



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN PENERAPAN STRUKTUR ORGANISASI
DENGAN KINERJA PERAWAT DI RUANG RAWAT INAP
RSU BHAKTI YUDHA BARU DEPOK**

Tesis

Oleh

**Uly Agustine
0606037166**

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



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN PENERAPAN STRUKTUR ORGANISASI
DENGAN KINERJA PERAWAT DI RUANG RAWAT INAP
RSU BHAKTI YUDHA BARU DEPOK**

Tesis

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

Oleh

**Uly Agustine
0606037166**

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

**TIM PENGUJI SIDANG AKHIR TESIS
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, 17 Juli 2008

Menyetujui

Ketua

Krisna Yetti, S.Kp, M.App.Sc

Anggota

Ir. Yusron Nasution, M.KM

Anggota

Yunita Asima S.Kp. M.Kep

Anggota

Rr. Tutik Sri Hariyati, S.Kp, MARS

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui dan dipertahankan di hadapan tim penguji

Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan

Universitas Indonesia

The watermark logo of Universitas Indonesia is a large, stylized emblem in the center of the page. It features a central vertical axis with symmetrical, flowing, and layered patterns on either side, resembling a traditional Indonesian motif. The text is overlaid on this central emblem.

Depok, Juli 2008

Menyetujui

Pembimbing I

Krisna Yetti, S.Kp, M.App.Sc

Pembimbing II

Ir. Yusron Nasution, M.KM

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

Tesis, Juli 2008
Uly Agustine

Hubungan Penerapan Struktur Organisasi dengan Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap
RSU Bhakti Yudha Baru Depok

xi+ 121 halaman + 32 tabel + 2 skema + 26 lampiran

Abstrak

Kinerja adalah proses atau hasil kerja individu maupun kelompok sesuai standar yang ditetapkan organisasi yang dapat dinilai berdasarkan uraian tugasnya. Beberapa variabel yang diprediksi mempengaruhi kinerja diantaranya struktur organisasi dan karakteristik individu. RSU Bhakti Yudha Baru Depok merupakan salah satu rumah sakit yang baru melakukan restrukturisasi organisasi. Berhubung belum ada penelitian yang dilakukan setelah restrukturisasi, penelitian ini bertujuan untuk menganalisa hubungan struktur organisasi dengan kinerja perawat di rumah sakit ini. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain deskriptif korelasi. Instrumen yang digunakan dalam penelitian berupa kuesioner dan observasi yang melibatkan seluruh perawat di ruang rawat inap yang berjumlah 80 orang yang terdiri dari 3 orang perawat supervisor, 36 orang perawat PJ shift, dan 41 orang perawat pelaksana. Hasil analisis univariat menunjukkan sebagian besar perawat memiliki pendapat yang baik tentang struktur organisasi (pembagian tugas, pelimpahan wewenang dan tanggung jawab, koordinasi, tingkatan hirarki, rentang kendali, dan kesatuan komando). Walaupun demikian PJ Shift memiliki pendapat yang lebih rendah dibandingkan dengan kelompok lainnya (supervisor dan pelaksana). Hasil yang sama juga terjadi dalam kinerja mereka. Hasil analisis bi-variabel dan multi-variabel menunjukkan bahwa koordinasi dan kesatuan komando juga merupakan variabel yang memiliki hubungan yang bermakna dan paling dominan mempengaruhi kinerja pada kelompok PJ Shift. Pada kelompok pelaksana, tidak ada variabel yang memiliki hubungan bermakna dengan kinerja. Penelitian ini menekankan pentingnya memberikan perhatian dan dukungan khusus pada kelompok PJ Shift agar dapat berperan secara lebih optimal dalam struktur organisasi yang baru.

Kata Kunci: struktur organisasi, karakteristik individu, kinerja
Daftar Pustaka: 40 (1996-2007)

**POST GRADUATE PROGRAM
NURSING LEADERSHIP AND MANAGEMENT
NURSING FACULTY
UNIVERSITY OF INDONESIA**
Thesis, July 2008

Uly Augustine

**Related between Organization Structure Implementation and Performance
Nurse at Inpatient Room of RSU Bhakti Yudha Baru in Depok**

xi + 121 pages + 32 tables + 2 schemes + 12 appendices

Abstract

Performance is individual or group work process or result compare with the standard specified by organization which could be assessed based on the job description. Organization structure and individual characteristic are some of variables which are predicted can affect performance. RSU Bhakti Yudha Baru in Depok is one of hospital which has just started its organizational restructure. Since there is no any research conducted after restructure, the purpose of this research is to analyze relation between organization structure and performance of nurses at this hospital. This research is a quantitative research using correlation descriptive design. This research used instruments of questionnaire and observation which covered all 80 nurses consist of 3 supervisor nurses, 36 PJ Shift nurses, and 41 regular nurses at inpatient room. Univariate analysis indicated that most of nurses have good opinions concerning organization structure (job description, responsibility and authority workflow, coordination, hierarchy level, span of control, unity of command). However it is found that PJ Shift has the lowest score compare to other groups (supervisor and regular nurses). The same finding is also happened in their performance. Bi-variate and multi-variat analysis indicated that coordination and unity of command are the only variables that are related and contribute as dominant factor to influence performance on PJ shift group. For regular nurses group, the research found that none of the variables have relationship with the performance. The research concludes that the PJ Shift should be given special attention and support to enable them to have more optimal role in the new organizational structure.

Key words: organization structure, individual characteristic, performance

References: 40 (1996-2007)

KATA PENGANTAR

Seandainya anda melihat kura-kura ada di atas tembok, tentunya anda tahu dia tidak mungkin merangkak naik. Pasti ada yang meletakkannya di sana. Demikian juga halnya dengan saya, tesis ini tidak mungkin terselesaikan kalau tidak ada kuasa yang menyertainya. Kuasa itu adalah tuntunan tangan Tuhan Yesus yang setia.

Saya bersyukur karena Tuhan mengirimkan begitu banyak orang yang membuat tesis ini seperti adanya saat ini. Saya tidak dapat menyebutkannya satu persatu, tetapi secara khusus saya ingin mengucapkan terima kasih kepada:

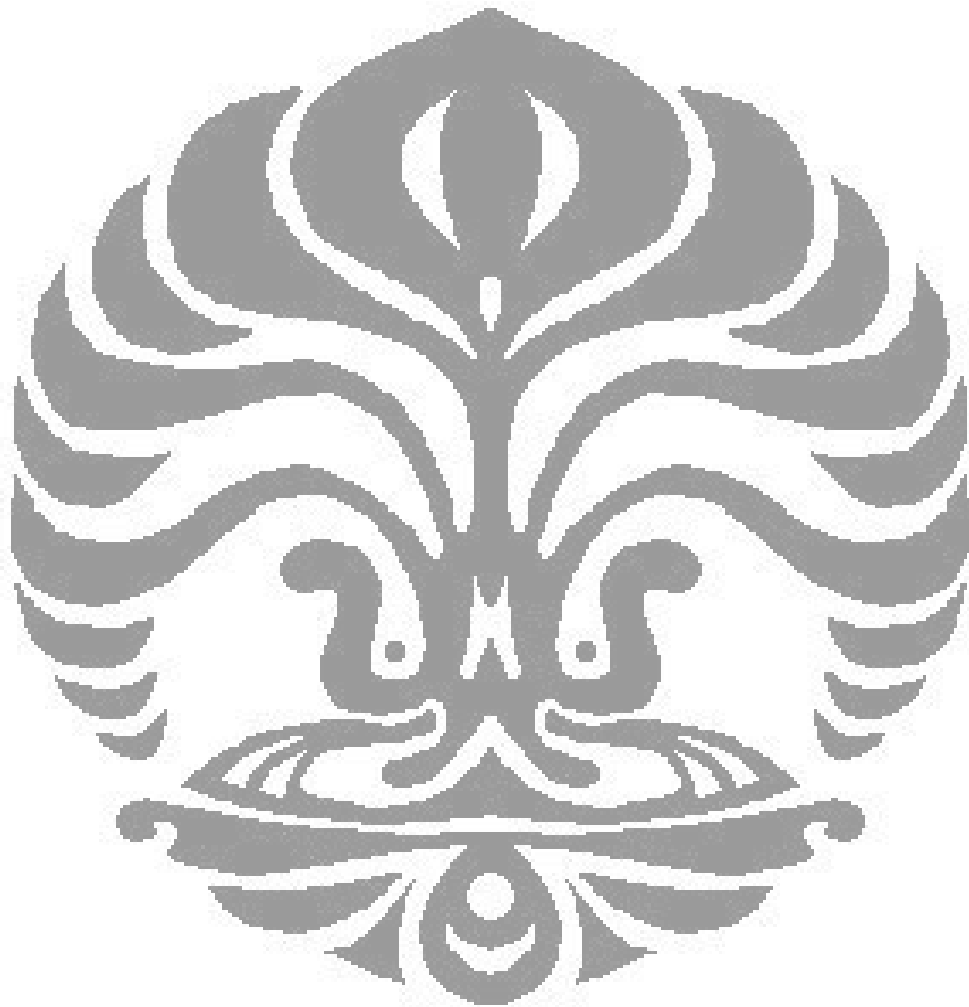
1. Ibu Krisna Yetti, S.Kp, M.App.Sc, selaku Ketua Program Pascasarjana dan Pembimbing yang telah sabar membimbing dan memberikan arahan kepada saya selama menyusun tesis ini.
2. Bpk Ir. Yusron Nasution, M.KM selaku Pembimbing yang telah sabar membimbing dan mengarahkan saya selama penyusunan tesis ini.
3. Ibu Dra. Junaiti Sahar, S.Kp, M.App.Sc, Ph.D, selaku Koordinator Mata Ajaran Tesis
4. Dr. Hanibal Pardede selaku Direktur operasional RSU Bhakti Yudha Baru Depok yang membimbing, mengarahkan, dan mendukung saya selama melakukan kegiatan penelitian di rumah sakit.
5. Manager Area, supervisor rawat inap umum, dan seluruh perawat pelaksana di ruang rawat inap RSU Bhakti Yudha Baru Depok yang terlibat dalam penelitian ini.
6. Ketua Komite Keperawatan, Sub Departemen Keperawatan, para Ka Irna, para Kepala ruangan RS Kepolisian Pusat RS Sukanto yang memberikan tempat untuk melakukan uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian.
7. Keluarga, teristimewa suamiku papa Nathan, anakku terkasih Nathan, dan kakak Ina yang selalu setia mendukung dalam doa. Cinta kasih dan perhatian kalian tidak pernah bisa dilupakan.

8. *Special thanks to my grandfa*, Nek Tepu, *95 years old*, yang selalu mengingatkanku betapa besar kasih setia Tuhan dalam kehidupan kita. Berkat doa bersama jam dua belas malam, Tuhan memampukan ku melewati ujian ini.
9. Bapak dan Mama, Kak Anna *and her family* di Medan, Bang Feri *and his family* di Bandung, Bibi dan Kila di Berastagi, tak putus-putusnya kalian mendoakan ku dan berkat dukungan doa kalian lah keberhasilan ini boleh tercapai.
10. *My soulmate eda* Dumauli dan Ibu Suratun teman seperjuangan selama penyusunan tesis dan teman berbagi, juga teman-teman kuliah yang dengan setia mendukung dan memberi perhatian yang tulus.
11. Bapak dan Ibu Pendeta Linton Sirait beserta jemaat GBI DTC (khususnya Uli Sitompul, Pak Yohanes) yang selalu setia mendukung dalam doa dan tidak jemu-jemu dengan sukacita menerima *sms* permintaan doa dari saya.
12. Ibu Singah Birim, ibu yang selalu setia menguatkan dengan doa yang tak pernah putus.
13. Saudara-saudara sepupuku; Monika, Ivo, Shinta, Seri, yang selalu memberi semangat dan setia mendoakanku.

Akhir kata saya mohon masukan dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan tesis ini. Sekian dan terima kasih. Tuhan memberkati kita. Amin

Depok, Juli 2008

Peneliti



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
ABSTRAK.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR SKEMA.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I: PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	12
C. Tujuan.....	12
D. Manfaat Penelitian.....	14
BAB II: TINJAUAN PUSTAKA	
A. Struktur Organisasi.....	15
B. Kinerja.....	22
C. Perawat.....	29
BAB III: KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL	
A. Kerangka Konsep.....	36
B. Hipotesis.....	38
C. Definisi Operasional.....	39
BAB IV: METODE PENELITIAN	
A. Rancangan Penelitian.....	44
B. Populasi dan Sampel.....	44
C. Tempat Penelitian.....	46
D. Waktu Penelitian.....	46
E. Etika Penelitian.....	47
F. Alat Pengumpulan Data.....	47
G. Prosedur Pengumpulan Data.....	52
H. Analisis Data.....	54

BAB V: HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Karakteristik Responden.....	59
B. Hasil Penelitian.....	60
1. Hasil analisis univariat	60
2. Hasil analisis bivariat	74
3. Hasil analisis multivariat.....	87

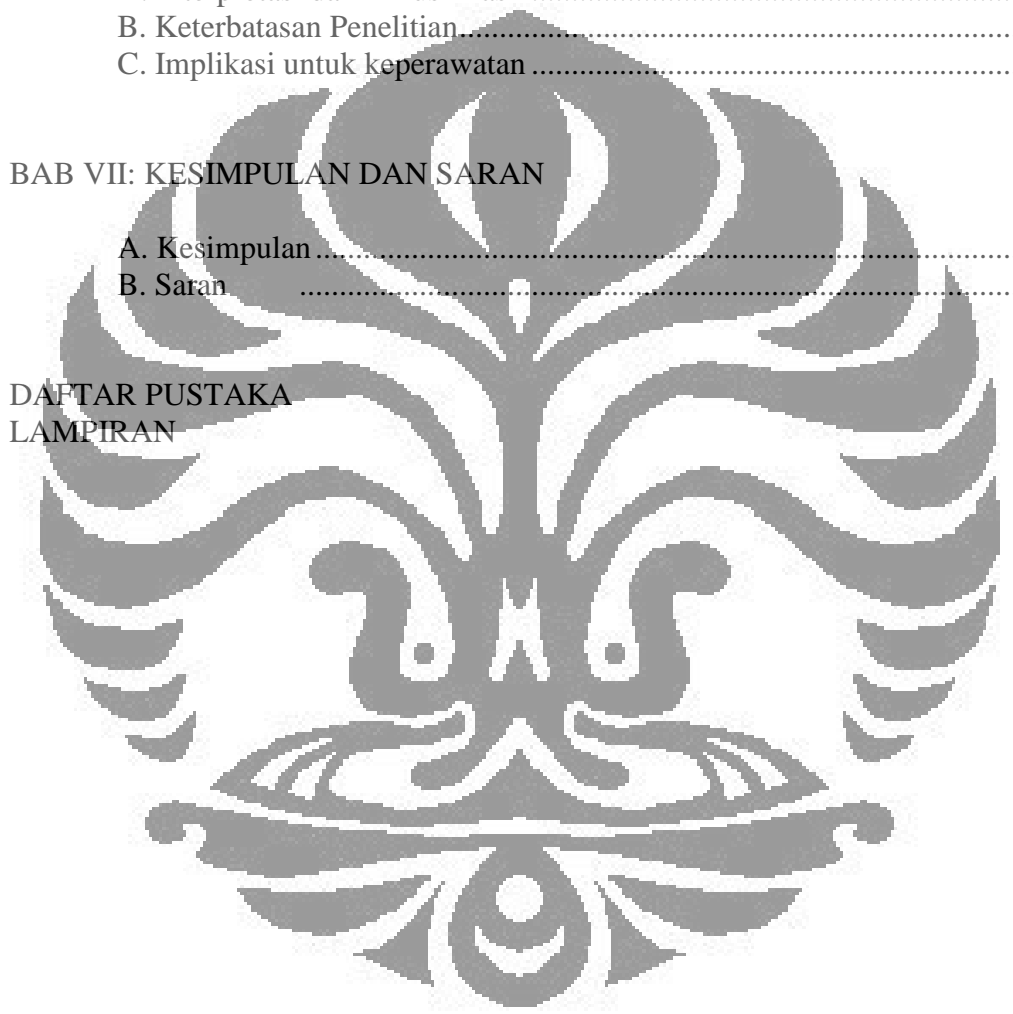
BAB VI:PEMBAHASAN

A. Interpretasi dan Dikusi Hasil	92
B. Keterbatasan Penelitian.....	115
C. Implikasi untuk keperawatan	116

BAB VII: KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan.....	118
B. Saran	119

**DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN**



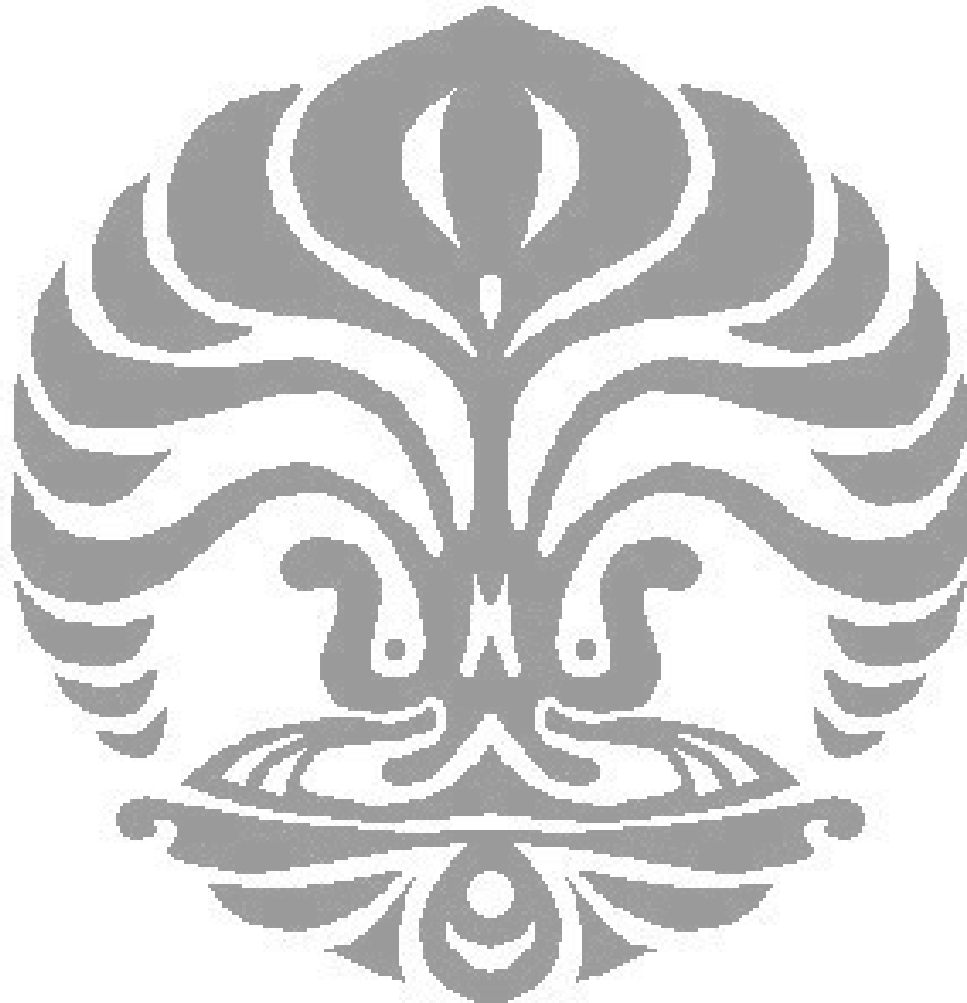
DAFTAR TABEL

	Halaman
3.1 Definisi Operasional.....	40
4.1 Distribusi responden berdasarkan kriteria inklusi.....	45
4.2 Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	46
4.3 Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen.....	51
5.1 Distribusi responden berdasarkan jumlah perawat di ranap.....	57
5.2 Distribusi statistik struktur organisasi, kinerja, karakteristik individu perawat supervisor.....	59
5.3 Distribusi kelompok perawat menurut umur.....	61
5.4 Distribusi kelompok perawat menurut kategori umur.....	62
5.5 Distribusi kelompok perawat menurut tingkat pendidikan.....	63
5.6 Distribusi kelompok perawat menurut lama kerja.....	63
5.7 Distribusi kelompok perawat menurut kategori lama kerja.....	64
5.8 Distribusi kelompok perawat menurut struktur organisasi.....	65
5.9 Distribusi Kelompok Perawat Menurut Kategori Pembagian Tugas.....	66
5.10 Distribusi Kelompok Perawat Menurut Kategori Pelimpahan Wewenang dan Tanggung Jawab.....	67
5.11 Distribusi Kelompok Perawat Menurut Kategori Koordinasi.....	68
5.12 Distribusi Kelompok Perawat Menurut Kategori Tingkatan Hirarki.....	68
5.13 Distribusi Kelompok Perawat Menurut Kategori Rentang Kendali.....	69
5.14 Distribusi Kelompok Perawat Menurut Kategori Kesatuan Komando.....	70
5.15 Distribusi Kelompok Perawat Menurut Kategori Kinerja Perawat.....	71
5.16 Distribusi Kelompok Perawat Menurut Umur dan Kinerja.....	72
5.17 Distribusi Kelompok Perawat Menurut Tingkat Pendidikan dan Kinerja.....	74

5.18 Distribusi Kelompok Perawat Menurut Lama Kerja dan Kinerja.....	75
5.19 Distribusi Kelompok Perawat Menurut Pembagian Tugas dan Kinerja.....	77
5.20 Distribusi Kelompok Perawat Menurut Pelimpahan Wewenang dan Tanggung Jawab dan Kinerja.....	78
5.21 Distribusi Kelompok Perawat Menurut Koordinasi dan Kinerja.....	80
5.22 Distribusi Kelompok Perawat Menurut Tingkatan Hirarki dan Kinerja.....	81
5.23 Distribusi Kelompok Perawat Menurut Rentang Kendali dan Kinerja.....	82
5.24 Distribusi Kelompok Perawat Menurut Kesatuan Komando dan Kinerja.....	84
5.25 Nilai p dari Uji Regresi Logistik Sederhana untuk Kandidat Model pada Kelompok Perawat Pj Shift.....	85
5.26 Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda pada Kelompok Perawat Pj Shift.....	86
5.27 Nilai p dari Uji Regresi Logistik Sederhana untuk Kandidat Model pada Kelompok Perawat Pelaksana.....	87
5.28 Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda pada Kelompok Perawat Pelaksana.....	88

DAFTAR SKEMA

	Halaman
2.1 Diagram Skematis Teori Perilaku dan Kinerja.....	25
3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	38



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1a : Penjelasan tentang penelitian
- Lampiran 1b : Persetujuan menjadi responden
- Lampiran 1c : Kuesioner karakteristik perawat
- Lampiran 1d : Kuesioner struktur organisasi untuk perawat supervisor
- Lampiran 1e : Kuesioner struktur organisasi untuk perawat PJ shift
- Lampiran 1 f : Kuesioner struktur organisasi untuk perawat pelaksana
- Lampiran 2a : Kuesioner kinerja untuk perawat supervisor
- Lampiran 2b : Kuesioner kinerja untuk perawat PJ shift
- Lampiran 2c : Kuesioner kinerja untuk perawat pelaksana
- Lampiran 3 : Pedoman umum dan khusus tentang observasi
- Lampiran 3a : Lembar observasi untuk perawat supervisor
- Lampiran 3b : Lembar observasi untuk perawat PJ shift
- Lampiran 3c : Lembar observasi untuk perawat pelaksana
- Lampiran 4 : Jadwal kegiatan penelitian
- Lampiran 5a : Permohonan mencari data awal
- Lampiran 5b : Jawaban Permohonan mencari data awal
- Lampiran 6a : Permohonan ijin uji instrumen penelitian
- Lampiran 6b : Jawaban Permohonan ijin uji instrument penelitian
- Lampiran 7a : Permohonan ijin penelitian
- Lampiran 7b : Jawaban permohonan ijin penelitian
- Lampiran 8 : Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen
- Lampiran 9 : Hasil uji Kappa
- Lampiran 10 : Struktur Organisasi RSUD Bhakti Yudha Baru (sekarang)
- Lampiran 11 : Struktur Organisasi RSUD Bhakti Yudha Baru (sebelumnya)
- Lampiran 12 : Uraian tugas Supervisor, PJ shift, dan Pelaksana
- Lampiran 13 : Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Salah satu misi Indonesia Sehat 2010 adalah memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau. “Hal ini mengandung arti bahwa tugas utama sektor kesehatan adalah memelihara dan meningkatkan kesehatan segenap warga negara, yaitu setiap individu, keluarga, dan masyarakat Indonesia dengan melakukan upaya kesehatan promotif dan preventif yang didukung oleh upaya kuratif dan atau rehabilitatif”. Misi ini telah dicanangkan oleh Depkes sejak beberapa tahun yang lalu (Depkes, 2003). Tujuannya adalah agar semua lapisan masyarakat memiliki derajat kesehatan yang tinggi. Ini semua diperoleh bila sistem yang mengaturnya tersusun dengan tepat.

“Rumah sakit sebagai bagian dari sistem pelayanan kesehatan merupakan pusat pelayanan rujukan medik spesialisik dan sub spesialisik, dengan fungsi utama menyediakan dan menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang lengkap kepada masyarakat baik kuratif maupun rehabilitatif, dimana pelayanan keluarinya menjangkau keluarga dan lingkungan (WHO, 1957 & Depkes RI, 1989)”. Sesuai dengan fungsi utamanya tersebut, perlu pengaturan sedemikian rupa sehingga rumah sakit mampu memanfaatkan sumber daya yang dimilikinya dengan lebih berdaya guna (efisien) dan berhasil guna (efektif). Salah satu fungsi manajemen yang memerlukan pengaturan yang baik agar rumah sakit dapat menjalankan fungsi utamanya adalah pengorganisasian. Rumah sakit merupakan salah satu sektor

kesehatan yang dapat mendukung pencapaian misi Indonesia sehat 2010 dengan melakukan upaya pengorganisasian yang optimal.

Pengorganisasian merupakan salah satu fungsi manajemen yang sangat penting karena dalam pengorganisasian sejumlah besar pegawai diatur agar dapat bekerja sama dengan lancar melalui suatu struktur yang memaksimalkan komunikasi dan kooperasi serta meminimalkan perselisihan (Gillies, 1996). Pengorganisasian juga dapat didefinisikan sebagai tindakan mengusahakan hubungan perilaku yang efektif antar individu, sehingga dapat bekerja sama secara efisien untuk mencapai tujuan dan sasaran (Terry dalam Wijono, 1997). Mengacu pada kedua definisi di atas, melalui pengorganisasian yang optimal diharapkan rumah sakit mampu menjalankan fungsi utamanya sehingga salah satu misi Indonesia sehat 2010 dapat tercapai.

Dalam upaya mencapai pengorganisasian yang optimal, rumah sakit menetapkan visi, misi, falsafah dan tujuan sebagai landasan/acuan karyawan dalam bekerja. Simanjuntak (2005) menyatakan salah satu upaya manajemen yang menjadi penentu keberhasilan organisasi adalah merumuskan dan menguraikan visi, misi organisasi menjadi tugas pokok unit-unit organisasi. Visi, misi, falsafah, dan tujuan yang dipahami oleh seluruh anggota organisasi menjadi acuan dalam melakukan pekerjaan.

Visi adalah suatu cita-cita yang didasarkan pada nilai-nilai dan keyakinan tentang keadaan di masa mendatang yang diinginkan untuk terwujud oleh seluruh karyawan, mulai dari jenjang yang paling atas sampai yang paling bawah (Husein, 2001; Maxwell, 2002; Simanjuntak, 2005). Sedangkan misi adalah penjabaran secara

tertulis mengenai visi, agar visi menjadi mudah dimengerti atau jelas bagi seluruh karyawan (Simanjuntak, 2005). Visi dan misi harus disosialisasikan kepada seluruh karyawan secara terbuka dan secara terus menerus mengingatkannya sampai tertanam dan tercermin dalam tingkah laku seluruh sumber daya manusia dalam organisasi (Marquis & Houston, 2000; Husein, 2001; Maxwell, 2002; Simanjuntak, 2005). Dengan berpatokan pada visi dan misi yang ditetapkan rumah sakit diharapkan kinerja seluruh karyawan dapat lebih jelas dan terarah.

Sebagai sebuah organisasi, rumah sakit juga merupakan sistem terbuka yang bersifat dinamis artinya harus selalu siap menghadapi perubahan baik dari lingkungan internal maupun eksternal organisasi. Faktor internal meliputi faktor-faktor yang terdapat di dalam organisasi misalnya penambahan atau pengurangan karyawan, penambahan atau pengurangan kegiatan, penambahan atau pengurangan tujuan, termasuk pula ketidakpuasan karyawan dan atau ketidakpuasan pimpinan. Faktor eksternal meliputi faktor-faktor yang terdapat di luar organisasi misalnya adanya perubahan kebijakan pemerintah, perubahan teknologi, atau perubahan masyarakat di lingkungan. Peranan kedua faktor ini sama pentingnya, dan karena itulah suatu organisasi yang baik harus selalu dapat mengetahui setiap perubahan yang terjadi (Azwar, 1996).

Rumah Sakit Umum Bhakti Yudha Baru telah melakukan perubahan yang terencana dari suatu organisasi termasuk sistemnya secara menyeluruh yang diarahkan untuk lebih meningkatkan efektivitas organisasi secara menyeluruh. Tujuannya adalah untuk lebih meningkatkan efektivitas organisasi secara menyeluruh termasuk

bagaimana restrukturisasi organisasi dapat meningkatkan efektivitas kinerja perawat di rumah sakit. Peningkatan efektivitas yang dimaksud lazimnya ditujukan pada penyempurnaan struktur dan ataupun proses yang berlangsung dalam organisasi (Massie dalam Azwar, 1996).

