meningkatkan produktivitas, memajukan organisai dan adanya keseimbangan dan keadilan.	Kuesioner B, pertanyaan berjumlah 20, yaitu no. 41-60.	Mean, Median, Standar Deviasi, 95% CI, skor terendah 27 dan skor tertinggi 59.	Interval

## BAB IV

### METODE PENELITIAN

#### A. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Deskriptif korelasi ini bertujuan untuk menggambarkan hubungan, memprediksi hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat (Grove & Burn, 1998) yaitu hubungan antara karakteristik individu dan faktor organisasi dengan kinerja perawat di RSUD Langsa. Peneliti memakai pendekatan ini berdasarkan pertimbangan yaitu biaya relatif murah, pelaksanaannya relatif mudah, dan waktu yang diperlukan untuk penelitian ini tidak terlalu lama (Notoatmodjo, 2005).

#### B. Populasi dan Sampel

Populasi penelitian ini adalah seluruh perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Langsa yang berjumlah 191 orang. Sampel penelitian ini adalah perawat yang dipilih sebagai responden melalui prosedur sampling yang ditentukan. Pengambilan sampel dengan menggunakan rumus Lemeshow, et all (1997) yaitu:

$$n = \frac{Z^2 1 - \alpha / 2 \cdot P (1-P) N}{d^2 (N-1) + Z^2 1 - \alpha / 2 P (1-P)}$$

Ket : n = besar sampel yang diinginkan

N = populasi (191 orang)

$Z^2 1 - \alpha / 2 = 1,65$  dengan  $\alpha = 0,1$

d = Derajat akurasi yang diinginkan yaitu 5% ( 0,05 )

P = Proporsi sifat tertentu yang diperkirakan terjadi pada N yaitu 0,5



Setelah dilakukan penghitungan maka didapatkan jumlah sampel yang diambil sebanyak 89 orang, tetapi untuk mengantisipasi terjadinya *drop out* maka ditambah 10 % sehingga jumlah sampel menjadi 98 orang.

Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan teknik acak proporsional dari seluruh perawat di ruang rawat inap yang memenuhi kriteria inklusi. Jumlah sampel tiap ruangan didapatkan memakai rumus (Prasetyo & Jannah, 2005).

$$\text{Sampel} = \frac{\text{Populasi}}{\text{Total populasi}} \times \text{Total sampel}$$

Jumlah sampel pada tiap ruang rawat dapat dilihat pada tabel 4.1

**Tabel 4.1**  
**Daftar jumlah responden pada ruang rawat di RSUD Langsa**

No	Nama Ruang Rawat	Jumlah Perawat	Jumlah Responden
1	ICCU	14/191 x 98	7
2	Kelas Utama A	14/191 x 98	7
3	Kelas Utama B	16/191 x 98	8
4	Kelas IA	18/191 x 98	9
5	Kelas IB	14/191 x 98	7
6	Kelas II B	16/191 x 98	8
7	Kelas III	21/191 x 98	12
8	Neonatus	17/191 x 98	9
9	Ruang Perawatan Anak	18/191 x 98	9
10	Ruang Perawatan Bedah A	14/191 x 98	7
11	Ruang Perawatan Bedah B	16/191 x 98	8
12	THT / Mata	13/191 x 98	7
	<b>Total</b>	<b>191</b>	<b>98</b>

Sampel penelitian ini 98 perawat laksana di RSUD Langsa, sesuai dengan kriteria, yaitu perawat yang bertugas di ruang rawat inap, minimal 3 bulan telah bekerja di rumah sakit, tidak sakit, tugas belajar dan cuti pada saat penelitian serta bersedia menjadi responden.

### **C. Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di 12 Ruang Rawat Inap di RSUD Langsa. Pertimbangan peneliti karena RSUD Langsa merupakan rumah sakit rujukan bagi tiga kabupaten yaitu kabupaten Aceh Timur, Langsa Kota, dan Aceh Tamiang. Selain itu visi rumah sakit yaitu menjadi salah satu rumah sakit unggulan dalam bidang pelayanan, rujukan, pendidikan, dan penelitian di Nanggroe Aceh Darussalam (NAD) di tahun 2010 merupakan alasan penting bagi peneliti untuk melakukan penelitian terkait kinerja perawat. Peneliti juga bekerja di RSUD Langsa dan belum pernah ada penelitian tentang kinerja perawat di rumah sakit tersebut.

### **D. Waktu Penelitian**

Penelitian ini dimulai dengan penyusunan proposal, pengumpulan data, pengolahan hasil, dan penulisan laporan penelitian sejak Februari sampai Juli 2008.

### **E. Etika Penelitian**

Peneliti telah menjelaskan tujuan penelitian, risiko yang mungkin muncul serta manfaat dari penelitian ini. Responden bebas menentukan keterlibatannya dalam penelitian ini. Hal ini bertujuan menghindari rasa ketidak nyamanan responden baik secara fisik maupun psikologis, bebas dari eksploitasi dan memberi pemahaman pada responden

tentang manfaat dan risiko yang mungkin muncul dari penelitian ini, sesuai prinsip *beneficence*.

Peneliti telah menjamin kerahasiaan identitas dan data serta menjaga *privacy* responden. Peneliti tidak mencantumkan nama responden tetapi hanya mencantumkan nomor kode pada masing-masing kuesioner, dan setelah data dianalisis maka data disimpan peneliti selama lima tahun, tidak dieksploitasi. Hal ini sesuai etika penelitian, yaitu aspek *anonymity* dan *confidentiality*

Selanjutnya peneliti telah meminta kesediaan responden menjadi subyek penelitian dengan menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) sebagai subjek penelitian. Pada saat penelitian, hanya 2 orang yang menolak mengisi kuesioner, dengan alasan sibuk bekerja. Peneliti memilih responden lain di ruangan yang sama yaitu di Ruang Rawat Kelas 1A. Peneliti telah menghargai hak responden untuk memutuskan secara sukarela apakah ingin berpartisipasi atau tidak, sesuai prinsip *self determination*

Pada proses pengumpulan data dengan cara observasi, peneliti melakukan *block informed consent*, yaitu mengobservasi sesuai waktu yang telah ditetapkan, tetapi tidak menjelaskan kapan waktu yang pasti diobservasi (Polit & Hungler, 1999). Hal ini bertujuan mengantisipasi terjadinya bias untuk menghindari perilaku responden yang pura-pura ketika melakukan asuhan keperawatan dalam penelitian ini. Setelah peneliti mendapatkan izin dari direktur rumah sakit dan kepala bidang perawatan, peneliti menjelaskan kepada perawat bahwa pelaksanaan observasi dimulai dari 2 Mei – 4 Juni 2008 tetapi peneliti tidak memberitahu kapan tepatnya waktu observasi.

Peneliti bersama numerator melakukan pengamatan sebanyak tiga kali selama satu *shift* dinas perawat. Numerator mengamati perilaku perawat yang terpilih ketika perawat tersebut dinas pagi atau dinas siang selama satu shift (dalam 6 jam).

## **F. Alat Pengumpul Data**

Instrumen untuk pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan pedoman observasi dan kuesioner. Instrumen ini diklasifikasikan dalam kuesioner A untuk karakteristik responden, kuesioner B untuk mengukur variabel faktor organisasi yaitu kepemimpinan, supervisi dan imbalan serta lembar observasi digunakan untuk mengukur variabel kinerja perawat.

### **1. Kuesioner A**

Kuesioner ini berisi karakteristik responden terdiri dari lima pertanyaan meliputi umur, jenis kelamin, masa kerja, status perkawinan, dan status kepegawaian. Item pertanyaan tersebut berbentuk *checkboxlist* dan isian.

### **2. Kuesioner B**

Kuesioner ini berisi faktor organisasi meliputi pernyataan tentang gaya kepemimpinan kepala ruang, supervisi, dan imbalan. Kuesioner gaya kepemimpinan dikembangkan dari konsep Gillies (1994); Huber (2000); Tappen, Weiss & Whitehead (2004), Wirawan (2003); dan Marrelli (1997). Kuesioner supervisi dikembangkan peneliti dari konsep Arwani & Suprayitno (2006). Sedangkan untuk kuesioner imbalan dikembangkan peneliti dari konsep Samsudin (2006).

Gaya kepemimpinan terdiri dari 20 pernyataan, pernyataan positif 15 buah (no 1, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11,12, 14, 15, 16, 17, 18, 20) dan pernyataan negatif lima buah (no 2, 4, 8, 13,

19). Gaya kepemimpinan meliputi gaya *otokratik* (no 2, 6, 13, 14), gaya *demokratik* (no 3, 5, 7, 15, 16, 18), gaya *partisipatif* (no 1, 9, 10, 12, 17), dan gaya *laissez faire* (no 4, 8, 11, 19, 20).

Supervisi, terdiri dari 20 pernyataan, pernyataan positif 15 buah (no 21, 22, 23, 24, 26, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 38, 39) dan pernyataan negatif 5 buah (25, 28, 32, 36, 37).

Supervisi meliputi pengarah (no 25, 30, 32, 33), memberi saran (no 26, 35, 36, 38), motivator (no 21, 22, 23, 24), pelatih/ pembimbing (no 27, 28, 34, 39), dan penilai (no 29, 31, 37, 40).

Imbalan terdiri dari 20 pernyataan, pernyataan positif 15 buah (no 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 56, 57, 58, 59) dan pernyataan negatif 5 buah (50, 53, 55, 60).

Imbalan meliputi aspek kebutuhan ekonomi (no 41, 44, 50, 55, 60), meningkatkan produktivitas (no 42, 52, 56, 58, 54), memajukan organisasi (no 43, 46, 47, 48, 49), dan keseimbangan dan keadilan (no 45, 51, 53, 57, 59).

Alternatif jawaban pada kuesioner B terdiri dari pernyataan yang bersifat positif dan pernyataan yang bersifat negatif. Pernyataan tentang kepemimpinan dan supervisi menggunakan skala *Likert* dari skala 1-4 dengan kriteria penilaian pada pernyataan positif yaitu Sl = selalu jika kegiatan tidak pernah tidak dilakukan diberi nilai 4, Sr = sering, jika kegiatan sebagian besar dilakukan, diberi nilai 3, Kd = kadang-kadang, jika kegiatan hanya sewaktu-waktu dilakukan, diberi nilai 2 dan Tp = tidak pernah, diberi nilai 1 jika kegiatan tidak dilakukan. Sedangkan pernyataan tentang imbalan menggunakan skala *Likert* dari skala 1-4 dengan kriteria penilaian pada pernyataan

positif yaitu SS = sangat setuju jika pernyataan sangat sesuai diberi nilai 4, S = setuju, jika pernyataan sesuai, diberi nilai 3, TS = tidak setuju, jika pernyataan tidak sesuai diberi nilai 2 dan STS = sangat tidak setuju, jika pernyataan sangat tidak sesuai diberi nilai 1. Kriteria penilaian pada pernyataan negatif merupakan kebalikan dari pernyataan positif.

Sebelum alat penelitian ini digunakan untuk mengukur variabel, terlebih dahulu peneliti telah melakukan uji coba kuesioner pada 30 perawat di RSUD Aceh Tamiang tanggal 24-25 April. Uji coba ini bertujuan untuk mengetahui validitas dan reliabilitas agar data yang diperoleh akurat dan objektif. Uji validitas dilakukan dengan menggunakan uji korelasi *pearson product moment* ( $r$ ) yaitu membandingkan antara skor nilai setiap item pertanyaan dengan skor total kuisisioner. Untuk melihat nilai korelasi tiap-tiap pertanyaan signifikan, maka nilai  $r$  hitung dibandingkan dengan  $r$  tabel. Masing-masing nilai signifikan dari item pertanyaan dibandingkan nilai  $r$  tabel pada tingkat kemaknaan 5 %, jika lebih besar maka item pertanyaan tersebut valid atau sah (Notoatmodjo, 2005).

Validitas isi dilakukan dengan melihat bahasa dan susunan kata yang digunakan. Validitas konstruk dilakukan dengan uji korelasi ( $r$ ) yang lebih dari  $r$  tabel : 0,361 berarti item pernyataan tersebut valid. Uji reliabilitas dilakukan setelah hasil uji validitas kuesioner uji coba valid. Caranya dengan membandingkan nilai  $r$  hasil dengan  $r$  tabel, pada uji ini nilai  $r$  hasil adalah nilai *Alpha Cronbach*. Koefisien reliabilitas ( $\alpha$ ) terletak antara 0,800-0,900 berarti kuat, tetapi bila di atas 0,500 dianggap masih reliabel (Burn & Grove, 1993).

### 3. Pedoman observasi

Kinerja perawat sebagai variabel dependen diukur dengan menggunakan metode observasi yang peneliti buat berdasarkan uraian tugas perawat pelaksana RSUD Langsa SK tahun 2002 dengan nomor dokumen 445/ V/ 31/ 2002), dan daftar hadir perawat. Perilaku yang diamati ada 20 item berisi pilihan Ya, Tidak, atau Tidak Sesuai (untuk kegiatan tertentu sesuai dengan keadaan pada saat observasi). Nilai 1 jika dikerjakan dan nilai 0 jika tidak dikerjakan. Selanjutnya menjumlahkan nilai total dibagi jumlah item pernyataan yang sesuai lalu dikalikan dengan 100%.

Pengumpulan data untuk penilaian observasi dilakukan oleh delapan perawat yang terdiri dari empat pengajar di Poltekkes Langsa dan empat dari staf bidang perawatan RSUD Langsa. Peneliti bertindak sebagai koordinator penelitian dan merangkap sebagai observer. Peneliti memberikan pelatihan sebelum dilakukan pengumpulan data pada tanggal 26 April 2008.

Pada uji coba persamaan persepsi, peneliti bersama numerator telah mengobservasi perilaku 40 mahasiswa Poltekkes Langsa ketika praktik di RSUD Langsa pada 28 April-1 Mei 2008. Setelah uji coba persamaan persepsi sebagai uji validitas maka peneliti melakukan uji reliabilitas yaitu Uji *Interrater Reliability*. Pendapat Portney & Watkins (2000) mengutarakan bahwa sebelum dilakukan observasi pada penelitian, peneliti harus melakukan observasi bersama-sama penilai lain untuk membandingkan hasil observasinya. Alat yang digunakan untuk uji ini adalah uji statistik Kappa, didapat  $\alpha < 0,05$  maka hasil uji Kappa menunjukkan adanya kesepakatan pengukuran antara peneliti dengan numerator.

Hasil uji Kappa menunjukkan  $\alpha \geq 0,05$  berarti ada perbedaan persepsi antara peneliti dengan numerator, maka peneliti melakukan pengamatan ulang berkali-kali sampai diperoleh persamaan hasil pengamatan, atau apabila masih ada saja perbedaan, perbedaan hasil pengamatan tersebut sudah sangat minimal (Arikunto, 2006).

Pengumpulan data yang dilakukan oleh observer dan peneliti telah diupayakan berkualitas. Pelaksana pengumpul data/ numerator hanya bertugas mengobservasi responden. Peneliti sebagai supervisor penelitian berusaha sesering mungkin mengevaluasi hasil *checklist* pelaksanaan asuhan keperawatan dan penghitungan jumlah total hasil *checklist* dan menghitung persentasi hasil akhir dikerjakan oleh peneliti.

#### **G. Hasil Uji Coba Alat Pengumpul Data**

Uji coba dilakukan pada 24-25 April 2008 pada 30 perawat di RSUD Aceh Tamiang, yang mempunyai karakteristik responden yang mendekati sama. Validitas isi dilakukan dengan melihat bahasa dan susunan kata yang digunakan. Validitas konstruk dilakukan dengan uji korelasi ( $r$ ), di mana nilai  $r > r$  tabel (0,361), artinya item pernyataan tersebut valid. Setelah dilakukan uji coba, peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas dengan menganalisis di komputer.

Hasil revisi untuk pernyataan yang tidak valid untuk masing-masing variabel sebagai berikut:

1. Pernyataan tentang variabel kepemimpinan ada 20 butir, didapatkan  $r$  alpha = 0,8627, ada pernyataan yang tidak valid yaitu no 5,12, 16, dan 17. Peneliti melakukan revisi terhadap pernyataan yang tidak valid. Pernyataan no 5, kata “mengajak” diubah



menjadi “mendiskusikan” kemudian ditambahkan kata “kebutuhan ruangan”. Pernyataan no 12, ditambahkan kata “mau” setelah kata “mendengarkan”. Pernyataan no 16, kata ”penuh pertimbangan” diganti dengan kata ”bijaksana”. Pernyataan no 17 kata”memberikan” diganti dengan ”mendelegasikan”.

2. Pernyataan tentang variabel supervisi ada 20 butir, didapatkan  $r$  alpha = 0,8094, ada pernyataan yang tidak valid yaitu no 21, 23, 24, 29, 33 dan 40. Peneliti melakukan revisi terhadap pernyataan yang tidak valid. Pernyataan no 21, kata “supervisi diganti menjadi kata “bimbingan”. Pernyataan no 23, ditambahkan kata ”perhatian”. Pernyataan no 24, kata ”bekerja” diganti dengan kata ”asuhan keperawatan”. Pernyataan no 29, kata menggunakan ”aturan yang jelas” diganti dengan kata ”uraian tugas”. Pernyataan no 33 pada kalimat ”saya senang bila ada kepala ruangan dihapus”, ditambahkan kata ”pada kepala ruangan”. Pernyataan no 40, kata ”bertanya” diganti dengan kata ”mendiskusikan”
3. Pernyataan tentang variabel imbalan ada 20 butir, didapatkan  $r$  alpha = 0,8814 ada pernyataan yang tidak valid dan tidak reliabel yaitu no 42, 48, 49, 53 dan 60. Peneliti melakukan revisi terhadap pernyataan yang tidak valid. Pernyataan no 42, kata ”memacu” diganti dengan kata ”memotivasi”. Pernyataan no 48, kata”kemajuan” diganti dengan kata ”prestasi”. Pernyataan no 49, kalimat ”saya berusaha memberikan pelayanan kepada pasien dengan baik” dihapus. Pernyataan no 53, kata ”promosi” diganti dengan kata ”jenjang karir”. Pernyataan 60, kalimat ”imbalan yang saya terima saat ini masih kurang” diganti dengan kalimat ”mencukup kebutuhan ekonomi”.

Uji coba persamaan persepsi dilakukan pada 28 April-1 Mei 2008, dengan mengamati perilaku mahasiswa Poltekkes Langsa ketika praktik di RSUD Langsa. Uji coba ini melibatkan 4 dosen Poltekkes dan 4 perawat di bidang perawatan yang sebelumnya telah dilakukan pertemuan untuk menyamakan persepsi dengan peneliti.

Hasil uji kappa antara peneliti dengan numerator dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Numerator 2 pada pengamatan 2 dan 4 masing-masing mempunyai nilai kappa 0,053 dan 0,058. Sedangkan numerator 6 pada pengamatan 5 juga mempunyai nilai kappa 0,058. Peneliti bersama numerator 2 dan 6 berdiskusi untuk menyamakan persepsi, kemudian melakukan observasi ulang sampai didapat nilai kappa  $< 0,05$ .
2. Numerator lain yaitu numerator 1, 3, 4, 5, 7, 8 telah mempunyai nilai Kappa  $< 0,05$ , artinya ada persamaan persepsi antara peneliti dengan numerator. Keseluruhan nilai kappa untuk semua numerator adalah 0,002-0,038.