Penyempurnaan struktur organisasi misalnya menambah, mengurangi dan atau menggabungkan beberapa subordinat. Sedangkan penyempurnaan proses misalnya pada mekanisme pengambilan keputusan, mekanisme informasi dan ataupun pada mekanisme kerjasama. Dengan demikian, agar rumah sakit mampu menyesuaikan diri terhadap setiap perubahan maka sistem pengorganisasian yang ada di rumah sakit perlu diatur sedemikian rupa sehingga fungsi utama rumah sakit tetap dapat berjalan optimal. Salah satu sub sistem yang perlu diatur dengan tepat dalam pengorganisasian rumah sakit adalah penyempurnaan struktur organisasi.

Struktur organisasi adalah kerangka kerja organisasi melalui pembagian dan pengelompokan pekerjaan yang terkoordinasi secara formal yang menjelaskan sumberdaya, alur komunikasi dan pembuatan keputusan dalam sebuah organisasi (Cushway, 1993; Robbins, 2006). Struktur organisasi adalah suatu susunan skematis yang menunjukkan hubungan antar fungsi, departemen, atau posisi dalam organisasi (Gitosudarmo, 2005). Berdasarkan definisi yang diuraikan oleh para pakar tentang struktur organisasi walaupun rumusannya tidak sama namun pengertian pokok yang terkandung di dalamnya tidak berbeda.

Pengertian pokok yang dimaksud paling tidak mencakup pembagian tugas, pelimpahan wewenang dan tanggung jawab, koordinasi, tingkatan hirarki unit,

rentang kendali, dan kesatuan komando (Gitosudarmo, 2005; Robbins, 2006). Keenam prinsip tersebut merupakan pedoman penting dalam struktur organisasi sebagai pelaksanaan dari pembagian tugas-tugas dan penentuan personalia serta bagian-bagian yang diperlukan bagi organisasi untuk mencapai tujuan bersama. Maksud utama penyusunan struktur organisasi yaitu memastikan bahwa organisasi rumah sakit dirancang dengan cara yang paling baik melalui keenam prinsip dalam struktur organisasi, sehingga fungsi utama rumah sakit dapat berjalan optimal (Cushway, 1993).

Struktur organisasi yang ada di rumah sakit mencakup beberapa departemen, salah satu diantaranya adalah departemen keperawatan. Struktur formal departemen keperawatan merupakan sebuah sistem kekuasaan dan kontrol, sebuah sistem komunikasi, dan sebuah sistem pemberian tugas kepada pegawai yang memenuhi syarat (Brass, 1981 dalam Gillies, 1996). Struktur tersebut menetapkan bagaimana setiap posisi dalam departemen tersebut dihubungkan ke setiap posisi lainnya dan bagaimana seluruh departemen keperawatan dihubungkan ke bagian lain dari lembaga induk. Masing-masing jabatan mengartikan tanggung jawab pekerjaan. Hubungan garis yang utuh antara 2 (dua) jabatan menandakan wewenang langsung atau hubungan pemberian perintah.

Struktur organisasi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kinerja individu (Ilyas, 2002; Simanjuntak, 2005). Dengan adanya perubahan struktur yang telah dilakukan oleh rumah sakit, diharapkan kinerja perawat dapat lebih efektif. Perawat memiliki kejelasan tentang tugasnya, kepada siapa dapat mendelegasikan wewenang

dan tanggung jawab, kepada siapa harus bertanggung jawab, dengan siapa perawat dapat berkoordinasi, berapa banyak bawahan yang harus diawasi, dan bagaimana proses pengambilan keputusan. Kejelasan aspek-aspek tersebut dapat mendukung kinerja perawat lebih efektif.

Kinerja dapat didefinisikan sebagai proses melakukan pekerjaan atau hasil kerja individu maupun kelompok kerja personel sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh organisasi (Wibowo, 2007; Ilyas, 2002; Nursalam, 2002). Hal ini bergantung pada tujuan penilaian kinerja. Jika tujuan penilaian adalah untuk meningkatkan upah atau meningkatkan kegiatan manajemen pegawai maka fokus penilaian adalah keluaran/hasil. Apabila penilaian diutamakan untuk pengembangan pegawai, penilaian sebaiknya menekankan pada proses ketika pegawai melaksanakan pekerjaan.

Secara teoritis ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja yaitu: variabel individu, variabel organisasi, dan variabel psikologis. Variabel individu terdiri dari sub variabel kemampuan dan ketrampilan, latar belakang dan demografis. Struktur organisasi merupakan bagian dari variabel organisasi yang dapat mempengaruhi kinerja individu (Gibson, 1987 dalam Ilyas, 2002).

Sebagaimana dijelaskan sebelumnya bahwa faktor individu juga mempengaruhi kinerja perawat, diantaranya adalah karakteristik demografi yang meliputi umur, tingkat pendidikan, dan lama kerja (Ilyas, 2002; Robbins, 2006). Terdapat cukup banyak penelitian yang telah secara spesifik menganalisis karakteristik –karakteristik individu ini berkaitan dengan kinerja. Pada penelitian ini, penulis juga akan

menguraikan ketiga sub faktor yang termasuk dalam karakteristik perawat sebagai individu di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok.

Untuk melihat apakah struktur organisasi yang sudah diterapkan di rumah sakit saat ini meningkatkan efektivitas kinerja perawat, maka perlu dilakukan penilaian kinerja. Dalam organisasi pelayanan kesehatan, sangatlah penting untuk memiliki instrumen penilaian kinerja yang efektif bagi tenaga kerja profesional khususnya perawat. Proses evaluasi kinerja bagi perawat menjadi bagian terpenting dalam upaya manajemen untuk meningkatkan kinerja organisasi yang efektif. Penilaian kinerja dapat dilakukan oleh diri sendiri maupun mitra kerja (Ilyas, 2002).

Penilaian kinerja dapat dievaluasi berdasarkan uraian tugasnya (Samsudin, 2006). Uraian tugas merupakan keluaran-keluaran pokok yang harus dapat dicapai melalui pekerjaan tertentu, yang sebelumnya juga harus dibicarakan dengan setiap calon pemegang jabatan (Cushway, 1993). Uraian tugas atau pekerjaan adalah seperangkat fungsi dan tugas tanggung jawab yang dijabarkan ke dalam suatu pekerjaan yang dapat menunjukkan jenis dan spesifikasi pekerjaan sehingga pekerjaan dapat dibedakan (Sumbodo, 2007; <http://209.85.175.104/search?q=cache:uw3cEc9zYJsJ:bankdata.depkes.go.id/data%2520,%251, diperoleh tanggal 6 Januari 2008>). Jika pelaksanaan pekerjaan sesuai dengan atau melebihi uraian tugasnya, hal ini berarti pekerjaan itu berhasil dikerjakan dengan baik. Bila penilaian kinerja menunjukkan hasil di bawah uraian tugasnya, hal ini berarti pelaksanaan pekerjaan tersebut kurang baik. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa kinerja seseorang dapat dinilai dengan mengacu pada uraian tugasnya.

Uraian tugas merupakan dasar utama untuk memahami dengan tepat tugas dan tanggung jawab serta akuntabilitas setiap perawat dalam melaksanakan peran dan fungsinya. Kejelasan uraian tugas dimaksud dapat memandu setiap perawat untuk melaksanakan kegiatan sehingga pada akhirnya dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di sarana pelayanan kesehatan setempat. Dengan adanya uraian tugas yang jelas bagi setiap jabatan klinis akan memudahkan manajer/pimpinan untuk menilai kinerja staf secara obyektif dan dapat digunakan sebagai dasar upaya promosi staf ke jenjang yang lebih tinggi.

Rumah Sakit Umum Bhakti Yudha Baru Depok memiliki visi, misi, tujuan, dan nilai dasar yang menjadi acuan struktur organisasi. Visi rumah sakit adalah pada tahun 2010 menjadi rumah sakit umum dengan keunggulan pelayanan prima dan menjadi pilihan pertama masyarakat Depok. Misi rumah sakit adalah menyediakan produk jasa pelayanan kesehatan yang kompetitif (bersaing), efektif dan efisien; menciptakan produk-produk baru yang berkesinambungan; menjadi rumah sakit yang bersahabat dengan pelanggan (*customer friendly hospital*); menyelenggarakan pelayanan medis spesialistik dan asuhan keperawatan prima. Tujuan rumah sakit adalah RSUD Bhakti Yudha Baru Depok menjadi *market leader* (pemimpin pasar) dan *cost leader* di wilayah Depok dan sekitarnya. Nilai dasar rumah sakit adalah kepuasan pelanggan adalah prioritas utama kami; pelanggan puas, RSUD Bhakti Yudha Baru akan tumbuh dan berkembang.

Rumah sakit ini melakukan restrukturisasi pada bulan Desember 2007. Restrukturisasi dilakukan karena pihak manajemen menilai bahwa struktur organisasi yang lama belum mampu mengakomodasi pegawai dalam bekerja sama secara optimal untuk mencapai visi dan misi rumah sakit. Restrukturisasi bertujuan untuk penyempurnaan struktur dan proses dalam organisasi RSU Bhakti Yudha Baru.

Struktur organisasi yang lama terdiri dari Direktur yang didukung oleh Wadir Medis dan Wadir Administrasi & Keuangan (lampiran 11). Komite Keperawatan dan Komite Medis langsung bertanggung jawab kepada Direktur dan tidak memiliki garis ke bawah. Wadir Medis membawahi 5 (lima) Kepala Unit (Ka Unit) yang masing-masing dikepalai oleh seorang dokter. Wadir Administrasi dan Keuangan membawahi 5 (lima) Kepala Urusan (Ka Ur).

Pada struktur ini tidak ada departemen khusus keperawatan yang dipimpin oleh seorang perawat akibatnya permasalahan pelayanan keperawatan di unit rawat inap hanya bisa dikomunikasikan dengan Ka Unit-nya yang bukan berprofesi perawat. Perawat tidak memiliki kewenangan untuk mengambil keputusan jika ada permasalahan di ruangan. Alur koordinasi untuk pemenuhan kebutuhan ruangan sangat panjang sehingga waktu yang diperlukan untuk memenuhinya juga cukup lama.

Pohan (2007) dalam laporan kegiatan residensi di RSU Bhakti Yudha Baru Depok menyatakan berdasarkan hasil wawancara pada bulan Oktober 2007 dengan Wadir Medis, Komite Keperawatan dan Staf unit perawat pelaksana diperoleh data bahwa

struktur organisasi yang ada saat itu belum memberikan alur dan keleluasaan bagi perawat dalam pengambilan keputusan manajerial. Selain itu tidak adanya garis komando yang jelas antara Komite Keperawatan kepada perawat lainnya menunjukkan komunikasi langsung tentang profesi keperawatan tidak mungkin terjadi antara keduanya. Berdasarkan hasil kuesioner didapatkan data bahwa 83,3% Kepala Ruangan menyatakan bahwa struktur organisasi kurang mendukung pengembangan keperawatan.

Hal ini didukung dengan hasil wawancara mahasiswa pada tanggal 16 Januari 2008 dengan Direktur Operasional RSUD Bhakti Yudha Baru Depok diperoleh data bahwa pada struktur organisasi yang lama dirasakan ada semacam pemisah antar unit. Misalnya jika Wadir Medis akan melakukan mutasi perawat antar ruangan, Wadir harus meminta izin kepada Ka Unit dan seringkali Ka Unit tidak dapat mengambil keputusan untuk menyelesaikan masalah *on site* sehingga permasalahan menjadi terkatung-katung. Keadaan ini dirasakan sebagai salah satu hambatan bagi pihak manajemen rumah sakit.

Pada struktur organisasi yang diterapkan saat ini di RSUD Bhakti Yudha Baru Depok, Direktur Utama (Dirut) didukung oleh Direktur operasional (Dir Operasional) dalam menjalankan fungsi manajemen (lampiran 10). SPI; Komite rumah sakit; Sekretaris Korporat bertanggung jawab langsung kepada Direktur utama dan tidak memiliki lini ke bawah. Direktur Operasional didukung oleh Duty Manager dan EDP dalam menjalankan tugasnya. Di bawah Direktur Operasional ada 7 (tujuh) manajer. Masing-masing manajer membawahi supervisor. Pada struktur ini, tampak adanya

departemen khusus untuk keperawatan yang menggunakan sebutan Manager Area. Dengan adanya Manager Area yang berprofesi sebagai perawat dan membawahi supervisor area, PJ shift, dan perawat pelaksana diharapkan kinerja perawat dapat terakomodasi dengan lebih baik.

Jika merujuk pada struktur organisasi yang diterapkan saat ini, perawat pelaksana di masing-masing ruang rawat inap (ranap) akan bertanggung jawab kepada Penanggung Jawab (PJ) shift masing-masing ruangan. PJ shift ini sebenarnya tidak ada dalam struktur tetapi dalam perjalanannya dirasakan perlu sehingga peran ini ditambahkan. Masing-masing PJ shift bertanggung jawab kepada supervisor yang masing-masing dikepalai oleh seorang perawat. Seorang supervisor membawahi 2 (dua) sampai 3 (tiga) ruangan. Keempat Supervisor akan bertanggung jawab kepada Manager Area. Manager Area bertanggung jawab langsung kepada Direktur Operasional. Manager area dan Supervisor area memiliki kewenangan untuk mengambil keputusan dan berkoordinasi langsung dengan bagian/departemen lain.

Perawat supervisor, perawat PJ shift, dan perawat pelaksana memiliki uraian tugas yang berbeda satu sama lain di ruang rawat inap. Sebagaimana dijelaskan sebelumnya bahwa kinerja perawat dapat dinilai dengan mengacu pada uraian tugasnya. Dengan demikian, penulis akan menjadikan uraian tugas yang sudah dilegalisasi oleh Direktur RSUD Bhakti Yudha Baru Depok menjadi alat ukur dalam penilaian kinerja perawat di ruang rawat inap.

Sejak dijalankan restrukturisasi, belum ada laporan formal tentang hubungan penerapan struktur organisasi dengan kinerja perawat. Pada penelitian ini, peneliti

ingin mengetahui sejauh mana hubungan penerapan struktur organisasi saat ini dengan kinerja perawat. Penilaian kinerja yang akan dilakukan mengacu pada uraian tugas perawat supervisor, perawat PJ Shift, perawat pelaksana. Penilaian dilakukan berdasarkan pendapat perawat tentang hubungan penerapan struktur organisasi dengan kinerja perawat di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang masalah di atas tentang struktur organisasi dan kinerja perawat di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru, maka rumusan masalah penelitian ini yaitu: “apakah ada hubungan yang bermakna antara penerapan struktur organisasi saat ini dengan kinerja perawat di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan penerapan struktur organisasi dengan kinerja perawat di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok.

2. Tujuan Khusus

Dengan penelitian ini diharapkan dapat:

- a. Teridentifikasi gambaran karakteristik demografi, pembagian tugas, pelimpahan wewenang dan tanggung jawab, koordinasi, hirarki, rentang kendali, kesatuan komando, kinerja perawat di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok
- b. Teridentifikasi hubungan antara:
 - 1) Karakteristik demografi perawat (umur, tingkat pendidikan, dan lama kerja) dengan kinerja perawat (PJ shift dan pelaksana)
 - 2) Pembagian tugas dengan kinerja perawat (PJ shift dan pelaksana)
 - 3) Pelimpahan wewenang dan tanggung jawab dengan kinerja perawat (PJ shift dan pelaksana)
 - 4) Koordinasi dengan kinerja perawat (PJ shift dan pelaksana)
 - 5) Tingkatan hirarki dengan kinerja perawat (PJ shift dan pelaksana)
 - 6) Rentang kendali dengan kinerja perawat (PJ shift dan pelaksana)
 - 7) Kesatuan komando dengan kinerja perawat (PJ shift dan pelaksana)
- c. Teridentifikasi sub variabel struktur organisasi yang paling berhubungan dengan kinerja perawat (PJ shift)

D. Manfaat Penelitian

1. Untuk Manajemen Rumah Sakit

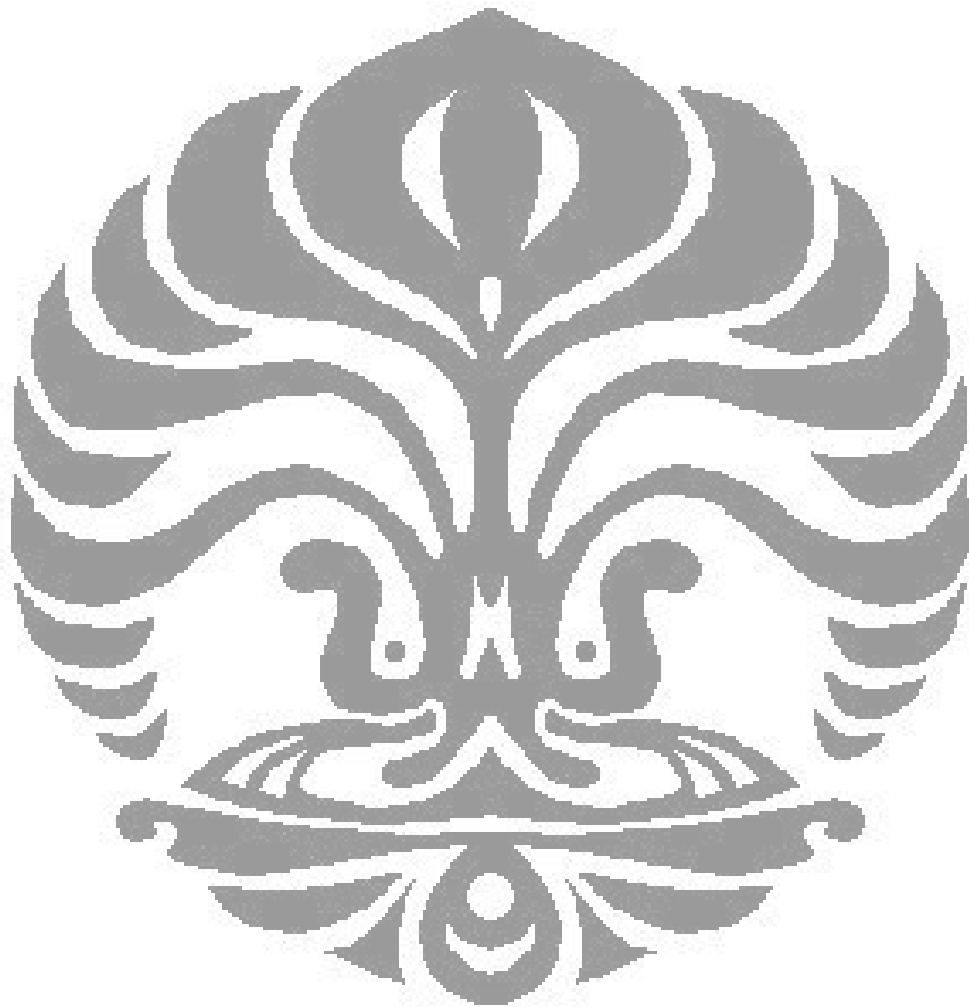
Sebagai masukan berarti bagi manajemen rumah sakit untuk melihat keefektifan struktur organisasi yang baru dikaitkan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok. Manajemen rumah sakit dapat melihat apakah kinerja perawat pelaksana cukup terakomodasi dengan struktur organisasi saat ini.

2. Untuk Peneliti

Meningkatkan kemampuan dalam menganalisa hubungan struktur organisasi dengan kinerja perawat pelaksana dan mendapatkan pengalaman baru yang sangat berharga dalam menambah wawasan keilmuan tentang struktur organisasi dan hubungannya dengan kinerja perawat.

3. Untuk Institusi Pendidikan

Sebagai bahan masukan untuk pengembangan cakupan penelitian dan menjadi bahan rujukan untuk dilakukan penelitian selanjutnya tentang struktur organisasi dikaitkan dengan kinerja perawat secara lebih luas.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Sebagai landasan dan rujukan dalam melakukan penelitian, berikut ini akan dijelaskan beberapa konsep dan teori yang terkait dengan penelitian. Konsep dan teori tersebut meliputi; struktur organisasi, kinerja, dan perawat. Secara sistematis akan diuraikan sebagai berikut:

A. Struktur Organisasi

1. Definisi Struktur Organisasi

Struktur organisasi adalah kerangka kerja organisasi melalui pembagian dan pengelompokan pekerjaan yang terkoordinasi secara formal yang menjelaskan sumberdaya, alur komunikasi dan pembuatan keputusan dalam sebuah organisasi untuk mencapai tujuan bersama (Cushway, 1993; Robbins, 2006; Gitosudarmo, 2001). Hal ini biasanya ditunjukkan dengan garis-garis pada bagan organisasi, umumnya disebut “pohon keluarga” (*family tree*) atau sebuah “organogram”. Garis-garis yang ditarik pada organogram itu tidak selalu menunjukkan bagaimana organisasi itu sebenarnya disusun, tetapi cenderung merupakan gambaran resmi saluran-saluran komunikasi dan perintah.

Struktur organisasi merupakan unsur penting dalam sebuah organisasi karena dengan adanya struktur organisasi komunikasi antar pegawai menjadi lebih terarah; masing-masing memiliki kejelasan tugas pokok, wewenang, dan

tanggung jawab; koordinasi antar pegawai lebih jelas; proses pengambilan keputusan lebih jelas,; masing-masing pegawai bekerja bersama berdasarkan uraian tugasnya dengan mengacu pada struktur organisasi yang ada, yang pada akhirnya organisasi dapat bekerja lebih efektif dan efisien.

2. Tujuan Penyusunan Struktur Organisasi

Struktur organisasi dibuat untuk mencapai sejumlah tujuan, diantaranya untuk menunjang strategi organisasi, mengorganisasikan sumber daya dengan cara yang paling efisien dan efektif, mengadakan persiapan pembagian tugas dan pertanggungjawaban yang efektif, memastikan koordinasi kegiatan organisasi yang efektif dan menggambarkan proses pembuatan keputusan, mengembangkan dan menggambarkan garis-garis komunikasi ke atas, ke bawah dan ke seluruh organisasi, memberikan sarana penanganan keadaan genting dan masalah, membantu memotivasi, mengatur dan memberi kepuasan kerja kepada setiap anggota organisasi, menyiapkan penggantian manajemen (suksesi)(Cushway, 1993).

Dengan demikian maksud utama struktur adalah memastikan bahwa organisasi rumah sakit dirancang dengan cara yang paling baik melalui pembagian tugas, tanggung jawab, komunikasi, pengambilan keputusan yang efektif dalam menghadapi permasalahan, koordinasi antara atasan dan bawahan yang optimal, sehingga fungsi utama rumah sakit dapat berjalan optimal.

3. Prinsip –Prinsip Struktur Organisasi

Pedoman pokok atau sering juga disebut asas atau prinsip dalam penyusunan struktur organisasi terdiri dari enam prinsip, yaitu: pembagian tugas, pelimpahan wewenang dan tanggung jawab, koordinasi, hirarki, rentang kendali (*span of control*), kesatuan komando (Gitosudarmo, 2001; Robbins, 2006). Berikut ini, penjelasan masing-masing prinsip.

a. Pembagian Tugas

Struktur organisasi yang memuat pembagian tugas yang jelas dapat meningkatkan kinerja setiap pekerja, unit kerja dan perusahaan (Simanjuntak, 2005). Pembagian tugas mendeskripsikan sejauh mana tugas dalam organisasi dipecah-pecah menjadi pekerjaan-pekerjaan yang terpisah (Robbins, 2006). Pada hakikatnya keseluruhan pekerjaan bukan dilakukan oleh satu individu, melainkan dipecah-pecah menjadi sejumlah langkah dan tiap langkah diselesaikan oleh individu yang berlainan.

Pembagian tugas ini akan memberikan ketegasan dan standar tugas yang harus dicapai oleh pekerja, sehingga pembagian tugas ini menjadi dasar untuk menetapkan spesifikasi pekerjaan dan evaluasi pekerjaan bagi pekerja yang memegang pekerjaan. Dalam pembagian tugas harus diperhatikan adanya keseimbangan antara wewenang dan tanggung jawab staf. Melalui pembagian tugas dan pendelegasian wewenang akan dapat diketahui

hubungan organisatoris antara satu staf dengan staf lain dalam suatu organisasi (Muninjaya, 1999)

b. Pelimpahan wewenang dan tanggung jawab

Struktur kewenangan dan pelaporan pertanggung-jawaban yang pasti dapat meningkatkan kinerja pekerja, unit kerja, dan perusahaan (Simanjuntak, 2005). Pelimpahan wewenang dan tanggung jawab adalah penyerahan sebagian hak kepada bawahan untuk mengambil tindakan yang diperlukan, agar tugas dan tanggung jawab dapat dilakukan dengan baik. Delegasi wewenang secara spesifik adalah membuat keputusan, bukan melakukan pekerjaan. Manajer memutuskan seberapa besar wewenang sebaiknya didelegasikan ke masing-masing pekerjaan dan pemegang pekerjaan. Organisasi yang mendelegasikan wewenang memungkinkan manajer membuat keputusan signifikan. Manajer dengan kekuasaan pengambilan keputusan yang luas acapkali membuat keputusan yang sulit (Gibson, 1997).

c. Koordinasi

Koordinasi adalah sinkronisasi yang teratur dari usaha-usaha untuk menciptakan kepastian kuantitas, waktu, dan pengarahan pelaksanaan yang menghasilkan keselarasan dan kesatuan tindakan yang terstandar dan harmonis untuk tujuan yang telah ditetapkan (Terry dalam Sutarto, 2002). Gitosudarmo (2001) menyatakan bahwa koordinasi adalah usaha untuk mengharmoniskan atau mensesuaikan seluruh kegiatan untuk mencapai

tujuan yang diharapkan. Keharmonisan dan keserasian ini haruslah selalu diciptakan baik terhadap tugas-tugas yang bersifat teknis, komersil, financial, personalia, maupun administrasi. Dengan terciptanya koordinasi kerja tersebut maka beban-beban antar bagian akan menjadi seimbang, dan dengan adanya keseimbangan beban maka keadaan atau suasana organisasi sebagai keseluruhan akan menjadi selaras. Jika prinsip keselarasan ini terpenuhi maka kinerja perawat akan meningkat.

d. Tingkatan Hirarki

Yang dimaksud dengan tingkatan hirarki unit (birokrasi) adalah tingkatan-tingkatan unit organisasi secara vertikal yang merupakan tingkatan pimpinan, didalamnya terdapat nama unit (Robbins, 2006). Sebaiknya tingkatan berkisar antara 2-5 tingkatan saja, hal ini untuk memudahkan pengoperasian organisasi dan memendekkan jalur komunikasi dalam pengambilan keputusan.

e. Rentang Kendali

Rentang kendali adalah jumlah bawahan yang dapat diatur manajer secara efektif dan efisien. Penerapan prinsip hirarki yang terlalu luas mengakibatkan adanya rentang kendali struktur organisasi yang terlalu lebar. Dengan terlampau lebarnya rentang kendali organisasi maka dapat berakibat terjadinya keterbatasan pengendalian dari atasan terhadap bawahannya (*span of control*). Seseorang akan memiliki batas kendali terhadap bawahannya.

Semakin banyak bawahan yang harus diawasi dan dikoordinasikan maka semakin banyak pula yang tidak dapat dikendalikannya karena banyak yang berada di luar batas pengendaliannya. Oleh karena itu perlu diusahakan agar seorang atasan tidak membawahi terlalu banyak bawahan, pada umumnya batas pengendalian seseorang berkisar antara empat sampai enam bawahan (Robbins, 2006).

f. Kesatuan Komando

Penerapan dari prinsip ini adalah hanya ada seorang atasan yang membawahi beberapa orang bawahan, atau dengan kata lain tidaklah dibenarkan bahwa seseorang bertanggung jawab kepada lebih dari seorang atasan (Siagian, 2002). Dengan adanya satu komando ini maka diharapkan akan terhindar dari kesimpangsiuran atau tumpang tindih dari tugas-tugas yang harus dilaksanakan oleh bawahan.

4. Perubahan Organisasi

a. Pengertian Perubahan Organisasi

Donelly (1997) mengemukakan tentang perubahan organisasi adalah usaha yang direncanakan oleh manajemen untuk menghasilkan prestasi keseluruhan individu, kelompok dan organisasi, dengan mengubah struktur, perilaku dan proses.

Siagian (2000), mengemukakan bahwa instrumen ilmiah untuk mewujudkan perubahan organisasi dikenal dengan nama pengembangan organisasi, artinya bahwa teknik-teknik pengembangan organisasi meningkatkan efektifitas dan kemampuannya beradaptasi dengan kondisi dan tuntutan lingkungan yang berubah, dan mengandung unsur-unsur sebagai berikut: terencana, mencakup seluruh organisasi, berdampak jangka panjang, melibatkan manajemen puncak, menggunakan berbagai bentuk intervensi berdasarkan pendekatan berperilaku.

b. Tujuan Perubahan Organisasi (Siagian, 2000)

Dari waktu ke waktu perubahan dan pengembangan organisasi pasti diperlukan sebagai langkah untuk mempertahankan kelangsungan hidup organisasi tersebut. Perubahan tersebut terjadi baik karena tekanan yang timbul dari luar atau dari dalam. Dengan perkataan lain, bahwa perubahan organisasi diperlukan dalam beberapa pertimbangan sebagai berikut: (1) Meningkatkan kemampuan organisasi untuk menampung akibat daripada perubahan yang terjadi dalam berbagai bidang kehidupan dan terjadi di luar organisasi, (2) Meningkatkan peran organisasi dalam turut menentukan arah perubahan yang akan terjadi, (3) Melakukan penyesuaian secara internal demi peningkatan kemampuan melakukan kedua hal tersebut, (4) Meningkatkan daya tahan organisasi, bukan saja untuk mampu tetap bertahan akan tetapi juga untuk terus tumbuh dan berkembang, (5) Menciptakan suasana kerja sedemikian rupa sehingga anggota organisasi tetap merasa

aman dan terjamin meskipun terjadi perubahan-perubahan di dalam dan di luar organisasi.

c. Ciri-ciri pengembangan organisasi yang efektif (Siagian, 2000)

Pengembangan organisasi yang efektif memiliki ciri-ciri sebagai berikut (1) Merupakan suatu strategi terencana dalam mewujudkan perubahan organisasional, (2) Merupakan kolaborasi antara berbagai pihak yang akan terkena dampak perubahan yang akan terjadi, (3) Menekankan cara-cara baru yang diperlukan guna meningkatkan kinerja seluruh anggota organisasi dan semua satuan kerja dalam organisasi, (4) Mengandung nilai-nilai humanistik dalam arti meningkatkan efektivitas organisasi, pengembangan potensi manusia harus menjadi bagian yang penting, (5) Menggunakan pendekatan sistem berarti memperhitungkan pentingnya interrelasi, interaksi, dan interdependensi antara berbagai satuan kerja sebagai bagian integral dari suatu sistem yang utuh, (6) Menggunakan pendekatan ilmiah dalam upaya meningkatkan efektivitas organisasi.

B. Kinerja

1. Definisi Kinerja

Kinerja adalah penampilan hasil karya personel baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi (Ilyas, 2002). Kinerja dapat merupakan penampilan individu maupun kelompok kerja personel. Penampilan hasil karya tidak terbatas

kepada personel yang memangku jabatan fungsional maupun struktural, tetapi juga kepada keseluruhan jajaran personel di dalam organisasi.

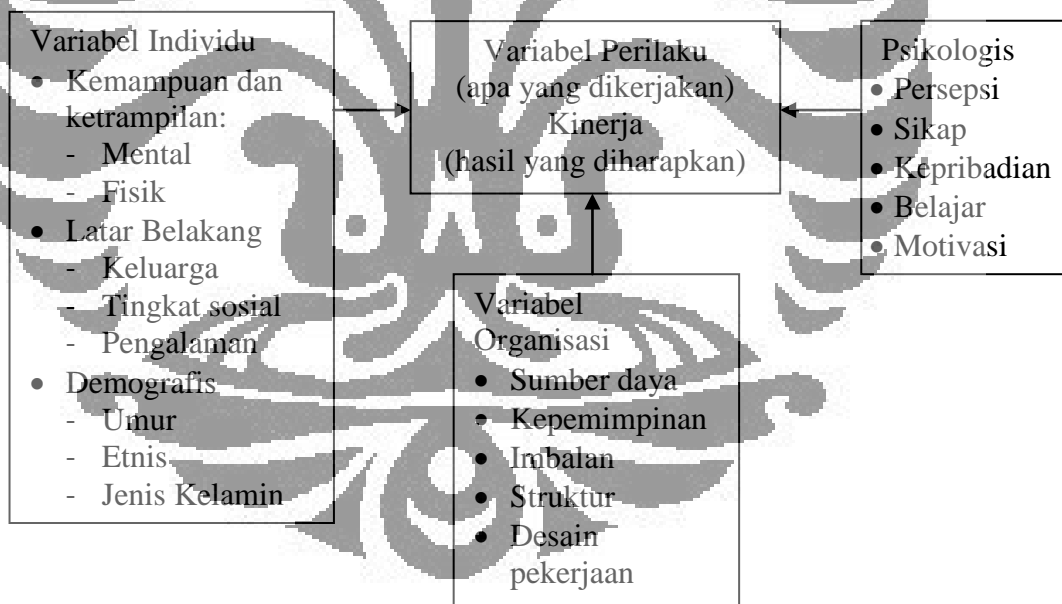
Wibowo (2007) mendefinisikan kinerja bukan hanya sebagai hasil kerja, tetapi juga bagaimana proses kerja berlangsung. Kinerja adalah tentang apa yang dikerjakan dan bagaimana cara mengerjakannya. Kinerja merupakan hasil pekerjaan yang mempunyai hubungan kuat dengan tujuan strategis organisasi, kepuasan konsumen dan memberikan kontribusi ekonomi (Armstrong dan Baron, 1998 dalam Wibowo, 2007). Dengan demikian dapat dikatakan bahwa kinerja adalah proses maupun hasil kerja seseorang dalam menampilkan kemampuannya sesuai dengan bidang tugas yang menjadi tanggung jawabnya.

2. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kinerja

Secara teoritis ada 3 (tiga) kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja yaitu variabel individu, variabel organisasi, dan variabel psikologis (Ilyas, 2002). Simanjuntak (2005) juga menyampaikan hal yang hampir sama bahwa ada 3 (tiga) kelompok variabel yang mempengaruhi kinerja individu yaitu kompetensi individu, dukungan organisasi, dan dukungan manajemen. Ketiga kelompok variabel tersebut mempengaruhi perilaku kerja yang pada akhirnya berpengaruh pada kinerja personel. Perilaku yang berhubungan dengan kinerja adalah yang berkaitan dengan tugas-tugas pekerjaan yang harus diselesaikan untuk mencapai sasaran suatu jabatan atau tugas.

Variabel individu dikelompokkan pada sub variabel kemampuan dan ketrampilan, latar belakang dan demografis. Variabel psikologik terdiri dari sub variabel persepsi, sikap, kepribadian, belajar, motivasi. Variabel organisasi digolongkan dalam sub variabel sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, dan desain pekerjaan. Ilyas menambahkan variabel supervisi dan kontrol dalam variabel organisasi karena masih sangat penting pengaruhnya terhadap kinerja individu.

Skema 2.1 Diagram Skematis Teori Perilaku dan Kinerja



Sumber: Dikutip dari Ilyas, Y. (2002). *Kinerja: Teori, penilaian, dan penelitian*. Depok: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan-FKM UI

Model teori kinerja Gibson yang dikembangkan oleh Ilyas ini cocok untuk digunakan sebagai model dasar untuk mempelajari faktor yang mempengaruhi kinerja individu. Diagram skematis variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja dapat dilihat pada skema 2.1.

3. Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai kualitas kerja personel dan usaha untuk memperbaiki unjuk kerja personel dalam organisasi (Hall, 1986 dalam Samsudin, 2006). Penilaian kinerja adalah proses penelusuran kegiatan pribadi personel pada masa tertentu dan menilai hasil karya yang ditampilkan terhadap pencapaian sasaran sistem manajemen (Certo, 1984).

Melalui penilaian itu kita dapat mengetahui apakah pekerjaan itu sudah sesuai atau belum dengan uraian pekerjaan yang telah disusun sebelumnya. Seorang pimpinan akan menggunakan uraian pekerjaan sebagai tolok ukur dalam melakukan penilaian. Dengan demikian penilaian kinerja dapat didefinisikan sebagai proses formal yang dilakukan untuk mengevaluasi tingkat pelaksanaan pekerjaan atau unjuk kerja seorang personel dan memberikan umpan balik untuk kesesuaian tingkat kinerja.

Hasibuan (2003) menjelaskan beberapa alasan dilakukan penilaian kinerja, yaitu (1) untuk menambah tingkat kepuasan para karyawan dengan memberikan pengakuan terhadap hasil kerjanya; (2) untuk membantu kemungkinan pengembangan personel bersangkutan; (3) untuk memelihara potensi kerja; (4)

untuk mengukur prestasi kerja para karyawan; (5) untuk mengumpulkan data guna menetapkan program kepegawaian selanjutnya.

Menurut Handoko (2001) terdapat 10 (sepuluh) manfaat yang dapat dipetik dari penilaian kinerja, yaitu:

a. Perbaikan prestasi kerja

Umpan balik pelaksanaan kerja memungkinkan karyawan, manajer, dan departemen personalia dapat memperbaiki kegiatan-kegiatan mereka demi perbaikan kinerja.

1) Penyesuaian Kompensasi

Evaluasi kinerja membantu pengambil keputusan dalam menentukan kenaikan upah, bonus, dan kompensasi lainnya.

2) Keputusan penempatan

Promosi, transfer, dan demosi (penurunan jabatan) biasanya didasarkan pada kinerja masa lalu atau antisipasinya. Promosi merupakan bentuk penghargaan terhadap kinerja.

3) Kebutuhan latihan dan pengembangan

Kinerja buruk menunjukkan adanya kebutuhan latihan. Demikian pula kinerja baik mungkin mencerminkan potensi yang harus dikembangkan lebih lanjut.

4) Perencanaan dan Pengembangan Karir

Umpan balik kinerja dapat mengarahkan keputusan tentang karir spesifik karyawan.

5) Penyimpangan proses staffing

Kinerja yang baik atau jelek mencerminkan kekuatan atau kelemahan prosedur staffing departemen personalia.

6) Ketidakakuratan informasional

Kinerja jelek mungkin menunjukkan kesalahan informasi analisis jabatan, rencana sumber daya manusia, atau komponen sistem informasi manajemen personalia lainnya. Menggantungkan diri pada informasi yang tidak akurat (teliti) dapat mengakibatkan keputusan-keputusan personalia yang diambil menjadi tidak tepat.

7) Kesalahan desain pekerjaan

Kinerja buruk mungkin suatu tanda kesalahan dalam desain pekerjaan. Penilaian kinerja dapat membantu diagnosa kesalahan-kesalahan tersebut.

8) Kesempatan kerja yang adil

Penilaian kinerja secara akurat akan menjamin keputusan-keputusan penempatan internal dapat diambil tanpa diskriminasi.

9) Tantangan eksternal

Kadang-kadang kinerja dipengaruhi oleh faktor-faktor di luar lingkungan kerja, seperti keluarga, kesehatan, kondisi finansial atau masalah pribadi. Dengan penilaian kinerja maka departemen personalia dapat menawarkan bantuan kepada semua karyawan yang membutuhkan.

Untuk melakukan penilaian kinerja ada metode yang digunakan. Metode penilaian kinerja umumnya dikelompokkan menjadi 2 (dua) macam, yakni penilaian yang berorientasi waktu yang lalu, dan metode penilaian yang berorientasi waktu yang akan datang (Notoatmodjo, 2003).

Penilaian kinerja umumnya berorientasi pada masa lalu artinya penilaian kinerja karyawan berdasarkan hasil yang telah dicapai oleh karyawan selama ini. Metode yang berorientasi masa lalu ini mempunyai kelebihan dalam hal perlakuan terhadap kerja yang telah terjadi dan sampai derajat tertentu dapat diukur.

Namun demikian metode ini juga mempunyai kelemahan yakni kinerja di masa lalu tidak dapat diubah. Akan tetapi dengan mengevaluasi kinerja di masa lalu, para karyawan memperoleh umpan balik mengenai upaya-upaya mereka. Umpan balik ini selanjutnya bisa mengarahkan kepada perbaikan-perbaikan kinerja mereka. Teknik-teknik penilaian jenis ini meliputi skala penilaian, *checklist*, metode peristiwa kritis, metode peninjauan lapangan, tes prestasi kerja.

Sedangkan penilaian kinerja berorientasikan masa yang akan datang adalah penilaian kinerja karyawan saat ini dan penetapan sasaran kinerja di masa yang akan datang dengan menggunakan teknik penilaian diri, penilaian psikologis, dan teknik pusat penilaian. Ada beberapa teknik yang dapat

digunakan meliputi penilaian diri, pendekatan *management by objective*, penilaian psikologis, teknik pusat penilaian.

C. Perawat

Sebagaimana disampaikan sebelumnya bahwa struktur organisasi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kinerja perawat. Keberadaan departemen keperawatan dalam sebuah struktur organisasi juga tentunya akan sangat mendukung kinerja perawat karena perawat diberikan otoritas dalam melakukan fungsi pengorganisasian secara khusus di bidang keperawatan. Berikut ini akan diuraikan tentang definisi perawat dan uraian tugas perawat yang ditetapkan oleh Direktur RSUD Bhakti Yudha Baru Depok.

1. Definisi Perawat

Perawat yang akan diteliti dalam penelitian ini meliputi perawat supervisor, perawat PJ shift, dan perawat pelaksana di ruang rawat inap. Perawat supervisor adalah seorang tenaga keperawatan yang memiliki tugas pokok mensupervisi/membimbing, monitoring/mengawasi, mengkoordinasi, mensosialisasi kebijakan dan prosedur pelayanan rumah sakit serta merekap jenis dan mutu pelayanan di rawat inap umum. Perawat PJ shift adalah seorang tenaga keperawatan yang memiliki tugas pokok mengkoordinir pelayanan setiap shift di unitnya. Perawat pelaksana adalah seorang tenaga keperawatan yang memiliki tugas pokok memberikan asuhan keperawatan (Direktur RSUD Bhakti Yudha Baru, 2008). Perawat supervisor, perawat PJ

shift, maupun perawat pelaksana harus mempunyai ijazah formal keperawatan dari semua jenjang pendidikan yang disahkan oleh pemerintah atau yang berwenang (Depkes, 1999; Swansburg,1999).

2. Karakteristik Perawat sebagai Individu

a) Umur

Hubungan antara umur dan kinerja merupakan isu yang semakin penting dalam dekade mendatang. Robbins (2006) meyakini bahwa kinerja individu merosot dengan meningkatnya umur, tetapi berdasarkan hasil penelitian pada umur tertentu pula seorang meningkat produktivitasnya. Siagian (2003) menyampaikan bahwa umur mempunyai kaitan yang erat dengan berbagai segi kehidupan organisasional, kaitan umur dengan tingkat kedewasaan psikologis menunjukkan kematangan jiwa dalam arti semakin bijaksana, mampu mengendalikan emosi, makin mampu berpikir rasional, toleran terhadap perbedaan pandangan dan perilaku. Menurut Dessler (1998) usia 25 tahun merupakan awal individu berkarir, usia 25 sampai 30 tahun merupakan tahap penentuan bidang pilihan yang cocok bagi karir individu, usia 30 sampai 40 tahun adalah tahap pemantapan pilihan karir untuk mencapai tujuan. Puncak karir individu adalah pada usia 40 tahun, dan usia di atas 40 tahun adalah masa penurunan karir.

b) Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kemampuan dan ketrampilan kerja individu. Semakin tinggi tingkat pendidikan perawat, semakin tinggi pula kemampuan atau kompetensinya melakukan pekerjaan dan dengan demikian semakin tinggi kinerjanya (Gillies, 1996; Ilyas, 2002; Simanjuntak, 2005). Tingkat pendidikan yang tinggi umumnya menyebabkan seseorang lebih mampu dan bersedia menerima tanggung jawab (Gibson, 1997). Melalui pendidikan, seseorang dapat meningkatkan kematangan intelektualnya sehingga dapat membuat keputusan dalam bertindak. Diasumsikan bahwa orang yang sudah berpendidikan tinggi mempunyai tujuan, harapan, dan wawasan untuk meningkatkan prestasi kerja melalui kinerja yang optimal.

c) Lama Kerja

Simanjuntak (2005) menyampaikan bahwa pengalaman kerja dapat memperdalam dan memperluas kemampuan kerja. Semakin sering seseorang melakukan pekerjaan yang sama, semakin terampil dan semakin cepat dia menyelesaikan pekerjaan tersebut. Semakin banyak macam pekerjaan yang dilakukan seseorang, pengalaman kerjanya semakin kaya dan luas, dan memungkinkan peningkatan kinerja.

Robbins (2006) menyampaikan bahwa lama kerja dan kepuasan berkaitan secara positif, semakin lama seseorang bekerja maka semakin terampil dan berpengalaman pula dalam melaksanakan pekerjaannya.

Hasil penelitian Widaningsih (2002) melaporkan ada hubungan yang signifikan antara lama kerja dengan kinerja. Masa kerja yang belum cukup lama akan menimbulkan hal yang kurang baik terhadap pekerjaan karena karyawan belum mengenal dan menghayati pekerjaan itu, tetapi bila masa kerja terlalu lama bisa menimbulkan kebosanan (Simanjuntak, 2005).

3. Uraian Tugas Perawat

Uraian tugas merupakan keluaran-keluaran pokok yang harus dapat dicapai melalui pekerjaan tertentu, yang sebelumnya juga harus dibicarakan dengan setiap calon pemegang jabatan (Cushway, 1993). Uraian tugas atau pekerjaan adalah seperangkat fungsi dan tugas tanggung jawab yang dijabarkan ke dalam suatu pekerjaan yang dapat menunjukkan jenis dan spesifikasi pekerjaan sehingga antara set pekerjaan satu dan lainnya dapat dibedakan ([http://209.85.175.104/search?q=cache:uw3cEc9zYJsJ:bankdata.depkes.go.id/data%2520,¶1,diperoleh tanggal 6 Januari 2008](http://209.85.175.104/search?q=cache:uw3cEc9zYJsJ:bankdata.depkes.go.id/data%2520,¶1,diperoleh+tanggal+6+Januari+2008)). Berdasarkan kedua definisi uraian tugas di atas, dapat disimpulkan bahwa kinerja seseorang dapat dinilai dengan mengacu pada uraian tugasnya.

Notoatmodjo (2003) menyampaikan bahwa uraian tugas merupakan salah satu komponen penting dalam penilaian kinerja. Uraian tugas berisi daftar kegiatan atau tugas yang harus dilakukan oleh setiap karyawan dalam organisasi, sesuai dengan jabatan atau pekerjaan karyawan yang bersangkutan. Oleh sebab itu apabila organisasi akan melakukan penilaian kinerja terhadap masing-masing karyawan maka acuannya adalah uraian tugas yang ada.

Uraian tugas merupakan dasar utama untuk memahami dengan tepat tugas dan tanggung jawab serta akuntabilitas setiap perawat dalam melaksanakan peran dan fungsinya. Kejelasan uraian tugas dimaksud dapat memandu setiap perawat untuk melaksanakan kegiatan sehingga pada akhirnya dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di sarana pelayanan kesehatan setempat. Dengan adanya uraian tugas yang jelas bagi setiap jabatan klinis akan memudahkan manajer/pimpinan untuk menilai kinerja staf secara obyektif dan dapat digunakan sebagai dasar upaya promosi staf ke jenjang yang lebih tinggi.

Berikut ini adalah uraian tugas perawat supervisor, perawat PJ shift, dan perawat pelaksana di ruang rawat inap yang telah disahkan oleh Direktur RSUD Bhakti Yudha Baru Depok (lampiran 13).

Perawat supervisor memiliki uraian tugas sebagai berikut: membuat program kerja untuk unit pelayanan; mengevaluasi pemanfaatan fasilitas dan peralatan di unitnya; membuat perencanaan kebutuhan operasional medis dan non medis; menganalisa kebutuhan tenaga di unit rawat inap umum; membuat jadwal dinas di unit pelayanannya; mengawasi jalannya kelancaran pelayanan; memonitor jadwal visite dokter dan tindakan; membuat laporan harian ke manager area; membuat laporan evaluasi pelayanan setiap bulan; melakukan pertemuan rutin di ruangan untuk pengembangan dan evaluasi mutu pelayanan; melakukan pembinaan kepada staf yang ada di bawahnya; melakukan sosialisasi kepada unit terhadap kebijakan dan prosedur pelayanan rumah sakit; menciptakan dan mempertahankan hubungan kerja yang harmonis; membantu manager area membuat perencanaan dan evaluasi di unitnya.

Perawat PJ shift memiliki uraian tugas sebagai berikut: mengawasi pelaksanaan pelayanan di setiap shiftnya; membantu supervisor menggerakkan dan membimbing perawat pelaksana maupun perawat baru untuk melaksanakan asuhan keperawatan; mengikuti visite dokter dan bertanggung jawab dalam pelaksanaan program medis yang didelegasikan; memberikan komunikasi terapeutik tentang asuhan keperawatan; menjaga kebersihan di lingkungan kerja; bertanggung jawab dan bertanggung gugat dalam kegiatan asuhan keperawatan dan administratif di unitnya; membuat laporan tertulis/*check sheet* tentang keadaan pasien setiap shiftnya;

memberikan informasi tentang kondisi pasien kepada dokter jaga ruangan; melakukan evaluasi kegiatan yang telah direncanakan di setiap shift; melakukan serah terima pasien, fasilitas, dan lingkungan setiap shift; membuat laporan tertulis tentang hal-hal yang menghambat pelayanan; mengikuti pertemuan rutin dan tidak rutin jika ditugaskan; menjaga hubungan kerja yang baik dengan atasan dan semua petugas.

Perawat pelaksana memiliki uraian tugas sebagai berikut: menerima pembagian tugas dari supervisor dan PJ shift; menerima pasien baru dan memberikan asuhan keperawatan; memberikan komunikasi terapeutik kepada pasien tentang tindakan asuhan keperawatan di rawat inap; melakukan dokumentasi asuhan keperawatan; bertanggung jawab terhadap pelaksanaan administrasi ruangan yang ditugaskan; mencatat setiap data pasien ke dalam buku register; meng-entry setiap tindakan, pemeriksaan penunjang maupun alat kesehatan dan obat; melaksanakan dan bertanggung jawab dalam program medis yang didelegasikan; melakukan serah terima pasien dan fasilitas shift berikutnya; wajib menjaga dan memelihara fasilitas dan alat di unit kerja; mengikuti pertemuan rutin dan non rutin yang diadakan dan ditugaskan; menjaga hubungan kerja yang baik dengan atasan dan semua petugas; menjaga kebersihan lingkungan kerja; wajib mengikuti pelatihan yang ditugaskan di dalam dan di luar rumah sakit.

BAB III

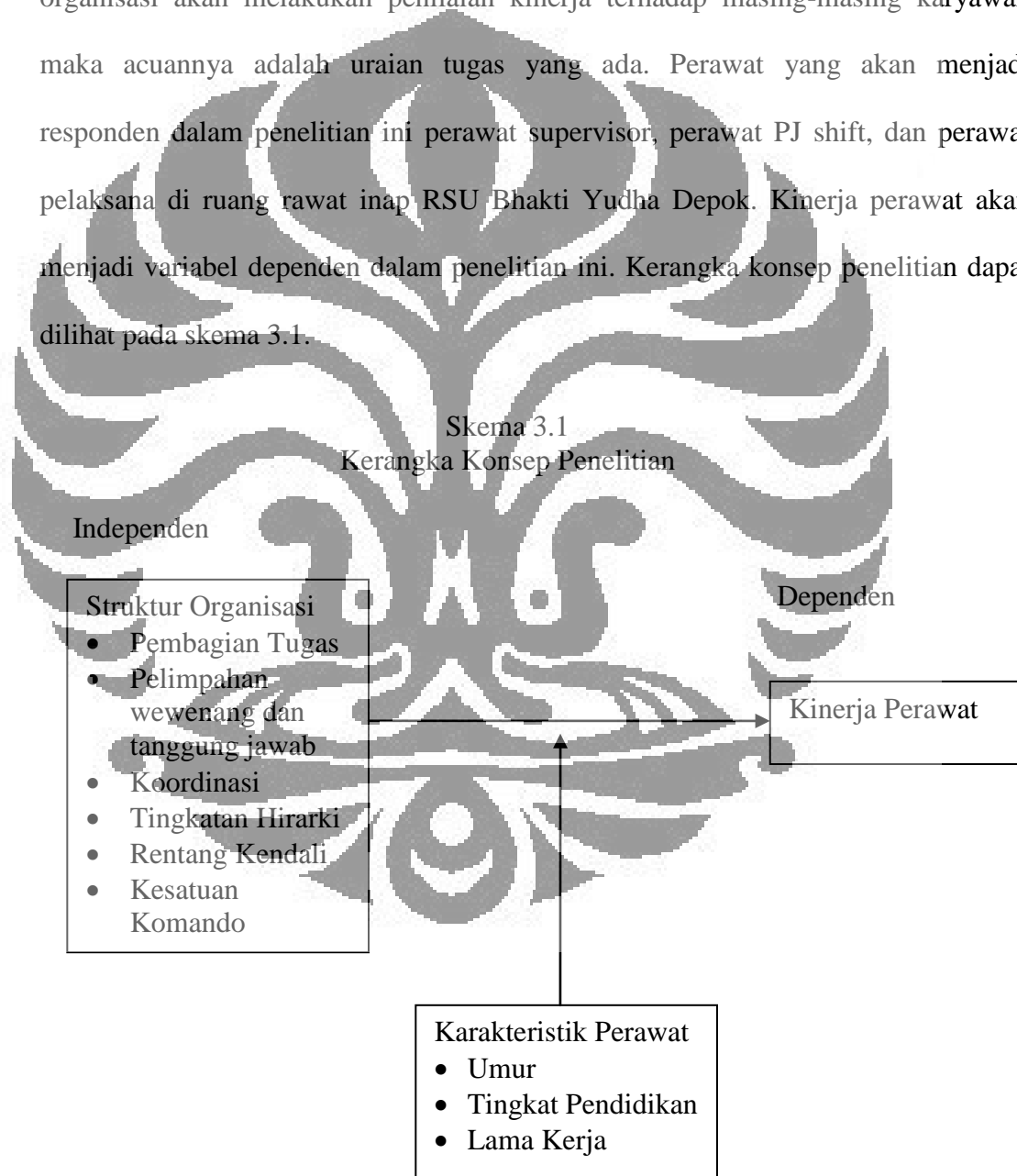
KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

A. Kerangka Konsep

Berdasarkan kajian literatur yang telah diuraikan pada tinjauan pustaka, maka didapatkan gambaran bahwa struktur organisasi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kinerja (Hyas, 2002; Simanjuntak, 2005). Ada beberapa variabel dalam struktur organisasi yang meliputi pembagian tugas, pelimpahan wewenang dan tanggung jawab, koordinasi, tingkatan hirarki, rentang kendali, dan kesatuan komando (Gitosudarmo, 2001; Robbins, 2006). Keenam variabel tersebut diasumsikan berhubungan dengan kinerja perawat. Keenam variabel tersebut merupakan variabel independen. Selain itu karakteristik individu (umur, tingkat pendidikan, dan lama kerja) sebagai salah satu faktor yang mempengaruhi kinerja juga menjadi variabel independen dalam penelitian ini.

Kinerja perawat akan dinilai berdasarkan uraian tugasnya. Jika pelaksanaan pekerjaan sesuai dengan atau melebihi uraian tugasnya, hal ini berarti pekerjaan itu berhasil dikerjakan dengan baik. Bila penilaian kinerja menunjukkan hasil di bawah uraian tugasnya, hal ini berarti pelaksanaan pekerjaan tersebut kurang baik (Samsudin, 2006).

Notoatmodjo (2003) menyampaikan bahwa uraian tugas merupakan salah satu komponen penting dalam penilaian kinerja. Uraian tugas berisi daftar kegiatan atau tugas yang harus dilakukan oleh setiap karyawan dalam organisasi, sesuai dengan jabatan atau pekerjaan karyawan yang bersangkutan. Oleh sebab itu apabila organisasi akan melakukan penilaian kinerja terhadap masing-masing karyawan maka acuannya adalah uraian tugas yang ada. Perawat yang akan menjadi responden dalam penelitian ini perawat supervisor, perawat PJ shift, dan perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Depok. Kinerja perawat akan menjadi variabel dependen dalam penelitian ini. Kerangka konsep penelitian dapat dilihat pada skema 3.1.



B. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan kerangka konsep, maka hipotesis pada penelitian ini adalah:

1. Hipotesis Mayor

Ada hubungan antara struktur organisasi dengan kinerja perawat (PJ shift dan pelaksana)

2. Hipotesis Minor

Ada hubungan antara:

- a) Karakteristik individu (umur, tingkat pendidikan, lama kerja) dengan kinerja perawat (PJ shift dan pelaksana)
- b) Pembagian tugas dengan kinerja perawat (PJ shift dan pelaksana)
- c) Pelimpahan wewenang dan tanggung jawab dengan kinerja perawat (PJ shift dan pelaksana)
- d) Koordinasi dengan kinerja perawat (PJ shift dan pelaksana)
- e) Tingkatan hirarki dengan kinerja perawat (PJ shift dan pelaksana)
- f) Rentang kendali dengan kinerja perawat (PJ shift dan pelaksana)
- g) Kesatuan komando dengan kinerja perawat (PJ shift dan pelaksana)

C. Definisi Operasional

Untuk memberikan pemahaman yang sama tentang pengertian variabel yang akan diteliti dan untuk menentukan metode penelitian yang digunakan dalam analisa data maka perlu dibuat definisi operasional variabel independen dan varaiabel dependen yang dapat dilihat pada tabel 3.1 berikut ini.