#### **H. Prosedur Pengumpulan Data**

Prosedur pengumpulan data di RSUD Langsa meliputi langkah-langkah sebagai berikut :

1. Peneliti telah mengajukan izin kepada Direktur RSUD Langsa pada 28 April 2008 untuk melakukan penelitian. Setelah mendapatkan izin dari Direktur RSUD Langsa, peneliti melakukan koordinasi dengan kepala bidang perawatan serta setiap kepala ruang rawat inap dan berbagai pihak terkait dengan penelitian ini.
2. Peneliti membuat pertemuan dengan numerator untuk menjelaskan petunjuk teknis pedoman observasi kinerja perawat pelaksana pada 26 April 2008.
3. Peneliti menjelaskan maksud penelitian kepada responden. Juga disampaikan tentang jaminan kerahasiaan atas jawaban yang diberikan dalam kuesioner dan

penelitian ini tidak berdampak negatif bagi responden serta bagaimana cara pengisian kuesioner.

4. Responden diminta untuk membaca dan mengisi lembaran *informed consent* sebagai tanda kesediaan responden untuk menjadi subjek dalam penelitian ini.
5. Responden diminta untuk mengisi data sesuai yang tercantum di dalam kuesioner penelitian, jika ada pernyataan yang tidak jelas dapat ditanyakan pada peneliti.
6. Setelah kuesioner diisi lengkap maka kuesioner dikembalikan langsung kepada peneliti.
7. Peneliti mengumpulkan semua kuesioner, memeriksa kelengkapan kuesioner, dan menganalisisnya.
8. Untuk mendapatkan data yang akurat dan menghindari bias, kuesioner dibagikan setiap *shift* untuk 3 responden terpilih pada satu ruangan rawat inap dan diminta mengisi pada tempat tersendiri. Peneliti menunggu responden mengisi kuesioner sampai selesai mengisi.
9. Selanjutnya, sesuai waktu yang telah ditentukan peneliti bersama numerator, mengobservasi perilaku perawat ketika melakukan asuhan keperawatan dengan mengacu pada pedoman observasi evaluasi kinerja perawat. Peneliti menjelaskan pelaksanaan observasi dimulai sejak 2 Mei, tetapi tidak memberitahu kapan tepatnya waktu observasi. Numerator melakukan observasi perilaku perawat sebanyak tiga kali observasi dan peneliti mengambil nilai rata-rata sebagai skor akhir. Peneliti berpendapat ketika perawat melakukan asuhan keperawatan banyak dipengaruhi oleh kondisi fisik dan psikologis perawat saat bekerja, sehingga peneliti menetapkan nilai rata-rata dari tiga kali observasi sebagai skor akhir kinerja perawat.

## I. Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan data ini dilakukan melalui empat tahapan yaitu *editing*, *coding*, *entry* dan *cleaning* (Hastono, 2007), dengan urutan sebagai berikut:

### 1. *Editing*

*Editing* dilakukan setelah pengumpulan data. Pada tahap ini dilakukan pengecekan isian kuesioner penelitian dan formulir observasi pelaksanaan asuhan keperawatan. Pada tahap *editing* dilakukan pemeriksaan antara lain kesesuaian jawaban, kelengkapan pengisian jawaban, kesalahan atau ada jawaban yang belum diisi serta kesesuaian jawaban responden dari setiap pertanyaan. Pada saat penelitian, ada tiga perawat yang tidak lengkap, peneliti mengklarifikasi jawaban, perawat kemudian melengkapi kembali.

### 2. *Coding*

Pada *coding* ini, merupakan tahap pemberian kode pada hasil jawaban responden untuk memudahkan pada tahap *entry* data dan pengolahan data. Kode diberikan berdasarkan hasil ukur yang tercantum dalam definisi operasional.

### 3. *Entry*

Setelah semua data diberi kode, selanjutnya data dimasukkan pada sistem pengolahan data dengan menggunakan aplikasi komputer. Untuk mempermudah dalam proses memasukkan data ke komputer ini, peneliti membuat nama variabel.

### 4. *Cleaning*

Data yang telah dimasukkan diperiksa kembali untuk memastikan bahwa data telah lengkap dan benar-benar bersih dari kesalahan serta siap dilakukan analisis. Analisis data pada penelitian ini meliputi tiga tahapan, yaitu analisis univariat, bivariat, dan multivariat.

### a. Analisis univariat

Analisis univariat bertujuan mendeskripsikan karakteristik dari masing-masing variabel yang diteliti, baik variabel bebas maupun variabel terikat. Pada penelitian ini data variabel bebas berbentuk kategorik dan numerik sedangkan variabel terikat berbentuk numerik. Umur, masa kerja, kepemimpinan, supervisi dan imbalan dianalisis dengan analisis deskriptif meliputi mean, median, min-max, dan CI 95%. Variabel jenis kelamin, status perkawinan, dan status kepegawaian dianalisis dengan analisis deskriptif yaitu distribusi frekuensi dan persentase. Sedangkan variabel terikat yaitu kinerja perawat dianalisis dengan mean, median, min-max dan CI 95%.

Pada tahapan ini juga dilakukan uji distribusi normalitas dengan melihat nilai mean, median, standar deviasi dan *skewness* serta dilakukan uji *Kolmogorov - Smirnov* di mana  $p > 0,05$  berarti distribusi normal. Untuk menormalisasikan distribusi data yang tidak normal maka dilakukan transformasi data untuk menormalisasikan data dengan cara *Log Transformation* (Dahlan, 2004). Pada penelitian ini, peneliti menggunakan *Log Transformasi* untuk variabel lama kerja.

### b. Analisis bivariat

Analisis ini dilakukan untuk melihat hubungan dari tiap-tiap variabel bebas (numerik dan kategorik) dengan variabel terikat (numerik). Uji statistik yang digunakan tergantung pada jenis data yang dianalisis. Data yang berbentuk numerik dengan numerik digunakan uji Korelasi *Pearsons*, sedangkan data numerik dengan kategorik menggunakan uji T Independen (Hastono dan Sabri, 2006). Uji statistik bivariat yang dilakukan dapat dilihat pada tabel 4.2

**Tabel 4.2**  
**Variabel Penelitian dan Uji Statistik**

Variabel Independen	Variabel Dependen	Uji Statistik
Umur	Kinerja perawat	Korelasi <i>Pearsons</i>
Masa kerja	Kinerja perawat	Korelasi <i>Pearsons</i>
Jenis kelamin	Kinerja perawat	T test Independen
Status perkawinan	Kinerja perawat	T test Independen
Status kepegawaian	Kinerja perawat	T test Independen
Kepemimpinan	Kinerja perawat	Korelasi <i>Pearsons</i>
Supervisi	Kinerja perawat	Korelasi <i>Pearsons</i>
Imbalan	Kinerja perawat	Korelasi <i>Pearsons</i>

### c. Analisis multivariat

Analisis multivariat adalah bentuk analisis yang digunakan untuk menganalisis hubungan lebih dari dua variabel. Analisis multivariat digunakan untuk menganalisis pengaruh karakteristik responden (umur, jenis kelamin, masa kerja, status perkawinan, dan status kepegawaian) dan faktor organisasi (kepemimpinan, supervisi, dan imbalan) dengan kinerja perawat. Jenis analisis yang digunakan adalah regresi linier berganda, yaitu suatu pendekatan model matematis yang digunakan untuk menganalisis hubungan satu atau beberapa variabel independen dengan sebuah variabel dependen yang memiliki skala data numerik (Sabri & Sutanto, 2006).

Analisis multivariat dalam penelitian ini meliputi analisis variabel independen (karakteristik individu dan faktor organisasi) dengan kinerja perawat sebagai variabel dependen. Analisis yang dilakukan pada tahap ini adalah regresi linier ganda dengan model prediksi. Pemodelan ini untuk memperoleh model yang terdiri dari beberapa variabel independen yang dianggap terbaik untuk memprediksi kejadian variabel dependen. Tahapan yang dilakukan dalam analisis ini adalah:

- 1) Melakukan analisis bivariat untuk menentukan pemodelan terhadap seluruh variabel independen dengan variabel dependen. Variabel umur, lama kerja, kepemimpinan, supervisi dan imbalan menggunakan uji korelasi *Pearson*, sedangkan variabel jenis kelamin, status perkawinan dan status kepemimpinan menggunakan uji T Independen. Variabel yang mempunyai hasil *p value*  $> 0,25$ , maka variabel tersebut masuk ke dalam pemodelan.
- 2) Melakukan uji regresi terhadap variabel yang masuk pemodelan. Variabel yang mempunyai *p value*  $< 0,25$ , tetapi variabel yang dianggap substansi penting dapat dipertahankan ikut dalam pemodelan. Variabel yang valid dalam model multivariat adalah variabel yang mempunyai *p value*  $< 0,05$ .
- 3) Variabel yang mempunyai *p value*  $> 0,05$  dikeluarkan dalam model, tetapi tidak serempak. Pengeluaran variabel dilakukan bertahap satu persatu, dimulai dari yang mempunyai *p value* yang terbesar.
- 4) Pengeluaran variabel yang menyebabkan perubahan *coefficient* B lebih dari 10%, pada variabel lain maka variabel tersebut dimasukkan kembali dalam pemodelan, tetapi variabel yang tidak menyebabkan perubahan *coefficient* B, variabel tersebut dikeluarkan pemodelan.
- 5) Melakukan uji asumsi independensi, eksistensi, *homoscedascity*, *linearitas*, normalitas, antar variabel independen yang digunakan.
- 6) Melakukan pengujian kolinearitas

## BAB V

### HASIL PENELITIAN

Bab ini menyajikan hasil penelitian yang telah dilaksanakan di RSUD Langsa NAD pada 2 Mei – 4 Juni 2008. Kuesioner diberikan pada 98 responden yang semuanya memenuhi syarat untuk dijadikan sampel. Responden juga diobservasi kinerjanya dalam melakukan asuhan keperawatan. Hasil analisis dikelompokkan menjadi analisis univariat, bivariat, dan multivariat.

#### A. Karakteristik Individu, Faktor Organisasi dan Kinerja Perawat Pelaksana

##### 1. Karakteristik responden

Gambaran karakteristik responden meliputi umur dan masa kerja akan diuraikan pada tabel

5.1

**Tabel 5.1**  
**Distribusi responden menurut umur dan lama kerja**  
**perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Langsa, NAD**  
**2 Mei-4 Juni 2008 (n=98)**

Variabel	Mean Median	Standar Deviasi	Minimum- Maksimum	95%CI
Umur	30,27 30,00	3,78	21-39	29,51-31,03
Lama Kerja	6,43 6,00	3,59	1-18	5,71-7,15

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa rata-rata umur perawat 30,27 tahun, dengan standar deviasi



3,78, umur termuda 21 tahun dan tertua 39 tahun. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata umur perawat adalah diantara 29,51 sampai 31,03 tahun.

Hasil analisis didapatkan bahwa rata-rata lama kerja perawat adalah 6,43 tahun dengan standar deviasi 3,59. Lama kerja terpendek 1 tahun dan terlama 18 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata lama kerja perawat adalah 5,71 - 7,15 tahun.

Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, status perkawinan, dan status kepegawaian dapat dilihat pada tabel 5.2

**Tabel 5.2**  
**Distribusi responden menurut jenis kelamin, status perkawinan dan status kepegawaian perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Langsa NAD, 2 Mei – 4 Juni 2008 (n=98)**

Variabel	Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
1. Jenis kelamin	a. Pria	11	11,2
	b. Wanita	87	88,8
2. Status perkawinan	a. Kawin	86	87,8
	b. Tidak kawin	12	12,2
3. Status kepegawaian	a. PNS	85	86,7
	b. Honor	13	13,3

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa sebagian besar perawat berjenis kelamin wanita 88,8%, berstatus kawin 87,8%, dengan status kepegawaian terbanyak PNS yaitu 86,7%.

## 2. Faktor organisasi

Hasil penelitian tentang faktor organisasi yaitu kepemimpinan, supervisi, dan imbalan dapat dilihat pada tabel 5.3

**Tabel 5.3**  
**Distribusi responden menurut kepemimpinan, supervisi dan imbalan yang**  
**dipersepsikan oleh perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap**  
**RSUD Langsa NAD, 2 Mei – 4 Juni 2008 (n=98))**

Variabel	Mean Median	Standar Deviasi	Minimum- Maksimum	95%CI
1. Kepemimpinan	57,85 58,00	9,31	35-78	55,97-59,72
2. Supervisi	53,62 55,00	11,103	28-80	51,38-55,86
3. Imbalan	45,05 46,00	7,694	27-59	43,50-46,60

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa rata-rata skor persepsi perawat pelaksana terhadap kepemimpinan kepala ruangan sebesar 57,85, dengan standar deviasi 9,31. Skor persepsi perawat pelaksana terhadap kepemimpinan kepala ruangan yang terendah adalah 35 dan tertinggi 78. Hasil estimasi interval pada kepercayaan 95% diyakini skor persepsi perawat pelaksana terhadap kepemimpinan kepala ruangan berada diantara 55,97 - 59,72.

Persepsi perawat pelaksana terhadap supervisi kepala ruangan rata-rata sebesar 53,62, dengan standar deviasi 11,10. Skor persepsi perawat pelaksana terhadap supervisi kepala ruangan yang terendah adalah 28 dan tertinggi 80. Hasil estimasi interval pada kepercayaan 95% diyakini skor persepsi perawat pelaksana terhadap supervisi kepala ruangan berada diantara 51,38-55,86.

Persepsi perawat pelaksana terhadap imbalan yang diterima, yaitu rata-rata sebesar 45,05, dengan standar deviasi 7,69. Skor persepsi perawat pelaksana terhadap imbalan yang diterima yang terendah adalah 27 dan tertinggi 59. Hasil estimasi interval pada kepercayaan 95% diyakini skor persepsi perawat pelaksana terhadap imbalan yang diterima berada diantara 43,50 - 46,60.

### 3. Kinerja Perawat Pelaksana

Hasil penelitian tentang kinerja perawat pelaksana dapat dilihat pada tabel 5.4

**Tabel 5.4**  
**Distribusi kinerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap**  
**RSUD Langsa NAD, 2 Mei – 4 Juni 2008 (n=98)**

Variabel	Mean Median	Standar Deviasi	Minimum- Maksimum	95%CI
Kinerja perawat	53,16 55,00	15,71	10-76	50,00-56,33

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa rata-rata skor kinerja perawat pelaksana sebesar 53,16 dengan standar deviasi 15,71. Skor kinerja perawat pelaksana yang terendah adalah 10 dan tertinggi 76. Hasil estimasi interval pada kepercayaan 95% diyakini skor kinerja perawat pelaksana berada diantara 50,00 - 56,33. Selanjutnya skor kinerja ini dikonversikan sesuai standar Depkes yaitu kategori baik jika skor 75% atau lebih dan kurang bila skor dibawah 75%.

Hasil analisis perilaku perawat berdasarkan uraian tugas perawat pelaksana di RSUD

Langsa, NAD dapat dilihat pada tabel 5.5

**Tabel 5.5**  
**Distribusi perilaku perawat berdasarkan uraian tugas di Ruang Rawat Inap**  
**RSUD Langsa NAD, 2 Mei – 4 Juni 2008 (n=98)**

No	Perilaku perawat dalam bekerja	Persentase (%)
1.	Memelihara kebersihan ruang rawat	52
2.	Menerima pasien baru sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku	71
3.	Memelihara peralatan yang diperlukan untuk selalu siap dipakai	40
4.	Melakukan pengkajian keperawatan	3
5.	Membuat diagnosa keperawatan	37
6.	Menyusun rencana keperawatan	0
7.	Melakukan tindakan keperawatan pada pasien sesuai kebutuhan	66
8.	Melatih pasien untuk melakukan latihan gerak	10
9.	Melakukan tindakan darurat pada pasien	41
10	Melaporkan tindakan darurat pada dokter/dokter jaga	67
11.	Melaksanakan evaluasi tindakan keperawatan	18
12.	Mengobservasi kondisi pasien	62
13.	Melaksanakan tugas sesuai jadwal dinas	100
14.	Berperan serta dengan tim kesehatan lain dalam meningkatkan mutu asuhan	73
15.	Melaksanakan sistim pencatatan dan pelaporan asuhan keperawatan	35
16.	Melaksanakan serah terima tugas kepada perawat pengganti secara lisan atau tertulis	61
17.	Memberikan pendidikan kesehatan pada pasien atau keluarga sesuai dengan kebutuhan pasien	40

18.	Melatih pasien untuk melaksanakan tindakan keperawatan di rumah	51
19.	Menyiapkan pasien pulang	61
20.	Memakai seragam dinas sesuai ketentuan RS	<b>100</b>

Analisis tabel 5.5 menunjukkan bahwa item penilaian melaksanakan tugas sesuai jadwal dan memakai seragam dinas sesuai ketentuan rumah sakit adalah sebanyak 100%. Penilaian pelaksanaan uraian tugas berdasarkan penerapan asuhan keperawatan terbanyak pada item tindakan keperawatan (66%), sedangkan pada perencanaan tidak dilakukan (0%).

#### **B. Hubungan Karakteristik Individu dengan Kinerja Perawat Pelaksana**

Analisis bivariat yang digunakan adalah uji korelasi *Pearson* untuk variabel umur dan lama kerja dengan kinerja perawat pelaksana (variabel numerik dan variabel numerik). Sedangkan variabel jenis kelamin, status perkawinan dan status kepegawaian dengan kinerja menggunakan uji T independen (variabel kategorik dan numerik) Hasil penelitian dapat dilihat pada tabel 5.6 dan tabel 5.7 di bawah ini:

**Tabel 5.6**  
**Analisis Hubungan Karakteristik Individu (Umur dan Lama Kerja)**  
**dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap**  
**RSUD Langsa NAD, 2 Mei – 4 Juni 2008 (n=98)**

Variabel	r	p value	N
Umur	-0,043	0,671	98
Lama kerja	-0,060	0,562	98

Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan umur dengan kinerja perawat

pelaksana (p value = 0,671) dan juga tidak ada hubungan lama kerja dengan kinerja perawat pelaksana.

**Tabel 5.7**  
**Analisis Hubungan Karakteristik Individu (Jenis Kelamin, Status Perkawinan dan Status Kepegawaian) dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Langsa NAD, 2 Mei – 4 Juni 2008 (n=98)**

Variabel	Mean	SD	SE	p-value	N
Jenis Kelamin					
Pria	51,00	15,704	4,735	0,649	11
Wanita	53,30	15,747	1,688		87
Status perkawinan					
Kawin	52,99	16,085	1,735	0,930	86
Belum kawin	53,42	12,958	3,741		12
Status kepegawaian					
PNS	53,45	15,826	1,717	0,515	85
Honor	50,38	14,992	4,158		13

Skor rata-rata kinerja perawat pria adalah 51,00 dengan standar deviasi 15,704, sedangkan untuk wanita skor rata-rata kinerjanya 53,30 dengan standar deviasi 15,747.

Hasil analisis menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata kinerja perawat

pria dengan perawat wanita ( $p\ value = 0,649$ ).

Skor rata-rata kinerja perawat pelaksana dengan status kawin adalah 52,99 dengan standar deviasi 16,085, sedangkan untuk yang belum kawin skor rata-rata kinerjanya 53,42 dengan standar deviasi 12,958. Hasil analisis menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata kinerja perawat pelaksana yang kawin dengan yang belum kawin ( $p\ value = 0,930$ ).

Skor rata-rata kinerja perawat PNS adalah 53,45 dengan standar deviasi 15,826, perawat honor skor rata-rata kinerjanya 50,38 dengan standar deviasi 14,992. Hasil analisis menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata kinerja perawat PNS dengan perawat honor ( $p\ value = 0,515$ ).