Tabel 3.1
Definisi Operasional

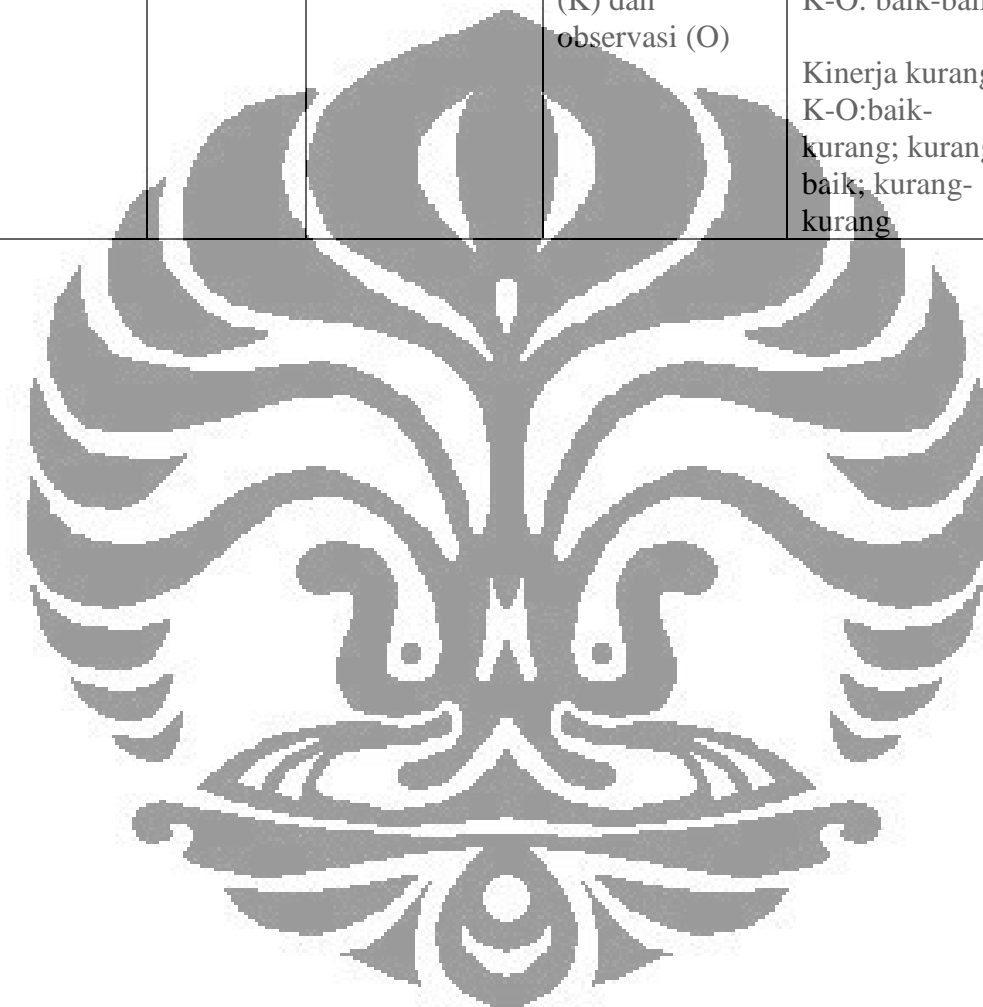
No	Variabel Konfounding	Definisi Operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala Ukur
1	Umur	Umur perawat dihitung sejak tanggal kelahiran hingga ulang tahun terakhir pada saat mengisi angket penelitian	Angket pada kuesioner A dengan isian terbuka pada pertanyaan No 2	Umur responden yang dikelompokkan berdasarkan nilai median. 1. PJS < 34,5 thn PJS ≥ 34,5 thn 2. PP < 31 thn PP ≥ 31 thn	Ordinal
2	Pendidikan	Latar belakang pendidikan formal terakhir dalam bidang keperawatan yang dicapai oleh perawat	Angket pada kuesioner A dengan isian terbuka pada pernyataan No 3	1. SPR/SPK 2. D III Kep	Ordinal
3	Lama Kerja	Lamanya responden bekerja sebagai perawat di rumah sakit tempat penelitian	Angket pada kuesioner A dengan isian terbuka pada pernyataan No 4	Lama kerja yang dikelompokkan berdasarkan nilai median 1. PJS < 13 thn PJS ≥ 13 thn 2. PP < 9 thn PP ≥ 9 thn	Ordinal
No	Variabel Independen	Definisi Operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala Ukur
4	Pembagian tugas	Pendapat perawat tentang standar tugas yang harus dicapai dan menjadi dasar evaluasi pekerjaan	Angket dengan kuesioner B. Terdiri dari 6 pertanyaan. Menggunakan skala Likert yaitu: 4 = selalu 3 = sering 2 = kadang-kadang 1 = tidak pernah	Skor maksimal variabel ini adalah 24. Skor minimal adalah 6. Data dikategori menjadi (PJS & Pelaksana): 1 = Kurang (< 22) 2 = Baik (≥ 22)	Ordinal

5	Pelimpahan wewenang dan tanggung jawab	Pendapat perawat tentang pendelegasian wewenang atasan kepada bawahan untuk mengambil keputusan klinis maupun manajerial yang diperlukan, agar tugas dan tanggung jawab dapat dilakukan dengan baik.	Angket dengan kuesioner B. Terdiri dari 5 pertanyaan. Menggunakan skala Likert yaitu: 4 = selalu 3 = sering 2 = kadang-kadang 1 = tidak pernah	Skor maksimal variabel ini adalah 20. Skor minimal adalah 5. Data dikategori menjadi: PJ shift 1 = Kurang (< 19) 2 = Baik (≥ 19) Pelaksana 1 = Kurang (<18) 2 = Baik (≥ 18)	Ordinal
6	Koordinasi	Pendapat perawat tentang kerjasama antar perawat di unit ruang rawat inap atau antar unit kerja di rumah sakit	Angket dengan kuesioner B. Terdiri dari 7 pertanyaan. Menggunakan skala Likert yaitu: 4 = selalu 3 = sering 2 = kadang-kadang 1 = tidak pernah	Skor maksimal variabel ini adalah 28. Skor minimal adalah 7. Data dikategori menjadi: PJ shift 1 = Kurang (< 22) 2 = Baik (≥ 22) Pelaksana 1 = Kurang (< 23) 2 = Baik (≥ 23)	Ordinal
7	Tingkatan hirarki	Pendapat perawat tentang seberapa banyak tingkat/alur yang harus ditempuh untuk pengambilan keputusan dalam unit kerjanya	Angket dengan kuesioner B. Terdapat 4 item pertanyaan. Menggunakan Skala Likert yaitu: 4 = selalu 3 = sering 2 = kadang-kadang 1 = tidak pernah	Skor maksimal variabel ini adalah 16. Skor minimal adalah 4. Data dikategori menjadi: (PJS & Pelaksana) 1 = Kurang (< 12) 2 = Baik (≥ 12)	Ordinal

8	Rentang kendali	Pendapat perawat tentang jumlah bawahan yang dapat diatur manajer secara efektif dan efisien	Angket dengan kuesioner B. Terdapat 5 item pertanyaan. Menggunakan skala Likert yaitu: 4 = selalu 3 = sering 2 = kadang-kadang 1 = tidak pernah	Skor maksimal variabel ini adalah 20. Skor minimal adalah 5. Data dikategori menjadi: PJ shift 1 = Kurang (< 14) 2 = Baik (≥ 14) Pelaksana 1 = Kurang (<16) 2 = Baik (≥ 16)	Ordinal
9	Kesatuan komando	Pendapat perawat tentang instruksi yang dilaksanakan dengan benar dari pimpinan tertinggi sampai ke bawah	Angket dengan kuesioner B. Terdapat 5 item pertanyaan. Menggunakan skala Likert yaitu: 4 = selalu 3 = sering 2 = kadang-kadang 1 = tidak pernah	Skor maksimal variabel ini adalah 20. Skor minimal adalah 5. Data dikategori menjadi: PJ shift 1 = Kurang (< 19,5) 2 = Baik ($\geq 19,5$) Pelaksana 1 = Kurang (<19) 2 = Baik (≥ 19)	Ordinal

No	Variabel Dependen	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Kinerja Perawat	Pendapat dan hasil observasi dari perawat tentang penampilan kerja berdasarkan uraian tugasnya	<p>Angket dengan kuesioner C.</p> <p>Jumlah pernyataan: Supervisor= 14 (dilakukan dengan <i>scoring</i> pendapat)</p> <p>PJ shift = 19 Pelaksana = 18</p> <p>Menggunakan skala Likert yaitu: 4 = selalu 3 = sering 2 = kadang-kadang 1 = tidak pernah</p> <p>Pedoman Observasi 1-3. Item observasi terdiri dari: Supervisor = 18 PJ shift = 18 Pelaksana = 16 Menggunakan penilaian yaitu: 1 = Ya 0 = Tidak</p>	<p>Skor maksimal adalah:</p> <p>PJ shift = 76 Pelaksana = 72</p> <p>Skor minimal:</p> <p>PJ shift = 19 Pelaksana = 18</p> <p>Data dikategori menjadi: PJS 1 = Kurang (< 66) 2 = Baik (≥ 66)</p> <p>Pelaksana 1 = Kurang (< 68) 2 = Baik (≥ 68)</p> <p>Skor maksimal adalah : PJ shift = 18 Pelaksana = 16</p> <p>Skor minimal adalah 0 Data dikategori menjadi: PJ shift 1 = Kurang (< 16) 2 = Baik (≥ 16) Pelaksana 1 = Kurang (< 14)</p>	Ordinal

No	Variabel	operasional	Cara Ukur	2 = Baik (≥ 14) Hasil Ukur	Skala Ukur
			Melakukan <i>croostab</i> pada hasil kuesioner (K) dan observasi (O)	Hasil <i>crosstab</i> dikelompokkan: Kinerja baik jika K-O: baik-baik: Kinerja kurang: K-O: baik-kurang; kurang-baik; kurang-kurang	



BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode riset kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* yang bertujuan untuk meneliti hubungan antara variabel independen yaitu struktur organisasi yang meliputi pembagian tugas, pendelegasian wewenang dan tanggung jawab, koordinasi, tingkatan hirarki, rentang kendali, dan kesatuan komando, serta karakteristik perawat yang meliputi umur, pendidikan, dan lama kerja, dengan variabel dependen yaitu kinerja perawat berdasarkan uraian tugasnya.

B. Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat supervisor, perawat PJ shift, dan perawat pelaksana yang bekerja di ruang rawat inap (Amarilis, Bougenville, Mawar, Perinatologi, Melati) RSUD Bhakti Yudha Baru Depok yang berjumlah 94 orang. Jumlah perawat yang terlibat dalam penelitian ada 80 orang yang terdiri dari perawat supervisor ada 3 (tiga) orang, perawat PJ shift 36 (tiga puluh enam) orang, perawat pelaksana 41 (empat puluh satu) orang. Jumlah perawat yang tidak terlibat dalam penelitian ada 14 (empatbelas) orang yang terdiri dari 4 (empat) orang cuti, 6 (enam) orang lama kerja kurang dari 1 tahun, 4 (empat) orang tidak mengembalikan kuesioner.

Menurut Singarimbun, jika jumlah responden kurang dari 100 orang maka seluruh perawat akan dijadikan sampel dalam penelitian ini (*total sampling*).

Kriteria inklusi untuk perawat yang terlibat dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 4.1
Distribusi responden berdasarkan kriteria inklusi
di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok

No	Jabatan Perawat	Pendidikan Terakhir	Lama Kerja Min 1 thn	Kriteria Inklusi			Min 4x ditunjuk
				Tidak Cuti	Tidak Libur	Tidak sedang pendidikan	
L	Supervisor	D-III	√	√	√	√	-
2	PJ Shift	SPK/D-III	√	√	√	√	√
3	Pelaksana	SPK/D-III	√	√	√	√	-

Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok dapat dilihat pada tabel 4.2 di halaman berikutnya;

Tabel 4.2
Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan di ruang rawat inap
RSU Bhakti Yudha Baru Depok

No	Ruangan	Tingkat Pendidikan		Jumlah
		SPK/Bidan	D-III Kep	
1	Amarilis	5	10	15
2	Bougenville	10	19	29
3	Mawar	8	3	11
4	Perinatologi	5	3	8
5	Melati	5	9	14
6	Supervisor		3	3
Jumlah Total				80

Sumber: Peneliti, April 2008

C. Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di seluruh ruang rawat inap RSU Bhakti Yudha Baru Depok. Alasan utama menggunakan rumah sakit ini yaitu sejak dilakukan perubahan struktur organisasi belum ada penelitian seperti ini sebelumnya, sehingga penulis berkeinginan hasil penelitian ini menjadi data awal bagi upaya penyempurnaan proses maupun struktur organisasi rumah sakit di waktu mendatang.

D. Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan mulai dari uji coba kuesioner sampai pengumpulan data dari tanggal 17 April sampai dengan 10 Mei 2008. Rancangan waktu penelitian mulai dari penyusunan proposal sampai dengan penyusunan laporan thesis dapat dilihat secara lebih rinci pada lampiran 4 tentang jadwal kegiatan penelitian.

E. Etika Penelitian

Sebelum melakukan pengumpulan data, peneliti menjelaskan kepada responden tentang tujuan, manfaat penelitian, prosedur, hak-hak responden dan kerahasiaan identitasnya. Peneliti juga menegaskan bahwa angket yang diisi oleh responden tidak berpengaruh terhadap penilaian kinerja responden. Semua responden yang memenuhi kriteria inklusi berpartisipasi dalam penelitian ini dengan membubuhkan tanda tangan pada surat persetujuan penelitian. Pengumpulan data dengan cara observasi dimulai dengan memperkenalkan tim *observer* di 5 (lima) ruang rawat inap. Peneliti juga menjelaskan tentang observasi kinerja yang dilakukan terhadap responden berdasarkan uraian tugas masing-masing perawat selama 3 (tiga) minggu tanpa pemberitahuan sebelumnya. Penjelasan tentang observasi itu mengacu pada panduan khusus observasi yang disusun oleh peneliti. Seluruh responden cukup kooperatif dalam kegiatan pengumpulan data ini tanpa ada yang merasa terancam karena prinsip anonimitas dan penjelasan yang diberikan cukup dipahami oleh responden.

F. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpul data atau instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner dan pedoman observasi. Kuesioner tentang struktur organisasi disusun berdasarkan adopsi dari 2 (dua) kuesioner yang disusun dan dikembangkan oleh penulis dengan mengacu pada kuesioner penelitian Rusmiati (2006) dengan judul Thesis “Hubungan Lingkungan Organisasi dan Karakteristik Perawat dengan

Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan Jakarta”, dan penelitian Simamora (2005) dengan judul Thesis “Hubungan Persepsi Perawat Pelaksana terhadap Penerapan Fungsi Pengorganisasian yang Dilakukan oleh Kepala Ruangan dengan Kinerjanya di Ruang Rawat Inap RSUD Koja Jakarta Utara” (Lampiran 1).

Kuesioner tentang kinerja perawat disusun oleh penulis berdasarkan uraian tugas perawat supervisor, perawat PJ shift, dan perawat pelaksana (Lampiran 2). Kuesioner ini disusun dengan maksud untuk melengkapi data yang dikumpulkan melalui observasi. Sedangkan pedoman observasi tentang kinerja perawat disusun dan dikembangkan oleh penulis dengan mengacu pada uraian tugas perawat supervisor, perawat PJ shift, dan perawat pelaksana (Lampiran 3).

Kuesioner terdiri atas 3 (tiga) bagian, yaitu: Kuesioner A merupakan pernyataan untuk mendapatkan informasi tentang karakteristik perawat sebagai individu dalam bentuk isian yang meliputi: umur, pendidikan, dan lama kerja terdiri dari 3 (tiga) pernyataan (no 2-4) (Lampiran 1c).

Kuesioner B terdiri dari 3 (tiga) bagian yaitu kuesioner B-1 berisi daftar pernyataan mengenai struktur organisasi untuk perawat supervisor (lampiran 1d), kuesioner B-2 berisi daftar pernyataan mengenai struktur organisasi untuk perawat PJ shift (lampiran 1e), kuesioner B-3 berisi daftar pernyataan mengenai

struktur organisasi untuk perawat pelaksana (lampiran 1f). Masing –masing kuesioner tersebut terdiri dari 32 pernyataan yang meliputi: pembagian tugas 6 pernyataan no 1 s/d 6; pendelegasian wewenang dan tanggung jawab 5 pernyataan no 7 s/d 11; koordinasi 7 pernyataan no 12 s/d 18; tingkatan hirarki 4 pernyataan no 19 s/d 22; rentang kendali 5 pernyataan no 23 s/d 27; kesatuan komando 5 pernyataan no 28 s/d 32.

Kuesioner C terdiri dari 3 (tiga) bagian yaitu C-1 berisi tentang daftar pernyataan tentang kinerja berdasarkan uraian tugas yang dipersepsikan oleh perawat supervisor yang terdiri dari 14 pernyataan (Lampiran 2a); C-2 berisi tentang daftar pernyataan tentang kinerja berdasarkan uraian tugas yang dipersepsikan oleh perawat PJ shift yang terdiri dari 19 pernyataan (Lampiran 2b); C-3 berisi tentang daftar pernyataan tentang kinerja berdasarkan uraian tugas yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana yang terdiri dari 18 pernyataan (Lampiran 2c). Cara pengukuran kuesioner B dan C (struktur organisasi dan kinerja) dengan menggunakan skala Likert dimana setiap pilihan mempunyai nilai: selalu = 4, sering = 3, kadang-kadang = 2, dan tidak pernah = 1.

Pedoman observasi umum dan khusus tentang kinerja perawat disusun berdasarkan uraian tugas perawat supervisor, perawat PJ shift, dan perawat pelaksana (lampiran 3). Lembar observasi terdiri dari 3 bagian yaitu LO-1 untuk perawat supervisor terdiri dari 18 item yang terbagi menjadi 14 item observasi

dokumen dan 4 item observasi tindakan (lampiran 3a), LO-2 untuk perawat PJ shift terdiri dari 18 item yang terbagi menjadi 5 item observasi dokumen dan 13 item observasi tindakan (lampiran 3b), LO-3 untuk perawat pelaksana terdiri dari 16 item yang terbagi menjadi 10 item observasi dokumen dan 6 item observasi tindakan (lampiran 3c). Cara pengukuran metoda observasi dengan menggunakan metoda *check list* dengan pilihan ya atau tidak, dimana setiap pilihan mempunyai nilai: ya = 1, tidak dilakukan = 0.

Penulis melakukan uji coba kuesioner terlebih dahulu sebelum melakukan pengumpulan data, sekalipun kedua kuesioner tersebut sudah merupakan hasil uji peneliti sebelumnya. Uji coba dilakukan di RS Kepolisian Pusat R.S Sukanto dengan pertimbangan bahwa rumah sakit ini juga baru melakukan restrukturisasi internal organisasi pada bulan Juli 2007. Pengujian instrumen dilakukan untuk mengukur validitas dan reliabilitas instrumen. Penelitian ini bersifat deskripsi korelasi, maka uji coba instrumen ini dilakukan terhadap 30 orang responden (Sugiyono, 1999). Terkecuali, kuesioner untuk perawat supervisor yang memenuhi syarat untuk diuji validitas dan reliabilitasnya hanya 16 (B-1) dan 15 (C-1) dari total 19 orang.

Uji validitas dilakukan dengan cara membandingkan nilai r tabel dengan nilai r hitung. Nilai r tabel dilihat pada tabel r dengan menggunakan $df = n - 2$. Pada tingkat kemaknaan 5% r tabel dilihat pada lampiran, sedangkan nilai r hitung

dapat dilihat pada kolom *corrected item-total correlation*. Bila r hitung $>$ r tabel, maka pernyataan tersebut dinyatakan valid. Uji reliabilitas dilakukan setelah uji validitas. Setelah semua pernyataan dinyatakan valid, dilakukan uji reliabilitas dengan membandingkan nilai r tabel dengan r alpha, jika nilai r alpha $>$ r tabel, maka pernyataan tersebut reliabel. Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 4.3
Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen, April 2008

No	Kuesioner	Pernyataan valid	Rentang nilai	r tabel	Alpha Cronbach	n
1	B-1	2, 6, 8, 22, 24, 26, 27 (dari total = 32)	0,307-0,783	0,497	0,948	16
2	B-2	1, 2, 5, 16, 28 (dari total = 32)	0,000-0,774	0,361	0,922	30
3	B-3	1, 3, 12, 15, 16, 29, 32 (dari total = 32)	0,043-0,717	0,361	0,901	30
4	C-1	1, 3, 5, 7, 8, 11 (dari total = 14)	0,327-0,744	0,514	0,868	15
5	C-2	1, 8, 9, 12, 14, 15, 18, 19 (dari total = 19)	0,000-0,720	0,361	0,820	30
6	C-3	Semua valid (dari total = 18)	0,405-0,800	0,361	0,908	30

Setelah mendapatkan hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen, peneliti melakukan revisi terhadap beberapa pernyataan yang tidak valid dan mengkonsultasikannya dengan pembimbing Tesis. Berdasarkan hasil uji validitas dan reliabilitas terhadap instrumen, seharusnya ada beberapa pernyataan yang harus dibuang tetapi mengingat pernyataan tersebut merupakan substansi yang

cukup penting sehingga peneliti hanya merevisi pernyataan tersebut tanpa menghilangkan makna.

Uji validitas dan reliabilitas terhadap pedoman observasi dilakukan dengan menggunakan uji statistik Kappa. Uji ini digunakan untuk menyamakan persepsi antara peneliti dengan petugas pengumpul data (enam orang). Prinsip ujinya adalah bila hasil uji Kappa signifikan/bermakna maka persepsi antara peneliti dengan numerator sama, sebaliknya bila hasil uji Kappa tidak signifikan/bermakna, maka persepsi antara peneliti dengan numerator terjadi perbedaan. Hasil uji Kappa menunjukkan bahwa *p value* antara peneliti dengan numerator 1 s/d 6 lebih kecil dari 0,05 (alpha), dengan demikian dapat disimpulkan tidak ada perbedaan persepsi antara numerator dengan peneliti.

G. Prosedur Pengumpulan Data

Setelah mendapatkan hasil uji kuesioner dan observasi yang valid dan reliabel, peneliti meminta surat persetujuan penelitian yang dibuat oleh Dekan FIK-UI melalui koordinasi dengan pembimbing dan KPS Pascasarjana yang disampaikan kepada Direktur Utama RSUD Bhakti Yudha Baru Depok, dengan tembusan kepada Direktur Operasional dan Manager Area. Setelah mendapat ijin dari Direktur Utama RSUD Bhakti Yudha Baru Depok, peneliti melakukan koordinasi dengan Manager Area, perawat supervisor, perawat PJ shift dan berbagai pihak yang terkait untuk pelaksanaan penelitian.

Tahap berikutnya adalah peneliti memberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat penelitian, jaminan kerahasiaan atas jawaban yang diberikan dalam kuesioner, dan penelitian tidak berdampak negatif bagi responden (Lampiran 1a). Peneliti memberikan lembaran pernyataan persetujuan sebagai bukti kesediaan sebagai responden dalam penelitian ini dan setelah itu kuesioner diberikan kepada mereka (Lampiran 1b). Responden mengisi data sesuai yang tercantum dalam kuesioner penelitian. Selama responden mengisi kuesioner peneliti mendampingi sehingga bila ada pernyataan yang kurang jelas dapat langsung dijelaskan. Lama pengisian untuk setiap kuesioner adalah 30-50 menit untuk masing-masing kuesioner. Tetapi ada sebagian kuesioner yang terpaksa dititip untuk perawat yang berdinas sore dan malam dan diambil keesokan harinya. Dengan demikian peneliti beberapa kali datang ke rumah sakit agar seluruh kuesioner dapat terkumpul dengan lengkap. Semua data yang dikumpulkan dan kemudian dianalisis oleh peneliti.

Untuk pengumpulan data melalui observasi, peneliti melakukannya setelah mendapat ijin dari Direktur operasional dan manager area RSUD Bhakti Yudha Baru. Peneliti membentuk tim *observer* yang terdiri dari mahasiswa spesialis KMB yang dibantu oleh perawat Supervisor (enam orang) untuk mengamati perilaku perawat berdasarkan uraian tugasnya masing-masing dan dokumen yang dihasilkan. Peneliti menjelaskan kepada responden bahwa pengamatan dilakukan pada waktu yang tidak diberitahukan sebelumnya. Pengamatan dilakukan

selama 3 minggu (18 hari kerja) berturut-turut terhadap responden di 5 (lima) ruangan. Pengamatan dilakukan terhadap tindakan dan dokumen. Pengamatan tindakan yang bersifat harian dilakukan *on the spot* pada saat pengumpulan data dan berikutnya mengikuti jadwal shift perawat yang diamati, dengan frekuensi sebanyak 2 (dua) kali. Pengamatan tindakan yang bersifat mingguan dan bulanan dilakukan pada minggu dan bulan berjalan saat pengumpulan data. Pengamat memberikan *check list* pada setiap perilaku perawat berdasarkan uraian tugasnya. Pengamatan terhadap dokumen dilakukan kapan saja saat pengumpulan data. Pengamat memberikan *check list* pada kolom saat perawat dapat menunjukkan dokumen yang menjadi objek pengamatan.

H. Analisis Data

Analisis data meliputi pengolahan data dan analisis data terhadap kuesioner maupun observasi, seperti berikut:

1. Kuesioner

a. Pengolahan Data

Pengolahan data dibantu dengan menggunakan perangkat komputer dengan tahapan pengolahannya sebagai berikut:

1) *Editing*

Dilakukan untuk melihat kelengkapan pengisian, kejelasan tulisan, relevansi jawaban dengan pertanyaan, dan konsistensi jawaban dari setiap pertanyaan agar dapat diolah dengan baik.

2) *Coding*

Pada tahap ini, data yang berbentuk huruf diubah menjadi data berbentuk angka/bilangan untuk setiap pernyataan dalam instrumen.

3) *Scoring*

Memberi skor atau nilai pada format isian sesuai dengan kategori data dan jumlah item pernyataan dari setiap variabel untuk memudahkan proses analisis.

4) *Entry Data*

Setelah pemberian kode pada setiap format, data dimasukkan ke dalam program komputer untuk dapat dianalisis.

5) *Cleaning*

Data-data yang telah dimasukkan ke program komputer diperiksa kembali kebenarannya.

b. Analisis Data

1) *Univariat*

Setiap jawaban pada variabel independen dan dependen ditampilkan sesuai dengan jenis data. Data kategorik ditampilkan distribusi frekuensi dengan ukuran persentase atau proporsi. Data numerik ditampilkan dalam bentuk rata-rata hitung (mean, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal) (Hastono, 2007). Pada penelitian ini analisis univariat bertujuan untuk melihat gambaran

distribusi frekuensi dari variabel struktur organisasi, variabel karakteristik perawat, dan variabel kinerja seluruh perawat. Semua variabel dikategorikan sehingga skala pengukuran adalah ordinal. Kategori berdasarkan nilai median yaitu nilai 1 = kurang dan nilai 2 = baik. Terkecuali pada kelompok supervisor, karena keterbatasan jumlah responden (tiga orang), peneliti mengolah data dengan melakukan *scoring* pendapat berdasarkan pernyataan pada kuesioner.

2) Bivariat

Uji yang digunakan untuk melihat hubungan antara variabel struktur organisasi, karakteristik perawat dengan kinerja perawat pada kelompok perawat PJ shift dan perawat pelaksana berdasarkan uraian tugasnya disesuaikan dengan jenis data atau skala ukur. Sesuai dengan jenis data yang ada yaitu kategorik-kategorik maka uji statistik yang digunakan adalah uji Kai Kuadrat.

Nilai alpha yang digunakan adalah 0,05 atau dengan tingkat kepercayaan 95%. Untuk kesimpulan dilihat nilai p dari hasil penghitungan kai kuadrat, dikatakan bermakna jika $p < 0,05$.

3) Multivariat

Analisis multivariat bertujuan untuk mengetahui variabel independen yang paling signifikan hubungannya terhadap variabel dependen (kinerja perawat pelaksana berdasarkan uraian tugasnya). Uji statistik yang digunakan yaitu regresi logistik ganda dengan metode *Enter*

yaitu memasukkan semua variabel independen dengan serentak satu langkah tanpa melewati kriteria kemaknaan statistik tertentu (Hastono, 2007). Model regresi logistik ganda yang digunakan adalah model faktor resiko sesuai dengan kerangka konsep yang dibuat.

2. Observasi

a. Pengolahan Data

Data yang dikumpulkan dengan cara observasi adalah data tentang kinerja perawat berdasarkan uraian tugasnya. Data observasi ini digunakan untuk melengkapi data kuesioner tentang kinerja. Data diolah secara manual dan program komputer. Pertama, data yang terkumpul di *edit* untuk melihat kelengkapan pengisian. Kemudian, data yang terkumpul di nilai berdasarkan kriteria penilaian yaitu 1 = jika dilakukan, dan 0 = jika tidak dilakukan. Setelah di *scoring*, data tersebut di *entry* ke dalam program komputer untuk diolah lebih lanjut.

b. Analisis Data

1) Univariat

Data yang sudah dimasukkan ke dalam program komputer diolah secara univariat untuk melihat nilai median sebagai *cut off point*.

Berdasarkan pengelompokan tersebut, dapat terlihat jumlah

prosentase responden yang berkinerja baik atau buruk, dari hasil kuesioner maupun observasi.

Tahap berikutnya adalah melakukan *crosstab* data kinerja yang dikumpulkan dengan cara observasi dan cara kuesioner. Hasil *crosstab* menunjukkan 2 (dua) kategori yaitu kinerja baik jika hasil observasi = baik, hasil kuesioner = baik; dan kinerja kurang jika 1) hasil observasi = baik, hasil kuesioner = kurang, atau jika 2) hasil observasi = kurang, hasil kuesioner = baik, atau jika 3) hasil observasi = kurang, hasil kuesioner = kurang. Data tentang kinerja yang diolah ke analisa bivariat dan multivariat adalah data hasil *crosstab* antara kuesioner dan observasi.

BAB V

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini dipaparkan tentang hasil penelitian yang meliputi gambaran karakteristik responden yang terlibat dalam penelitian ini dan hasil penelitian untuk setiap tujuan penelitian, pertanyaan penelitian dan hipotesis penelitian. Hasil penelitian tersebut akan ditampilkan dengan jelas dalam bentuk data atau tabel.

A. Gambaran Karakteristik Responden

Penelitian ini melibatkan 80 (delapan puluh) orang perawat di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok (*total sampling*). Rincian jumlah responden yang terlibat dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.1
Distribusi responden berdasarkan jumlah perawat Supervisor, PJ shift, dan pelaksana di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok

Ruangan	Perawat yang terlibat		
	Supervisor	PJ Shift	PP
Melati	1	7	7
Bougenville		9	20
Amarilis	1	9	6
Mawar		6	5
Perinatologi	1	5	3
TOTAL	3	36	41
	80 orang		

Gambaran karakteristik sampel berdasarkan umur, tingkat pendidikan, dan lama kerja akan ditampilkan dan dijelaskan pada sub bab hasil penelitian.

B. Hasil Analisis

Sebagaimana dijelaskan sebelumnya bahwa penelitian ini melibatkan seluruh perawat di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok yang meliputi perawat Supervisor, perawat PJ shift, dan perawat pelaksana. Analisis hasil penelitian dilakukan secara univariat terhadap ketiga tingkatan perawat, analisis bivariat terhadap perawat PJ shift dan pelaksana, dan multivariat hanya terhadap perawat PJ shift.

1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui distribusi responden (perawat supervisor, PJ shift dan perawat pelaksana) berdasarkan beberapa variabel bebas yaitu struktur organisasi (pembagian tugas, pelimpahan wewenang dan tanggung jawab, koordinasi, tingkatan hirarki, rentang kendali dan kesatuan komando) dan karakteristik perawat (umur, tingkat pendidikan dan lama kerja) dengan satu variabel terikat yaitu kinerja perawat.

a. Perawat Supervisor

Analisis univariat terhadap perawat supervisor dilakukan secara deskripsi naratif berdasarkan pernyataan dalam kuesioner karena jumlah sampel yang sangat terbatas (tiga orang).

Tabel 5.2
Distribusi statistik Struktur Organisasi, Kinerja, dan Karakteristik Individu
menurut pendapat perawat Supervisor di ruang rawat inap
RSU Bhakti Yudha Baru Depok (n=3)

Variabel	PS 1	PS 2	PS 3	Rata-Rata
Pembagian tugas	100	91,67	87,5	93,06
Pelimpahan wewenang & tanggung jawab	100	100	95	98,33
Koordinasi	96,42	100	82,14	92,85
Tingkatan Hirarki	87,50	93,75	87,5	89,60
Rentang Kendali	100	85	85	90
Kesatuan Komando	100	100	85	95
Kinerja	98,40	99,21	100	99,20
Umur	31	43	31	35
Lama Kerja	11	24	8	14,30
Tingkat Pendidikan	D-III	D-III	D-III	D-III

Ket. PS= Perawat Supervisor

Tabel 5.2 di atas menggambarkan bahwa variabel independen yaitu struktur organisasi meliputi; pembagian tugas, pelimpahan wewenang dan tanggung jawab, koordinasi, tingkatan hirarki, rentang kendali, kesatuan komando; variabel dependen yaitu kinerja; dan variabel confounding meliputi umur, lama kerja, dan tingkat pendidikan.

Hasil penelitian pada kelompok supervisor menunjukkan bahwa dari pernyataan tentang pembagian tugas menunjukkan nilai pendapat baik (93,06%), sisanya 6,94% nilai pendapat yang menyatakan kadang-kadang tidak dapat menyelesaikan tugas-tugas keperawatan yang diberikan dan kurang bisa memberikan beban kerja secara merata kepada perawat di ruangan. Dari pernyataan tentang melakukan pelimpahan wewenang dan tanggung jawab menunjukkan nilai pendapat baik (98,33%), sisanya 1,67%

nilai pendapat yang menyatakan tidak selalu menekankan pengertian akan tugas dan tanggung jawab yang diberikan kepada bawahan. Dari pernyataan tentang melakukan koordinasi menunjukkan nilai pendapat baik (92,85%), sisanya 7,15% nilai pendapat yang menyatakan koordinasi antar unit belum berjalan dengan baik, pertemuan untuk membahas kebutuhan perawat di ruang rawat inap tidak selalu dilaksanakan, tidak selalu bisa menepati jadwal waktu kerjasama yang harus dilakukan serempak.

Dari pernyataan tentang tingkatan hirarki menunjukkan nilai pendapat baik (89,6%), sisanya 10,4% nilai pendapat yang menyatakan bahwa dengan adanya struktur organisasi saat ini tidak selalu bisa cepat memenuhi kebutuhan sarana dan prasarana di ruangan. Dari pernyataan tentang rentang kendali menunjukkan nilai pendapat baik (90%), sisanya 10% nilai pendapat yang menyatakan tidak selalu bisa mengawasi secara langsung perawat yang ada di unit kerja, melakukan supervisi asuhan keperawatan dan dokumentasi asuhan keperawatan secara periodik, manager area kadang-kadang melakukan supervisi terhadap pekerjaan supervisor. Dari pernyataan tentang kesatuan komando menunjukkan nilai pendapat baik (95%), sisanya 5% nilai pendapat yang menyatakan tidak selalu menyelesaikan tugas sesuai standar waktu yang telah ditetapkan, tidak selalu menganjurkan perawat untuk saling membantu dalam melaksanakan tindakan keperawatan, dan tidak selalu mengingatkan untuk melakukan pengecekan terhadap perlengkapan peralatan yang ada di ruangan.

Dari variabel dependen didapatkan hasil penelitian bahwa pernyataan tentang kinerja yang menunjukkan nilai pendapat baik (99,2%) , sisanya 0,8% nilai pendapat yang menyatakan tidak selalu melakukan supervisi kepada bawahan di tiap ruangan, mengecek jadwal kesesuaian visite dokter.

b. Perawat PJ Shift dan Perawat Pelaksana

1) Umur

Rata-rata umur perawat PJ shift adalah 36,17 tahun, median 34,50 tahun dengan standar deviasi 7,05 tahun. Umur termuda perawat PJ shift 27 tahun dan umur tertua 53 tahun. Rata-rata umur perawat pelaksana adalah 33,32 tahun, median 31 tahun dengan standar deviasi 8,11 tahun. Umur termuda perawat pelaksana 23 tahun dan umur tertua 54 tahun. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3
Distribusi Kelompok Perawat Menurut Umur
di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok, Juli 2008

Kelompok Perawat	Mean	Median	SD	Min-Mak	n
Perawat PJ shift	36,17	34,50	7,05	27 – 53	36
Perawat pelaksana	33,32	31,00	8,11	23 – 54	41

Setelah umur dikategorikan dengan batasan nilai median, distribusi perawat PJ Shift yang berumur lebih muda dari 34,5 tahun dengan yang berumur 34,5 tahun atau lebih seimbang, yaitu masing-masing sebanyak 18 orang (50%).

Demikian juga dengan kelompok perawat pelaksana, setelah umur dikategorikan dengan batasan nilai median, distribusi perawat pelaksana yang berumur lebih muda dari 31 tahun dengan yang berumur 31 tahun atau lebih hampir seimbang, yaitu masing-masing sebanyak 20 orang (48,8%) dan 21 orang (51,2%). Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.4.

Tabel 5.4
Distribusi Kelompok Perawat Menurut Kategori Umur
di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok, Juli 2008

Kelompok Perawat	Umur	Jumlah	
		n	%
PJ shift	Lebih muda dari 34,5 tahun	18	50,0
	34,5 tahun atau lebih	18	50,0
	Total	36	100%
Pelaksana	Lebih muda dari 31 tahun	20	48,8
	31 tahun atau lebih	21	51,2
	Total	41	100%

2) Tingkat Pendidikan

Lebih banyak perawat PJ Shift dengan tingkat pendidikan D3 Keperawatan yaitu sebanyak 20 orang (55,6%) dan sisanya SPK yaitu sebanyak 16 orang (44,4%). Sedangkan pada kelompok perawat pelaksana Lebih banyak dengan tingkat pendidikan D3 Keperawatan yaitu sebanyak 24 orang (58,5%) dan sisanya SPK yaitu sebanyak 17 orang (41,5%). Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.5.

Tabel 5.5
Distribusi Kelompok Perawat Menurut Tingkat Pendidikan
di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok, Juli 2008

Kelompok Perawat	Tingkat Pendidikan	Jumlah	
		n	%
PJ shift	SPK	16	44,4
	D-III	20	55,6
	Total	36	100%
Pelaksana	SPK	17	41,5
	D-III	24	58,5
	Total	41	100%

3) Lama Kerja di RSUD Bhakti Yudha Baru

Rata-rata lama kerja perawat PJ Shift adalah 13,53 tahun, median 13 tahun dengan standar deviasi 5,42 tahun. Masa kerja tersingkat perawat PJ Shift 2 tahun dan masa kerja terlama 25 tahun. Rata-rata lama kerja perawat pelaksana adalah 10,02 tahun, median 9 tahun dengan standar deviasi 6,65 tahun. Masa kerja tersingkat perawat pelaksana 1 tahun dan masa kerja terlama 28 tahun. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.6.

Tabel 5.6
Distribusi Perawat Menurut Lama Kerja
di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok, Juli 2008

Kelompok Perawat	Mean	Median	SD	Min – Mak	n
Perawat PJ Shift	13,53	13,00	5,42	2 – 25	36
Perawat pelaksana	10,02	9,00	6,65	1 – 28	41

Setelah lama kerja dikategorikan dengan batasan nilai median, distribusi perawat PJ Shift lebih banyak dengan masa kerja 13 tahun atau lebih yaitu sebanyak 21 orang (58,3%) dan sisanya dengan masa kerja kurang dari 13 tahun yaitu sebanyak 15 orang (41,7%).

Demikian juga pada kelompok perawat pelaksana, setelah lama kerja dikategorikan dengan batasan nilai median, distribusi perawat pelaksana yang memiliki masa kerja kurang dari 9 tahun dengan yang memiliki masa kerja 9 tahun atau lebih hampir seimbang, yaitu masing-masing sebanyak 20 orang (48,8%) dan 21 orang (51,2%). Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.7.

Tabel 5.7
Distribusi Kelompok Perawat Menurut Kategori Lama Kerja di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok, Juli 2008

Kelompok Perawat	Lama Kerja	Jumlah	
		n	%
PJ shift	Kurang dari 13 tahun	15	41,7
	13 tahun atau lebih	21	58,3
	Total	36	100%
Pelaksana	Kurang dari 9 tahun	20	48,8
	9 tahun atau lebih	21	51,2
	Total	41	100%

4) Struktur Organisasi

Struktur organisasi memiliki prinsip yang meliputi 6 komponen, yaitu pembagian tugas, pelimpahan wewenang dan tanggung jawab, koordinasi, tingkatan hirarki, rentang kendali serta kesatuan komando. Secara rinci struktur organisasi tersebut baik pada perawat PJ shift maupun pada perawat pelaksana dapat dilihat pada tabel 5.8.

Tabel 5.8
Distribusi Kelompok Perawat Menurut Struktur Organisasi
di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok, Juli 2008

Struktur Organisasi	Kelompok responden	Mean	Median	SD	Min – Mak
Pembagian Tugas	Perawat PJ shift	21,78	22,00	1,85	16 – 24
	Perawat pelaksana	21,68	22,00	2,30	16 – 24
Pelimpahan Wewenang dan Tanggung Jawab	Perawat PJ shift	17,44	19,00	3,24	8 – 20
	Perawat pelaksana	17,61	18,00	2,37	12 – 20
Koordinasi	Perawat PJ shift	21,94	22,00	3,87	15 – 28
	Perawat pelaksana	22,54	23,00	3,96	14 – 28
Tingkatan Hirarki	Perawat PJ shift	11,83	12,00	2,77	5 – 16
	Perawat pelaksana	12,34	12,00	2,66	7 – 16
Rentang Kendali	Perawat PJ shift	14,19	14,00	3,60	7 – 20
	Perawat pelaksana	15,76	16,00	3,18	9 – 20
Kesatuan Komando	Perawat PJ shift	18,69	19,50	1,65	15 – 20
	Perawat pelaksana	18,24	19,00	1,96	13 – 20

a) Pembagian Tugas

Setelah pembagian tugas dikategorikan dengan batasan nilai median, distribusi perawat PJ shift lebih banyak yang termasuk dalam kategori baik yaitu sebanyak 21 orang (58,3%) dan sisanya dengan kategori kurang yaitu sebanyak 15 orang (41,7%).

Demikian juga pada kelompok perawat pelaksana, setelah pembagian tugas dikategorikan dengan batasan nilai median, distribusi perawat pelaksana juga lebih banyak yang termasuk dalam kategori baik yaitu sebanyak 24 orang (58,5%) dan sisanya dengan kategori kurang yaitu sebanyak 17 orang (41,5%). Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.9.

Tabel 5.9
Distribusi Kelompok Perawat Menurut Kategori Pembagian Tugas di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok, Juli 2008

Kelompok Perawat	Pembagian Tugas	Jumlah	
		n	%
PJ shift	Kurang (< 22)	15	41,7
	Baik (≥ 22)	21	58,3
	Total	36	100%
Pelaksana	Kurang (< 22)	17	41,5
	Baik (≥ 22)	24	58,5
	Total	41	100%

b) Pelimpahan Wewenang dan Tanggung Jawab

Setelah pelimpahan wewenang dan tanggung jawab dikategorikan dengan batasan nilai median, distribusi perawat PJ shift lebih banyak yang termasuk dalam kategori baik yaitu sebanyak 20 orang (55,6%) dan sisanya dengan kategori kurang yaitu sebanyak 16 orang (44,4%).

Demikian juga pada kelompok perawat pelaksana, setelah pelimpahan wewenang dan tanggung jawab dikategorikan dengan batasan nilai median, distribusi perawat pelaksana juga lebih banyak yang termasuk dalam kategori baik yaitu sebanyak 24 orang (58,5%) dan sisanya

dengan kategori kurang yaitu sebanyak 17 orang (41,5%). Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.10.

Tabel 5.10
Distribusi Kelompok Perawat Menurut Kategori
Pelimpahan Wewenang dan Tanggung Jawab
di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok, Juli 2008

Kelompok Perawat	Pelimpahan Wewenang dan Tanggung Jawab	Jumlah	
		n	%
PJ shift	Kurang (< 19)	16	44,4
	Baik (\geq 19)	20	55,6
	Total	36	100%
Pelaksana	Kurang (< 18)	17	41,5
	Baik (\geq 18)	24	58,5
	Total	41	100%

c) Koordinasi

Setelah koordinasi dikategorikan dengan batasan nilai median, distribusi perawat PJ shift lebih banyak yang termasuk dalam kategori baik yaitu sebanyak 19 orang (52,8%) dan sisanya dengan kategori kurang yaitu sebanyak 17 orang (47,2%).

Tabel 5.11
Distribusi Kelompok Perawat Menurut Kategori Koordinasi
di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok, Juli 2008

Kelompok Perawat	Koordinasi	Jumlah	
		n	%
PJ shift	Kurang (< 22)	19	52,8
	Baik (\geq 22)	17	47,2
	Total	36	100%
Pelaksana	Kurang (< 23)	18	43,9
	Baik (\geq 23)	23	56,1
	Total	41	100%

Demikian juga pada kelompok perawat pelaksana, setelah koordinasi dikategorikan dengan batasan nilai median, distribusi perawat pelaksana juga lebih banyak yang termasuk dalam kategori baik yaitu sebanyak 23 orang (56,1%) dan sisanya dengan kategori kurang yaitu sebanyak 18 orang (43,9%). Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.11.

d) Tingkatan Hirarki

Setelah tingkatan hirarki dikategorikan dengan batasan nilai median, distribusi perawat PJ shift lebih banyak yang termasuk dalam kategori baik yaitu sebanyak 20 orang (55,6%) dan sisanya dengan kategori kurang yaitu sebanyak 16 orang (44,4%).

Tabel 5.12

Distribusi Kelompok Perawat Menurut Kategori Tingkatan Hirarki di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok, Juli 2008

Kelompok Perawat	Tingkatan Hirarki	Jumlah	
		n	%
PJ shift	Kurang (< 12)	16	44,4
	Baik (≥ 12)	20	55,6
	Total	36	100%
Pelaksana	Kurang (< 12)	14	34,1
	Baik (≥ 12)	27	65,9
	Total	41	100%

Demikian juga pada kelompok perawat pelaksana, setelah tingkatan hirarki dikategorikan dengan batasan nilai median, distribusi perawat pelaksana mayoritas termasuk dalam kategori baik yaitu sebanyak 27

orang (65,9%) dan sisanya dengan kategori kurang yaitu sebanyak 14 orang (34,1%). Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.12.

e) Rentang Kendali

Setelah rentang kendali dikategorikan dengan batasan nilai median, distribusi perawat PJ shift lebih banyak yang termasuk dalam kategori baik yaitu sebanyak 21 orang (58,3%) dan sisanya dengan kategori kurang yaitu sebanyak 15 orang (41,7%).

Tabel 5.13
Distribusi Kelompok Perawat Menurut Kategori Rentang Kendali di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok, Juli 2008

Kelompok Perawat	Rentang Kendali	Jumlah	
		n	%
PJ shift	Kurang (< 14)	15	41,7
	Baik (≥ 14)	21	58,3
	Total	36	100%
Pelaksana	Kurang (< 16)	16	39,0
	Baik (≥ 16)	25	61,0
	Total	41	100%

Demikian juga pada kelompok perawat pelaksana, setelah rentang kendali dikategorikan dengan batasan nilai median, distribusi perawat pelaksana mayoritas termasuk dalam kategori baik yaitu sebanyak 25 orang (61%) dan sisanya dengan kategori kurang yaitu sebanyak 16 orang (39%). Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.13.

f) Kesatuan Komando

Setelah kesatuan komando dikategorikan dengan batasan nilai median, distribusi perawat PJ shift yang termasuk dalam kategori baik dan kategori kurang adalah sama yaitu masing-masing sebanyak 18 orang (50%).

Tabel 5.14
Distribusi Kelompok Perawat Menurut Kategori Kesatuan Komando di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok, Juli 2008

Kelompok Perawat	Kesatuan Komando	Jumlah	
		n.	%
PJ shift	Kurang ($< 19,5$)	18	50,0
	Baik ($\geq 19,5$)	18	50,0
	Total	36	100%
Pelaksana	Kurang (< 19)	18	43,9
	Baik (≥ 19)	23	56,1
	Total	41	100%

Demikian juga pada kelompok perawat pelaksana, setelah kesatuan komando dikategorikan dengan batasan nilai median, distribusi perawat pelaksana lebih banyak yang termasuk dalam kategori baik yaitu sebanyak 23 orang (56,1%) dan sisanya dengan kategori kurang yaitu sebanyak 18 orang (43,9%). Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.14.

5) Kinerja Perawat

Data tentang kinerja diperoleh dari hasil observasi dan penyebaran kuesioner. Pernyataan-pernyataan dalam kuesioner dan item-item yang di observasi mengacu pada uraian tugas perawat (lampiran 3a-3c). Data yang diolah berdasarkan hasil observasi digabungkan dengan data hasil kuesioner dengan melakukan *crosstab* antara keduanya, dengan terlebih dahulu dikelompokkan berdasarkan nilai median. Hasil *crosstab* menunjukkan distribusi perawat PJ shift lebih banyak yang termasuk dalam kategori kurang yaitu sebanyak 22 orang (61,1%) dan sisanya termasuk dalam kategori baik yaitu sebanyak 14 orang (38,9%).

Tabel 5.15
Distribusi Kelompok Perawat Menurut Kategori Kinerja Perawat di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok, Juli 2008

Kelompok Perawat	Kinerja	Jumlah	
		n	%
PJ shift	Kurang	22	61,1
	Baik	14	38,9
	Total	36	100%
Pelaksana	Kurang	23	56,1
	Baik	18	43,9
	Total	41	100%

Demikian juga pada kelompok perawat pelaksana, setelah melakukan *crosstab* dari hasil observasi dan hasil kuesioner didapatkan hasil distribusi perawat pelaksana juga lebih banyak yang termasuk dalam kategori kurang yaitu sebanyak 23 orang (56,1%) dan sisanya termasuk

dalam kategori baik yaitu sebanyak 18 orang (43,9%). Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.15.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan satu variabel bebas dengan satu variabel terikat, yang dilakukan dengan uji kai kuadrat. Berikut ini adalah hasil dari analisis bivariat:

a. Hubungan Umur dengan Kinerja

Hasil analisis hubungan antara umur dengan kinerja pada perawat PJ shift menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan proporsi antara perawat PJ shift yang berumur kurang dari 34,5 tahun dengan yang berumur 34,5 tahun atau lebih terhadap kinerja, dimana masing-masing terdapat 7 dari 18 orang (38,9%) perawat PJ shift yang berumur kurang dari 34,5 tahun dan yang berumur 34,5 tahun atau lebih, yang memiliki kinerja yang baik, sehingga perbedaan yang ditunjukkan tidak bermakna (nilai $p > 0,000$).

Pada kelompok perawat pelaksana, berdasarkan hasil analisis hubungan antara umur dengan kinerja diperoleh bahwa terdapat perbedaan proporsi antara perawat pelaksana yang berumur kurang dari 31 tahun dengan yang berumur 31 tahun atau lebih terhadap kinerja, dimana terdapat 6 dari 20 orang (30%) perawat pelaksana yang berumur kurang dari 31 tahun yang memiliki kinerja yang baik, sedangkan sebanyak 12 dari 21 orang (57,1%) perawat pelaksana yang berumur 31 tahun atau lebih yang memiliki kinerja

yang baik. Namun demikian perbedaan yang ditunjukkan tidak bermakna (nilai p 0,151). Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.16.

Tabel 5.16
Distribusi Kelompok Perawat Menurut Umur dan Kinerja
di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok, Juli 2008

Kelompok Perawat	Umur	Kinerja				Jumlah		OR 95% CI	Nilai p		
		Kurang		Baik		N	%				
		n	%	n	%						
PJ Shift	Kurang dari 34,5 tahun	11	61,1	7	38,9	18	100	1,000 0,262 – 3,820	1,000		
	34,5 tahun atau lebih	11	61,1	7	38,9						
	Jumlah	22	122,2	14	77,8					36	200
Pelaksana	Kurang dari 31 tahun	14	70,0	6	30,0	20	100	3,111 0,857 – 11,291	0,151		
	31 tahun atau lebih	9	42,9	12	57,1					21	100
	Jumlah	23	112,9	18	87,1					41	200

b. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kinerja

Hasil analisis hubungan antara tingkat pendidikan dengan kinerja pada perawat PJ shift menunjukkan bahwa terdapat perbedaan proporsi antara perawat PJ shift yang memiliki latar belakang pendidikan D3 Keperawatan dengan yang SPK terhadap kinerja, dimana terdapat 7 dari 20 orang (35%) perawat PJ shift dengan latar belakang pendidikan D3 Keperawatan yang memiliki kinerja yang baik, sedangkan sebanyak 7 dari 16 orang (43,7%) perawat PJ shift dengan latar belakang pendidikan SPK yang memiliki

kinerja yang baik. Namun demikian perbedaan yang ditunjukkan tidak bermakna (nilai p 0,848).

Demikian juga pada kelompok perawat pelaksana, berdasarkan hasil analisis hubungan antara tingkat pendidikan dengan kinerja diperoleh bahwa terdapat perbedaan proporsi antara perawat pelaksana yang memiliki latar belakang pendidikan D3 Keperawatan dengan yang SPK terhadap kinerja, dimana terdapat 9 dari 24 orang (37,5%) perawat pelaksana dengan latar belakang pendidikan D3 Keperawatan yang memiliki kinerja yang baik, sedangkan sebanyak 9 dari 17 orang (52,9%) perawat pelaksana dengan latar belakang pendidikan SPK yang memiliki kinerja yang baik. Namun demikian perbedaan yang ditunjukkan tidak bermakna (nilai p 0,508). Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.17.

Tabel 5.17
Distribusi Kelompok Perawat Menurut Tingkat Pendidikan dan Kinerja di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok, Juli 2008

Kelompok Perawat	Tingkat Pendidikan	Kinerja				Jumlah		OR 95% CI	Nilai p
		Kurang		Baik		N	%		
		n	%	n	%				
PJ Shift	SPK	9	56,3	7	43,7	16	100	0,692 0,180 – 2,668	0,848
	D3 Keperawatan	13	65,0	7	35,0	20	100		
	Jumlah	22	121,3	14	78,7	36	200		
Pelaksana	SPK	8	47,1	9	52,9	17	100	0,533 0,151– 1,882	0,508
	D3 Keperawatan	15	62,5	9	37,5	24	100		
	Jumlah	23	109,6	18	90,4	41	200		

c. Hubungan Lama Kerja dengan Kinerja

Hasil analisis hubungan antara lama kerja dengan dengan kinerja pada perawat PJ shift menunjukkan bahwa terdapat perbedaan proporsi antara perawat PJ shift yang memiliki lama kerja 13 tahun atau lebih dengan yang memiliki lama kerja kurang dari 13 tahun terhadap kinerja, dimana terdapat 6 dari 15 orang (40%) perawat PJ shift yang memiliki lama kerja kurang dari 13 tahun yang memiliki kinerja baik, sedangkan sebanyak 8 dari 21 orang (38,1%) perawat PJ shift yang memiliki lama kerja 13 tahun atau lebih yang memiliki kinerja baik,. Namun demikian perbedaan yang ditunjukkan tidak bermakna (nilai p 1,000).

Tabel 5.18
Distribusi Kelompok Perawat Menurut Lama Kerja dan Kinerja
di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok, Juli 2008

Kelompok Perawat	Lama Kerja	Kinerja				Jumlah		OR 95% CI	Nilai p
		Kurang		Baik		N	%		
		n	%	n	%				
PJ Shift	Kurang dari 13 tahun	9	60,0	6	40,0	15	100	0,923 0,238 – 3,587	1,000
	13 tahun atau lebih	13	61,9	8	38,1	21	100		
	Jumlah	22	121,9	14	78,1	36	200		
Pelaksana	Kurang dari 9 tahun	14	70,0	6	30,0	20	100	3,111 0,857 – 11,291	0,151
	9 tahun atau lebih	9	42,9	12	57,1	21	100		
	Jumlah	23	112,9	18	87,1	41	200		

Demikian juga pada kelompok perawat pelaksana, berdasarkan hasil analisis hubungan antara lama kerja dengan dengan kinerja diperoleh bahwa terdapat perbedaan proporsi antara perawat pelaksana yang memiliki lama kerja kurang dari 9 tahun dengan yang memiliki lama kerja 9 tahun atau lebih terhadap kinerja, dimana terdapat 6 dari 20 orang (30%) perawat pelaksana yang memiliki lama kerja kurang dari 9 tahun yang memiliki kinerja baik, sedangkan sebanyak 12 dari 21 orang (57,1%) perawat pelaksana yang memiliki lama kerja 9 tahun atau lebih yang memiliki kinerja baik. Namun demikian perbedaan yang ditunjukkan tidak bermakna (nilai p 0,151). Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.18.

d. Hubungan Pembagian Tugas dengan Kinerja

Hasil analisis hubungan antara pembagian tugas dengan kinerja pada perawat PJ shift menunjukkan bahwa terdapat perbedaan proporsi antara perawat PJ shift yang termasuk kategori pembagian tugas kurang dengan yang baik terhadap kinerja, dimana terdapat 3 dari 15 orang (20%) perawat PJ shift dengan kategori pembagian tugas kurang yang memiliki kinerja yang baik, sedangkan sebanyak 11 dari 21 orang (52,4%) perawat PJ shift dengan kategori pembagian tugas baik yang memiliki kinerja yang baik. Namun demikian perbedaan yang ditunjukkan tidak bermakna (nilai p 0,106).

Demikian juga pada kelompok perawat pelaksana, berdasarkan hasil analisis hubungan antara pembagian tugas dengan kinerja diperoleh bahwa terdapat

perbedaan proporsi antara perawat pelaksana yang termasuk kategori pembagian tugas baik dengan yang kurang terhadap kinerja, dimana terdapat 7 dari 17 orang (41,2%) perawat pelaksana dengan kategori pembagian tugas kurang yang memiliki kinerja yang baik, sedangkan sebanyak 11 dari 24 orang (45,8%) perawat pelaksana dengan kategori pembagian tugas baik yang memiliki kinerja yang baik. Namun demikian perbedaan yang ditunjukkan tidak bermakna (nilai p 1,000). Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.19.

Tabel 5.19

Distribusi Kelompok Perawat Menurut Pembagian Tugas dan Kinerja di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok, Juli 2008

Kelompok Perawat	Pembagian Tugas	Kinerja				Jumlah		OR 95% CI	Nilai p
		Kurang		Baik		N	%		
		n	%	N	%				
PJ Shift	Kurang	12	80,0	3	20,0	15	100	4,400 0,955 – 20,274	0,106
	Baik	10	47,6	11	52,4	21	100		
	Jumlah	22	127,6	14	72,4	36	200		
Pelaksana	Kurang	10	58,8	7	41,2	17	100	1,209 0,344 – 4,245	1,000
	Baik	13	54,2	11	45,8	24	100		
	Jumlah	23	113,0	18	87,0	41	200		

e. Hubungan Pelimpahan Wewenang dan Tanggung Jawab dengan Kinerja

Hasil analisis hubungan antara pelimpahan wewenang dan tanggung jawab dengan kinerja pada perawat PJ shift diperoleh bahwa terdapat perbedaan

proporsi antara perawat PJ shift yang termasuk kategori pelimpahan wewenang dan tanggung jawab kurang dengan yang baik terhadap kinerja, dimana terdapat 6 dari 16 orang (37,5%) perawat PJ shift dengan kategori pelimpahan wewenang dan tanggung jawab kurang yang memiliki kinerja yang baik, sedangkan sebanyak 8 dari 20 orang (40%) perawat PJ shift dengan kategori pelimpahan wewenang dan tanggung jawab baik yang memiliki kinerja yang baik. Namun demikian perbedaan yang ditunjukkan tidak bermakna (nilai p 1,000).