### C. Hubungan Faktor Organisasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Hasil analisis bivariat untuk variabel faktor organisasi (kepemimpinan, supervisi dan imbalan) dapat dilihat pada tabel 5.8

**Tabel 5.8**  
**Analisis hubungan faktor organisasi ( kepemimpinan, supervisi dan imbalan)**  
**dengan kinerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap**  
**RSUD Langsa NAD, 2 Mei – 4 Juni 2008 (n=98)**

Variabel	r	p value	N
Kepemimpinan	0,397	<b>0,000</b>	98
Supervisi	0,454	<b>0,000</b>	98
Imbalan	0,239	<b>0,018</b>	98

Hasil analisis untuk variabel kepemimpinan diperoleh nilai  $r = 0,397$ , maka hubungan kepemimpinan dengan kinerja perawat pelaksana menunjukkan hubungan yang sedang dan berpola positif, artinya semakin bertambah kemampuan kepemimpinan semakin meningkat kinerja perawat pelaksana. Hasil uji statistik didapatkan ada hubungan yang signifikan antara kepemimpinan dengan kinerja perawat pelaksana ( $p\text{ value} = 0,000$ ). Diagram tebar yang menggambarkan hubungan kepemimpinan dan kinerja perawat dapat dilihat pada grafik 5.1 sebagai berikut.

**Grafik 5.1**  
**Hubungan skor kepemimpinan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Langsa 2 Mei – 4 Juni 2008**

Hasil analisis untuk variabel supervisi diperoleh nilai  $r = 0,454$ , maka hubungan supervisi dengan kinerja perawat pelaksana menunjukkan hubungan yang sedang dan berpola positif, artinya semakin bertambah kemampuan supervisi semakin meningkat kinerja perawat pelaksana. Hasil uji statistik didapatkan ada hubungan yang signifikan antara supervisi dengan kinerja perawat pelaksana ( $p\text{ value} = 0,000$ ). Diagram tebar yang menggambarkan hubungan antara supervisi dan kinerja perawat dapat dilihat pada grafik 5.2 sebagai berikut.

**Grafik 5.2**  
**Hubungan skor kepemimpinan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Langsa 2 Mei – 4 Juni 2008**

Hasil analisis untuk variabel imbalan diperoleh nilai  $r = 0,239$ , maka hubungan imbalan



dengan kinerja perawat pelaksana menunjukkan hubungan yang lemah dan berpola positif, artinya semakin meningkat imbalan semakin meningkat kinerja perawat pelaksana . Hasil uji statistik didapatkan ada hubungan yang signifikan antara imbalan dengan kinerja perawat pelaksana ( $p = 0,018$ ). Diagram tebar hubungan antara imbalan dan kinerja perawat dapat dilihat pada gambar 5.3 sebagai berikut

**Grafik 5.3**  
**Hubungan skor imbalan yang diterima dengan kinerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Langsa 2 Mei – 4 Juni 2008**

#### **D. Faktor Dominan yang Berpengaruh antara Variabel Independen dan Dependen**

Analisis multivariat yang digunakan pada penelitian ini adalah analisis regresi linier berganda. Analisis ini dilakukan untuk melihat hubungan beberapa variabel independen yaitu umur, jenis kelamin, masa kerja, status perkawinan, status kepegawaian, kepemimpinan, supervisi dan imbalan, dengan variabel dependen yaitu kinerja perawat pelaksana.

##### **1. Pemilihan kandidat multivariat**

Langkah awal yang dilakukan adalah seleksi bivariat masing-masing variabel independen dan dependen. Variabel yang dapat masuk model adalah variabel yang pada analisis bivariatnya mempunyai  $p \text{ value} < 0,25$ . Namun, variabel yang merupakan substansi penting berhubungan dengan variabel dependen tetap boleh diikutkan dalam pemodelan

walaupun  $p \text{ value} > 0,25$ . Hasil seleksi bivariat dapat dilihat pada tabel 5.9

**Tabel 5.9**

**Analisis bivariat regresi linier berganda karakteristik individu (umur, lama kerja, jenis kelamin, status perkawinan dan status kepegawaian) dan faktor organisasi (kepemimpinan, supervisi dan imbalan) dengan kinerja perawat pelaksana di RSUD Langsa 2 Mei-4 Juni 2008 (N=98).**

No	Variabel	$p \text{ value}$
1.	Umur	0,671
2.	Lama Kerja	0,562
3.	Jenis Kelamin	0,649
4.	Status Perkawinan	0,930
5.	Status Kepegawaian	0,515
6.	Kepemimpinan	<b>0,000</b>
7.	Supervisi	<b>0,000</b>
8.	Imbalan	<b>0,018</b>

Hasil analisis bivariat regresi linier berganda menunjukkan variabel yang mempunyai  $p \text{ value} < 0,25$  adalah variabel kepemimpinan, supervisi dan imbalan. Sedangkan variabel umur, lama kerja, jenis kelamin, status perkawinan dan status kepegawaian mempunyai  $p \text{ value} > 0,25$ , maka tidak masuk dalam pemodelan. Tetapi, umur dan lama kerja secara substansi masuk, maka tetap ikut dalam pemodelan.

Ilyas (2001) berpendapat bahwa umur dan lama kerja mempengaruhi kinerja. Sedangkan Hasibuan (2003) menyatakan bahwa umur harus diperhatikan oleh organisasi, karena akan mempengaruhi kondisi fisik, mental, kemampuan kerja dan tanggung jawab seseorang. Teori ini diperkuat oleh Muchlas (2005) yang mengemukakan bahwa produktifitas karyawan menurun dengan bertambahnya usia. Hal ini disebabkan karena keterampilan-keterampilan fisik seperti kecepatan, kelenturan, kekuatan dan koordinasi akan menurun

dengan bertambahnya umur. Tetapi produktifitas seseorang tidak hanya bergantung pada keterampilan fisik saja, tetapi juga dapat dipengaruhi oleh pengalaman dan lama kerja.

Robbins (2003) berpendapat lama kerja mempunyai hubungan yang positif dengan produktifitas tetapi berhubungan negatif dengan daftar kehadiran (absen). Kinerja juga dapat dipengaruhi oleh masa kerja dan pengalaman individu. Mendrova (1995, dalam Ilyas 2001); Simanjuntak (2005); Robbins (2003); Simamora (2004), dan Siagian (2000) berpendapat pengalaman kerja berhubungan dengan kinerja. Beberapa pendapat di atas memberikan alasan bagi peneliti untuk menetapkan variabel umur dan lama kerja tetap diikutkan dalam pemodelan walaupun  $p \text{ value} > 0,25$ .

## 2. Pemodelan Multivariat

Tahap pemodelan multivariat dengan cara memilih variabel yang masuk ke dalam pemodelan dengan mempertahankan variabel dengan  $p \text{ value} < 0,05$  dan mengeluarkan variabel dengan  $p \text{ value} > 0,05$ . Pengeluaran variabel tersebut bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai  $p \text{ value}$  terbesar. Hasil analisis pemodelan multivariat pertama dapat dilihat pada tabel 5.10.

**Tabel 5.10**  
**Analisis multivariat regresi linier berganda karakteristik individu (umur, lama kerja) dan faktor organisasi (kepemimpinan, supervisi, imbalan) dengan kinerja perawat pelaksana di RSUD Langsa 2 Mei-4 Juni 2008 (N=98).**

No	Variabel	B	BETA	p value	R <sup>2</sup>
1.	Umur	-0,017	-0,004	<b>0,972</b>	
2.	Lama Kerja	-4,959	-0,081	<b>0,483</b>	
3.	Kepemimpinan	0,190	0,112	<b>0,447</b>	
4.	Supervisi	0,509	0,360	0,019	
5.	Imbalan	0,043	0,021	<b>0,845</b>	

Hasil analisis menunjukkan ada empat variabel dengan nilai  $p > 0,05$  yaitu umur ( $p = 0,972$ ), imbalan ( $p = 0,845$ ), lama kerja ( $p = 0,483$ ) dan kepemimpinan ( $p = 0,446$ ). Variabel ini harus dikeluarkan satu persatu dimulai dari variabel dengan nilai  $p$  terbesar. Variabel yang pertama kali dikeluarkan adalah variabel umur. Hasil analisis model multivariat tanpa umur dapat dilihat pada tabel 5.11

**Tabel 5.11**  
**Analisis multivariat regresi linier berganda karakteristik individu (lama kerja) dan faktor organisasi (kepemimpinan, supervisi dan imbalan) dengan kinerja perawat pelaksana di RSUD Langsa 2 Mei-4 Juni 2008 (N=98).**

No	Variabel	B	BETA	p value	R <sup>2</sup>
1.	Lama Kerja	-5,104	-0,083	0,376	0,466
2.	Kepemimpinan	0,190	0,113	0,443	
3.	Supervisi	0,509	0,359	0,018	
4.	Imbalan	0,043	0,021	0,842	

Hasil pengeluaran variabel umur menyebabkan perubahan koefisien lebih dari 10 % pada variabel lama kerja sehingga variabel ini dimasukkan kembali dalam pemodelan. Langkah berikutnya adalah mengeluarkan variabel imbalan. Hasil analisis pemodelan multivariat setelah mengeluarkan variabel imbalan dapat dilihat pada tabel 5.12

**Tabel 5.12**  
**Analisis multivariat regresi linier berganda karakteristik individu (umur, lama kerja) dan faktor organisasi (kepemimpinan, supervisi) dengan kinerja perawat pelaksana di RSUD Langsa 2 Mei-4 Juni 2008 (N=98).**

No	Variabel	B	BETA	p value	R <sup>2</sup>
1.	Umur	-0,023	-0,006	0,961	0,465
2.	Lama Kerja	-4,796	0,078	0,492	
3.	Kepemimpinan	0,195	0,367	0,013	0,465
4.	Supervisi	0,519	0,116	0,013	

Hasil pengeluaran variabel imbalan tidak menyebabkan perubahan koefisien lebih dari 10 % pada semua variabel sehingga variabel ini dikeluarkan dalam pemodelan. Langkah berikutnya adalah mengeluarkan variabel lama kerja. Hasil analisis pemodelan multivariat setelah mengeluarkan variabel lama kerja dapat dilihat pada tabel 5.13

**Tabel 5.13**  
**Analisis multivariat regresi linier berganda karakteristik individu (umur) dan faktor organisasi (kepemimpinan, supervisi) dengan kinerja perawat pelaksana di RSUD Langsa 2 Mei-4 Juni 2008 (N=98).**

No	Variabel	B	BETA	p value	R <sup>2</sup>
1.	Umur	-0,241	-0,058	0,525	0,464
2.	Kepemimpinan	0,192	0,113	0,430	
3.	Supervisi	0,523	0,369	0,012	

Hasil pengeluaran variabel lama kerja menyebabkan perubahan koefisien lebih dari 10 % pada variabel umur sehingga variabel ini dimasukkan kembali dalam pemodelan. Langkah berikutnya adalah mengeluarkan variabel kepemimpinan. Hasil analisis pemodelan multivariat setelah mengeluarkan variabel kepemimpinan dapat dilihat pada tabel 5.14

**Tabel 5.14**  
**Analisis multivariat regresi linier berganda karakteristik individu (umur, lama kerja) dan faktor organisasi (supervisi) dengan kinerja perawat pelaksana di RSUD Langsa 2 Mei-4 Juni 2008 (N=98).**

No	Variabel	B	BETA	p value	R <sup>2</sup>
1.	Umur	-0,036	-0,009	0,939	0,459
2.	Lama Kerja	-5,048	-0,082	0,000	
3.	Supervisi	0,646	0,456	0,468	

Hasil pengeluaran variabel kepemimpinan menyebabkan perubahan koefisien lebih dari 10 % pada variabel supervisi sehingga variabel ini dimasukkan kembali dalam pemodelan.

Hasil akhir dari pemodelan multivariat dapat dilihat pada tabel 5.15

**Tabel 5.15**  
**Analisis multivariat regresi linier berganda umur, lama kerja, kepemimpinan, dan supervisi dengan kinerja perawat pelaksana di RSUD Langsa 2 Mei-4 Juni 2008 (N=98).**

No	Variabel	B	BETA	sig	R <sup>2</sup>	p value
	Constan	18,302				
1.	Umur	-0,023	-0,006	0,961		
2.	Lama Kerja	-4,796	-0,078	0,492	0,217	0,000
3.	Kepemimpinan		0,195	0,116	0,427	
4.	Supervisi		0,519	0,367	<b>0,013</b>	

### 3. Melakukan diagnostik regresi linier untuk pengujian asumsi

Persamaan garis yang dibuat harus diuji asumsi agar menghasilkan angka yang valid. Pada uji asumsi *independensi*, nilai Durbin Watson menunjukkan nilai 1,619, artinya asumsi independensi terpenuhi (diantara -2 sampai +2). Hasil uji asumsi eksistensi menunjukkan mean residual 0,000 dan standar deviasi 0,979, artinya asumsi eksistensi terpenuhi (karena residual menunjukkan mean mendekati nilai nol dan ada sebaran standar deviasi).

Hasil plot residual menunjukkan asumsi *homoscedascity* terpenuhi, karena tebaran titik

mempunyai pola yang sama antara titik-titik yang berada di atas dan di bawah garis diagonal (0). Hasil uji anova menunjukkan asumsi linearitas terpenuhi karena  $p \text{ value}$   $0,000 < \alpha$  (0,05). Pada hasil asumsi normalitas grafik histogram dan P-P plot menunjukkan bentuk distribusi normal. Artinya asumsi normalitas terpenuhi karena data menyebar di sekitar diagonal dan mengikuti arah garis regresi.

Pada regresi linier tidak boleh terjadi sesama variabel independent berkorelasi secara kuat (*multicollinearity*). Hasil uji asumsi didapatkan nilai VIF tidak lebih dari 10, artinya tidak ada *multicollinearity* antara sesama variabel independent. Pada hasil uji asumsi dan uji *collinearity* semua memenuhi uji asumsi, sehingga model dapat digunakan untuk memprediksi kinerja perawat pelaksana. Uji interaksi tidak dilakukan karena secara substansi antar variabel dipandang tidak ada interaksi.

#### 4. Pemodelan akhir

Hasil pemodelan terakhir regresi linier berganda dapat dilihat pada tabel 5.16

**Tabel 5.16**

**Analisis multivariat regresi linier berganda umur, lama kerja, kepemimpinan, dan supervisi dengan kinerja perawat pelaksana di RSUD Langsa 2 Mei-4 Juni 2008 (N=98).**

No	Variabel	B	BETA	sig	R <sup>2</sup>	p value
	Constan	18,302				
1.	Umur	-0,023	-0,006	0,961	0,217	0,000
2.	Lama Kerja	-4,796	-0,078	0,492		
3.	Kepemimpinan	0,195	0,116	0,427		
4.	Supervisi	0,519	0,367	<b>0,013</b>		

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa variabel independen yang masuk ke pemodelan regresi adalah umur, masa kerja, kepemimpinan dan supervisi. Nilai R square 0,217 yang berarti model regresi yang diperoleh dapat menjelaskan 21,7% variabel kinerja perawat pelaksana. P value = 0,000 yang berarti pada alpha 5 % model regresi cocok dengan data yang ada. Pada kotak *coefficient* didapatkan persamaan garis regresi sebagai berikut:

$$\text{Kinerja perawat} = 18,302 - 0,023 \text{ umur} - 4,796 \text{ lama kerja} + 0,195 \text{ kepemimpinan} + 0,519 \text{ supervisi.}$$

Model tersebut memiliki arti:

- a) Setiap penambahan umur 1 tahun maka kinerja perawat akan menurun sebesar 0,023 setelah dikontrol oleh variabel masa kerja, kepemimpinan dan supervisi.
- b) Setiap penambahan masa kerja 1 tahun maka kinerja perawat akan menurun sebesar 4,796 setelah dikontrol variabel umur, kepemimpinan dan supervisi.
- c) Setiap peningkatan kemampuan kepemimpinan kepala ruangan maka kinerja perawat akan meningkat sebesar 0,195 setelah dikontrol variabel umur, masa kerja dan supervisi.
- d) Setiap peningkatan kemampuan supervisi kepala ruangan maka kinerja perawat akan meningkat sebesar 0,519 setelah dikontrol variabel umur, masa kerja dan kepemimpinan.
- e) Variabel yang paling besar pengaruhnya terhadap kinerja perawat adalah variabel supervisi, dimana mempunyai nilai Beta terbesar dari semua variabel yaitu 0,367.



## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian**

Bab ini peneliti membahas hasil-hasil penelitian yang didapat dan membandingkannya dengan tinjauan pustaka, hasil-hasil penelitian terdahulu serta keterbatasan penelitian. Pada bagian akhir bab ini juga menyajikan implikasi penelitian untuk keperawatan. Pembahasan hasil penelitian ditujukan pada delapan variabel independen (umur, jenis kelamin, masa kerja, status perkawinan, status kepegawaian, kepemimpinan, supervisi dan imbalan) dalam hubungannya dengan kinerja perawat pelaksana di rumah sakit (variabel dependen).

#### **1. Karakteristik Individu (umur, jenis kelamin, masa kerja, status perkawinan dan status kepegawaian).**

##### **a. Hubungan umur dengan kinerja perawat di RSUD Langsa.**

Analisis univariat menurut umur menunjukkan bahwa rata-rata perawat berumur 30,27 tahun. Umur terendah perawat pelaksana adalah 21 tahun dan tertinggi 39 tahun. Data ini menunjukkan bahwa sebagian besar perawat di RSUD Langsa berada pada usia produktif. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Dessler (1998) yaitu usia produktif adalah 25 – 30 tahun di mana pada tahap ini merupakan penentu seseorang untuk memilih bidang pekerjaan yang sesuai bagi karir individu tersebut. Usia 30 – 40

tahun merupakan tahap pemantapan pilihan karir untuk mencapai tujuan sedangkan puncak karir terjadi pada usia 40 tahun.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata umur perawat pelaksana di RSUD Langsa menggambarkan perawat dengan umur produktif, perlu bimbingan dalam bekerja, masih berusaha memantapkan karirnya sebagai perawat. Asumsi peneliti ini didukung oleh pendapat Siagian (2002), yang menyatakan bahwa usia di bawah 30 tahun belum mempunyai loyalitas pada organisasi, cenderung hidup santai, sedangkan umur 30-40 tahun loyal pada diri sendiri, masih terdorong kuat untuk memantapkan keberadaannya, kalau perlu berpindah kerja atau profesi.

Analisis bivariat dengan uji korelasi *Pearson* diperoleh  $p = 0,671$ , artinya tidak ada hubungan bermakna antara umur dengan kinerja. Hasil penelitian ini hampir sama dengan penelitian yang dilakukan Asman (2001), Widaningsih (2002), Rivai (2003) dan Rusmiati (2006) yang mengemukakan tidak ada hubungan bermakna antara umur dengan kinerja perawat. Berbeda dengan penelitian Prawoto (2007) dan Riyadi (2007) yang menemukan ada hubungan bermakna antara umur dengan kinerja perawat.

Perbedaan hasil penelitian ini disebabkan karena umur rata-rata perawat yang diteliti sebagai subyek penelitian berbeda. Pada penelitian ini rata-rata umur perawat yang menjadi responden berkisar 30 tahun dengan umur termuda 21 tahun dan tertua 39 tahun. Peneliti berasumsi tidak bermaknanya variabel umur terhadap kinerja perawat pelaksana karena rata-rata umur responden 30 tahun, dimana pada umur ini belum cukup

mempunyai kematangan pengalaman dalam menyelesaikan pekerjaannya dan kurang bertanggung jawab dalam bekerja. Asumsi ini sejalan dengan pendapat Hasibuan (2003) yang menyatakan bahwa karyawan muda mempunyai fisik yang kuat, dinamis, kreatif, tetapi cepat bosan, kurang bertanggung jawab, cenderung absensi dan *turn over*-nya tinggi.

Hasil analisis multivariat dengan regresi linear berganda, ditemukan bahwa umur mempengaruhi kinerja perawat, setiap penambahan umur satu tahun maka kinerja perawat akan menurun sebesar 0,023 setelah dikontrol oleh variabel masa kerja, kepemimpinan dan supervisi. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Robbins (2003) tentang penurunan kinerja dengan pertambahan usia dan pendapat Hasibuan (2003) bahwa karyawan yang umurnya lebih tua kondisi fisiknya kurang, tetapi bekerja ulet, tanggung jawab besar, serta *turn over*-nya rendah.

Pertambahan usia perawat, bila tidak didukung oleh lingkungan yang kondusif akan menurunkan motivasi perawat bekerja. Perawat menjadi jenuh dan melakukan kegiatan asuhan keperawatan secara rutinitas, akibatnya kinerja menurun. Perlu dilakukan berbagai cara, misalnya menciptakan lingkungan kondusif untuk mengantisipasi kejenuhan dalam bekerja. Kejenuhan bekerja dapat diminimalkan dengan pengembangan staf yang tepat dan memenuhi kebutuhan akan peralatan ketika melakukan asuhan keperawatan. Pengembangan staf bisa berbentuk kesempatan melanjutkan pendidikan formal dan pelatihan keterampilan. Sedangkan peralatan yang dimaksud dapat berupa alat-alat yang memperlancar perawatan klien maupun alat untuk

perlindungan diri saat melakukan tindakan yang berisiko tinggi tertular penyakit atau terpapar obat berbahaya.

Peneliti berpendapat perlu mengevaluasi secara berkala sejauhmana ketersediaan sumber-sumber di ruang rawat dan sejauhmana pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki perawat untuk dapat melaksanakan kerja dengan baik. Pengembangan staf harus terus menerus dilakukan, sarana dan prasarana perawat harus dilengkapi. Bahan dan peralatan yang lengkap, pengetahuan, keterampilan dan pengalaman yang memadai sangat membantu pekerjaan perawat sehingga dengan menciptakan iklim kondusif akan memotivasi perawat untuk meningkatkan kinerjanya.

Timpe (2000) menyatakan pada iklim yang kondusif seorang karyawan akan dapat lebih bekerjasama untuk menghasilkan produk yang bermutu dan berkaitan erat dengan pencapaian tujuan pekerjaan. Kurangnya kesempatan untuk mengembangkan diri, kurang tersedianya sarana dan prasarana, tidak berjalannya sistem reward, kurang berjalannya evaluasi kinerja, kurang pengaturan atas kinerja yang dilakukan oleh perawat pelaksana dalam melakukan asuhan keperawatan menyebabkan perawat pelaksana hanya mengerjakan pekerjaan sebagai bagian dari kewajiban saja sehingga kinerjanya pun tidak optimal.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa peningkatan kinerja perawat perlu diupayakan, dimana rata-rata kinerja perawat pelaksana sebesar 53,16, sedangkan rata-rata umur perawat 30,27 tahun. Upaya peningkatan kinerja dapat dilakukan dengan memberikan tanggung jawab yang lebih dan memantau pelaksanaan tugas yang dilakukan serta

memberi kesempatan mengikuti pelatihan atau melanjutkan pendidikan serta membuat kebijakan yang mendorong kemampuan profesionalisme perawat agar selalu ingin maju. Kebijakan memberikan penghargaan atau pujian baik lisan maupun tertulis dapat memotivasi perawat untuk tetap berupaya meningkatkan kinerjanya.

Bidang Perawatan juga dapat memupuk loyalitas perawat pelaksana dengan memberi keyakinan kepada anggota bahwa loyalitas mantap akan mengakibatkan karir yang baik, penghasilan yang memadai, jaringan sosial yang luas, memperoleh status dan aktualisasi diri. Perawat yang berumur 30 tahun atau kurang dapat dibina agar mempunyai tanggung jawab dan bekerja lebih rajin, sedangkan perawat di atas 30 tahun diperhatikan keberadaannya, dengan memantau pelaksanaan tugas yang dilakukannya. Pengawasan oleh kepala ruangan bersama bidang perawatan akan memotivasi perawat bekerja lebih baik, dan perlu memberi pujian atau ucapan terima kasih atas hasil pekerjaannya dalam melakukan asuhan keperawatan.

**b. Hubungan jenis kelamin dengan kinerja perawat di RSUD Langsa.**

Perawat pelaksana di RSUD Langsa sebagian besar berjenis kelamin wanita yaitu sebanyak 88,8%. Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Panjaitan (2004), Kurniadi (2006) dan Herman (2001) dimana perawat yang bertugas di rumah sakit didominasi oleh jenis kelamin wanita. Hasil pengamatan peneliti, perawat pria lebih banyak bekerja di ruangan yang membutuhkan tenaga lebih banyak, seperti di Kamar Bedah, Instalasi Gawat Darurat dan Ruang Rawat Bedah, dibanding perawat wanita. Penelitian ini tidak dapat membandingkan kemampuan perawat pria dan wanita karena tidak seimbang jumlah perawat pria dan wanita.

Hasil penelitian ini menemukan rata-rata kinerja wanita yaitu 53,30 dan pria sebesar 51. Pada analisis bivariat dengan uji t ditemukan tidak ada perbedaan kinerja perawat pria dengan wanita ( $p\ value = 0,649$ ). Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Asman (2001), Aminuddin (2002) dan Panjaitan (2002). Hasil penelitian ini juga sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Robbins (2001) yang menyatakan tidak ada perbedaan wanita dan pria dalam kemampuan memecahkan masalah, keterampilan analitis, dorongan kompetitif, motivasi, sosialitas dan kemampuan belajar.

### **c. Hubungan lama kerja dengan kinerja perawat di RSUD Langsa.**

Rata-rata lama kerja perawat pelaksana adalah 6,43 tahun. Lama kerja tersingkat adalah 1 tahun dan terlama 18 tahun. Hasil penelitian menemukan tidak ada hubungan lama kerja dengan kinerja perawat ( $p\ value = 0,562$ ). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Rusmiati (2006), Riyadi (2007) dan Nomiko (2007). Sebaliknya, penelitian ini tidak mendukung teori yang dikemukakan oleh Mendrova (1995; dalam Ilyas 2001), Robbins (2003) dan Simanjuntak (2005) yang berpendapat pengalaman kerja berhubungan dengan kinerja dimana pengalaman kerja dapat meningkatkan keterampilan individu bekerja.

Hasil analisis dengan regresi linier berganda ditemukan bahwa setiap peningkatan lama kerja maka kinerja perawat akan menurun sebesar 4,796 setelah dikontrol variabel umur, kepemimpinan, dan supervisi. Penelitian ini sesuai dengan Siagian (1999) yang berpendapat bahwa seseorang yang sudah lama bekerja pada suatu organisasi tidak identik dengan produktivitas tinggi. Artinya tidak mustahil terjadi bahwa seseorang yang

sudah lama bekerja akan menunjukkan gejala menurunnya motivasi dan produktivitas kerjanya.

Pengamatan peneliti, perawat dengan lama kerja 6 tahun atau lebih telah dikategorikan senior, cenderung mengerjakan hal-hal yang rutinitas seperti melengkapi administrasi ruangan, misalnya menghitung pasien pulang, membuat laporan bulanan ruangan. Sementara untuk pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan oleh perawat junior. Bila perawat junior menghadapi masalah dalam melakukan tindakan keperawatan, maka perawat senior membantu mengatasinya. Situasi ini juga didukung oleh metode fungsional yang masih dilakukan dalam memberikan asuhan keperawatan, sehingga tidak ada keharusan perawat bertanggung jawab penuh terhadap klien ketika melakukan asuhan keperawatan. Kondisi inilah yang mendukung hasil penelitian ini, dimana makin lama perawat bekerja maka kinerja perawat itu cenderung menurun.

Peneliti berpendapat bahwa perawat senior lebih cenderung berpengalaman dan memiliki keterampilan dalam bekerja. Tetapi produktivitasnya dapat menurun apabila tidak diimbangi dengan lingkungan kerja yang produktif. Peningkatan kinerja dapat diupayakan dengan memotivasi dan menciptakan lingkungan kerja yang mendorong perawat harus bekerja profesional, bukan bekerja hanya karena kewajiban atau hal yang rutin saja. Hal ini sesuai pendapat Tappen (2004) yang menyatakan bahwa lama kerja yang tidak didukung pengembangan staf yang baik akan menurunkan kualitas pekerjaannya.

Lingkungan kerja yang produktif dapat diciptakan dengan mengembangkan kemampuan dan keterampilan perawat dalam bentuk program jenjang karir, sistim promosi, dan penilaian kinerja secara rutin dan objektif di rumah sakit sehingga perawat termotivasi untuk bekerja lebih baik.

#### **d. Hubungan status perkawinan dengan kinerja perawat di RSUD Langsa.**

Analisis univariat menurut status perkawinan menunjukkan perawat berstatus kawin (87,8%) dan yang belum kawin sebanyak 12,2%. Pada analisis bivariat ditemukan rata-rata kinerja perawat dengan status kawin sebesar 52,99 dan yang belum kawin adalah 53,42. Walaupun penelitian ini menemukan tidak ada perbedaan kinerja perawat yang kawin dengan yang belum ( $p\ value = 0,390$ ) serta pada analisis multivariat ditemukan bahwa variabel status perkawinan tidak mempengaruhi kinerja perawat. Hasil ini sesuai dengan penelitian Rusdi (2001), Asman (2001) dan Rusmiati (2006), yang menyatakan tidak ada hubungan antara status perkawinan dengan kinerja.

Sebaliknya hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Panjaitan (2002), Rivai (2003) dan Prawoto (2007) yang menemukan ada hubungan bermakna antara kinerja dengan status perkawinan. Hal ini juga didukung oleh pendapat Robbins (2003) yang mengemukakan bahwa status perkawinan meningkatkan tanggung jawab seseorang dan pekerjaan menjadi hal yang penting bagi yang berkeluarga. Hal ini diperkuat dengan penelitian yang dilakukan oleh Panjaitan (2002), Rivai (2003), dan Prawoto (2007), yang menemukan adanya hubungan yang signifikan antara status perkawinan dengan kinerja perawat.



Peneliti berasumsi bahwa pelaksanaan asuhan keperawatan di RSUD Langsa masih bersifat rutinitas. Hal ini menyebabkan siapapun yang melaksanakannya baik yang berstatus kawin ataupun belum tidak akan mempunyai daya ungkit yang besar terhadap kemauan dan kemampuan untuk meningkatkan kinerjanya.

#### e. Hubungan status kepegawaian dengan kinerja perawat di RSUD Langsa

Analisis univariat berdasarkan status kepegawaian menunjukkan perawat PNS sebanyak 86,7% dan honor 13,3%. Pada analisis bivariat dengan uji korelasi *Pearson* ditemukan rata-rata kinerja perawat berstatus PNS sebesar 53,45 dan honor sebesar 50,38, dan tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata kinerja perawat PNS dengan perawat honor (*p value* = 0,515).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Asman (2001) dan Harleni (2007) dimana tidak ada hubungan yang signifikan antara status kepegawaian terhadap kinerja perawat. Tetapi, penelitian yang dilakukan Rivai (2003) berbeda, dimana hasilnya menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara status kepegawaian dengan kinerja. Peneliti berpendapat perbedaan hasil penelitian tersebut terjadi karena adanya perbedaan karakteristik individu dan lingkungan atau budaya kerja dimana penelitian dilakukan

Penelitian ini mendukung teori imbalan ekstrinsik yang dikemukakan oleh Simamora (2004), bahwa status PNS berpengaruh kuat terhadap kinerja seseorang. Hal ini terlihat dari rata-rata kinerja perawat PNS adalah 53,45 sedangkan perawat honor 50,38. Status

PNS memberikan makna yang lebih baik dalam status kepegawaian di RS dimana ada kejelasan gaji yang diterima dibandingkan yang honor.

Status PNS bagi perawat yang bekerja di RS Pemerintah memberikan rasa aman yang lebih karena sudah ada peraturan pemerintah yang menjamin tentang gaji, tunjangan hari tua, asuransi, dan tata cara kenaikan pangkat. Pandangan lain terhadap PNS dari teman sekerja dan masyarakat adalah penghargaan, rasa hormat terhadap statusnya sebagai perawat pemerintah. Semua ini dapat berefek terhadap meningkatnya kepuasan dan motivasi perawat dalam bekerja sehingga hasil kerja perawat PNS sepatutnya lebih baik dari perawat honor.

Selain itu, penilaian kinerja bagi perawat PNS menggunakan DP3, sedangkan perawat honor belum ada. Kondisi ini dapat mengakibatkan kurangnya rasa tanggung jawab ketika bekerja bagi perawat honor karena tidak adanya penilaian bagaimana ia bekerja. Bila hal ini tidak diantisipasi maka dapat menciptakan lingkungan yang tidak memotivasi perawat untuk bekerja lebih baik.

## **2. Faktor Organisasi (kepemimpinan, supervisi dan imbalan)**

### **a. Hubungan kepemimpinan dengan kinerja perawat di RSUD Langsa**

Hasil analisis univariat pada variabel kepemimpinan menunjukkan rata-rata perawat mempersepsikan kepemimpinan kepala ruangan sebesar 57,85. Skor terendah 35 dan tertinggi 78. Pada analisis bivariat dengan uji korelasi *Pearson* ditemukan adanya hubungan yang bermakna antara kepemimpinan dengan kinerja dimana hubungan kepemimpinan dan kinerja menunjukkan hubungan sedang dan berkorelasi positif

( $r = 0,397$  dan  $p = 0,000$ ). Artinya semakin meningkat kemampuan kepemimpinan kepala ruangan semakin meningkat kinerja perawat pelaksana.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Amatiria (2003), Prambudi (2004) dan Mulyadi (2005) yang menemukan adanya hubungan antara kepemimpinan dengan kinerja perawat pelaksana. Berbeda pula penelitian yang dilakukan oleh Nomiko (2007) yang menyatakan tidak adanya hubungan bermakna kepemimpinan dengan kinerja perawat.

Analisis multivariat dengan regresi linier berganda menemukan variabel kepemimpinan berkontribusi terhadap kinerja. Setiap peningkatan kemampuan kepemimpinan kepala ruangan maka kinerja perawat akan meningkat sebesar 0,195 setelah dikontrol variabel umur, lama kerja dan supervisi.

Penelitian ini juga sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Hersey, Blanchard dan Jonson (1996, dalam Huber 2000) dimana kepala ruangan sebagai pemimpin harus dapat mempengaruhi kinerja perawatnya dalam melakukan asuhan keperawatan. Sedangkan Gillies (1994) berpendapat kepala ruangan sebagai pemimpin mempunyai tanggung jawab mengarahkan pelaksanaan asuhan keperawatan melalui kinerja perawat pelaksana. Selanjutnya ia juga dituntut memiliki keterampilan dan pengetahuan yang sesuai dengan ilmu keperawatan sekarang. Hal ini akan berdampak pada mutu asuhan keperawatan, terbukti pada hasil penelitian ini setiap peningkatan kemampuan kepemimpinan akan meningkatkan kinerja perawat sebesar 0,195.

Peneliti berpendapat kemampuan kepemimpinan kepala ruangan di RSUD Langsa perlu ditingkatkan karena kepemimpinan merupakan kunci utama untuk peningkatan kinerja perawat. Pemimpin diharapkan mampu mempengaruhi iklim dan lingkungan kerja, terutama produktifitas individu dan organisasi. Jika perawat berpikir bahwa mereka berkontribusi pada organisasi, mereka termotivasi bekerja lebih baik.

Perawat merupakan tenaga terbanyak di rumah sakit, sehingga perlu pemimpin yang mempunyai kreatifitas dan ilmu berdasarkan lingkungan yang kompleks di rumah sakit. Banyak perubahan yang terjadi, meliputi ilmu keperawatan, teknologi, dilema etik dan tekanan sosial. Situasi ini memerlukan pemimpin yang mampu membimbing dan memotivasi perawat pelaksana untuk mencapai peningkatan kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.

Kepala ruangan sebagai seorang pemimpin dituntut memiliki kemampuan untuk mengembangkan strategi yang dapat membantu perawat pelaksana beradaptasi secara positif terhadap semua perubahan yang mungkin terjadi ketika bekerja. Kemampuan yang harus dimiliki untuk meningkatkan pelayanan, melatih dan menjawab pertanyaan untuk meningkatkan pembelajaran, proteksi dan support ketika perawat bekerja.

Salah satu cara untuk melihat kemampuan kepala ruangan dengan melakukan penilaian kinerja kepala ruangan. Asumsi ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Huber (2000) bahwa penilaian kinerja merupakan salah satu sistem manajemen kinerja yang digunakan organisasi untuk memotivasi karyawannya. Setelah melakukan penilaian kinerja, maka dapat diketahui kompetensi seseorang, apakah ia masih dianggap mampu

untuk menjadi seorang kepala ruangan. Penilaian kinerja yang objektif juga dapat menjadi sarana promosi bagi perawat pelaksana yang berprestasi, yang dianggap mempunyai kompetensi sebagai kepala ruangan.

Penilaian kinerja selain dapat melihat kompetensi perawat juga dapat memotivasi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan. Keberhasilan pencapaian tujuan asuhan keperawatan juga dipengaruhi oleh gaya kepemimpinan kepala ruangan itu dalam berinteraksi dengan stafnya. Hal ini sesuai dengan pendapat Wirawan (2003) bahwa gaya kepemimpinan mencerminkan apa yang dilakukan oleh pemimpin dalam mempengaruhi pengikutnya dalam merealisasikan visinya.

Kepala ruangan harus menguasai gaya situasional, dimana gaya kepemimpinannya harus sesuai dengan situasi yang dihadapinya. Kepala ruangan memakai gaya *otokratik* terhadap perawat yang kurang bertanggung jawab, sebaliknya untuk perawat yang mempunyai rasa tanggung jawa tinggi, maka kepemimpinan *Laissez faire* lebih cocok. Hal ini disebabkan tidak ada satupun gaya kepemimpinan yang cocok digunakan, karena adanya perbedaan masing-masing individu perawat, seperti perbedaan persepsi, latar belakang pendidikan, kepribadian, kemampuan dan nilai-nilai yang dianut.

Gillies (1996) berpendapat kemampuan kepala ruangan sebagai *first line manager* mempunyai tanggung jawab melakukan asuhan keperawatan secara efektif dan aman terhadap klien, yang dilakukan oleh perawat pelaksana. Tugas ini dilakukan dengan mengarahkan perawat bekerja sesuai kebijaksanaan dan standar RS serta harus mengawasi pelaksanaan tugas tersebut. Selain itu, kepala ruangan juga dituntut mampu

memenuhi kebutuhan fisik dan psikologis serta jabatan bagi stafnya, disini perlu pengetahuan dan keterampilan kepala ruangan. Pemahaman kepala ruangan tentang hukum, ekonomi, hubungan buruh dan keterampilan berkomunikasi sangat diperlukan.

Kepemimpinan kepala ruangan sangat menentukan kinerja perawat pelaksana. Pemimpin yang baik mempunyai kompetensi yang sesuai dengan tanggung jawab yang harus dipenuhinya dalam upaya memotivasi perawat untuk melakukan asuhan keperawatan sesuai uraian tugasnya. Kepala ruangan perlu memahami uraian tugas dirinya dan juga uraian tugas perawat pelaksana, sehingga pelaksanaan asuhan keperawatan lebih optimal. Kinerja ini perlu diimbangi dengan pemantauan apakah tugas dan tanggung jawab telah dilaksanakan, sehingga perlu dilakukan penilaian kinerja yang objektif di RSUD Langsa. Asumsi peneliti dengan menilai kinerja kepala ruangan, akan diketahui kemampuan kepemimpinan kepala ruangan sehingga kepala ruangan termotivasi meningkatkan kinerjanya dan akan berdampak pada peningkatan kinerja perawat pelaksana di RSUD Langsa.