Tabel 5.20
Distribusi Kelompok Perawat Menurut Pelimpahan Wewenang dan
Tanggung Jawab dan Kinerja
di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok, Juli 2008

Kelompok Perawat	Pelimpahan Wewenang dan Tanggung Jawab	Kinerja				Jumlah		OR 95% CI	Nilai p
		Kurang		Baik		N	%		
		n	%	n	%				
PJ Shift	Kurang	10	62,5	6	37,5	16	100	1,111 0,288 – 4,290	1,000
	Baik	12	60,0	8	40,0	20	100		
	Jumlah	22	122,5	14	77,5	36	200		
Pelaksana	Kurang	12	70,6	5	29,4	17	100	2,836 0,760 – 10,580	0,210
	Baik	11	45,8	13	54,2	24	100		
	Jumlah	23	116,4	18	83,6	41	200		

Demikian juga pada kelompok perawat pelaksana, berdasarkan hasil analisis hubungan antara pelimpahan wewenang dan tanggung jawab dengan kinerja diperoleh bahwa terdapat perbedaan proporsi antara perawat pelaksana yang termasuk kategori pelimpahan wewenang dan tanggung jawab kurang dengan

yang baik terhadap kinerja, dimana terdapat 5 dari 17 orang (29,4%) perawat pelaksana dengan kategori pelimpahan wewenang dan tanggung jawab kurang yang memiliki kinerja yang baik, sedangkan sebanyak 13 dari 24 orang (54,2%) perawat pelaksana dengan kategori pelimpahan wewenang dan tanggung jawab baik yang memiliki kinerja yang baik. Namun demikian perbedaan yang ditunjukkan tidak bermakna (nilai p 0,210). Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.20.

f. Hubungan Koordinasi dengan Kinerja

Hasil analisis hubungan antara koordinasi dengan kinerja pada perawat PJ shift menunjukkan bahwa terdapat perbedaan proporsi antara perawat PJ shift yang termasuk kategori koordinasi kurang dengan yang baik terhadap kinerja, dimana terdapat 3 dari 17 orang (17,6%) perawat PJ shift dengan kategori koordinasi kurang yang memiliki kinerja yang baik, sedangkan sebanyak 11 dari 19 orang (57,9%) perawat PJ shift dengan kategori koordinasi baik yang memiliki kinerja yang baik. Perbedaan tersebut ditunjukkan oleh nilai p 0,033. Nilai OR 6,417 memiliki arti perawat PJ shift dengan kategori koordinasi baik akan memiliki peluang untuk kinerja yang baik sebesar 6,417 kali dibandingkan dengan kategori koordinasi kurang.

Pada kelompok perawat pelaksana, berdasarkan hasil analisis hubungan antara koordinasi dengan kinerja diperoleh bahwa terdapat perbedaan proporsi antara perawat pelaksana yang termasuk kategori koordinasi kurang dengan yang baik terhadap kinerja, dimana terdapat 7 dari 18 orang (38,9%)

perawat pelaksana dengan kategori koordinasi kurang yang memiliki kinerja yang baik, sedangkan sebanyak 11 dari 23 orang (47,8%) perawat pelaksana dengan kategori koordinasi baik yang memiliki kinerja yang baik. Namun demikian perbedaan yang ditunjukkan tidak bermakna (nilai p 0,799). Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.21.

Tabel 5.21
Distribusi Kelompok Perawat Menurut Koordinasi dan Kinerja
di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok, Juli 2008

Kelompok Perawat	Koordinasi	Kinerja				Jumlah		OR 95% CI	Nilai p
		Kurang		Baik		N	%		
		n	%	n	%				
PJ Shift	Kurang	14	82,4	3	17,6	17	100	6,417 (1,370 – 30,054)	0,033
	Baik	8	42,1	11	57,9	19	100		
	Jumlah	22	124,5	14	75,5	36	200		
Pelaksana	Kurang	11	61,1	7	38,9	18	100	1,440 0,412 – 5,038	0,799
	Baik	12	52,2	11	47,8	23	100		
	Jumlah	23	113,3	18	86,7	41	200		

g. Hubungan Tingkatan Hirarki dengan Kinerja

Hasil analisis hubungan antara tingkatan hirarki dengan kinerja pada perawat PJ shift menunjukkan bahwa terdapat perbedaan proporsi antara perawat PJ shift yang termasuk kategori tingkatan hirarki kurang dengan yang baik terhadap kinerja, dimana terdapat 5 dari 16 orang (31,2%) perawat PJ shift dengan kategori tingkatan hirarki kurang yang memiliki kinerja yang baik, sedangkan sebanyak 9 dari 20 orang (45%) perawat PJ shift dengan kategori

tingkatan hirarki baik yang memiliki kinerja yang baik. Namun demikian perbedaan yang ditunjukkan tidak bermakna (nilai p 0,619).

Tabel 5.22
Distribusi Kelompok Perawat Menurut Tingkatan Hirarki dan Kinerja
di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok, Juli 2008

Kelompok Perawat	Tingkatan Hirarki	Kinerja				Jumlah		OR 95% CI	Nilai p		
		Kurang		Baik		N	%				
		N	%	n	%						
PJ Shift	Kurang	11	68,8	5	31,2	16	100	1,800 0,455 – 7,127	0,619		
	Baik	11	55,0	9	45,0					20	100
	Jumlah	22	123,8	14	76,2					36	200
Pelaksana	Kurang	8	57,1	6	42,9	14	100	1,067 0,290 – 3,924	1,000		
	Baik	15	55,6	12	44,4					27	100
	Jumlah	23	112,7	18	87,3					41	200

Demikian juga pada kelompok perawat pelaksana, berdasarkan hasil analisis hubungan antara tingkatan hirarki dengan kinerja diperoleh bahwa terdapat perbedaan proporsi antara perawat pelaksana yang termasuk kategori tingkatan hirarki kurang dengan yang baik terhadap kinerja, dimana terdapat 6 dari 14 orang (42,9%) perawat pelaksana dengan kategori tingkatan hirarki kurang yang memiliki kinerja yang baik, sedangkan sebanyak 12 dari 27 orang (44,4%) perawat pelaksana dengan kategori tingkatan hirarki baik yang memiliki kinerja yang baik. Namun demikian perbedaan yang ditunjukkan tidak bermakna (nilai p 1,000). Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.22.

h. Hubungan Rentang Kendali dengan Kinerja

Hasil analisis hubungan antara rentang kendali dengan kinerja pada perawat PJ shift menunjukkan bahwa terdapat perbedaan proporsi antara perawat PJ shift yang termasuk kategori rentang kendali kurang dengan yang baik terhadap kinerja, dimana terdapat 4 dari 15 orang (26,7%) perawat PJ shift dengan kategori rentang kendali kurang yang memiliki kinerja yang baik, sedangkan sebanyak 10 dari 21 orang (47,6%) perawat PJ shift dengan kategori rentang kendali baik yang memiliki kinerja yang baik. Namun demikian perbedaan yang ditunjukkan tidak bermakna (nilai p 0,355).

Tabel 5.23
Distribusi Kelompok Perawat Menurut Rentang Kendali dan Kinerja di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok, Juli 2008

Kelompok Perawat	Rentang Kendali	Kinerja				Jumlah		OR 95% CI	Nilai p
		Kurang		Baik		N	%		
		n	%	N	%				
PJ Shift	Kurang	11	73,3	4	26,7	15	100	2,500 0,599 – 10,440	0,355
	Baik	11	52,4	10	47,6	21	100		
	Jumlah	22	125,7	14	74,3	36	200		
Pelaksana	Kurang	10	62,5	6	37,5	16	100	1,538 0,427 – 5,537	0,735
	Baik	13	52,0	12	48,0	25	100		
	Jumlah	23	114,5	18	85,5	41	200		

Demikian juga pada kelompok perawat pelaksana, berdasarkan hasil analisis hubungan antara rentang kendali dengan kinerja diperoleh bahwa terdapat perbedaan proporsi antara perawat pelaksana yang termasuk kategori rentang

kendali kurang dengan yang baik terhadap kinerja, dimana terdapat 6 dari 16 orang (37,5%) perawat pelaksana dengan kategori rentang kendali kurang yang memiliki kinerja yang baik, sedangkan sebanyak 12 dari 25 orang (48%) perawat pelaksana dengan kategori rentang kendali baik yang memiliki kinerja yang baik. Namun demikian perbedaan yang ditunjukkan tidak bermakna (nilai $p=0,735$). Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.23.

i. Hubungan Kesatuan Komando dengan Kinerja

Hasil analisis hubungan antara kesatuan komando dengan kinerja pada perawat PJ shift menunjukkan bahwa terdapat perbedaan proporsi antara perawat PJ shift yang termasuk kategori kesatuan komando kurang dengan yang baik terhadap kinerja, dimana terdapat 3 dari 18 orang (16,7%) perawat PJ shift dengan kategori kesatuan komando kurang yang memiliki kinerja yang baik, sedangkan sebanyak 11 dari 18 orang (61,1%) perawat PJ shift dengan kategori kesatuan komando baik yang memiliki kinerja yang baik. Perbedaan tersebut ditunjukkan oleh nilai $p=0,017$. Nilai OR 7,857 memiliki arti perawat PJ shift dengan kategori kesatuan komando baik akan memiliki risiko untuk kinerja yang baik sebesar 7,857 kali dibandingkan dengan kategori kesatuan komando kurang.

Tabel 5.24
Distribusi Kelompok Perawat Menurut Kesatuan Komando dan Kinerja
di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok, Juli 2008

Kelompok Perawat	Kesatuan Komando	Kinerja				Jumlah		OR 95% CI	Nilai p
		Kurang		Baik		N	%		
		n	%	N	%				
PJ Shift	Kurang	15	83,3	3	16,7	18	100	7,857 (1,651 – 37,403)	0,017
	Baik	7	38,9	11	61,1	18	100		
	Jumlah	22	122,2	14	77,8	36	200		
Pelaksana	Kurang	13	72,2	5	27,8	18	100	3,380 0,903 – 12,658	0,128
	Baik	10	43,5	13	56,5	23	100		
	Jumlah	23	115,7	18	84,3	41	200		

Pada kelompok perawat pelaksana, berdasarkan hasil analisis hubungan antara kesatuan komando dengan kinerja diperoleh bahwa terdapat perbedaan proporsi antara perawat pelaksana yang termasuk kategori kesatuan komando kurang dengan yang baik terhadap kinerja, dimana terdapat 5 dari 18 orang (27,8%) perawat pelaksana dengan kategori kesatuan komando kurang yang memiliki kinerja yang baik, sedangkan sebanyak 13 dari 23 orang (56,5%) perawat pelaksana dengan kategori kesatuan komando baik yang memiliki kinerja yang baik. Namun demikian perbedaan yang ditunjukkan tidak bermakna (nilai p 0,128). Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.24.

3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan beberapa variabel bebas dengan satu variabel terikat, yang dilakukan dengan uji regresi logistik ganda. Beberapa variabel bebas yang akan diikutsertakan dalam kandidat model analisis regresi logistik ganda terlebih dahulu dilakukan uji regresi logistik sederhana untuk setiap satu variabel bebas dengan variabel terikat. Variabel bebas yang akan diikutsertakan dalam kandidat model analisis regresi logistik ganda jika memiliki nilai $p < 0,25$. Hasil uji regresi logistik sederhana untuk kandidat model pada kelompok perawat PJ shift dapat dilihat pada tabel 5.25.

Tabel 5.25
 Nilai p dari Uji Regresi Logistik Sederhana untuk Kandidat Model pada
 Kelompok Perawat PJ Shift di ruang rawat inap
 RSUD Bhakti Yudha Baru Depok, Juli 2008

Variabel yang dilakukan uji regresi logistik sederhana	Nilai p
Umur dengan kinerja	1,000
Pendidikan dengan kinerja	0,593
Lama kerja dengan kinerja	0,908
Pembagian tugas dengan kinerja	0,057 *
Pelimpahan wewenang dan tanggung jawab dengan kinerja	0,878
Koordinasi dengan kinerja	0,018 *
Tingkatan hirarki dengan kinerja	0,402
Rentang kendali dengan kinerja	0,209 *
Kesatuan komando dengan kinerja	0,010 *

* variabel yang diikutsertakan dalam kandidat model analisis regresi logistik ganda (nilai $p < 0,25$)

Tabel 5.25 menunjukkan bahwa variabel bebas yang akan diikutsertakan dalam analisis regresi logistik ganda pada kelompok perawat PJ shift adalah pembagian tugas, koordinasi, rentang kendali dan kesatuan komando, dimana hasil analisisnya dapat dilihat pada tabel 5.26.

Tabel 5.26
Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda pada Kelompok Perawat PJ Shift
di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok, Juli 2008

Model	Variabel Bebas dan Konstanta	B	P Wald	OR
1	Pembagian Tugas	0,571	0,620	1,770
	Koordinasi	1,872	0,078	6,500
	Rentang Kendali	-1,011	0,402	0,364
	Kesatuan Komando	1,621	0,119	5,057
2	Koordinasi	1,820	0,083	6,172
	Rentang Kendali	-0,794	0,473	0,452
	Kesatuan Komando	1,889	0,037	6,615
3	Koordinasi	1,414	0,096	4,112
	Kesatuan Komando	1,689	0,044	5,412
(akhir)	Konstanta	-5,334	0,004	

Tabel 5.26 menunjukkan bahwa variabel bebas yang akan diikutsertakan dalam model akhir analisis regresi logistik adalah kesatuan komando dan koordinasi, dimana kesatuan komando lebih dominan dibandingkan dengan koordinasi.

Tabel tersebut memperlihatkan bahwa perawat PJ shift dengan kategori kesatuan komando kurang akan memiliki risiko untuk kinerja yang kurang sebesar 5,412 kali dibandingkan dengan kategori kesatuan komando baik setelah dikontrol oleh koordinasi.

Hasil uji regresi logistik sederhana untuk kandidat model pada kelompok perawat pelaksana masing-masing dapat dilihat pada tabel 5.27.

Tabel 5.27
 Nilai p dari Uji Regresi Logistik Sederhana untuk Kandidat Model pada
 Kelompok Perawat Pelaksana di ruang rawat inap
 RSUD Bhakti Yudha Baru Depok, Juli 2008

Variabel yang dilakukan uji regresi logistik sederhana	Nilai p
Umur dengan kinerja	0,078 *
Pendidikan dengan kinerja	0,326
Lama kerja dengan kinerja	0,078 *
Pembagian tugas dengan kinerja	0,767
Pelimpahan wewenang dan tanggung jawab dengan kinerja	0,112 *
Koordinasi dengan kinerja	0,567
Tingkatan hirarki dengan kinerja	0,923
Rentang kendali dengan kinerja	0,507
Kesatuan komando dengan kinerja	0,063 *

* variabel yang diikutsertakan dalam kandidat model analisis regresi logistik ganda (nilai $p < 0,25$)

Tabel 5.27 menunjukkan bahwa variabel bebas yang akan diikutsertakan dalam analisis regresi logistik ganda pada kelompok perawat pelaksana adalah umur, lama kerja, pelimpahan wewenang dan tanggung jawab, serta kesatuan komando, dimana hasil analisisnya dapat dilihat pada tabel 5.28.

Tabel 5.28
 Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda pada Kelompok Perawat Pelaksana
 di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok, Juli 2008

Model	Variabel Bebas dan Konstanta	B	P Wald	OR
1	Umur	65,220	0,999	2E+028
	Lama Kerja	- 60,210	0,999	0,000
	Pelimpahan Wewenang dan Tanggung Jawab	3,070	0,308	21,545
	Kesatuan Komando	2,512	0,375	12,335
	Wewenang*umur	- 43,261	0,999	0,000
	Wewenang*lama kerja	41,860	0,999	2E+018
	Kesatuan komando*lama kerja	- 1,122	0,561	0,326
2	Umur	4,865	0,159	129,665
	Lama Kerja	1,348	0,707	3,850
	Pelimpahan Wewenang dan Tanggung Jawab	5,015	0,094	150,724
	Kesatuan Komando	1,698	0,555	5,461
	Wewenang*umur	- 2,849	0,141	0,058
	Kesatuan komando*lama kerja	- 0,361	0,852	0,697
3	Umur	5,190	0,084	179,448
	Lama Kerja	0,715	0,538	2,045
	Pelimpahan Wewenang dan Tanggung Jawab	5,175	0,071	179,448
	Kesatuan Komando	1,190	0,179	3,288
	Wewenang*umur	- 3,006	0,086	0,049
4	Umur	0,492	0,648	1,636
	Lama Kerja	0,492	0,648	1,636
	Pelimpahan Wewenang dan Tanggung Jawab	0,626	0,414	1,870
	Kesatuan Komando	0,684	0,382	1,981
5	Umur	0,869	0,214	2,385
	Pelimpahan Wewenang dan Tanggung Jawab	0,629	0,411	1,876
	Kesatuan Komando	0,709	0,363	2,033

Model	Variabel Bebas dan Konstanta	B	P Wald	OR
6	Umur	0,878	0,204	2,407
	Kesatuan Komando	0,982	0,164	2,669
7 (akhir)	Kesatuan Komando	1,218	0,071	3,380
	Konstanta	-2,173	0,555	

Tabel 5.28 menunjukkan bahwa tidak terdapat variabel bebas yang akan diikutsertakan dalam model akhir analisis regresi logistik ganda. Hal ini berarti umur, lama kerja, pelimpahan wewenang dan tanggung jawab, serta kesatuan komando tidak memiliki hubungan dengan kinerja pada kelompok perawat pelaksana.



BAB VI

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan menguraikan makna hasil penelitian yang membahas secara rinci hasil-hasil penelitian yang dikaitkan dengan tujuan penelitian. Penulisan dibagi menjadi tiga bagian yaitu pertama menginterpretasikan dan mendiskusikan hasil penelitian dari variabel struktur organisasi yang dihubungkan dengan kinerja perawat dikaitkan dengan konsep dan hasil peneliti lain, kedua menjelaskan tentang keterbatasan penelitian, dan ketiga menjelaskan tentang implikasi untuk keperawatan.

A. Interpretasi dan Diskusi Hasil

1. Karakteristik Individu

a. Umur Perawat

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa rata-rata umur perawat supervisor adalah 35 tahun. Umur perawat PJ shift berada pada rentang 27 sampai 53 tahun dengan nilai mean 36,17 dan nilai median 34,5. Umur perawat pelaksana berada pada rentang 23 sampai 54 tahun dengan nilai mean 33,32 dan nilai median 31,0.

Hasil analisis bivariat dengan menggunakan Kai Kuadrat menunjukkan bahwa pada kelompok perawat PJ shift 38,9% yang berumur kurang dari 34,5 tahun dan yang berumur 34,5 tahun atau lebih, memiliki kinerja yang baik, sedangkan pada kelompok perawat pelaksana 30% yang berumur kurang dari 31 tahun memiliki kinerja yang baik dan 57,1% yang berumur 31 tahun atau

lebih memiliki kinerja yang baik. Namun demikian baik pada kelompok perawat PJ shift maupun pada kelompok perawat pelaksana menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan kinerja.

Hasil analisis multivariat pada kelompok perawat pelaksana juga menunjukkan bahwa umur bukan merupakan faktor yang paling mempengaruhi kinerja perawat.

Hasil penelitian ini menolak hipotesis, sejalan dengan hasil penelitian yang dikemukakan oleh Robbins (2006) bahwa kinerja individu semakin merosot dengan meningkatnya usia karena pekerja tua dianggap kurang luwes, menolak teknologi baru, sulit menyesuaikan diri dan terbuka dengan perubahan. Demikian pula hasil penelitian yang dikemukakan oleh Rusmiati (2006); Simamora (2005), bahwa umur tidak ada hubungan yang bermakna dengan kinerja perawat.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan Mc Donald's (dalam Robbins, 2006) yang sangat mengandalkan karyawan tua untuk mengisi lowongan pekerjaan. Perusahaan tersebut membuktikan bahwa para manula merupakan karyawan yang sangat produktif dan dapat diandalkan. Demikian pula yang disampaikan oleh Siagian (2003) menyampaikan bahwa umur mempunyai kaitan yang erat dengan berbagai segi kehidupan organisasional, kaitan umur dengan tingkat kedewasaan psikologis menunjukkan kematangan jiwa dalam arti semakin bijaksana, mampu mengendalikan emosi, makin mampu berpikir rasional, toleran terhadap perbedaan pandangan dan perilaku. Hal ini juga

didukung oleh hasil penelitian yang dikemukakan oleh Girsang (2006) yang mengemukakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara umur dengan kinerja perawat.

Menurut Dessler (1998), usia 30 sampai 40 tahun adalah tahap pematangan pilihan karir untuk mencapai tujuan. Dengan demikian, mengacu pada nilai median 34,5 tahun pada kelompok PJ shift dan 31 tahun pada kelompok pelaksana menunjukkan kedua kelompok tersebut sama-sama berada pada tahap usia produktif yang mulai memantapkan diri atas karirnya sebagai perawat di RSUD Bhakti Yudha Baru Depok. Hal ini merupakan salah satu asset bagi pengembangan sumber daya manusia di rumah sakit.

Dengan bertambahnya umur maka bertambah pula kedewasaan seseorang yang dapat ditunjukkan dengan kematangan berpikir, kematangan emosi, lebih bertanggung jawab, disiplin dan menjadi model peran yang baik bagi karyawan yang lebih muda. Umur perawat yang menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna dengan kinerja di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok bisa disebabkan karena kedua kelompok umur pada perawat PJ shift dan pelaksana saling bekerja sama dengan baik dan saling mengisi dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, sehingga kinerja mereka tidak dipengaruhi oleh umur.

b. Tingkat Pendidikan

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa tingkat pendidikan perawat supervisor seluruhnya adalah D-III Keperawatan, sedangkan tingkat pendidikan pada kelompok perawat PJ shift dan pada kelompok perawat pelaksana sebagian besar adalah D-III Keperawatan.

Hasil analisis bivariat dengan menggunakan Kai Kuadrat menunjukkan bahwa 35% perawat pj *shift* dengan latar belakang pendidikan D3 Keperawatan memiliki kinerja yang baik, 43,7% perawat pj *shift* dengan latar belakang pendidikan SPK yang memiliki kinerja yang baik. Pada kelompok perawat pelaksana 37,5% dengan latar belakang pendidikan D3 Keperawatan memiliki kinerja yang baik, 52,9% dengan latar belakang pendidikan SPK yang memiliki kinerja yang baik. Namun demikian baik pada kelompok perawat PJ shift maupun pada kelompok perawat pelaksana menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan kinerja.

Hasil penelitian ini menolak hipotesis tetapi sejalan dengan hasil penelitian yang ditemukan oleh Girsang (2006) dengan nilai $p = 0.304$ dan Simamora (2006) dengan nilai $p = 0,900$ yang menemukan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dan kinerja perawat. Bertentangan dengan pendapat yang disampaikan oleh Gillies, 1996; Ilyas, 2002; Simanjuntak, 2005; yang menegaskan bahwa semakin tinggi tingkat

pendidikan perawat, semakin tinggi pula kemampuan atau kompetensinya melakukan pekerjaan dan dengan demikian semakin tinggi kinerjanya. Tingkat pendidikan yang tinggi umumnya menyebabkan seseorang lebih mampu dan bersedia menerima tanggung jawab (Gibson, 1997). Melalui pendidikan, seseorang dapat meningkatkan kematangan intelektualnya sehingga dapat membuat keputusan dalam bertindak. Diasumsikan bahwa orang yang sudah berpendidikan tinggi mempunyai tujuan, harapan, dan wawasan untuk meningkatkan prestasi kerja melalui kinerja yang optimal. Dengan demikian, pendapat para pakar tersebut tidak terbukti dalam penelitian ini.

Opini peneliti adalah sekalipun nilai prosentase kinerja baik pada perawat dengan tingkat pendidikan SPK (pada kelompok PJ shift maupun pelaksana) cenderung lebih tinggi, tetapi hasil bivariat dengan *p value* 0,692 (kelompok PJ shift) dan 0,533 (kelompok pelaksana) menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna. Berdasarkan hasil observasi pada kelompok pelaksana dan kelompok PJ shift dengan tingkat pendidikan SPK maupun D-III, menunjukkan ada kerja sama yang baik antara kedua kelompok tersebut dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien.

Selain itu, perawat dengan tingkat pendidikan SPK cenderung memiliki masa kerja yang lebih lama dibandingkan yang berpendidikan D-III. Sesuai dengan pernyataan Simanjuntak (2005), masa kerja juga dapat mempengaruhi kinerja seseorang karena semakin sering seseorang melakukan pekerjaan

yang sama, semakin terampil dan semakin cepat dia menyelesaikan pekerjaan tersebut. Semakin banyak macam pekerjaan yang dilakukan seseorang, pengalaman kerjanya semakin kaya dan luas, dan memungkinkan peningkatan kinerja.

c. Lama Kerja

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa rata-rata lama kerja perawat di RSUD Bhakti Yudha Baru Depok pada kelompok perawat supervisor (tiga orang) adalah 14,3 tahun. Lama kerja perawat PJ shift berada pada rentang 2 sampai 25 tahun, dengan nilai rata-rata 13,53 dan nilai median 13. Lama kerja perawat pelaksana berada pada rentang 1 sampai 28 tahun, dengan nilai rata 10,02, dan nilai median 9.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa pada kelompok PJ shift 40% dengan lama kerja kurang dari 13 tahun memiliki kinerja baik, 38,1% dengan lama kerja 13 tahun atau lebih memiliki kinerja baik. Pada kelompok perawat pelaksana, 30% dengan lama kerja kurang dari 9 tahun memiliki kinerja baik, 57,1% dengan lama kerja 9 tahun atau lebih memiliki kinerja baik. Namun demikian pada kelompok perawat PJ shift maupun pada kelompok perawat pelaksana menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara lama kerja dengan kinerja.

Hasil analisis multivariat pada kelompok perawat pelaksana juga menunjukkan bahwa lama kerja bukan merupakan faktor dominan yang mempengaruhi kinerja.

Hasil penelitian ini menolak hipotesis dan sejalan dengan hasil penelitian Simamora (2005) yang menemukan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara lama kerja dengan kinerja. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan hasil kajian yang dikemukakan oleh Robbins (2006) bahwa masa kerja seseorang pada pekerjaan tertentu memiliki hubungan positif dengan produktivitas pekerjaan, semakin lama seseorang bekerja maka semakin terampil dan berpengalaman pula dalam melaksanakan pekerjaannya.

Simanjuntak (2005) menyampaikan bahwa pengalaman kerja dapat memperdalam dan memperluas kemampuan kerja. Semakin sering seseorang melakukan pekerjaan yang sama, semakin terampil dan semakin cepat dia menyelesaikan pekerjaan tersebut. Semakin banyak macam pekerjaan yang dilakukan seseorang, pengalaman kerjanya semakin kaya dan luas, dan memungkinkan peningkatan kinerja. Hasil penelitian Widaningsih (2002) melaporkan ada hubungan yang signifikan antara lama kerja dengan kinerja.

Opini peneliti pengalaman kerja seseorang dapat meningkatkan kinerja jika didukung oleh pengembangan staf melalui pendidikan dan pelatihan.

Pada kelompok PJ shift dengan median 13 tahun atau lebih hanya 38,1% yang berkinerja baik. Hal ini bisa disebabkan karena mulai timbulnya

kejenuhan pada kelompok tersebut. Sedangkan pada kelompok pelaksana dengan masa kerja 9 tahun atau lebih 57,1% perawat berkinerja baik, dimana hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa semakin lama seseorang bekerja maka semakin terampil dan berpengalaman pula dalam melaksanakan pekerjaannya.

2. Struktur Organisasi

a. Pembagian Tugas

Hasil analisis univariat tentang pembagian tugas pada kelompok perawat supervisor menunjukkan bahwa dari pernyataan tentang pembagian tugas menunjukkan nilai pendapat yang baik (93,06%), sisanya 6,94% nilai pendapat yang menyatakan tidak selalu dapat menyelesaikan tugas-tugas keperawatan yang diberikan dan tidak selalu bisa memberikan beban kerja secara merata kepada perawat di ruangan. Pada kelompok perawat PJ shift 58,3% berpendapat sudah melakukan pembagian tugas dengan baik. Pada kelompok perawat pelaksana 58,5% berpendapat sudah melakukan pembagian tugas dengan baik.

Hasil analisis bivariat tentang pembagian tugas menunjukkan bahwa pada kelompok perawat PJ shift, 20% dengan kategori pembagian tugas kurang memiliki kinerja yang baik, 52,4% perawat *pj shift* dengan kategori pembagian tugas baik memiliki kinerja yang baik. Pada kelompok perawat pelaksana, 41,2% dengan kategori pembagian tugas kurang memiliki kinerja

yang baik, sedangkan 45,8% perawat pelaksana dengan kategori pembagian tugas baik memiliki kinerja yang baik. Namun demikian baik pada kelompok perawat PJ shift maupun perawat pelaksana tidak ada hubungan yang bermakna antara pembagian tugas dengan kinerja.