#### **b. Hubungan supervisi dengan kinerja perawat di RSUD Langsa**

Hasil analisis univariat variabel supervisi menunjukkan rata-rata perawat mempersepsikan supervisi sebesar 53,62. Skor terendah 28 dan tertinggi 80. Pada analisis bivariat dengan uji korelasi *Pearson* ditemukan adanya hubungan yang bermakna antara supervisi dengan kinerja dimana hubungan supervisi dan kinerja menunjukkan hubungan sedang dan berkorelasi positif ( $r = 0,454$  dan  $p = 0,000$ ). Artinya semakin meningkat kemampuan supervisi kepala ruangan semakin meningkat kinerja perawat pelaksana.

Pada analisis multivariat ditemukan bahwa variabel supervisi berkontribusi paling dominan terhadap kinerja perawat (*coefficient* Beta = 0,367). Setiap peningkatan kemampuan supervisi kepala ruangan maka kinerja perawat akan meningkat sebesar 0,519 setelah dikontrol variabel umur, lama kerja dan kepemimpinan. Penelitian ini sesuai dengan pendapat Mc Eachen (2007) yang mengemukakan supervisi merupakan proses mengarahkan, memberi petunjuk dan dapat mempengaruhi *outcome* kinerja perawat dalam melakukan asuhan keperawatan.

Supervisi merupakan kegiatan rutin dan terjadwal yang harus dilakukan kepala ruangan, untuk memastikan pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan dengan baik dan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Asumsi peneliti, peran kepala ruangan di RSUD Langsa sebagai supervisor masih belum optimal, terlihat rata-rata skor supervisi adalah 53,62 sehingga perlu peningkatan kemampuan supervisor dalam melakukan supervisi terhadap kinerja perawat..

Peningkatan kompetensi supervisor perlu menjadi perhatian yang serius oleh bidang perawatan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian, dimana supervisi berkontribusi paling dominan terhadap kinerja perawat. Tuntutan ini menjadikan alasan perlunya kebijakan tentang siapa saja yang pantas menjadi supervisor, dan kompetensi apa yang harus dimiliki seorang supervisor. Hal ini sesuai dengan pendapat Arwani & Supriyatno (2006) tentang kompetensi seorang supervisor.

Kompetensi pertama adalah kemampuan untuk mengarahkan dan memberi petunjuk yang jelas sehingga mudah dimengerti oleh perawat pelaksana. Kompetensi kedua,

mampu memberi saran, nasihat dan bantuan sesuai dengan kebutuhan perawat pelaksana. Supervisor dapat berkomunikasi, melakukan pendekatan asertif dan memahami kebutuhan stafnya. Kompetensi ketiga yaitu supervisor mampu memotivasi perawat untuk meningkatkan kinerjanya, tahu bagaimana waktu dan cara yang tepat ketika melakukan supervisi terhadap bawahannya. Kompetensi keempat adalah kemampuan memberikan latihan dan bimbingan yang diperlukan oleh perawat pelaksana. Pemahaman tentang SOP dan SAK dalam memberikan asuhan keperawatan sangat diperlukan oleh seorang supervisor. Supervisor juga dituntut mampu memberikan penilaian kinerja bawahannya secara objektif, untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang diberikan. Hal ini sesuai dengan pendapat Keliat et all (2006) bahwa supervisi atau pengawasan adalah proses memastikan kegiatan dilaksanakan sesuai dengan tujuan organisasi dengan cara melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan kegiatan tersebut. Kompetensi-kompetensi ini harus dimiliki seorang supervisor, yaitu kepala ruangan dalam upaya peningkatan kinerja perawat pelaksana.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan Siagian (2003) yang menemukan adanya hubungan yang bermakna antara pengaruh supervisi kepala ruangan terhadap kinerja perawat pelaksana rawat inap di RSUD Sidoarjo (Siagian, 2003¶ 4, <http://adln.lib.unair.ac.id> diakses 20 Februari 2008. Penelitian lain yang mendukung dilakukan oleh Kurniati (2001), Widaningsih (2002), dan Nomiko (2007). Temuan ini sesuai dengan pendapat Gillies (1994) yang menyatakan supervisi dapat memperbaiki kinerja perawat, juga diperkuat dengan pendapat Ilyas (2001) yang mengemukakan supervisi sebagai salah satu variabel organisasi yang mempengaruhi kinerja.



Kron (1987, dalam Harmini, 2005) mengemukakan supervisi adalah kegiatan pembinaan dengan menerapkan prinsip mengajar, mengarahkan, mengobservasi dan mengevaluasi secara terus menerus pada setiap perawat pelaksana dengan sabar, adil serta bijaksana sehingga perawat dapat memberikan asuhan keperawatan dengan baik sesuai dengan kemampuan dan keterbatasannya. Berbeda dengan pendapat Kron, maka supervisi di RSUD Langsa belum dilakukan secara terjadwal, tetapi bersifat situasional. Kepala ruangan melakukan supervisi ketika perawat pelaksana menemukan masalah yang berhubungan dengan klien dan keluarga. Bentuk supervisi lebih banyak terhadap kegiatan sehari-hari atau supervisi langsung pada tindakan keperawatan yang dilakukan perawat pelaksana, tanpa adanya pedoman supervisi dan tidak terjadwal.

Bila hal ini tidak diantisipasi dapat menurunkan kinerja perawat, dimana biasanya kegiatan-kegiatan rutin yang dilakukan jarang disupervisi. Sebaliknya kegiatan rutin tersebut perlu dilakukan supervisi karena dapat menimbulkan risiko seperti mencuci tangan, keamanan dan keselamatan klien yang dapat menurunkan mutu asuhan keperawatan.

Bidang manajemen keperawatan perlu menyusun kebijakan tentang supervisi yang disesuaikan dengan kondisi rumah sakit. Kebijakan supervisi disusun dengan perencanaan sesuai dengan uraian tugas perawat yang jelas, melibatkan perawat yang mempunyai kompetensi sebagai supervisor, walaupun bukan kepala ruangan. Juga perlu adanya pengaturan jadwal supervisi secara berkala dan pedoman supervisi yang jelas dan baku terhadap hasil kinerja perawat di ruangan baik yang dilakukan pihak ruangan maupun oleh bidang perawatan.

Program supervisi ini dapat menjadi kegiatan untuk memberi umpan balik yang diperlukan perawat terkait kinerjanya. Supervisi perlu dilakukan agar perawat mengetahui kelemahan dan hal yang positif yang telah dilakukannya. Setelah mengetahui kelemahan, bidang keperawatan dapat merencanakan tindakan apa yang harus dilakukan rumah sakit untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

### c. Hubungan imbalan dengan kinerja perawat di RSUD Langsa

Hasil analisis univariat variabel imbalan menunjukkan rata-rata perawat mempersepsikan imbalan yang diterima adalah 45,5. Skor terendah 27 dan tertinggi 59. Pada analisis bivariat dengan uji korelasi *Pearson* ditemukan adanya hubungan yang bermakna antara imbalan dengan kinerja yaitu menunjukkan hubungan lemah dan berkorelasi positif ( $r = 0,239$  dan  $p = 0,018$ ). Artinya semakin meningkat imbalan yang diterima semakin meningkat kinerja perawat pelaksana.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Dumboh (2001), Prambudi (2004), Widaningsih (2002) dan Pandawa (2005) yang menyatakan ada hubungan bermakna antara variabel imbalan dengan kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan, tetapi tidak sesuai dengan penelitian Nurhaeni (2003) dan Nomiko (2007). Peneliti berpendapat bahwa perbedaan hasil penelitian ini dikarenakan keunikan karakteristik individu dan lingkungan rumah sakit dimana penelitian dilakukan.

Peneliti berpendapat sistem pemberian kompensasi atau imbalan di RSUD Langsa tidak memotivasi kinerja perawat. Perawat PNS menerima gaji sesuai ketentuan Pemerintah dan perawat honor menerima gaji sesuai ketentuan Pemerintah Kota Langsa. Besaran

yang diterima sudah ditentukan jumlahnya dan belum berdasarkan prestasi seseorang. Pemberian insentif telah berdasarkan tingkat pendidikan seseorang, tetapi untuk promosi jabatan belum melihat prestasi kerja, tingkat pendidikan hanya melihat senioritas seseorang. Kondisi inilah yang menyebabkan persepsi perawat terhadap imbalan yang diterimanya masih kurang, yang dapat berdampak pada penurunan kinerja perawat, sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Samsudin (2005) yang menyatakan salah satu tujuan pemberian kompensasi adalah meningkatkan produktivitas, yang dapat berdampak pada peningkatan kinerja perawat pelaksana.

Penghargaan baik lisan dan tulisan jarang dilakukan. Swansburg (2000) berpendapat imbalan non finansial akan mendorong perkembangan diri dan memberikan kepuasan individu. Perlu adanya penghargaan terhadap kerja perawat terutama kesempatan untuk mengikuti pelatihan, pendidikan berkelanjutan atau kesempatan untuk pengembangan diri dalam bentuk promosi kepala ruangan.

### **3. Kinerja Perawat**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata kinerja perawat pelaksana secara keseluruhan di RSUD Langsa NAD adalah 53,16 dengan skor terendah 10 dan tertinggi 76. Depkes (2002) mengemukakan untuk kinerja perawat dengan standar akreditasi penuh maka total skor minimal 75%, maka peneliti berpendapat bahwa kinerja perawat di RSUD Langsa belum optimal.

Hasil penelitian juga menunjukkan perlunya peningkatan dalam penerapan standar asuhan keperawatan. Hal ini terlihat pada perencanaan, dimana semua perawat

pelaksana tidak melakukannya (0%). Tetapi, pada tindakan keperawatan, 66% perawat melakukannya karena sesuai dengan metode fungsional dimana masing-masing perawat diharuskan melakukan tindakan keperawatan tertentu, tanpa perlu sebelumnya melakukan pengkajian, membuat diagnosa atau membuat perencanaan. Sedangkan perawat melakukan kebersihan ruangan sebanyak 52%, sesuai dengan penelitian yang dilakukan Depkes dan WHO tahun 2000 bahwa perawat masih banyak melakukan tugas non keperawatan dibanding tugas keperawatan yang seharusnya dilakukan. (Suhartati, 2005, ¶2, dalam <http://www.bppsdmk.depkes.go.id>, diperoleh 05 Februari 2008)

Hasil pengamatan peneliti, perawat melakukan asuhan keperawatan hanya berdasarkan kewajiban atau rutinitas biasa. Metode pemberian asuhan keperawatan di RSUD Langsa masih metode fungsional, sehingga tidak ada perawat yang bertanggung jawab penuh untuk perawatan seorang klien. Swansburg (2000) berpendapat kelemahan metode ini membagi-bagi asuhan keperawatan, menurunkan tanggung jawab dan tanggung gugat perawat dan sulit membina hubungan perawat dan klien.

Hubungan perawat dan klien dapat lebih ditingkatkan pada metode asuhan keperawatan tim. Metode tim bertujuan memberikan perawatan yang berpusat pada pasien. Kebutuhan asuhan keperawatan diidentifikasi dan memenuhinya melalui tahap-tahap proses keperawatan. Metode tim melibatkan semua anggota tim dalam perencanaan asuhan keperawatann pasien, melalui penggunaan konferensi tim dan penulisan rencana keperawatan.

Selain itu, penerapan metode fungsional dalam melakukan asuhan keperawatan, menyebabkan pelaksanaan uraian tugas menjadi tidak optimal. Perawat banyak yang tidak melakukan setiap tahap-tahap proses keperawatan, bekerja sendiri sendiri dan tidak ada tanggung jawab terhadap asuhan keperawatan yang dilakukannya. Hasil penelitian juga menunjukkan masih rendahnya pelaksanaan asuhan keperawatan, terutama pada perencanaan dan pengkajian keperawatan.

Pendapat Arwani & Supriyatno (2006) menyatakan pada metode fungsional ini asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien terpisah-pisah, tidak profesional karena tidak berdasarkan masalah pasien. Kelemahan lain dari metode fungsional tidak memberikan kepuasan pada klien maupun perawat, dan kadang bisa terjadi saling melempar tanggung jawab bila terjadi kesalahan.

Peneliti berpendapat bahwa perlu bagi bidang keperawatan mulai membuat kebijakan baru tentang perubahan metode pemberian asuhan keperawatan yang sesuai dengan perkembangan ilmu keperawatan, misalnya metode tim yang lebih mengutamakan pelaksanaan proses keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai kondisi rumah sakit.

Asumsi peneliti, dengan sumber daya manusia yang ada (5 S1 Keperawatan) maka metode tim lebih sesuai diterapkan di RSUD Langsa. Tujuan pemberian metode tim dalam asuhan keperawatan menurut Arwani & Supriyatno (2006) adalah memenuhi kebutuhan pasien sehingga meningkatkan kepuasan pasien. Selain itu, metode tim dapat meningkatkan kerjasama dan koordinasi perawat dalam melaksanakan tugas,

memungkinkan adanya *transfer of knowledge* dan *transfer of experiences* di antara perawat, sehingga keterampilan dan motivasi perawat dalam bekerja meningkat.

Pada metode tim asuhan keperawatan yang diberikan memerlukan berbagai kegiatan yang dilakukan sehingga perawat dapat memberikan asuhan keperawatan terbaiknya kepada pasien. Koordinasi dan bimbingan dalam pemberian asuhan keperawatan antara ketua tim dan anggotanya melalui hubungan profesional antara ketua tim dan perawat pelaksana dapat dilakukan melalui ronde keperawatan.

Ronde keperawatan merupakan upaya yang dilakukan agar asuhan keperawatan menjadi lebih baik dan berkesinambungan (Swansburg, 2000). Seluruh anggota tim akan terlibat aktif dalam pemberian asuhan keperawatan yang dilakukan, karena anggota tim/perawat pelaksana mengetahui dengan jelas perkembangan pasien yang menjadi tanggungjawabnya. Ronde keperawatan adalah kegiatan untuk membahas perkembangan kesehatan klien yang menjadi tanggung jawabnya selama pemberian asuhan keperawatan. Kegiatan dapat berbentuk observasi dan wawancara klien, dapat didemostrasikan intervensi keperawatan yang perlu dilakukan segera (Sitorus, 2006).

Ronde keperawatan ini penting selain untuk supervisi perawat pelaksana, juga sarana bagi ketua tim untuk memperoleh tambahan data tentang kondisi klien (Swansburg, 1999). Tujuan dilakukan ronde keperawatan menurut Sitorus (2006) adalah (1) menumbuhkan cara berfikir melalui *problem solving* staf (2) menumbuhkan pemikiran bahwa setiap langkah tindakan asuhan keperawatan bermula dari konteks masalah atau *nursing problem* yang ada pada pasien (3) mengembangkan dan

menumbuhkan pola berfikir sistematis dalam mengenal data, menganalisa data dan menentukan masalah serta merencanakan dan melakukan asuhan keperawatan (4) menimbulkan kepedulian staf terhadap asuhan keperawatan (5) menilai kemampuan staf dalam menentukan dan memberikan asuhan keperawatan

Pelaksanaan ronde keperawatan memerlukan panduan bagi ketua tim antara lain adalah (1) ketua tim menentukan 2-3 klien yang akan di ronde (2) sebaiknya dipilih klien yang membutuhkan perawatan khusus dengan masalah yang relatif kompleks (3) ronde dilakukan setiap hari terutama pada waktu ketika intensitas di ruang rawat relatif tenang (4) waktu yang diperlukan untuk melakukan ronde lebih kurang 1 jam (5) ketua tim memberikan masukan kepada perawat pelaksana dan memberikan pujian untuk hal-hal tertentu (6) masalah yang sensitif sebaiknya tidak didiskusikan di hadapan klien (7) pada kegiatan ronde keperawatan, perawat pelaksana akan dievaluasi oleh ketua tim untuk melihat apakah tindakan yang telah dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun oleh ketua tim. Perawat pelaksana akan belajar mendapatkan masukan, penguatan positif dari ketua tim terkait dengan tindakan yang telah dikerjakan. Ketua tim berperan sebagai role model dalam kegiatan ini. Lingkungan ilmiah akan tercipta oleh anggota tim dalam kelompok.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa supervisi merupakan variabel yang paling dominan mempengaruhi kinerja perawat. Kepemimpinan kepala ruangan juga berpengaruh terhadap kinerja, karena fungsi kepala ruangan sebagai supervisor berdampak kepada kinerja perawat.

Pengamatan peneliti, kompetensi kepala ruangan baik sebagai *manager first line* maupun sebagai supervisor masih perlu ditingkatkan. Pelaksanaan supervisi belum optimal, terlihat dimana kegiatan supervisi belum dilakukan secara rutin dan terjadwal, tetapi dilakukan ketika perawat mengalami masalah dengan klien atau keluarga. Kepala ruangan harus mempunyai kompetensi pengarah atau mampu memberikan petunjuk dengan jelas. Bila ditinjau dari keterampilan, kepala ruangan rata-rata mempunyai lama kerja  $\geq 14$  tahun, tetapi semuanya memiliki latar belakang pendidikan DIII Keperawatan. Peneliti berasumsi bahwa pengetahuan kepala ruangan masih kurang sehingga dalam memberikan petunjuk dalam bekerja belum maksimal dan memuaskan.

Kompetensi kepala ruangan sebagai penilai juga merupakan faktor penting dalam meningkatkan kinerja perawat, dengan memberikan penilaian secara objektif dan benar. Supervisor harus mempunyai standar penilaian agar tidak menimbulkan kesalahan dalam menilai kinerja perawat. Swansburg (1999) dan Dienemann (1989) menyatakan bahwa standar kinerja dapat diuraikan dari uraian tugas dan dokumen-dokumen lain yang menjelaskan tentang aspek-aspek kualitas dan kuantitas dari kinerja.

Bentuk penilaian yang ada masih menggunakan DP3 (Daftar Penilaian Pelaksanaan Pekerjaan) dimana aspek-aspek yang dinilai tidak mencantumkan proses keperawatan. Uraian tugas yang ada mengacu pada standar Depkes (1999), tetapi belum tersosialisasikan pada seluruh perawat, dan juga tidak menjadi kriteria dalam pelaksanaan penilaian kinerja. Kondisi ini dapat mempengaruhi kinerja perawat khususnya dalam penerapan standar asuhan keperawatan.



Penilaian kinerja perawat merupakan kegiatan yang penting untuk melihat keberhasilan pelaksanaan tugas, apakah sudah sesuai dengan uraian tugas yang telah ditetapkan. Selain itu, manfaat penilaian kinerja menurut pendapat Gillies (1996), Huber (2000), Koontz dan Weirich dalam Aditama (2004) serta Sheal (2003) yaitu khususnya bagi bidang perawatan adalah pengembangan manajemen terutama fungsi pengawasan, perbaikan metode penilaian, proses identifikasi perawat yang berprestasi untuk promosi, serta sarana komunikasi atasan dan bawahan. Pihak manajemen juga dapat memberikan umpan balik tentang bagaimana perawat bekerja dan apa yang diharapkan dari perawat tersebut.

Penilaian kinerja juga berdampak pada interaksi perawat dengan pasien. Umpan balik yang diberikan, dapat memperbaiki penampilan kerja perawat dalam melakukan asuhan keperawatan. Perawat merasa pihak manajemen melakukan validasi terhadap penampilan kerjanya. Hasilnya berguna untuk keputusan promosi terhadap perkembangan karir perawat. Evaluasi ini juga memperjelas uraian tugas perawat, dapat memotivasi perawat untuk lebih produktif, serta memberikan kesempatan bagi perawat untuk menyampaikan keluhan, kesulitan ataupun saran bagi manajer dan rumah sakit.