Hasil analisis multivariat pada kelompok perawat PJ shift juga menunjukkan bahwa pembagian tugas bukan merupakan variabel yang paling mempengaruhi kinerja.

Hasil penelitian ini menolak hipotesis dan tidak sejalan dengan pernyataan Simanjuntak, (2005) yang menyatakan bahwa struktur organisasi yang memuat pembagian tugas yang jelas dapat meningkatkan kinerja setiap pekerja, unit kerja dan perusahaan. Hasil penelitian ini juga tidak sejalan dengan hasil penelitian Rusmiati (2006) dengan p value 0,006 dan Simamora (2005) dengan p value 0,008 yang menemukan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pembagian tugas dengan kinerja perawat.

RS Bhakti Yudha Baru sudah menetapkan pembagian tugas bagi perawat supervisor, PJ shift, dan pelaksana di ruang rawat inap yang dituangkan dalam bentuk uraian tugas. Berdasarkan hasil observasi, uraian tugas tidak selalu disosialisasikan setiap hari, sosialisasi hanya dilakukan jika ada kebijakan dan prosedur pelayanan rumah sakit yang terbaru, pada saat *briefing* di ruangan.

Uraian tugas bagi perawat di ruang rawat inap perlu dipahami dengan jelas. Supervisor dapat mensosialisasikan uraian tugas tersebut kepada setiap perawat dan selalu mengevaluasi tugas yang dilakukan bawahan melalui kegiatan timbang terima, *pre* dan *post conference*, membuat format uraian tugas dalam bentuk *check list* yang sifatnya harian, mingguan, dan bulanan sebagai format penilaian kinerja. Kemampuan atasan dalam melakukan pembagian tugas dengan benar kepada bawahan dapat meningkatkan kinerja perawat. Selain itu, ada tugas-tugas non keperawatan yang juga dilakukan oleh perawat seperti mengurus administrasi pasien pulang yang sebenarnya dapat dilakukan oleh tenaga administrasi khusus agar tugas-tugas utama sebagai perawat dapat dilakukan lebih maksimal.

b. Pelimpahan Wewenang dan Tanggung Jawab

Hasil analisis univariat tentang pelimpahan wewenang dan tanggung jawab pada kelompok perawat supervisor menunjukkan dari pernyataan tentang melakukan pelimpahan wewenang dan tanggung jawab menunjukkan nilai pendapat baik (98,33%), sisanya 1,67% nilai pendapat yang menyatakan tidak selalu menekankan pengertian akan tugas dan tanggung jawab yang diberikan kepada bawahan. Pada kelompok PJ shift menunjukkan bahwa 55,6% berpendapat melakukan pelimpahan wewenang dan tanggung jawab dengan baik. Pada kelompok perawat pelaksana menunjukkan bahwa 58,5% berpendapat melakukan pelimpahan wewenang dan tanggung jawab dengan baik.

Hasil analisis bivariat tentang pelimpahan wewenang dan tanggung jawab menunjukkan bahwa 37,5% perawat *pj shift* yang berpendapat pelimpahan wewenang dan tanggung jawab kurang memiliki kinerja yang baik, sedangkan 40% perawat *pj shift* yang berpendapat pelimpahan wewenang dan tanggung jawab baik memiliki kinerja yang baik. Pada kelompok perawat pelaksana menunjukkan bahwa 29,4% yang berpendapat pelimpahan wewenang dan tanggung jawab kurang memiliki kinerja yang baik sedangkan 54,2% perawat pelaksana yang berpendapat pelimpahan wewenang dan tanggung jawab baik memiliki kinerja yang baik. Namun demikian baik pada kelompok perawat *PJ shift* maupun kelompok perawat pelaksana menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pelimpahan wewenang dan tanggung jawab dengan kinerja.

Hasil analisis multivariat pada kelompok pelaksana juga menunjukkan bahwa pelimpahan wewenang dan tanggung jawab bukan merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap kinerja.

Hasil penelitian ini menolak hipotesis dan tidak sejalan dengan Simanjuntak (2005) yang menyatakan bahwa struktur kewenangan dan pelaporan pertanggung-jawaban yang pasti dapat meningkatkan kinerja pekerja, unit kerja, dan perusahaan. Pelimpahan wewenang dan tanggung jawab adalah penyerahan sebagian hak kepada bawahan untuk mengambil tindakan yang diperlukan, agar tugas dan tanggung jawab dapat dilakukan dengan baik. Hasil penelitian ini juga tidak sejalan dengan hasil penelitian Rusmiati (2006)

dengan *p value* 0,000 dan Simamora (2005) dengan *p value* 0,001 yang menemukan ada hubungan yang bermakna antara pelimpahan wewenang dan tanggung jawab dengan kinerja. Menurut peneliti jika pelimpahan wewenang dan tanggung jawab dilakukan dengan baik dan benar maka kinerja perawat akan meningkat.

Berdasarkan hasil observasi peneliti, pelimpahan wewenang dan tanggung jawab yang menyangkut tugas-tugas keperawatan lebih sering dilakukan secara lisan. RSUD Bhakti Yudha Baru memiliki 3 (tiga) perawat supervisor yang membawahi perawat PJ shift dan perawat PJ shift membawahi perawat pelaksana. Optimalisasi dalam pelimpahan wewenang dan tanggung jawab dari perawat supervisor kepada perawat PJ shift, dan dari perawat PJ shift kepada perawat pelaksana perlu dilakukan dengan cara penggunaan format pendelegasian, dikomunikasikan dengan jelas, memilih staf yang memiliki pengetahuan dan ketrampilan yang sesuai dengan tugas dan tanggung jawab yang diberikan, mengevaluasi dalam kegiatan *post conference*, timbang terima, dan memberikan penghargaan ketika bawahan yang menerima pelimpahan tugas melakukan pekerjaannya dengan baik.

c. Koordinasi

Hasil analisis univariat tentang koordinasi pada kelompok perawat supervisor menunjukkan bahwa dari pernyataan tentang melakukan koordinasi menunjukkan nilai pendapat baik (92,85%), sisanya 7,15% nilai pendapat

yang menyatakan koordinasi antar unit belum berjalan dengan baik, pertemuan untuk membahas kebutuhan perawat di ruang rawat inap tidak selalu dilaksanakan, tidak selalu bisa menepati jadwal waktu kerjasama yang harus dilakukan serempak. Pada kelompok PJ shift 52,8% dan pada kelompok perawat pelaksana 56,1% yang berpendapat kerjasama antar perawat di unit ruang rawat inap atau antar unit kerja di rumah sakit sudah baik.

Hasil analisis bivariat menunjukkan 17,6% perawat pj shift yang berpendapat koordinasi kurang memiliki kinerja yang baik dan 57,9% perawat yang berpendapat koordinasi baik yang memiliki kinerja yang baik. Pada kelompok ini, ada hubungan yang bermakna antara koordinasi dengan kinerja yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0,033$ dengan nilai $OR = 6,417$ yang artinya perawat pj shift dengan kategori koordinasi baik akan memiliki peluang untuk kinerja yang baik sebesar 6,417 kali dibandingkan dengan kategori koordinasi kurang. Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa variabel koordinasi termasuk salah satu faktor yang paling mempengaruhi kinerja perawat PJ shift.

Sedangkan pada kelompok perawat pelaksana, 38,9% yang berpendapat koordinasi kurang yang memiliki kinerja yang baik dan 47,8% perawat pelaksana dengan kategori koordinasi baik yang memiliki kinerja yang baik. Namun pada kelompok ini, perbedaan yang ditunjukkan tidaklah bermakna ($p=0,799$).

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Rusmiati (2006) yang menyatakan ada hubungan antara koordinasi dengan kinerja ($p=0,000$) dimana hasil analisis multivariatnya juga menyatakan bahwa koordinasi merupakan salah satu faktor yang paling berpengaruh terhadap kinerja.

Gitosudarmo (2001) menyatakan bahwa koordinasi adalah usaha untuk mengharmoniskan atau mensesuaikan seluruh kegiatan untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Keharmonisan dan keserasian ini haruslah selalu diciptakan baik terhadap tugas-tugas yang bersifat teknis, komersil, finansial, personalia, maupun administrasi.

Menurut hasil observasi peneliti, hal ini terjadi di RSUD Bhakti Yudha Baru karena didukung oleh struktur organisasi saat ini yang memudahkan perawat dalam bekerja sama di unit ruang rawat inap di rumah sakit tersebut. Kerjasama yang dimaksud menyangkut koordinasi kegiatan perawat dalam melakukan pelayanan keperawatan di unit ruang rawat inap. Posisinya yang juga sebagai Ketua Tim menjadikan PJ shift terlatih mengkoordinir setiap kegiatan dalam timnya, misalnya memimpin timbangan terima setiap shift, membagi pasien disesuaikan dengan jumlah perawat yang ada, mendokumentasikan asuhan keperawatan bersama perawat pelaksana.

Dengan terciptanya koordinasi kerja tersebut maka beban-beban antar bagian akan menjadi seimbang, dan dengan adanya keseimbangan beban maka keadaan atau suasana organisasi sebagai keseluruhan akan menjadi selaras.

Jika prinsip keselarasan ini terpenuhi maka kinerja perawat akan meningkat. Dengan demikian, koordinasi merupakan salah satu faktor yang paling berpengaruh terhadap kinerja perawat PJ shift.

Sedangkan kelompok perawat pelaksana tidak melakukan koordinasi langsung di unit karena tugas itu dikerjakan oleh PJ shiftnya. Perawat pelaksana cenderung melakukan kegiatan yang bersifat rutinitas yang dikoordinir oleh PJ shiftnya misalnya melakukan rencana tindakan untuk pasien yang menjadi tanggung jawab pelaksana sudah diinformasikan oleh PJ shift saat timbang terima. Dengan demikian, fungsi koordinasi pada kelompok perawat pelaksana tidak menunjukkan hubungan yang bermakna dengan kinerja.

d. Tingkatan Hirarki

Hasil analisis univariat pada kelompok perawat supervisor menunjukkan bahwa dari pernyataan tentang tingkatan hirarki nilai pendapat baik (89,6%), sisanya 10,4% nilai pendapat yang menyatakan bahwa dengan adanya struktur organisasi saat ini tidak selalu bisa cepat memenuhi kebutuhan sarana dan prasarana di ruangan. Pada kelompok PJ shift, 55,6% berpendapat bahwa tingkatan hirarki sudah baik, dan pada kelompok perawat pelaksana 65,9% berpendapat bahwa tingkatan hirarki sudah baik.

Hasil analisis bivariat menunjukkan 31,2% perawat PJ shift yang berpendapat tingkatan hirarki kurang memiliki kinerja yang baik dan 45%

perawat yang berpendapat tingkatan hirarki baik memiliki kinerja yang baik. Pada kelompok perawat pelaksana menunjukkan bahwa 42,9% perawat yang berpendapat tingkatan hirarki kurang memiliki kinerja yang baik, dan 44,4% perawat yang berpendapat tingkatan hirarki baik memiliki kinerja yang baik. Namun demikian baik pada kelompok PJ shift maupun kelompok perawat pelaksana, menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkatan hirarki dengan kinerja perawat.

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa tingkatan hirarki bukan merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap kinerja perawat.

Hasil penelitian ini menolak hipotesis dan sejalan dengan hasil penelitian Rusmiati (2006) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkatan hirarki dengan kinerja perawat.

Tingkatan hirarki unit (birokrasi) adalah tingkatan-tingkatan unit organisasi secara vertikal yang merupakan tingkatan pimpinan, didalamnya terdapat nama unit. Sebaiknya tingkatan berkisar antara 2-5 tingkatan saja, hal ini untuk memudahkan pengoperasian organisasi dan memendekkan jalur komunikasi dalam pengambilan keputusan.

Menurut hasil observasi peneliti, dengan melihat struktur organisasi saat ini di RSUD Bhakti Yudha Baru menunjukkan tingkatan hirarki yang wajar, pengambilan keputusan dapat dilakukan dengan cepat karena birokrasi yang ditempuh tidak terlalu panjang. Manager area diberi kewenangan untuk

mengambil keputusan penting yang berkaitan dengan keperawatan. Bahkan Supervisor area juga memiliki kewenangan untuk mengambil keputusan dan berkoordinasi langsung dengan bagian/departemen lain (atas sepengetahuan manager area) sehingga kebutuhan pelayanan keperawatan di ruang rawat inap dapat segera terpenuhi. Di sisi lain, rumah sakit ini baru menjalani restrukturisasi selama 4 (empat) bulan ketika peneliti melakukan pengumpulan data, sehingga perlu dilakukan upaya optimalisasi dalam hal pengambilan keputusan. Manager area dapat menegaskan batasan-batasan bagi perawat supervisor dan PJ shift, hal-hal yang dapat diputuskan pada tingkatan supervisor dan PJ shift.

e. Rentang Kendali

Hasil analisis univariat tentang rentang kendali pada kelompok supervisor menunjukkan bahwa dari pernyataan tentang rentang kendali menunjukkan nilai pendapat baik (90%), sisanya 10% nilai pendapat yang menyatakan tidak selalu bisa mengawasi secara langsung perawat yang ada di unit kerja, melakukan supervisi asuhan keperawatan dan dokumentasi asuhan keperawatan secara periodik, manager area kadang-kadang melakukan supervisi terhadap pekerjaan supervisor. Pada kelompok PJ shift, 58,3% berpendapat bahwa rentang kendali baik. Pada kelompok perawat pelaksana, 61% berpendapat bahwa rentang kendali baik.

Hasil analisis bivariat menunjukkan 26,7% perawat pj shift yang berpendapat rentang kendali kurang memiliki kinerja yang baik dan 47,6% perawat yang berpendapat rentang kendali baik memiliki kinerja yang baik.

Sedangkan pada kelompok perawat pelaksana, 37,5% yang berpendapat rentang kendali kurang memiliki kinerja yang baik dan 48% perawat yang berpendapat rentang kendali baik memiliki kinerja yang baik. Namun baik pada kelompok perawat PJ shift maupun perawat pelaksana, perbedaan yang ditunjukkan tidaklah bermakna.

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa variabel rentang kendali tidak termasuk salah satu faktor yang paling mempengaruhi kinerja perawat.

Hasil penelitian ini menolak hipotesis dan tidak sejalan dengan hasil penelitian Rusmiati (2006) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara rentang kendali dengan kinerja.

Rentang kendali adalah jumlah bawahan yang dapat diatur manajer secara efektif dan efisien (Robbins, 2006). Penerapan prinsip hirarki yang terlalu luas mengakibatkan adanya rentang kendali struktur organisasi yang terlalu lebar. Dengan terlampaui lebarnya rentang kendali organisasi maka dapat berakibat terjadinya keterbatasan pengendalian dari atasan terhadap bawahannya (*span of control*).

Berdasarkan hasil observasi peneliti, Ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru memiliki 3 (tiga) orang perawat supervisor. Masing-masing perawat

supervisor bertanggung jawab untuk 2-3 ruangan rawat inap, dengan kapasitas tempat tidur yang berbeda-beda untuk setiap ruangan. Supervisor 1 (satu) bertanggung jawab untuk 70 tempat tidur, supervisor 2 (dua) bertanggung jawab untuk 17 tempat, supervisor 3 (tiga) bertanggung jawab untuk 18 tempat tidur. Supervisor 1 (satu) memiliki bawahan langsung 16 orang PJ shift dan 27 orang pelaksana, supervisor 2 (dua) memiliki bawahan langsung 9 orang PJ shift dan 6 orang pelaksana, supervisor 3 (tiga) memiliki bawahan langsung 11 orang PJ shift dan 8 (delapan) orang pelaksana.

Seseorang akan memiliki batas kendali terhadap bawahannya. Semakin banyak bawahan yang harus diawasi dan dikoordinasikan maka semakin banyak pula yang tidak dapat dikendalikannya karena banyak yang berada di luar batas pengendaliannya. Oleh karena itu perlu diusahakan agar seorang atasan tidak membawahi terlalu banyak bawahan, sesuai dengan kebutuhan jumlah tenaga dalam metoda tim.

f. Kesatuan Komando

Hasil analisis univariat tentang kesatuan komando pada kelompok Perawat supervisor menunjukkan bahwa dari pernyataan tentang kesatuan komando menunjukkan nilai pendapat baik (95%), sisanya 5% nilai pendapat yang menyatakan tidak selalu menyelesaikan tugas sesuai standar waktu yang telah ditetapkan, tidak selalu menganjurkan perawat untuk saling membantu dalam melaksanakan tindakan keperawatan, dan tidak selalu mengingatkan untuk

melakukan pengecekan terhadap perlengkapan peralatan yang ada di ruangan. Pada kelompok PJ shift, 50% perawat berpendapat kesatuan komando baik. Pada kelompok pelaksana, 56,1% perawat berpendapat bahwa kesatuan komando baik.

Hasil analisis bivariat menunjukkan 16,7% perawat pj shift yang berpendapat kesatuan komando kurang memiliki kinerja yang baik dan 61,1% perawat yang berpendapat kesatuan komando baik memiliki kinerja yang baik. Perbedaan tersebut menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara kesatuan komando dengan kinerja perawat PJ shift (nilai $p = 0,017$). Perawat pj shift dengan kategori kesatuan komando baik akan memiliki peluang untuk kinerja yang baik sebesar 7,857 kali dibandingkan dengan kategori kesatuan komando kurang. Hasil penelitian ini menerima hipotesis dan sejalan dengan hasil penelitian Simamora (2005) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kesatuan komando dengan kinerja perawat.

Pada kelompok perawat pelaksana, 27,8% yang berpendapat kesatuan komando kurang memiliki kinerja yang baik dan 56,5% perawat yang berpendapat kesatuan komando baik memiliki kinerja yang baik. Pada kelompok perawat pelaksana, nilai p menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara kesatuan komando dengan kinerja perawat. Hasil penelitian ini menolak hipotesis dan sejalan dengan hasil penelitian Rusmiati (2006) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara kesatuan komando dengan kinerja perawat.

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa variabel kesatuan komando termasuk salah satu faktor yang paling mempengaruhi kinerja perawat PJ shift.

Penerapan dari prinsip ini adalah hanya ada seorang atasan yang membawahi beberapa orang bawahan, atau dengan kata lain tidaklah dibenarkan bahwa seseorang bertanggung jawab kepada lebih dari seorang atasan (Siagian, 2002). Berdasarkan hasil observasi peneliti, pada struktur organisasi di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru tampak jelas garis komando yang menunjukkan kedudukan atasan dan bawahan. Seorang supervisor hanya menerima instruksi dari manager area, seorang PJ shift hanya menerima instruksi dari perawat supervisor, dan perawat pelaksana hanya menerima instruksi dari perawat PJ shift. Instruksi dalam hal ini diantaranya berkaitan dengan pemberian asuhan keperawatan dimana setiap perawat pelaksana bertanggung jawab kepada PJ shift dan perawat PJ shift bertanggung jawab kepada supervisor. Pemberian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru menggunakan metoda tim. Pada tingkat PJ shift, garis komando cukup jelas, dimana PJ shift menerima instruksi dari perawat supervisor dan memberikan instruksi kepada pelaksana yang ada di timnya.

Pada tingkat perawat pelaksana, idealnya bertanggung jawab kepada Ketua Tim yang bertanggung jawab selama 24 jam. Di RS ini, ketua tim dijabat sekaligus oleh PJ shift yang orangnya selalu berubah setiap shift sehingga

perawat pelaksana bertanggung jawab kepada PJ shift yang selalu berubah setiap shift. Keadaan ini dapat menyebabkan ketidaksinambungan perintah bagi perawat pelaksana karena ketika terjadi pergantian antara PJ shift pagi dengan PJ shift sore dan PJ shift malam bisa saja ada perintah yang hilang yang mengakibatkan misinformasi. Dengan demikian dapat menyebabkan ketidaksinambungan kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Untuk itu, supervisor perlu menegaskan kembali peran dan fungsi Ketua tim yang dirangkap oleh PJ shift sehingga kesatuan komando tetap terjaga sekalipun perawat PJ shift selalu berubah setiap shift. Supervisor juga perlu mempertimbangkan keberadaan Ketua tim yang bertanggung jawab selama 24 jam untuk menjaga kontinuitas asuhan keperawatan. Kesatuan komando yang terjadi berkesinambungan dapat meningkatkan kinerja perawat.

3. Kinerja

Hasil analisis univariat tentang kinerja perawat supervisor menunjukkan bahwa yang menunjukkan nilai pendapat baik (99,2%) , sisanya 0,8% nilai pendapat yang menyatakan tidak selalu melakukan supervisi kepada bawahan di tiap ruangan, mengecek jadwal kesesuaian visite dokter. Pada kelompok perawat PJ shift, 38,9% memiliki kinerja yang baik. Pada kelompok perawat pelaksana, 43,9% memiliki kinerja yang baik.

Kinerja adalah penampilan hasil karya personel baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi (Ilyas, 2002). Kinerja dapat merupakan penampilan individu maupun kelompok kerja personel. Penilaian kinerja terhadap seluruh perawat di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru dilakukan berdasarkan uraian tugas yang disahkan oleh Direktur Utama RSUD Bhakti Yudha Baru Depok dan dilakukan baru pertama kali di rumah sakit ini.

Uraian tugas perawat di ruang rawat inap disahkan pada awal Januari 2008. Sosialisasi dan internalisasi uraian tugas perlu ditingkatkan agar pemahaman perawat tentang tugasnya di ruang rawat inap menjadi lebih jelas sehingga dapat meningkatkan kinerja. Berdasarkan hasil observasi peneliti, setiap pernyataan dalam uraian tugas belum terlalu operasional dan pencapaian waktunya belum jelas. Selain itu ada tugas yang bersifat non keperawatan yang dikerjakan oleh tenaga keperawatan. Sebaiknya ada tenaga administrasi khusus yang mengerjakan tugas-tugas non keperawatan sehingga perawat dapat menggunakan waktunya dengan maksimal untuk melakukan tugas-tugas keperawatan. Adanya prinsip senioritas juga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kinerja, misalnya atasan yang usianya lebih muda segan untuk menegur bawahan yang usianya lebih tua sehingga bawahan seperti merasa memiliki kelonggaran dalam melakukan pekerjaannya. Atasan perlu melakukan pendekatan secara personal terhadap bawahan yang kinerjanya kurang maksimal.

B. Keterbatasan Penelitian

1. Populasi dan Sampel

Populasi dan sampel dalam penelitian ini adalah seluruh perawat di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok yang sesuai dengan kriteria inklusi dengan jumlah yang cukup terbatas yaitu 80 orang yang terdiri dari tiga (3) orang perawat supervisor, 36 orang perawat PJ shift dan 41 orang perawat pelaksana . Keterbatasan jumlah perawat supervisor ini berdampak pada proses pengolahan data. Kuesioner yang dibagikan tidak dapat diolah dengan bantuan *software* statistik sehingga hanya dapat diolah secara univariat yang bersifat deksriptif narasi. Kesulitan menganalisis kuesioner dengan jumlah responden terbatas ini seharusnya dapat diselesaikan dengan cara melakukan *in depth interview* dan melakukan observasi terhadap hal-hal yang berkaitan dengan struktur organisasi, tetapi peneliti tidak melakukannya karena keterbatasan waktu.

2. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data dalam penelitian ini berbentuk angket/kuesioner dan instrumen observasi. Angket/kuesioner yang digunakan merupakan hasil adopsi dari dua (2) peneliti sebelumnya yang sudah diuji ulang validitas dan reliabilitasnya oleh peneliti, tetapi setelah diuji masih ada beberapa pernyataan yang masih belum valid dan tetap dimasukkan dalam kuesioner karena dianggap merupakan substansi yang penting. Sedangkan instrumen observasi yang digunakan merupakan hasil rancangan peneliti yang mengacu pada uraian tugas

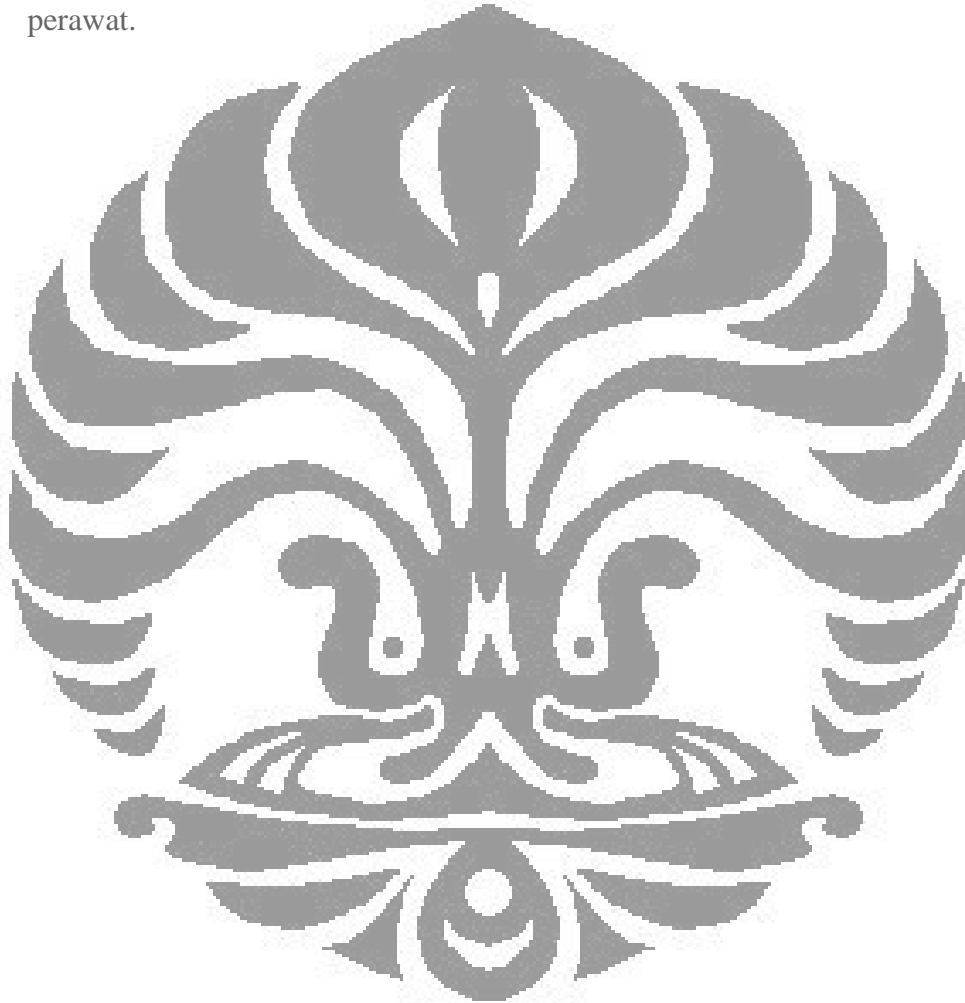
perawat di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok. Instrumen observasi ini baru pertama kali digunakan sehingga ada beberapa kalimat yang perlu disederhanakan setelah dilakukan persamaan persepsi menjadi kalimat yang lebih dimengerti.

C. Implikasi untuk Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan dampak yang positif dan menjadi masukan yang berarti bagi pimpinan RSUD Bhakti Yudha Baru Depok khususnya bagi Manager Area Keperawatan dalam upaya meningkatkan kinerja perawat dengan mengoptimalkan pembagian tugas melalui sosialisasi, monitoring dan evaluasi uraian tugas; mengoptimalkan pelimpahan wewenang dan tanggung jawab dengan menggunakan format pendelegasian, memberikan umpan balik tentang tugas yang didelegasikan; melakukan koordinasi di dalam atau antar unit ruang rawat inap dengan melakukan pertemuan berkala; mempertahankan tingkatan hirarki yang tidak terlalu panjang; mengatur rentang kendali yang tidak terlalu lebar sesuai dengan pengaturan tenaga dalam metoda tim, mengatur kesatuan komando yang jelas dengan menetapkan Ketua tim sesuai dengan peran dan fungsi sebenarnya.

Hasil penelitian ini dapat menjadi acuan bagi pimpinan rumah sakit khususnya Manager Area keperawatan dalam memahami dan menyelesaikan berbagai permasalahan yang berkaitan dengan struktur organisasi dengan kinerja perawat di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok.

Hasil penelitian ini juga dapat menjadi dasar bagi peneliti yang berminat melakukan penelitian tentang faktor organisasi yang mempengaruhi kinerja perawat supervisor. Selain itu peneliti lain juga dapat mengembangkan penelitian tentang hubungan antara variabel lain yang mempengaruhi kinerja perawat misalnya faktor psikologis, faktor individu, atau faktor organisasi secara luas yang mempengaruhi kinerja perawat.



BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Karakteristik perawat di ruang rawat inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok meliputi rata-rata umur perawat supervisor 35 tahun, rata-rata umur perawat PJ Shift 36,17 tahun, rata-rata umur perawat pelaksana 33,32 tahun. Rata-rata tingkat pendidikan perawat supervisor adalah D-III keperawatan. 55,6% perawat PJ shift berpendidikan D-III keperawatan, 58,5% perawat pelaksana berpendidikan D-III keperawatan. Rata-rata lama kerja perawat supervisor 14,3 tahun, perawat PJ shift 13,53 tahun, perawat pelaksana 10,02 tahun.
2. Sebagian besar perawat (supervisor, PJ shift, pelaksana) memiliki pendapat yang baik tentang struktur organisasi (pembagian tugas, pelimpahan wewenang dan tanggung jawab, koordinasi, tingkatan hirarki, rentang kendali, kesatuan komando). Demikian juga halnya dengan kinerja. Perawat yang berpendapat baik tentang pembagian tugas, pelimpahan wewenang dan tanggung jawab, koordinasi, tingkatan hirarki, rentang kendali, kesatuan komando, cenderung menunjukkan kinerja yang baik.
3. Pada kelompok PJ shift, variabel struktur organisasi yang berhubungan secara signifikan dengan kinerja perawat adalah variabel koordinasi dan variabel kesatuan komando. Variabel lainnya (pembagian tugas, pelimpahan wewenang dan tanggung jawab, tingkatan hirarki, dan rentang kendali) tidak menunjukkan hubungan yang bermakna dengan kinerja perawat.