## **B. Keterbatasan Dalam Penelitian.**

### **1. Variabel Penelitian**

Penelitian ini hanya meneliti delapan variabel yang dianggap berhubungan dengan variabel independen. Kerangka teori menunjukkan masih banyak faktor lain yang dianggap mempengaruhi kinerja yang tidak diteliti. Oleh karena itu, penelitian ini hanya

menggambarkan hubungan variabel independen dengan variabel dependen berdasarkan kondisi variabel yang diteliti.

## **2. Teknik Pengumpulan Data**

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini merupakan persepsi perawat pelaksana. Pengumpulan data variabel independen dengan menyebarkan kuesioner, cenderung subyektif dan sangat tergantung pada kejujuran responden dalam memberikan informasi tanpa dipengaruhi perawat lain. Pengisian kuesioner di ruang rawat juga memberikan subyektifitas terhadap penilaian tentang kinerja kepala ruangan. Observasi kinerja perawat hanya dilakukan numerator sebanyak 3 kali saat dinas pagi dan siang hari. Selain itu, lingkungan eksternal seperti stress personal dapat menyebabkan jawaban kuesioner bias, mempengaruhi emosi dan perilaku perawat ketika melakukan asuhan keperawatan. Peneliti tidak mampu mengontrol lingkungan ketika data dikumpulkan.

### **C. Implikasi untuk Keperawatan**

#### **1. Implikasi terhadap Pelayanan Keperawatan**

Penelitian ini diharapkan berdampak positif dan dapat menjadi masukan bagi pelayanan keperawatan khususnya dalam rangka upaya meningkatkan kinerja perawat. Penelitian ini menemukan bahwa variabel kepemimpinan dan supervisi berkontribusi terhadap pelaksanaan kinerja perawat pelaksana. Kompetensi pemimpin, yaitu kompetensi kepala ruangan sangat mempengaruhi kinerja perawat pelaksana. Pihak rumah sakit hendaknya lebih memprioritaskan kompetensi seseorang untuk menjadi kepala ruangan, sebagai *manager first line* yang harus dapat berperan sebagai pemimpin. Kepala ruangan

tersebut mampu berperan sebagai *role model* untuk memotivasi perawat pelaksana dalam bekerja.

Kepala ruangan dituntut mampu meningkatkan profesionalisme dalam pelayanan keperawatan sehingga mutu pelayanan bukan saja dapat dipertahankan tapi bisa terus meningkat sampai tercapai derajat kepuasan tertinggi bagi penerima jasa pelayanan keperawatan dan pelaksana pelayanan itu sendiri. Dengan demikian sangat dibutuhkan kemampuan kepala ruangan melaksanakan tahap-tahap manajemen keperawatan meliputi kegiatan perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan.

Kegiatan perencanaan meliputi perencanaan visi, misi, filosofi, kebijakan dan rencana jangka pendek, yang meliputi rencana harian, bulanan dan tahunan. Visi adalah pernyataan singkat yang menyatakan mengapa organisasi itu dibentuk serta tujuan organisasi tersebut. Visi perlu dirumuskan sebagai landasan perencanaan organisasi. Misi adalah pernyataan yang menjelaskan tujuan organisasi dalam mencapai visi yang telah ditetapkan. Filosofi adalah seperangkat nilai-nilai yang mengakar dan menjadi rujukan semua kegiatan dalam organisasi dan menjadi landasan dan arahan seluruh perencanaan jangka panjang. Kebijakan adalah pernyataan yang menjadi acuan organisasi dalam pengambilan keputusan. Rencana harian adalah kegiatan yang akan dilaksanakan oleh perawat sesuai dengan perannya masing-masing, yang dibuat pada setiap shift. Isi kegiatan disesuaikan dengan peran dan fungsi perawat.

Rencana harian kepala ruangan meliputi asuhan keperawatan, supervisi ketua tim dan perawat pelaksana serta supervisi tenaga selain perawat dan kerja sama dengan unit lain

yang terkait. Rencana harian ketua tim yaitu penyelenggaraan asuhan keperawatan pasien pada tim yang menjadi tanggung jawabnya, melakukan supervisi perawat pelaksana, kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain serta alokasi pasien sesuai perawat yang dinas. Sedangkan rencana harian perawat pelaksana berupa tindakan keperawatan untuk sejumlah pasien yang dirawat pada shift dinasnya

Rencana bulanan kepala ruangan meliputi membuat jadwal dan memimpin *case conference*, membuat jadwal dinas, membuat jadwal dan memimpin rapat bulanan perawat, melakukan jadwal dan memimpin rapat tim kesehatan, membuat jadwal supervisi dan penilaian kinerja ketua tim dan perawat pelaksana serta melakukan audit dokumentasi dan membuat laporan bulanan. Sedangkan rencana bulanan ketua tim adalah mempresentasikan kasus dalam *case conference*, memimpin pendidikan kesehatan kelompok keluarga dan melakukan supervisi perawat pelaksana.

Rencana kegiatan tahunan kepala ruangan mencakup menyusun laporan tahunan yang berisi tentang kinerja perawat baik proses kegiatan (aktivitas yang sudah dilaksanakan) serta evaluasi mutu pelayanan, melaksanakan rotasi tim untuk penyegaran anggota masing-masing tim, penyegaran terkait dengan materi asuhan keperawatan khusus kegiatan yang masih rendah pencapaiannya. Ini bertujuan mempertahankan kinerja yang telah dicapai bahkan meningkatkannya di masa mendatang. Juga dilakukan pengembangan SDM dalam bentuk rekomendasi peningkatan jenjang karir perawat (pelaksana menjadi katim, katim menjadi kepala ruangan), rekomendasi untuk melanjutkan pendidikan formal, membuat jadwal untuk mengikuti pelatihan-pelatihan.

Pengorganisasian menurut Marquis & Houston (2000) adalah pengelompokan aktivitas untuk mencapai tujuan, penugasan suatu kelompok tenaga keperawatan, menentukan cara dari pengkoordinasian aktivitas yang tepat, baik vertikal maupun horizontal, yang bertanggung jawab untuk mencapai tujuan organisasi. Kegiatan kepala ruangan dalam pengorganisasian meliputi menyusun struktur organisasi, menyusun jadwal dinas dan membuat daftar alokasi pasien. Sedangkan kegiatan ketua tim adalah menyusun jadwal dinas bersama kepala ruangan dan membagi alokasi pasien kepada perawat pelaksana.

Pengarahan adalah penerapan perencanaan dalam bentuk tindakan dalam upaya mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan sebelumnya. Marquis & Houston (2000) berpendapat untuk memaksimalkan pelaksanaan pekerjaan oleh staf, seorang manajer harus melakukan upaya-upaya yaitu menciptakan iklim motivasi dan melaksanakan supervisi.

Iklim motivasi dapat diciptakan dengan (1) memberikan harapan yang jelas kepada staf dan mengkomunikasikan harapan tersebut secara efektif (2) bersikap fair dan konsisten terhadap semua staf (3) membuat keputusan yang bijaksana (4) mengembangkan konsep kerja kelompok (5) mengintegrasikan kebutuhan dan keinginan staf dengan kebutuhan dan tujuan organisasi (6) mengenali staf secara pribadi dan membiarkan staf mengetahui bahwa pimpinan mengetahui keunikan dirinya (7) menghilangkan blok tradisional antara staf dengan pekerjaan yang telah dikerjakan (8) memberikan tantangan kerja sebagai kesempatan untuk mengembangkan diri (9) melibatkan staf dalam pengambilan semua keputusan (10) memastikan bahwa staf mengetahui alasan di belakang semua keputusan

dan tindakan (11) memberikan kesempatan kepada staf untuk membuat penilaian sesering mungkin (12) menciptakan hubungan saling percaya dan saling tolong dengan staf (13) memberi kesempatan staf untuk mengontrol lingkungan kerjanya (14) menjadi *role model* bagi staf (15) memberikan *reinforcement* sesering mungkin.

Supervisi merupakan proses mengarahkan, memberi petunjuk dan mempengaruhi outcome dari kinerja seseorang dalam melakukan tugasnya (McEachen, 2007). Materi supervisi disesuaikan dengan uraian tugas dari masing-masing staf perawat yang disupervisi. Materi supervisi kepala ruangan adalah kemampuan manajerial dan kemampuan dalam asuhan keperawatan. Ketua Tim disupervisi terkait dengan kemampuan pengelolaan di timnya dan kemampuan asuhan keperawatan, sedangkan perawat pelaksana disupervisi terkait dengan kemampuan asuhan keperawatan yang dilaksanakan.

Pelaksanaan supervisi dilakukan berjenjang yaitu kepala seksi keperawatan atau konsultan melakukan pengawasan terhadap kepala ruangan, ketua tim, dan perawat pelaksana. Kepala Ruangan melakukan pengawasan terhadap ketua tim dan perawat pelaksana. Ketua Tim melakukan pengawasan terhadap perawat pelaksana.

Agar supervisi dapat menjadi alat pembinaan dan tidak menjadi momok bagi staf maka perlu disusun standar penampilan yang diharapkan dari masing-masing staf yang sudah dipahami oleh staf dan jadwal pasti dalam supervisi. Standar penampilan tersebut antara lain (1) supervisi disusun secara terjadwal (2) semua staf mengetahui jadwal supervisi yang dilaksanakan (3) materi supervisi dipahami oleh supervisor maupun staf (4)

supervisor mengorientasikan materi supervisi kepada staf yang disupervisi (5) supervisor mengkaji kinerja staf sesuai dengan materi supervisi (6) Supervisor mengidentifikasi pencapaian staf dan memberikan *reinforcement* (7) Supervisor mengidentifikasi aspek kinerja yang perlu ditingkatkan oleh staf (8) Supervisor memberikan solusi dan role model bagaimana meningkatkan kinerja staf (9) Supervisor menjelaskan tindak lanjut supervisi yang telah dilaksanakan (10) Supervisor memberikan *reinforcement* terhadap pencapaian keseluruhan staf.

Tahap manajemen berikutnya adalah pengawasan, dimana kemampuan kepala ruangan sangat diperlukan dalam melakukan penilaian kinerja perawat secara berkala dan objektif. Penilaian kinerja yang objektif dapat meningkatkan produktivitas kerja, dan berdampak pada peningkatan kinerja serta mutu asuhan keperawatan yang diberikan. Penilaian kinerja itu harus berdasarkan standar atau uraian tugas yang telah disepakati sebelumnya.

Peneliti berpendapat perlu kiranya unsur-unsur yang ada di uraian tugas menjadi aspek-aspek penilaian kinerja, agar dapat menilai kinerja perawat itu secara objektif. Hal ini sesuai dengan pendapat Notoatmodjo (2003) bahwa uraian tugas merupakan daftar kegiatan atau tugas yang harus dilakukan oleh setiap karyawan dalam organisasi. Ketika perawat mengetahui penilaian kinerja itu berdasarkan uraian tugas, maka ia termotivasi memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan uraian tugas. Selain itu pelaksanaan asuhan keperawatan berdasarkan uraian tugas mempermudah manajemen rumah sakit dalam mempersiapkan akreditasi rumah sakit berikutnya.

Selain kepemimpinan dan supervisi, perlu ditingkatkan lingkungan praktik profesional berkualitas yang didukung oleh (1) kepala bidang keperawatan memiliki nilai kepemimpinan yang disiplin (2) manajer menengah mampu mengatur staf keperawatan dengan baik (3) perawat dilibatkan dalam pengambilan keputusan di tingkat dewan atau eksekutif (4) perawat dilibatkan dalam aktifitas perencanaan strategik organisasi (5) perawat bertanggung jawab dan bertanggung gugat untuk standar pelayanan keperawatan (6) perawat berkolaborasi dengan profesi kesehatan lain dalam menentukan standar pelayanan klien (7) perawat berpartisipasi dalam pengambilan keputusan organisasi dalam menentukan bahan, peralatan, sistim informasi, dan teknologi. (8) perawat mempunyai suara yang kuat dalam menentukan penggunaan sumber-sumber (9) keterlibatan perawat dalam aktifitas peningkatan kualitas yang integral dalam fungsi organisasi (10) perawat yang mempunyai keahlian klinik praktis yang menduduki posisi penting (11) adanya program *mentorship* untuk perawat berbagi/ *sharing* keahlian (12) desain pekerjaan dalam keperawatan memberi waktu untuk refleksi dan pengambilan keputusan untuk prakteknya sendiri (13) keputusan organisasi dianalisis dengan cermat pengaruhnya terhadap klien dan kerja perawat (14) pengembangan staf yang tepat dan pendidikan profesional yang mendukung kompetensi perawat (15) pendidikan manajemen tambahan yang dapat diakses oleh pemimpin perawat dan calon pemimpin (16) hubungan formal yang meningkatkan evidence based practice, seperti kerjasama institusi pendidikan, memfasilitasi akses penelitian dan pendidikan ahli (CNA, 2001).

## **2. Implikasi terhadap Penelitian Keperawatan**

Penelitian ini dapat menjadi data dasar penelitian bagi peneliti lain yang berminat untuk meneliti kinerja dengan kerangka konsep yang lebih kompleks dan lebih spesifik.



Penelitian ini dapat dilanjutkan dengan meneliti hubungan suatu variabel dari faktor yang mempengaruhi kinerja yang telah diuraikan menjadi sub-sub variabel kinerja, sehingga akan dihasilkan hasil penelitian yang lebih mendalam tentang kinerja.

Peneliti lain dapat melakukan intervensi terhadap variabel yang mempunyai hubungan dominan dengan kinerja, seperti supervisi dan melakukan penelitian lebih lanjut. Penelitian eksperimen dapat mengetahui hubungan sebab akibat antara dua faktor yang sengaja ditimbulkan oleh peneliti untuk melihat akibat suatu perlakuan (Arikunto, 2006). Akhirnya, hasil penelitian lanjutan nanti dilakukan agar dapat bermanfaat dalam upaya peningkatan kinerja perawat.



## **BAB VII**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Simpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan pada bab sebelumnya, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Rata-rata skor kinerja perawat sebesar 53,16 dengan skor minimal yang diperoleh adalah 10 dan maksimal 76. Bila dibandingkan standar Depkes (75%), kinerja perawat pelaksana di RSUD Langsa belum optimal.
2. Perawat pelaksana di RSUD Langsa rata-rata berumur 30,27 tahun, dengan lama kerja rata-rata 6,43 tahun, berjenis kelamin wanita (88,8%) dengan status kawin (87,8%) dan status kepegawaian, PNS sebesar 86,7%.
3. Tidak ada hubungan umur dengan kinerja perawat pelaksana di RSUD Langsa, tetapi variabel ini dapat mempengaruhi kinerja perawat. Rata-rata umur perawat pelaksana di RSUD Langsa adalah 30,27, artinya perawat pelaksana di RSUD Langsa rata-rata dalam umur produktif, dan masih perlu bimbingan dalam bekerja. Penambahan umur perawat dapat menurunkan kinerja perawat bila tidak didukung oleh lingkungan kondusif untuk menghilangkan kejenuhan perawat dalam bekerja.

4. Tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kinerja perawat, dimana tidak ada perbedaan rata-rata kinerja perawat pria dengan perawat wanita. Perawat pria lebih banyak bekerja di ruangan yang membutuhkan tenaga lebih banyak, seperti kamar bedah, instalasi gawat darurat dan ruang rawat bedah dibanding wanita.
5. Tidak ada hubungan antara lama kerja dengan kinerja perawat, tetapi variabel ini dapat mempengaruhi kinerja perawat. Rata-rata lama kerja perawat adalah 6,43, dimana makin lama perawat bekerja semakin menurun kinerjanya apabila tidak didukung oleh lingkungan kerja yang produktif di RSUD Langsa.
6. Tidak ada hubungan antara status perkawinan dengan kinerja perawat, dimana tidak ada perbedaan rata-rata kinerja perawat yang kawin dengan yang belum. Pelaksanaan asuhan keperawatan di RSUD Langsa masih bersifat rutinitas, tidak mempunyai daya ungkit yang besar terhadap kemauan dan kemampuan untuk meningkatkan kinerjanya baik untuk perawat dengan status kawin atau belum kawin.
7. Tidak ada hubungan antara status kepegawaian dengan kinerja perawat, dimana tidak ada perbedaan rata-rata kinerja perawat PNS dengan perawat honor. Skor rata-rata kinerja perawat yang PNS adalah 53,45 dan honor adalah 50,38. Status PNS memberikan rasa aman dengan adanya peraturan pemerintah yang menjamin

gaji, tunjangan hari tua, asuransi, dan kenaikan pangkat. Sepatutnya kinerja perawat PNS lebih baik dengan perawat honor.

8. Ada hubungan antara kepemimpinan dengan kinerja perawat, di mana semakin bertambah kemampuan kepemimpinan kepala ruangan semakin meningkat kinerja perawat pelaksana. Skor rata-rata persepsi perawat pelaksana terhadap kepemimpinan kepala ruangan sebesar 57,85, artinya kemampuan kepemimpinan kepala ruangan di RSUD Langsa perlu ditingkatkan baik formal dan informal.
9. Ada hubungan antara supervisi dengan kinerja perawat, dimana semakin bertambah kemampuan supervisi kepala ruangan semakin meningkat kinerja perawat pelaksana. Skor rata-rata persepsi perawat pelaksana terhadap supervisi kepala ruangan adalah 53,62, artinya supervisi kepala ruangan di RSUD Langsa belum optimal.
10. Ada hubungan antara imbalan dengan kinerja perawat, semakin bertambah imbalan yang diterima semakin meningkat kinerja perawat pelaksana. Imbalan yang diterima masih perlu ditingkatkan, belum berdasarkan prestasi kerja seseorang
11. Supervisi merupakan faktor dominan yang mempengaruhi kinerja perawat di RSUD Langsa, dimana setiap peningkatan kemampuan supervisi kepala ruangan

semakin meningkatkan kinerja perawat, sehingga kemampuan perawat dalam melakukan supervisi perlu ditingkatkan.

## **B. Saran-saran**

Beberapa saran yang dapat diberikan kepada pihak-pihak yang terkait dengan kinerja perawat pelaksana adalah sebagai berikut:

### **1. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Langsa**

- a. Perlu dukungan kebijakan atas perubahan metode asuhan keperawatan yang sesuai dengan lingkungan praktek profesional yang disesuaikan dengan sumber daya yang ada di RSUD Langsa dalam upaya peningkatan kinerja perawat dan peningkatan mutu pelayanan keperawatan.
- b. Perlu merencanakan penyediaan sarana dan prasarana yang dibutuhkan dalam melakukan pelayanan keperawatan dan menetapkan anggaran untuk pengembangan SDM khususnya perawat untuk pendidikan berkelanjutan dan pelatihan keahlian tertentu untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.
- c. Perlu melakukan penilaian kinerja berdasarkan uraian tugas yang jelas dan memberikan reward atau penghargaan secara tertulis dalam rangka meningkatkan motivasi perawat dalam bekerja.

## 2. Bidang Keperawatan Rumah Sakit Umum Daerah Langsa

- a. Melakukan proses pembelajaran tentang asuhan keperawatan minimal satu kali dalam sebulan dalam upaya peningkatan kinerja dan mutu asuhan keperawatan yang diberikan.
- b. Membuat perubahan metode asuhan keperawatan sesuai dengan sumber daya yang ada, yaitu metode tim agar pemberian asuhan keperawatan tidak bersifat rutinitas dan memberikan tanggung jawab kepada perawat sesuai kemampuan seseorang.
- c. Menyusun penilaian kinerja yang objektif, sesuai dengan uraian tugas yang ada baik untuk kepala ruangan maupun perawat pelaksana sesuai dengan peran dan fungsi masing-masing dalam memberikan pelayanan keperawatan. Penilaian kinerja ini harus disosialisasikan dan disetujui oleh semua pihak sehingga dapat menjadi pedoman dalam melakukan promosi perawat, dalam upaya peningkatan motivasi dan kinerja perawat.
- d. Membuat pedoman supervisi baik yang dilakukan seksi perawatan, kepala ruangan maupun ketua tim sesuai peran masing-masing, dan menyusun standar pelaksanaan supervisi meliputi jadwal, materi, sosialisasi, siapa yang disupervisi, aspek-aspek kinerja yang disupervisi dan penilaian kinerja staf.

- e. Menjadikan kegiatan ronde keperawatan sebagai bagian dalam peningkatan mutu pelayanan keperawatan dengan melibatkan mahasiswa dan dosen dari institusi pendidikan seperti Poltekkes Langsa.
- f. Meningkatkan kualitas lingkungan praktek professional dengan cara meningkatkan kedisiplinan dalam bekerja, melibatkan perawat dalam setiap menentukan keputusan, menetapkan kebijakan promosi jabatan berdasarkan keahlian, melakukan pengembangan staf dan pendidikan professional yang mendukung kompetensi perawat, pendidikan manajemen tambahan bagi calon pemimpin serta membina hubungan formal yang meningkatkan *evidence based practice* seperti dengan institusi pendidikan.
- f. Penyediaan sarana dan prasarana kerja yang lengkap seperti format pendokumentasi asuhan keperawatan, status pasien, buku perawatan dan fasilitas lain yang menunjang penerapan kegiatan ini dan menyediakan tempat dan lingkungan yang nyaman, yang dapat memfasilitasi kelancaran penerapan kegiatan ini seperti tempat yang kondusif untuk berlangsungnya diskusi saat konferensi dan presentasi kasus.

### 3. Peneliti lain

- a. Peneliti ini telah mengidentifikasi supervisi sebagai variabel paling dominan mempengaruhi kinerja perawat. Oleh karena itu perlu dilakukan penelitian

lanjutan dengan melakukan intervensi pada variabel supervisi untuk melihat pengaruhnya terhadap peningkatan mutu asuhan keperawatan yang diberikan.

- b. Penelitian kinerja dengan menggunakan metode observasi ini hanya dilakukan tiga kali pengamatan pada dinas pagi dan siang hari. Hendaknya peneliti lain melakukan pengamatan sebanyak lebih dari lima kali dan dilakukan sepanjang waktu dinas perawat (dalam waktu 24 jam). Juga dapat dilakukan EGD (*Focus group discussion*) sehingga dapat mendukung hasil penelitian.
- d. Peneliti lain dapat melakukan penelitian kualitatif untuk mengkaji lebih mendalam tentang bagaimana pelaksanaan supervisi dan hambatan apa yang dihadapi ketika melakukan supervisi.



## DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, T.Y. (2004). *Manajemen administrasi rumah sakit*. (Edisi kedua). Jakarta: UI Press
- Aminudin. (2002). *Hubungan iklim kerja dengan kinerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu*. Tesis Magister tidak dipublikasikan. FIK-U
- Asman, S. (2001). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSPAD Gatot Soebroto*. Tesis Magister tidak dipublikasikan. FIK-UI
- Arifin, E.Z. (2004). *Dasar-dasar penulisan karangan ilmiah*. Jakarta: PT Gramedia
- Arwani & Supriyatno. (2006). *Manajemen bangsal keperawatan*. Jakarta: EGC
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- As'ad, M. (2004). *Psikologi industri*. (Edisi keempat). Yogyakarta: Liberty
- Asman, S. (2001). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSPAD Gatot Soebroto*. Tesis Magister tidak dipublikasikan. FIK-U
- Burns, N. & Grove, S.K. (2003). *Understanding Nursing Research*. Third Edition. Philadelphia: Saunders Company
- Canadian Nurses Association. (2002). *Position statement: Nursing leadership*. Ottawa: The author
- Dahlan, M.S. (2004). *Statistika untuk kedokteran dan kesehatan*. Jakarta: PT Arkans
- Dessler, G. (1997). *Manajemen sumber daya manusia*. Terjemahan. (1 ed). Jakarta: PT Prentallindo
- Depkes RI. (1999). *Pedoman uraian tugas tenaga keperawatan di rumah sakit*. Jakarta: Depkes RI Direktorat Jenderal Pelayanan Medik.
- \_\_\_\_\_. (2002). *Pedoman akreditasi rumah sakit di Indonesia*. Jakarta: Depkes RI Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Komisi Akreditasi RS dan Sarana Kesehatan lainnya

- Depkes RI. (2004). *Keputusan menteri kesehatan republik Indonesia nomor 81/menkes/sk/i/2004, tentang pedoman penyusunan rencana SDM kesehatan di tingkat provinsi, kab/kota serta rumah sakit*. Jakarta: Depkes
- Dienemann, J.A. (1998). *Nursing administration: Managing patient care*. Maryland: Appleton & Lange
- Dumbah, V. (2001). *Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat pelaksana di RSJ Palembang*. Tesis Magister tidak dipublikasikan. FKM-UI
- Echols, J.M & Shadily, H. (2003). *Kamus Inggris Indonesia*. Jakarta: PT Gramedia
- Fain, A.J. (2004). *Reading understanding and applying: Nursing research*. (Second edition). Philadelphia: F.A. Davis Company
- Gibson, Ivancevich & Donnelly. (1995). *Organisasi: Perilaku, struktur, dan proses*. (8<sup>th</sup> ed). Alih bahasa: Nunuk Adiarni. Jakarta: Binarupa Aksara
- Gillies, D.A. (1994). *Nursing management: System approach*. Chigago: Lippincott Company.
- Hamid, M.H. (2003). *Analisis terhadap kinerja perawat di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam Instalasi Non Bedah Dewasa RSUD Moehammad Hoesin Palembang*. Tesis Magister tidak dipublikasikan. FKM-UI
- Harleni, H. (2007). *Determinan kinerja PP dalam implementasi askep di instalasi rawat inap RSUD Cideres Majalengka*. Tesis Magister tidak dipublikasikan. FKM-UI
- Hasibuan, M.S.P. (2003). *Manajemen sumber daya manusia*. (Edisi revisi). Jakarta: Pt Bumi Aksara
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Modul, tidak dipublikasikan. Depok: FKM-UI
- Huber, D. (2000). *Leadership & nursing care management*. Philadelphia: WB Saunders Company.
- Ibnu, R. (2001). *Determinan kinerja perawat di RSUD Ciawi Kab Bogor*. Tesis Magister tidak dipublikasikan. FIK-UI.
- Ilyas, Y. (2001). *Kinerja: Teori, penilaian, dan penelitian*. Depok: Pusat kajian ekonomi kesehatan FKM UI.
- Keliat, BA, dkk. (2006). *Modul model praktek keperawatan profesional jiwa (MPKP Jiwa)*. Jakarta: FIK-UI dan WHO Indonesia.
- Kusuma, A. (2003). *Sistem kompensasi dan motivasi kerja perawat di RS Delta Surya Sidoarjo*. <http://adln.lib.unair.ac.i> diperoleh 17 Februari 2008

- Lemeshow, et all.(1997). *Besar sampel dalam penelitian kesehatan*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press
- Lubis, A.H. (2004). *Hubungan motivasi kerja tenaga medis dan paramedis dengan kinerja di RSUD Langsa*. Tesis Magister tidak dipublikasikan. Yogyakarta: UGM
- Mangkunegara, A.A.A.P. (2002). *Manajemen sumber daya manusia perusahaan* (cetakan keempat). Bandung: Remaja Rosda Karya.
- Marrelli, T.M. (1997). *The nurse manager's survival guide: Practical answers to everyday problems*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Marquis, B.L & Huston, C.J. (2000). *Leadership roles and management functions in nursing. Theory & Application*.(Third edition). California: Lippincott Williams & Wilkins
- McEachen, I. (2007). *Nurse management demystified*. New York: The McGraw-Hill Companies.
- Muchlas, M. (2005). *Perilaku organisasi*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Nomiko, D. (2007). *Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kinerja perawat pelaksana Ruang Rawat Inap di RSJ Jambi*. Tesis Magister tidak dipublikasikan. FIK-U
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pengembangan sumber daya manusia*. Jakarta PT Rineka Cipta
- \_\_\_\_\_.(2005). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nurhaeni. (2001). *Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat pelaksana di RSJ Makassar*. Tesis Magister tidak dipublikasikan. FIK-UI.
- Nurizzah. (2002). *Hubungan teknik dan frekuensi kegiatan supervisi kepala ruang dengan kinerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Batang Jawa Tengah*. Tesis Magister tidak dipublikasikan. FIK-UI.
- Pandawa, R. (2005). *Determinan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate*. Tesis Magister tidak dipublikasikan. FIK-UI
- Panjaitan, R.U. (2004). *Persepsi perawat pelaksana tentang budaya organisasi dan hubungan dengan kinerja di RS Marzuki Mahdi Bogor*. Tesis Magister tidak dipublikasikan. FIK-UI.
- Panjaitan, R. (2002). *Hubungan efektifitas kepemimpinan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSPAD Gatot Soebroto*. Tesis Magister tidak dipublikasikan. FIK-UI

- Polit, D.F & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles & methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Portney, L.G & Watkins, M.P. (2000). *Foundations of clinical research. Applications to practice*. New Jersey: Prentice-Hall
- PPNI. (2007). *Hari keperawatan sedunia*. ¶ 9 dalam <http://www.inna-ppni.or.id>, diperoleh 05 Februari 2008.
- Prambudi, S. (2004). *Analisis kinerja perawat pelaksana di RSUD Wonogiri*. Tesis Magister tidak dipublikasikan. FKM-UI
- Prasetyo & Jannah. (2005). *Metode penelitian kuantitatif. Teori dan aplikasi*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada
- Prawoto, E. (2007). *Hubungan rotasi kerja dan iklim organisasi dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Koja Jakarta Utara*. Tesis Magister tidak dipublikasikan, FIK-UI
- Purwaningsih, E. (2007). *Hubungan kebijakan, supervisi dan motivasi dengan kepuasan kerja perawat pelaksana di RSUD dr. Harjono Ponorogo*. Tesis Magister tidak dipublikasikan, FIK-UI
- Riyai, H. (2003). *Hubungan antara karakteristik individu dan dimensi iklim kerja dengan kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di RSUD Kota Dumai*. Tesis Magister tidak dipublikasikan. FKM-UI
- Riyadi, S. (2007). *Hubungan motivasi kerja dan karakteristik individu dengan kinerja perawat di RS Dr.H Moh. Anwar Sumenep Madura*. <http://www.jmpk-online>, diakses 8 Februari 2008.
- Robbins, S.P. (2001). *Perilaku organisasi*. (Alih bahasa: T. Indeks). Jakarta: PT Indeks kelompok Gramedia
- Rusmiati. (2006). *Hubungan lingkungan organisasi dan karakteristik perawat dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RS Umum Pusat Persahabatan Jakarta*. Tesis Magister tidak dipublikasikan, FIK-UI
- Saljan, M. (2005). *Pengaruh pelatihan supervisi terhadap peningkatan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit Islam Jakarta Pondok Kopi Jakarta Timur*. Tesis Magister tidak dipublikasikan, FIK-UI
- Samsudin, S. (2005). *Manajemen sumber daya manusia*. Bandung: Cv Pustaka Setia
- Sheal, P. (2003). *Pengembangan staf*, (Alih bahasa: B. Hidayat). Jakarta: PT Gramedia

Siagian (2003). *Pengaruh supervisi kepala ruang rawat inap, kemampuan, motivasi dan imbalan tenaga perawat pelaksana terhadap kinerja tenaga perawat pelaksana di RRI RSUD Sidoarjo*. <http://adln.lib.unair.ac.id>, diakses 20 Februari 2008

Siagian, S.P. (2002). *Kiat meningkatkan produktivitas kerja*. Yakarta: Rineka Cipta

\_\_\_\_\_. (2006). *Manajemen sumber daya manusia..* (Edisi ke-9). Jakarta: Bumi Aksara

Simamora, H. (2004). *Manajemen sumber daya manusia*. Yogyakarta: STIE YKPN.

Simanjutak, P.J. (2005). *Manajemen dan evaluasi kinerja*. Jakarta: FEUI

Sitorus .R & Yulia (2006). *Panduan Implementasi MPKP di rumah sakit* (1 ed) Jakarta: EGC

Soeprihanto, J. (2001). *Penilaian kinerja dan pengembangan karyawan*. (Edisi pertama). Yogyakarta: BPFE

Sundarwati, S.H. (2005). *Laporan residensi kepemimpinan dan manajemen keperawatan di RSUD Budhi Asih Jakarta*. Tidak dipublikasikan. FIK-U

Suhartati. (2005). *Pengembangan manajemen kinerja perawat dan bidan (PMK)*. <http://www.bppsdmk.depkes.go.id>, diakses 5 Februari 2008.

Susanti, NLPD. (2006). *Pengalaman kepala ruang sebagai supervisor keperawatan di Ruang Rawat Inap RS PGI Cikini Jakarta*. Tesis Magister tidak dipublikasikan, FIK-UI

Swansburg, R.C & Swansburg, R.J. (1999). *Introductory management and leadership*. London: Jones & Bartlett Publishers

Tappen, R.M, Weiss, S.A & Whitehead, D.K. (2004). *Essentials of nursing leadership and management*. (Third Edition). Philadelphia: F.A Davis Company

Timpe, A.D. (2000). *The art and science of business management motivation of personal*. (Alih bahasa: Budhidarmo, S). Jakarta: PT Gramedia

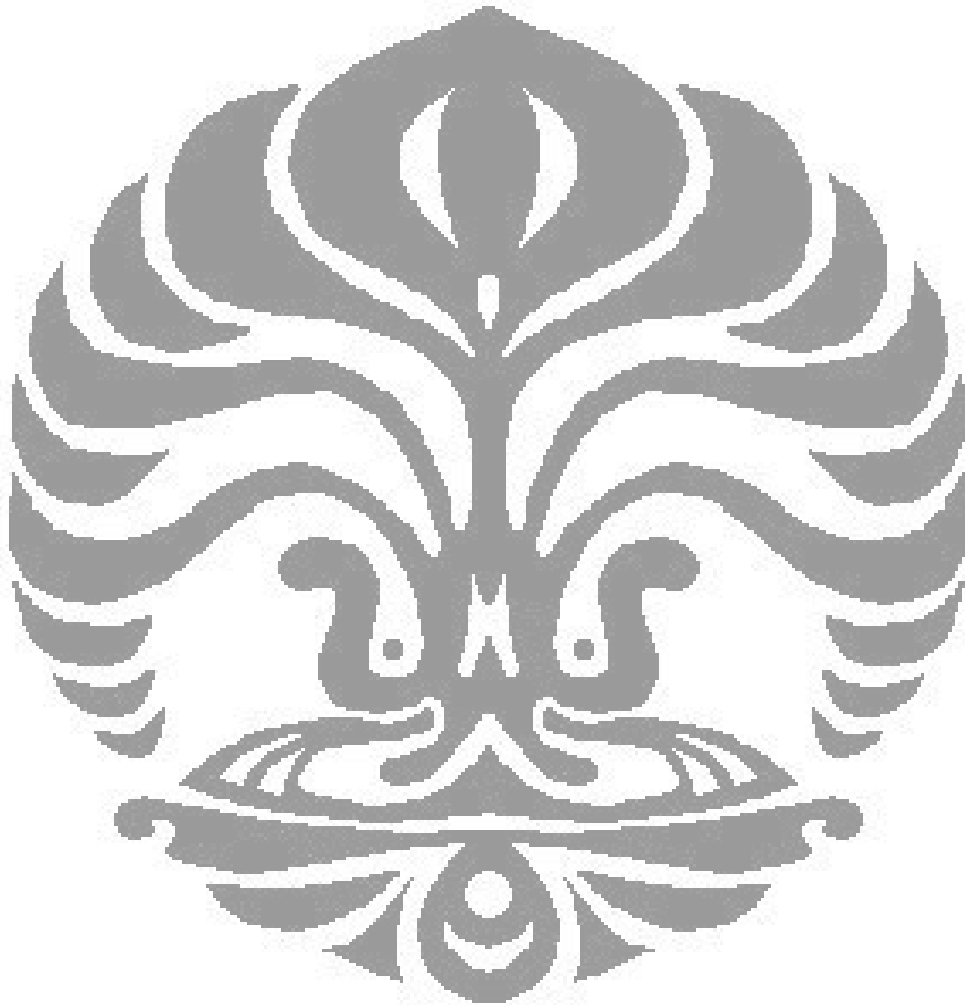
Umar, H. (1997). *Riset sumber daya manusia*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama

Wibowo. (2007). *Manajemen kinerja*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada

Widaningsih. (2002). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana di RSPAD Gatot Soebroto*. Tesis Magister tidak dipublikasikan. FIK-UI.

Widodo. (2006). *Hubungan imbalan dan pengembangan karir terhadap kepuasan kerja perawat di RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek*. Tesis Magister tidak dipublikasikan, FIK-UI

Wirawan, MSL. (2002). *Teori kepemimpinan: Pengantar untuk praktik dan penelitian*. Jakarta: Yayasan Bangun Indonesia & Uhamka Press.



## PENJELASAN PENELITIAN

Saya, Gustini Muzaputri, mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, dengan NPM 0606026906, bermaksud mengadakan penelitian tentang hubungan karakteristik individu dan faktor organisasi dengan kinerja perawat di RSUD Langsa. Saya akan menjelaskan hal-hal sebagai berikut:

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan karakteristik individu dan faktor organisasi dengan kinerja perawat di RSUD Langsa.
2. Manfaat penelitian ini sebagai masukan bagi bidang perawatan dalam membuat kebijakan yang terkait dengan kinerja perawat dan dapat menjadi pedoman bagi pihak manajemen khususnya bidang SDM keperawatan untuk pengambilan keputusan atau untuk penyusunan program kebutuhan akan pelatihan yang terkait dengan kinerja perawat.
3. Perawat yang menjadi responden dalam penelitian ini adalah perawat yang bertugas di ruang rawat inap RSUD Langsa, dengan kriteria tidak sakit, tugas belajar, dan cuti pada saat dilakukan penelitian serta bersedia menjadi responden.
4. Peserta penelitian yang bersedia akan diberikan kuesioner yang diisi sendiri pada saat dilakukan penelitian dan diobservasi ketika melakukan asuhan keperawatan.
5. Penelitian ini tidak akan mempengaruhi penilaian atasan kepada kinerja anda. Tetapi bila anda merasa tidak nyaman maka anda berhak untuk tidak berperan serta dalam penelitian ini.
6. Penelitian ini bersifat sukarela dan anda berhak untuk tidak berpartisipasi, tidak ada sanksi bila anda membatalkan jadi peserta penelitian ini.
7. Hasil penelitian ini dijaga kerahasiaannya, semua data pada penelitian ini, akan dimusnahkan setelah penelitian ini selesai.
8. Jika anda bersedia untuk berpartisipasi pada penelitian ini, maka anda diminta untuk mengisi kuesioner dan menjawab pertanyaan dengan jujur.
9. Bila anda ingin mengetahui hasil penelitian ini, anda dapat menghubungi Bidang Perawatan RSUD Langsa.

Langsa, Mei 2008

Gustini Muzaputri

Lampiran 2

## PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Judul Penelitian : Hubungan karakteristik individu dan faktor organisasi dengan kinerja perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Langsa

Peneliti: Gustini Muzaputri  
Mahasiswa Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan  
Universitas Indonesia

Saya telah diminta untuk berpartisipasi dalam penelitian ini sesuai dengan judul di atas. Saya mengerti bahwa akan diminta oleh peneliti untuk mengisi dan menjawab kuesioner yang telah disediakan. Saya mengerti penelitian ini tidak mempunyai risiko terhadap pekerjaan saya, apabila ada pertanyaan yang menimbulkan respon emosional akan dihentikan dan peneliti akan memberikan dukungan.

Saya mengerti data yang diperoleh dan identitas saya akan dirahasiakan. Saya mengetahui bila penelitian selesai data akan dimusnahkan. Saya juga berhak untuk menolak berperan serta dalam penelitian ini dan mengundurkan diri dari proses penelitian setiap saat tanpa adanya sanksi atau kehilangan hak-hak saya.

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

Langsa, Mei 2008

( )



**KUESIONER PENELITIAN  
HUBUNGAN KARAKTERISTIK INDIVIDU DAN FAKTOR ORGANISASI  
DENGAN KINERJA PERAWAT DI RSUD LANGSA NAD**

**Petunjuk Pengisian:**

Isilah pertanyaan di bawah ini dengan cara menuliskan jawaban pada pertanyaan yang bertanda titik-titik atau memberikan tanda (V) pada kolom jawaban yang disediakan

**KUESIONER A  
Karakteristik Individu**

Kode Responden : \*)

Di isi petugas

1. Umur Responden : ..... tahun
2. Lama Kerja : ..... tahun
3. Jenis Kelamin : Laki-laki : Perempuan :
4. Status perkawinan : Kawin : Tidak kawin :
5. Status kepegawaian : PNS : Honor :

## KUESIONER B

### Faktor Organisasi (kepemimpinan, supervisi dan imbalan)

#### Petunjuk Pengisian

Sdr/Sdri silahkan memberikan tanda *checklist* (V) pada kolom yang tersedia, sesuai kenyataan yang dirasakan ketika melaksanakan tugas sebagai perawat.

- **Sl** = **Selalu**, jika kegiatan tidak pernah tidak dilakukan
- **Sr** = **Sering**, jika kegiatan sebagian besar dilakukan
- **Kd** = **Kadang-kadang**, jika kegiatan hanya sewaktu-waktu dilakukan
- **Tp** = **Tidak pernah**, jika kegiatan tidak dilakukan

No	Pernyataan	Sl	Sr	Kd	Tp
1	Kepala ruangan mengutarakan masalah yang ada pada stafnya				
2	Kepala ruangan berkomunikasi dengan kaku				
3	Kepala ruangan memahami kelebihan dan kekurangan stafnya.				
4	Kepala ruangan tidak menegur saya ketika saya melakukan kesalahan				
5	Kepala ruangan mendiskusikan dengan staf tentang kebutuhan ruangan untuk perencanaan tahunan				
6	Kepala ruangan mengufamakan kepentingan tugas				
7	Kepala ruangan berdiskusi tentang masalah dalam memberikan asuhan keperawatan				
8	Kepala ruangan tidak bertanggung jawab atas hasil kerja saya				
9	Kepala ruangan memperhatikan masukan dari staf dalam membuat keputusan				
10	Kepala ruangan memberikan umpan balik atas hasil kerja saya				

11	Kepala ruangan memberi kebebasan kami bekerja				
12	Kepala ruangan mau mendengarkan keluhan stafnya				
13	Kepala ruangan merasa pendapatnya saja yang benar				
14	Kepala ruangan mengawasi saya bekerja				
15	Kepala ruangan memotivasi staf dalam bekerja				
16	Kepala ruangan membuat keputusan dengan bijaksana				
17	Kepala ruangan mendelegasikan tugas sesuai kemampuan bawahan				
18	Kepala ruangan membuat keputusan dengan penuh pertimbangan				
19	Kepala ruangan membiarkan kami bekerja tanpa ada pengawasan				
20	Kepala ruangan memberi kesempatan bekerja mandiri				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sl</b> = <b>Selalu</b>, jika kegiatan tidak pernah tidak dilakukan</li> <li>• <b>Sr</b> = <b>Sering</b>, jika kegiatan sebagian besar dilakukan</li> <li>• <b>Kd</b> = <b>Kadang-kadang</b>, jika kegiatan hanya sewaktu-waktu dilakukan</li> <li>• <b>Tp</b> = <b>Tidak pernah</b>, jika kegiatan tidak dilakukan</li> </ul>				
<b>No</b>	<b>Pernyataan</b>	<b>Sl</b>	<b>Sr</b>	<b>Kd</b>	<b>Tp</b>
21	Bimbingan kepala ruangan memacu semangat saya untuk bekerja lebih baik				
22	Supervisi kepala ruangan membantu saya ketika bekerja				
23	Perhatian kepala ruangan memotivasi stafnya bekerja				
24	Kepala ruangan memberi saran untuk memperbaiki kesalahan saya dalam melakukan asuhan keperawatan				
25	Kepala ruang memberi pengarahan tidak jelas				
26	Kepala ruangan banyak memberi saran ketika supervisi				
27	Kepala ruangan membimbing saya ketika saya mengalami kesulitan dalam bekerja				

28	Kepala ruang tidak membimbing saya ketika saya melakukan dokumentasi keperawatan				
29	Kepala ruangan memakai uraian tugas sebagai pedoman ketika menegur kesalahan saya				
30	Saya merasa arahan kepala ruangan pada saat bekerja banyak berguna bagi saya				
31	Kepala ruangan memeriksa dokumentasi keperawatan yang saya buat setiap hari				
32	Ketika saya ada masalah dalam bekerja, kepala ruangan tidak dapat memberikan solusi				
33	Saya bisa bertanya tentang hal-hal yang tidak saya mengerti pada kepala ruangan				
34	Kepala ruangan memberikan petunjuk yang jelas tentang SOP ketika saya berbuat salah				
35	Kepala ruangan menyarankan untuk berpedoman pada SAK saat melakukan asuhan keperawatan				
36	Saran kepala ruangan pada saat saya menghadapi masalah dalam bekerja membuat saya semakin bingung				
37	Kepala ruangan tidak memberikan penilaian yang objektif atas hasil kerja saya				
38	Kepala ruangan memberi saran perbaikan kerja saya				
39	Kepala ruangan membimbing penerapan SOP				
40	Kepala ruangan memberi kesempatan pada saya untuk mendiskusikan hasil penilaian yang telah diberikannya				

- **SS = Sangat Setuju**, jika sangat sesuai dengan pendapat sdr/i
- **S = Setuju**, jika sesuai dengan pendapat sdr/i
- **TS = Tidak Setuju**, jika tidak sesuai dengan pendapat sdr/i
- **STS = Sangat Tidak Setuju**, jika sangat tidak sesuai dengan pendapat sdr/i

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
41	Gaji yang saya terima setiap bulannya sudah cukup untuk kebutuhan saya				
42	Penghasilan yang saya terima selama ini memotivasi saya untuk bekerja lebih baik				

43	RS memperhatikan karyawan yang berprestasi				
44	Saya termotivasi bekerja lebih baik ketika atasan memuji saya				
45	Imbalan yang saya terima sesuai dengan beban kerja yang saya laksanakan.				
46	Saya bangga bekerja di RS ini karena sangat peduli dengan prestasi karyawannya.				
47	Di kota saya, RS ini yang paling banyak memberi imbalan dibanding RS lain				
48	Prestasi yang dicapai RS menjadikan kebanggaan saya				
49	RS telah banyak memberi kesempatan dan uang				
50	Gaji yang saya terima hanya bisa untuk kebutuhan sehari-hari				
51	Imbalan yang diberikan memperhatikan prestasi seseorang				
52	Bila saya diberi tanggung jawab yang lebih dari sekarang, saya akan bekerja lebih giat lagi				
53	Jenjang karir di RS ini tidak jelas				
54	RS perlu memberikan penghargaan tertulis bagi karyawan berprestasi agar semangat kerja meningkat				
55	Saya rasa apa yang saya dapatkan sekarang tidak mencukupi untuk kebutuhan keluarga saya				
56	Gaji yang saya terima memotivasi saya untuk melakukan asuhan keperawatan dengan baik				
57	Isentif yang saya terima sesuai dengan beban kerja saya				
58	Kesempatan mengikuti pelatihan atau melanjutkan pendidikan memotivasi saya untuk bekerja lebih baik				
59	Kesempatan di RS ini sudah adil dan seimbang dengan kerja seseorang				
60	Saya mencari tambahan kerja lain untuk mencukupi kebutuhan ekonomi.				

Lampiran 4

### PEDOMAN OBSERVASI

## EVALUASI KINERJA PERAWAT PELAKSANA

**Petunjuk :**

1. Pedoman observasi ini diisi oleh numerator yang melihat langsung perilaku perawat ketika melakukan asuhan keperawatan.
2. Berilah tanda checklist (V) tentang perilaku perawat :

No	Perilaku perawat dalam bekerja	Ya	Tidak	Tidak Sesuai
1	Memelihara kebersihan ruang rawat			
2	Menerima pasien baru sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku			
3	Memelihara peralatan yang diperlukan untuk selalu siap dipakai			
4	Melakukan pengkajian keperawatan			
5	Membuat diagnosa keperawatan			
6	Menyusun rencana keperawatan			
7	Melakukan tindakan keperawatan pada pasien sesuai kebutuhan			
8	Melatih pasien untuk melakukan latihan gerak			
9	Melakukan tindakan darurat pada pasien			
10	Melaporkan tindakan darurat pada dokter/dokter jaga			
11	Melaksanakan evaluasi tindakan keperawatan			
12	Mengobservasi kondisi pasien			
13	Melaksanakan tugas sesuai jadwal dinas			
14	Berperan serta dengan tim kesehatan lain dalam meningkatkan mutu asuhan			
15	Melaksanakan sistim pencatatan dan pelaporan asuhan keperawatan			
16	Melaksanakan serah terima tugas kepada perawat pengganti secara lisan atau tertulis			
17	Memberikan pendidikan kesehatan pada pasien atau keluarga sesuai dengan kebutuhan pasien			
18	Melatih pasien untuk melaksanakan tindakan keperawatan di rumah			
19	Menyiapkan pasien pulang			
20	Memakai seragam dinas sesuai ketentuan RS			
	<b>SKOR TOTAL</b>			

**PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN *CHECKLIST*  
PEDOMAN OBSERVASI EVALUASI KINERJA PERAWAT**

NO	Komponen yang dinilai	Ya	Tidak
1	Memelihara kebersihan ruang rawat	Jika perawat: * Membersihkan sendiri RRI * Memotivasi CS atau mhs/ keluarga klien untuk menjaga/ membersihkan RRI	Tidak melakukan atau tidak memotivasi CS/ Mhs/ keluarga klien untuk menjaga / membersihkan RRI
2	Menerima pasien baru sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku	Jika perawat: menerima klien baru, menyiapkan TT dan membawa klien ke kamar dimana klien ditempatkan memotivasi CS/ Mhs menerima klien baru, menyiapkan TT dan membawa klien ke kamar dimana klien ditempatkan	Jika perawat: * Menerima, tapi tidak menyiapkan TT dan membawa klien ke kamarnya * Tidak memotivasi Mhs/ CS untuk menerima klien baru, menyiapkan TT dan membawa klien ke kamar dimana klien ditempatkan
3	Memelihara peralatan yang diperlukan untuk selalu siap dipakai	Jika perawat membersihkan peralatan dan menyimpan dalam kondisi siap pakai untuk tindakan selanjutnya	Jika perawat: * hanya membersihkan peralatan tanpa menyimpan * tidak membersihkan sama sekali

4	Melakukan pengkajian keperawatan	Jika perawat melakukan pengkajian dan menuliskannya di status klien	Jika perawat: * tidak melakukan Pengkajian * melakukan pengkajian tetapi tidak menuliskan di status pasien
<b>No</b>	<b>Komponen yang dinilai</b>	<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>
5	Menyusun diagnosa keperawatan	Jika perawat membuat diagnosa kerawatan dan menuliskannya di status klien	Jika perawat tidak melakukannya dan menulis di status klien
6	Menyusun rencana keperawatan	Jika perawat membuat rencana keperawatan dan menuliskannya di status klien	Jika perawat tidak melakukannya dan menulis di status klien
7	Melakukan tindakan keperawatan sesuai kebutuhan klien	Jika perawat melakukan: * tindakan keperawatan sesuai kebutuhan klien * membantu perawat lain melakukan tindakan keperawatan sesuai kebutuhan klien	Jika perawat tidak melakukan atau tidak membantu perawat lain melakukan tindakan



8	Melatih pasien untuk melakukan latihan gerak	Jika perawat melakukan: * latihan gerak klien, baik mobilisasi aktif/ pasif pada klien yg terpasang infus, <i>bedrest</i> * memotivasi Mhs/ keluarga klien untuk melakukan latihan gerak pada klien	Jika perawat tidak melakukan latihan gerak klien atau tidak memotivasi Mhs/ keluarga klien untuk melakukan latihan gerak pada klien pada klien yang terpasang infus atau <i>bedrest</i>
9	Melakukan tindakan darurat pada klien	Jika perawat berinisiatif melakukan tindakan di bawah ini pada kondisi darurat: * kompres pada klien demam * memasang infus pada klien dehidrasi, perdarahan * melakukan KJL pada klien henti jantung * memasang O2 pada klien sesak	Jika perawat tidak ada inisiatif melakukan tindakan pada kondisi darurat spt: * kompres pada klien demam * memasang infus pada klien dehidrasi, perdarahan * melakukan KJL pada klien henti jantung * memasang O2 pada klien sesak
<b>NO</b>	<b>Komponen yang dinilai</b>	<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>
10	Melaporkan tindakan darurat pada dokter/ dokter jaga	Jika perawat melaporkan tindakan darurat pada dokter/ dokter jaga	Jika perawat tidak melaporkan tindakan darurat pada dokter/ dokter jaga
11	Melaksanakan evaluasi tindakan keperawatan	Jika perawat melakukan evaluasi tindakan perawatan dan menuliskannya pada status klien atau buku laporan	Jika perawat tidak melakukan evaluasi tindakan perawatan dan menuliskannya pada status klien atau buku laporan

12	Mengobservasi kondisi klien	Jika perawat melakukan: * Observasi kondisi pasien, baik pada saat awal, proses tindakan dan setelah tindakan dilakukan * Observasi TTV	Jika perawat tidak melakukan: * observasi kondisi pasien, baik pada saat awal, proses tindakan dan setelah tindakan dilakukan * Observasi TTV	
13	Melaksanakan tugas sesuai jadwal	Jika perawat: * Hadir jam 08.00 wib untuk dinas pagi * Hadir jam 14.00 wib Untuk dinas siang (Melihat absensi)	Jika perawat tidak: * Hadir jam 08.00 wib untuk dinas pagi * Hadir jam 14.00 wib Untuk dinas siang (Melihat absensi)	
14	Berperan serta dengan tim kesehatan lain dalam meningkatkan mutu asuhan	Jika perawat melakukan: * ikut visit dokter/ berdiskusi tentang kondisi klien  * membantu pengambilan darah/ specimen untuk laboratorium	Jika perawat tidak melakukan: * ikut visit dokter/ berdiskusi tentang kondisi klien  * membantu pengambilan darah/ specimen untuk laboratorium	
<b>NO</b>	<b>Komponen yang dinilai</b>	<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>	

15	Melaksanakan sistim pencatatan dan pelaporan asuhan keperawatan	<p>Jika perawat melakukan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Mendokumentasikan kegiatan askep di buku laporan</li> <li>* Mencatat pasien masuk/ pulang/ meninggal pada buku rekam medik</li> </ul>	<p>Jika perawat tidak melakukan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Mendokumentasikan kegiatan askep di buku laporan</li> <li>* Mencatat pasien masuk/ pulang/ meninggal pada buku rekam medik</li> </ul>
16	Melaksanakan serah terima tugas kepada perawat pengganti secara lisan dan tertulis	<p>Jika perawat melakukan:</p> <p>Serah terima tugas pada perawat pengganti secara lisan dan tertulis sampai perawat pengganti datang</p>	<p>Jika perawat tidak melakukan:</p> <p>Serah terima tugas pada perawat pengganti secara lisan dan tertulis, sampai perawat pengganti datang</p>

17	Memberikan pendidikan kesehatan pada pasien atau keluarga sesuai kebutuhan pasien	<p>Jika perawat memberikan pendidikan kesehatan pada pasien atau keluarga tentang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Program diet</li> <li>* Pengobatan yang perlu dilanjutkan dan cara penggunaannya</li> <li>* Pentingnya pemeriksaan ulang di RS, Puskesmas</li> <li>* Cara hidup sehat, seperti pengaturan istirahat, makanan yang bergizi atau bahan pengganti</li> </ul>	<p>Jika perawat tidak memberikan pendidikan kesehatan pada pasien atau keluarga tentang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Program diet</li> <li>* Pengobatan yang perlu dilanjutkan dan cara penggunaannya</li> <li>* Pentingnya pemeriksaan ulang di RS, Puskesmas</li> <li>* Cara hidup sehat, seperti pengaturan istirahat, makanan yang bergizi atau bahan pengganti</li> </ul>
<b>NO</b>	<b>Komponen yang dinilai</b>	<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>
18	Melatih klien untuk melaksanakan tindakan keperawatan di rumah	<p>Jika perawat melakukan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Berdiskusi dg klien tentang bagaimana melakukan tindakan keperawatan di rumah</li> <li>* Memberi contoh bagaimana melakukannya, mis: merawat luka, latihan gerak, menyuntik insulin</li> </ul>	<p>Jika perawat tidak melakukan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Berdiskusi dg klien tentang bagaimana melakukan tindakan keperawatan di rumah</li> <li>* Memberi contoh bagaimana melakukannya, mis: merawat luka, latihan gerak, menyuntik insulin</li> </ul>

19	Menyiapkan klien pulang	Jika perawat melakukan menyediakan formulir untuk penyelesaian administrasi, seperti: * surat izin pulang * surat keterangan istirahat sakit * petunjuk diet * resep obat untuk di rumah, jika diperlukan * surat rujukan atau pemeriksaan ulang	Jika perawat tidak menyediakan formulir untuk penyelesaian administrasi, seperti: * surat izin pulang * surat keterangan istirahat sakit * petunjuk diet * resep obat untuk di rumah, jika diperlukan * surat rujukan atau pemeriksaan ulang
20	Memakai seragam dinas sesuai ketentuan RS	Jika perawat: * Memakai baju seragam dinas * Tidak memakai sandal	Jika perawat: * Tidak memakai baju seragam dinas * Memakai sandal

Lampiran 6

### RIWAYAT HIDUP PENELITI

Nama : Gustini Muzaputri

Tempat dan tanggal lahir : Rantau, 24 Agustus 1970

Alamat rumah : Jl Cendana No. 106 BTN Sungai Pauh Langsa  
Nanggroe Aceh Darussalam (NAD)

Asal Institusi : RSUD Langsa  
Jl A. Yani No. 1 Langsa

Riwayat Pendidikan : Program Pascasarjana Kekhususan Kepemimpinan dan  
Manajemen Keperawatan, lulus 2008

: PSIK FK Unsyiah, NAD lulus 2004

: AKPER Depkes RI Banda Aceh, lulus 1992

: SMA Negeri Kualasimpang lulus 1989

: SMP YPDP Pertamina Rantau lulus 1986

: SD No 1 YPDP Pertamina Rantau lulus 1983

Riwayat Pekerjaan : Perawat Pelaksana di RSUD Langsa, NAD  
(1994 – 2001)

: Ka Sub. Bid Penelitian dan Pengembangan RSUD  
Langsa, NAD (2004 – 2006)