4. Pada kelompok perawat pelaksana, seluruh variabel tidak menunjukkan hubungan yang bermakna dengan kinerja perawat.
5. Variabel struktur organisasi yang paling berhubungan dengan kinerja perawat PJ shift adalah variabel koordinasi dan variabel kesatuan komando.

B. Saran

1. Untuk Manager Area Keperawatan RSUD Bhakti Yudha Baru Depok

- a. Untuk meningkatkan kinerja perawat, kemampuan atasan dalam melakukan pembagian tugas perlu dilatih. Atasan dapat mensosialisasikan dan mengkomunikasikan uraian tugas tersebut dengan jelas kepada bawahan. Supervisor perlu mengevaluasi tugas yang dilakukan bawahan melalui kegiatan *timbang terima*, *pre dan post conference*, membuat format uraian tugas dalam bentuk *check list* yang sifatnya harian, mingguan, dan bulanan sebagai format penilaian kinerja. Selain itu, tugas-tugas non keperawatan sebaiknya dapat dikerjakan oleh tenaga non keperawatan.
- b. Optimalisasi dalam pelimpahan wewenang dan tanggung jawab dari atasan kepada bawahan perlu dilakukan dengan cara penggunaan format pendelegasian, menggunakan bahasa yang jelas dan mudah dimengerti, memilih staf yang memiliki pengetahuan dan ketrampilan yang sesuai dengan tugas yang diberikan, mengevaluasi wewenang dan tanggung jawab yang dilimpahkan melalui kegiatan *pre dan post conference*, *timbang terima*, dan dengan memberikan penghargaan ketika bawahan yang menerima pelimpahan tugas melakukan pekerjaannya dengan baik.

- c. Koordinasi yang sudah berjalan dengan baik di dalam atau antar unit perlu dipertahankan dengan cara melakukan pertemuan secara berkala baik di dalam unit maupun antar unit agar setiap permasalahan yang menyangkut koordinasi di dalam atau antar unit dapat dicarikan jalan keluarnya dengan cepat.
- d. Atasan perlu melakukan upaya optimalisasi dalam hal pengambilan keputusan. Manager area dapat menegaskan batasan-batasan bagi perawat supervisor dan PJ shift, hal-hal yang dapat diputuskan pada tingkatan supervisor dan PJ shift sehingga jelas bagi mereka apa yang menjadi kewenangannya.
- e. Seseorang akan memiliki batas kendali terhadap bawahannya. Semakin banyak bawahan yang harus diawasi dan dikoordinasikan maka semakin banyak pula yang tidak dapat dikendalikannya karena banyak yang berada di luar batas pengendaliannya. Oleh karena itu perlu diusahakan agar seorang atasan tidak membawahi terlalu banyak bawahan, sesuai dengan pengaturan tenaga dalam metoda tim.
- f. Supervisor perlu menegaskan kembali peran dan fungsi Ketua tim dan PJ shift sehingga kesatuan komando tetap terjaga sekalipun perawat PJ shift selalu berubah setiap shift. Untuk menjaga kontinuitas asuhan keperawatan, Ketua tim sebaiknya bertanggung jawab selama 24 jam.
- g. Evaluasi dan monitoring tentang penerapan metoda tim dalam pemberian asuhan keperawatan perlu dilakukan secara berkala untuk melihat keefektifannya.

2. Untuk Direksi RSUD Bhakti Yudha Baru Depok

- a. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kinerja perawat perlu dibenahi agar kualitas pelayanan keperawatan meningkat. Pendidikan dan pelatihan tentang pengorganisasian dalam keperawatan perlu diberikan untuk meningkatkan pemahaman perawat tentang hal-hal yang berkaitan dengan pengorganisasian, bukan hanya dalam hal pemberian asuhan keperawatan saja tetapi lebih luas lagi tentang pengorganisasian di rumah sakit.
- b. Mengadakan program pendidikan berkelanjutan ke jenjang yang lebih tinggi bagi perawat berprestasi, untuk meningkatkan kemampuan kognitif, afektif, dan psikomotor dalam bidang manajemen keperawatan.

3. Untuk Peneliti Selanjutnya

- a. Hasil penelitian ini dapat dikembangkan secara khusus pada kelompok supervisor untuk menggali faktor-faktor organisasi yang berhubungan dengan kinerja perawat di rumah sakit.
- b. Hasil penelitian ini juga dapat dikembangkan dengan melihat faktor lain seperti faktor psikologis, faktor individu, atau faktor organisasi secara lebih luas yang dapat mempengaruhi kinerja perawat di rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, A. (1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara
- Adikoesoemo, S. (2003). *Manajemen Rumah Sakit*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan
- Cushway, B., & Lodge, D. (2003). *Organisational Behaviour and Design. Perilaku dan Desain Organisasi*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo
- Depkes RI (2003). *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1202/MENKES/SK/VIII/2003 tentang Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat*. Jakarta: Depkes
- Dessler. (1998). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Terjemahan. Jakarta: PT Prenhalindo
- Djajoesman, M.S. (1996). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Motivasi Kerja Perawat di Paviliun Khusus Swasta RSCM Jakarta*. Tesis. Program Pascasarjana. FIK-UI. Tidak Dipublikasikan
- Gibson., Ivancevich., & Donnelly. (1997). *Organisasi*, Edisi 8. Jilid 2. Jakarta: Binarupa Aksara
- Gillies, D.A. (1996). *Manajemen Keperawatan Suatu Pendekatan Sistem*. Edisi ke dua. W.B. Saunders
- Gitosudarmo, I., & Mulyono, A. (2001). *Prinsip Dasar Manajemen*. Yogyakarta: BPFE-Yogyakarta
- Handoko, T.H. (2001). *Manajemen Personalia Dan Sumberdaya Manusia*. Yogyakarta: BPFE
- Hasibuan, M.S.P. (1999). *Organisasi dan Motivasi: Dasar-Dasar Peningkatan Produktivitas*. Cetakan ke-2. Jakarta: Bumi Aksara
- Hasibuan, M.S.P. (2003). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Edisi Revisi. Jakarta: Bumi Aksara
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis Data Kesehatan*. Depok: FKM-UI
- Husein, U. (2003). *Strategic Management in Action*. (Terjemahan). Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama

Ilyas, Y. (2002). *Kinerja: Teori, Penilaian, dan Penelitian*. Depok: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM-UI.

Implementasi Kinerja Perawat Di Rumah Sakit disampaikan oleh Ratna Sitorus, (2007, <http://implementasi%20kinerja%20perawat%20rumah%20sakit.pdf>, diperoleh 8 Januari 2008

Karakteristik individu dan kinerja perawat disampaikan oleh Megawati (2004, <http://digilib.usu.ac.id/download/fkm/tesis-megawati.pdf>, diperoleh 29 Januari 2008

Marquis, L.B, & Houston, C.J. (2000). *Leadership Roles and Management Functions in Nursing Theory and Application* (Third Edition). Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins

Maxwell, J. C. (2002). *The 17 Indisputable Laws of Teamwork*. (Terjemahan). Batam: Interaksara

Muninjaya, A.A.G. (1999). *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: EGC

Notoatmodjo, S. (2003). *Pengembangan Sumber Daya Manusia*. Cetakan Ketiga. Jakarta: PT Rineka Cipta

Nursalam. (2002). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika

Pengorganisasian dalam Keperawatan disampaikan oleh Rika Endah (2002, <http://library.usu.ac.id/download/fk/keper-rika.pdf>, diperoleh 26 Januari 2008

Pohan, V.Y. (2007). *Laporan Kegiatan Residensi Di Rumah Sakit Bhakti Yudha Depok*. Depok: FIK-UI. Tidak Dipublikasikan.

Robbins, S.P. (2006). *Perilaku Organisasi*. Edisi Bahasa Indonesia. Jakarta: PT INDEKS

Rusmiati. (2006). *Hubungan Lingkungan Organisasi dan Karakteristik Perawat dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUP Persahabatan Jakarta*. Tesis. FIK-UI. Jakarta: Tidak dipublikasikan

Samsudin, S. (2006). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Bandung: Pustaka Setia

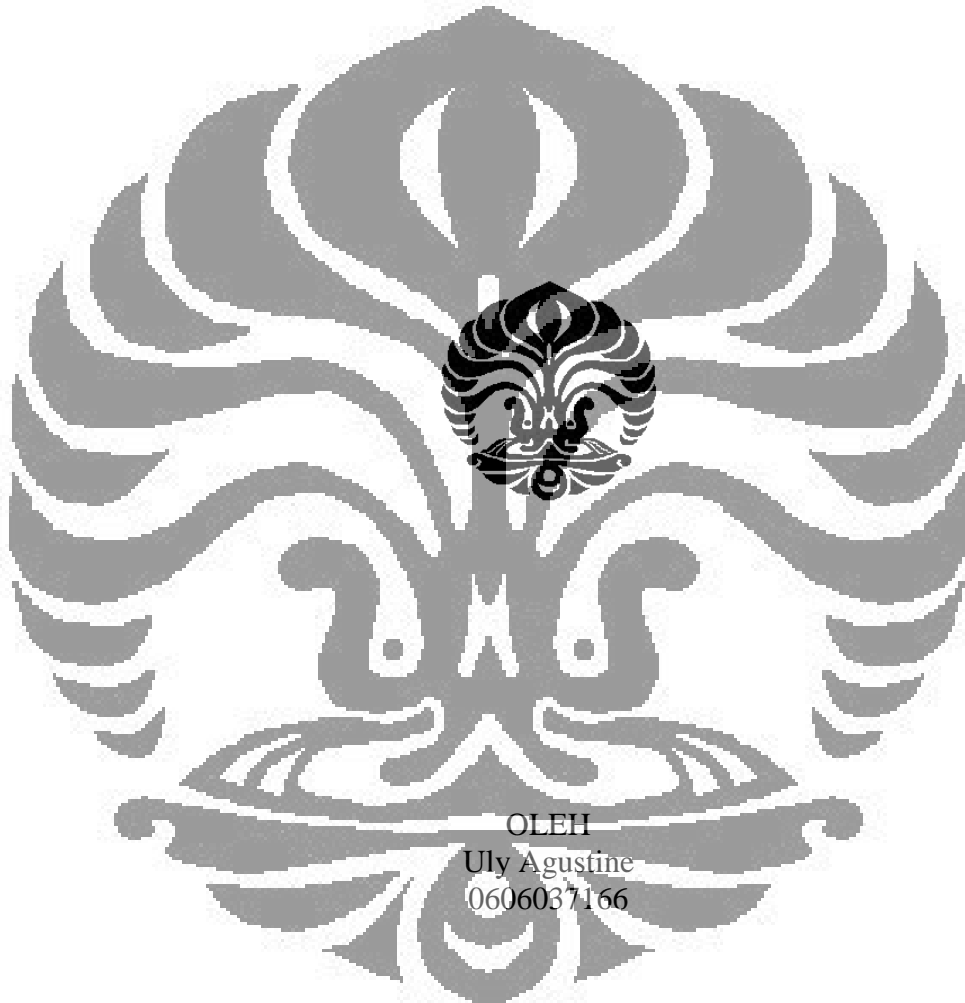
Siagian, S.P. (2003). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Edisi ke-9. Jakarta: Bumi Aksara

Siagian, S.P. (2000). *Teori Pengembangan Organisasi*. Jakarta: Bumi Aksara

- Simamora, R.H. (2005). *Hubungan Persepsi Perawat Pelaksana terhadap Penerapan Fungsi Pengorganisasian yang dilakukan oleh Kepala Ruangan dengan Kinerjanya di Ruang Rawat Inap RSUD Koja Jakarta Utara*. Tesis. FIK-UI. Jakarta: Tidak dipublikasikan
- Simanjuntak, P. (2005). *Manajemen dan Evaluasi Kinerja*. Jakarta: FEUI
- Sugiyono. (1999). *Statistika Penelitian*. Edisi pertama. Bandung: C.V Alfabeta
- Sutarto. (2000). *Dasar-Dasar Organisasi*. Cetakan 20. Yogyakarta: Gajah Mada Press
- Syamsi, I. (2004). *Efisiensi, Sistem, dan Prosedur Kerja*. Jakarta: Bumi Aksara
- Swansburg, R.C. (2000). *Management and Leadership for Nurse Manager*. England: Jones and Barlett Publisher. (Edisi Bahasa Indonesia)
- Tyson, S., & Jackson, T. (2000). *Perilaku Organisasi*. Yogyakarta: Penerbit ANDI.
- Uraian Tugas disampaikan oleh Edi Sumbodo. (2007, <http://209.85.175.104/search?q=cache:uw3cEc9zYJsJ:bankdata.depkes.go.id/da+ta%2520,+¶1>, diperoleh tanggal 6 Januari 2008
- Wibowo (2007). *Manajemen Kinerja*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada
- Widaningsih. (2002). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Perawat Pelaksana di RS Pusat Angkatan Darat Gatot Subroto Jakarta*. Tesis. FIK-UI. Jakarta: Tidak dipublikasikan
- Wijoto, D. (1997). *Manajemen Kepemimpinan dan Organisasi Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press

KUESIONER

HUBUNGAN STRUKTUR ORGANISASI DENGAN
KINERJA PERAWAT DI RUANG RAWAT INAP
RSU BHAKTI YUDHA BARU DEPOK



OLEH
Uly Agustine
0606037166

PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
2008

PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Saya Uly Agustine, NPM 0606037166, mahasiswa Program Pascasarjana Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia bermaksud mengadakan penelitian tentang “Hubungan Restrukturisasi Organisasi dengan Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap RSUD Bhakti Yudha Baru Depok. Data yang diperoleh akan direkomendasikan sebagai landasan rumah sakit dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.

Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan sesuatu yang berdampak negative terhadap perawat maupun institusi. Peneliti sangat menghargai hak-hak responden dengan cara menjamin kerahasiaan identitas dan informasi yang saudara berikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian ini. Untuk itu peneliti sangat mengharapkan partisipasi Bapak/Ibu/Saudara/I dalam penelitian ini dan atas kesediaan serta bantuannya dihaturkan terima kasih.

Depok, April 2008

Peneliti

Uly Agustine

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah membaca penjelasan tentang penelitian di atas, saya memahami bahwa keikutsertaan saya sebagai responden dalam penelitian ini bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan di RSUD Bhakti Yudha Baru Depok. Saya mengerti bahwa peneliti akan menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak sebagai responden dan saya menyadari bahwa penelitian ini tidak berdampak negatif kepada saya.

Dengan menandatangani surat persetujuan ini, maka saya secara sukarela bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Depok, April 2008

Tanda tangan Responden

(.....)

KUESIONER PENELITIAN

KUESIONER A: KUESIONER KARAKTERISTIK PERAWAT

Petunjuk:

1. Pernyataan berikut ini adalah tentang biodata saudara
2. Pernyataan nomor 1 akan diisi oleh peneliti
3. Isilah jawaban pada kotak yang tersedia, yaitu nomor: 2 dan 4
4. Berilah tanda cek (√) pada jawaban yang saudara/i pilih untuk no 3

No	PERNYATAAN	JAWABAN
1	Nomor Responden	
2	Umur tahun
3	Pendidikan	1=SPK/Bidan/2=D-III Kep/3=S-1 Kep
4	Lama Kerja di RSBY tahun
	Lama kerja sebagai perawat tahun

KUESIONER B-1: PERNYATAAN STRUKTUR ORGANISASI UNTUK PERAWAT SUPERVISOR

No	PERNYATAAN	JAWABAN			
		Tdk Pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
1	Manager area membuat pembagian tugas perawat dengan jelas sesuai dengan kebutuhan ruangan				
2	Manager area membuat panduan kerja perawat sesuai standar pelayanan keperawatan yang berlaku saat ini				
3	Saya dapat menyelesaikan tugas-tugas keperawatan yang diberikan				
4	Manager area memberikan beban kerja secara merata kepada perawat di ruangan				
5	Tugas yang diberikan kepada saya sesuai dengan kecakapan saya				
6	Penambahan tenaga keperawatan dilakukan berdasarkan volume kerja				
7	Saya menekankan pengertian akan tanggung jawab yang diberikan kepada bawahan saya				
8	Saya mendapat kepercayaan dalam pengambilan keputusan dengan batas yang jelas berdasarkan kemampuan saya				
9	Manager area memberi pemahaman tentang tugas dan wewenang kepada saya				
10	Saya mendelegasikan tugas kepada perawat berdasarkan kompetensi yang dimiliki perawat tersebut				
11	Menerima pendelegasian tugas atasan merupakan pengalaman berharga bagi saya karena sebagai proses pembelajaran untuk mendapatkan pengalaman lebih banyak				

No	PERNYATAAN	Tidak Pernah	Kadang-Kadang	Sering	Selalu
12	Koordinasi antar unit berjalan dengan baik sehingga sangat mengakomodasi perawat dalam melakukan pelayanan keperawatan				
13	Saya melakukan pertemuan untuk membahas kebutuhan perawat di ruangan terkait pelayanan keperawatan				
14	Pengendalian yang terpadu dalam asuhan keperawatan dikoordinasikan untuk mencapai hasil yang optimal				
15	Dalam menyelaraskan tugas, koordinasi dengan unit lain dapat dilakukan oleh saya untuk mempercepat pemenuhan kebutuhan ruangan				
16	Koordinasi menuntun saya untuk bekerja sama secara serasi dengan tenaga kesehatan lainnya				
17	Saya menepati jadwal waktu kerja sama yang harus dilakukan serempak dan berkesinambungan dalam asuhan keperawatan				
18	Saya melakukan kerja sama dengan tim kesehatan lain berdasarkan prioritas masalah keperawatan klien/keluarga				
19	Struktur organisasi saat ini secara birokrasi memudahkan saya dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan				
20	Pengambilan keputusan dilakukan lebih cepat pada struktur organisasi saat ini				
21	Kebutuhan sarana dan prasarana di ruangan lebih cepat dipenuhi dengan struktur organisasi saat ini				
22	Jika menghadapi permasalahan di ruangan, saya dapat menyampaikannya kepada manager area dengan cepat				
23	Seluruh perawat yang ada di unit kerja saya diawasi oleh saya secara langsung				
24	Manager area melakukan supervisi terhadap pekerjaan saya secara periodik				

No	PERNYATAAN	Tidak Pernah	Kadang-Kadang	Sering	Selalu
25	Saya dapat menyelesaikan tugas-tugas atas perintah atasan berdasarkan tanggung jawab saya sebagai supervisor				
26	Saya melakukan supervisi asuhan keperawatan yang dilakukan oleh pelaksana secara periodik				
27	Saya melakukan supervisi dokumen asuhan keperawatan secara periodik				
28	Saya bertanggung jawab atas asuhan keperawatan yang dilakukan oleh pelaksana dan PJ shift				
29	Saya menyelesaikan tugas sesuai standar waktu yang telah ditetapkan				
30	Saya mengingatkan perawat untuk memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien				
31	Saya menganjurkan perawat untuk saling membantu dalam melaksanakan tindakan keperawatan				
32	Saya mengingatkan perawat untuk melakukan pengecekan terhadap perlengkapan peralatan yang ada di ruangan				

**KUESIONER B-2: PERNYATAAN STRUKTUR ORGANISASI UNTUK PERAWAT
PJ SHIFT**

No	PERNYATAAN	JAWABAN			
		Tdk Pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
1	Saya mendapat pembagian tugas yang jelas sebagai penanggung jawab shift				
2	Saya mengerjakan tugas yang diberikan semaksimal mungkin dengan penuh tanggung jawab				
3	Saya menyelesaikan tugas keperawatan bekerja sama dengan anggota tim				
4	Supervisor memberikan beban kerja secara merata kepada saya dan sejawat lainnya				
5	Tugas yang diberikan kepada saya sesuai dengan kecakapan saya				
6	Saya mengecek kembali dokumentasi asuhan keperawatan yang dibuat oleh pelaksana				
7	Supervisor menekankan apa yang menjadi tanggung jawab saya sebagai penanggung jawab shift				
8	Saya mendapat penjelasan tentang batas kewenangan sebagai penanggung jawab shift				
9	Saya mendapat kepercayaan dalam pengambilan keputusan dengan batas yang jelas sesuai kemampuan saya				
10	Saya mendelegasikan tugas kepada perawat berdasarkan kompetensi yang dimiliki perawat tersebut				
11	Menerima pendelegasian tugas supervisor merupakan pengalaman berharga bagi saya karena sebagai proses pembelajaran untuk mendapatkan pengalaman lebih banyak				

No	PERNYATAAN	Tidak Pernah	Kadang-Kadang	Sering	Selalu
12	Koordinasi antar unit di rumah sakit ini mempercepat pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana di ruangan				
13	Supervisor melakukan pertemuan untuk membahas kebutuhan perawat di ruangan terkait pelayanan keperawatan				
14	Supervisor meminta penjelasan kepada perawat jika ada keluhan dari klien ataupun keluarga				
15	Supervisor melibatkan saya dalam membuat jadwal dinas perawat di ruangan saya setiap bulan				
16	Supervisor mengizinkan perawat untuk tukar dinas dengan teman lain jika ada keperluan mendadak				
17	Supervisor menentukan jumlah perawat setiap shift sesuai dengan jumlah pasien berdasarkan tingkat ketergantungan				
18	Saya melakukan kerja sama dengan tim kesehatan lain berdasarkan prioritas masalah keperawatan klien/keluarga				
19	Struktur organisasi saat ini secara birokrasi memudahkan saya dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan				
20	Pengambilan keputusan untuk pemenuhan kebutuhan ruangan melalui birokrasi yang pendek				
21	Dengan struktur organisasi saat ini, proses pemenuhan kebutuhan sarana prasarana di ruang rawat dilakukan lebih cepat				
22	Jika menghadapi permasalahan di ruangan dengan mudah saya dapat menyampaikannya kepada supervisor				
23	Supervisor melakukan supervisi dokumen asuhan keperawatan yang dibuat oleh pelaksana				
24	Supervisor melakukan supervise tindakan terhadap pelaksana secara random				

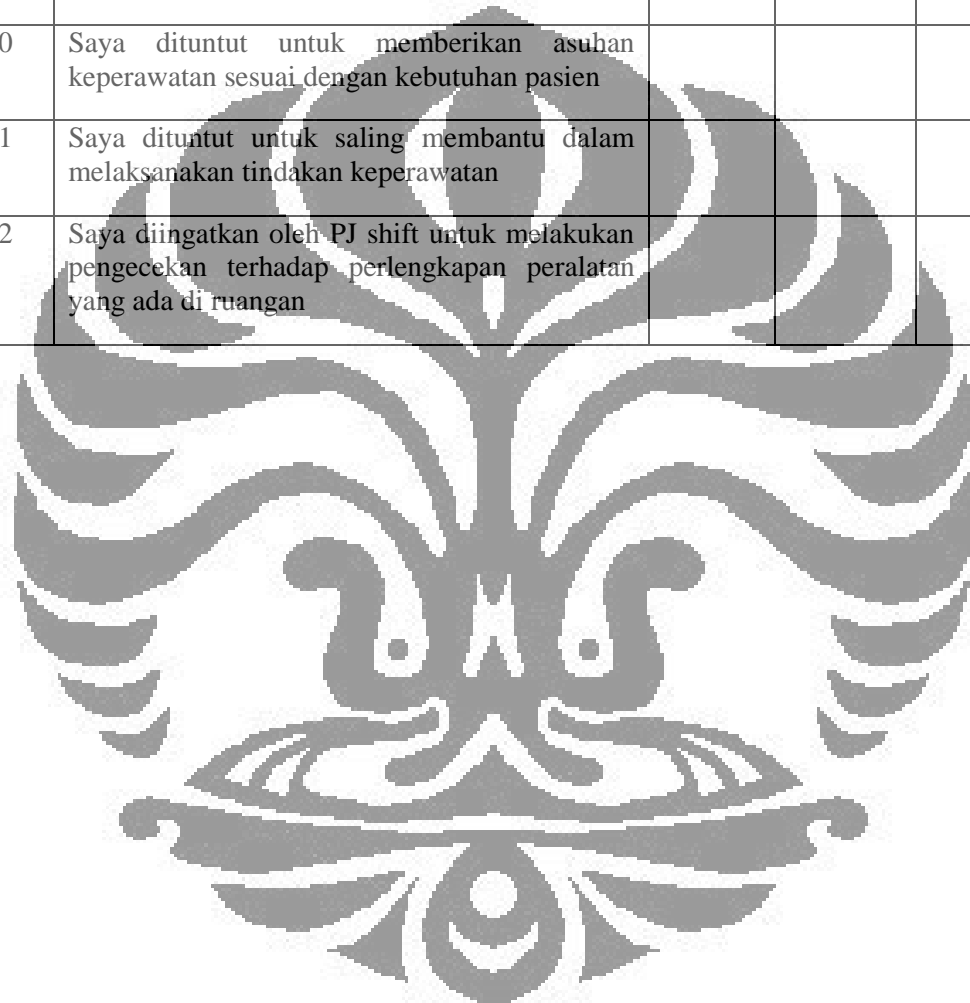
No	PERNYATAAN	Tidak pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
25	Saya dapat menyelesaikan tugas-tugas atas perintah atasan berdasarkan tanggung jawab saya dalam asuhan keperawatan				
26	Saya mendapatkan supervisi secara teratur dari supervisor seminggu sekali				
27	Supervisor memberikan masukan atas dokumentasi asuhan keperawatan yang saya buat				
28	Saya bertanggung jawab atas asuhan keperawatan yang saya kerjakan				
29	Saya menyelesaikan tugas sesuai standar waktu yang telah ditetapkan				
30	Saya menganjurkan perawat untuk memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien				
31	Saya menganjurkan perawat untuk bekerja sama sebagai satu tim dalam melaksanakan asuhan keperawatan				
32	Saya mengingatkan perawat untuk melakukan pengecekan terhadap perlengkapan peralatan yang ada di ruangan				

KUESIONER B-3: PERNYATAAN STRUKTUR ORGANISASI UNTUK PERAWAT PELAKSANA

No	PERNYATAAN	JAWABAN			
		Tdk Pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
1	Saya menerima pembagian tugas yang jelas dari perawat penanggung jawab Shift (PJ shift)				
2	Saya mengerjakan tugas yang diberikan dengan senang hati				
3	Saya dapat menyelesaikan tugas yang menjadi tanggung jawab saya dengan tepat waktu				
4	Saya mendapat bimbingan dari perawat PJ shift dalam melakukan tindakan keperawatan				
5	Tugas yang diberikan kepada saya sesuai dengan kecakapan saya				
6	PJ shift menugaskan saya untuk melakukan dokumentasi asuhan keperawatan				
7	PJ shift menekankan pengertian akan tanggung jawab, tugas yang diberikan kepada saya				
8	Saya mendapat penjelasan tentang batas-batas kewenangan yang saya miliki				
9	Saya mendapat kepercayaan dalam wewenang pengambilan keputusan dengan batas-batas yang jelas berdasarkan kemampuan saya				
10	Saya mendapat pendelegasian tugas dari PJ shift berdasarkan kemampuan yang saya miliki				
11	Menerima pendelegasian tugas PJ shift merupakan pengalaman berharga bagi saya karena sebagai proses pembelajaran untuk mendapatkan pengalaman lebih banyak				
12	Koordinasi antar unit di rumah sakit ini mempercepat pemenuhan kebutuhan peralatan di ruangan				

No	PERNYATAAN	Tidak Pernah	Kadang-Kadang	Sering	Selalu
13	Supervisor melakukan pertemuan untuk membahas kebutuhan perawat di ruangan terkait pelayanan keperawatan				
14	Supervisor meminta penjelasan kepada perawat jika ada keluhan dari klien ataupun keluarga				
15	Supervisor memperhatikan kebutuhan libur saya				
16	Supervisor mengizinkan saya untuk tukar dinas dengan teman lain jika saya ada keperluan mendadak				
17	Supervisor menentukan jumlah perawat setiap shift berdasarkan tingkat ketergantungan klien				
18	Saya melakukan kerja sama dengan tim kesehatan lain berdasarkan prioritas masalah keperawatan klien/keluarga				
19	Struktur organisasi saat ini secara birokrasi memudahkan saya dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan				
20	Pengambilan keputusan dilakukan lebih cepat pada struktur organisasi saat ini				
21	Kebutuhan sarana dan prasarana di ruangan lebih cepat dipenuhi dengan struktur organisasi saat ini				
22	Jika menghadapi permasalahan di ruangan dengan mudah saya dapat menyampaikannya kepada PJ shift				
23	Seluruh perawat yang ada di unit kerja saya diawasi oleh supervisor dibantu oleh PJ shift secara langsung				
24	PJ shift melakukan pengawasan langsung terhadap pekerjaan yang saya lakukan				
25	Saya dapat menyelesaikan tugas-tugas atas perintah PJ shift berdasarkan tanggung jawab saya dalam asuhan keperawatan				
26	Supervisor melakukan supervisi 3x seminggu terhadap aspek yang dilakukan oleh pelaksana				

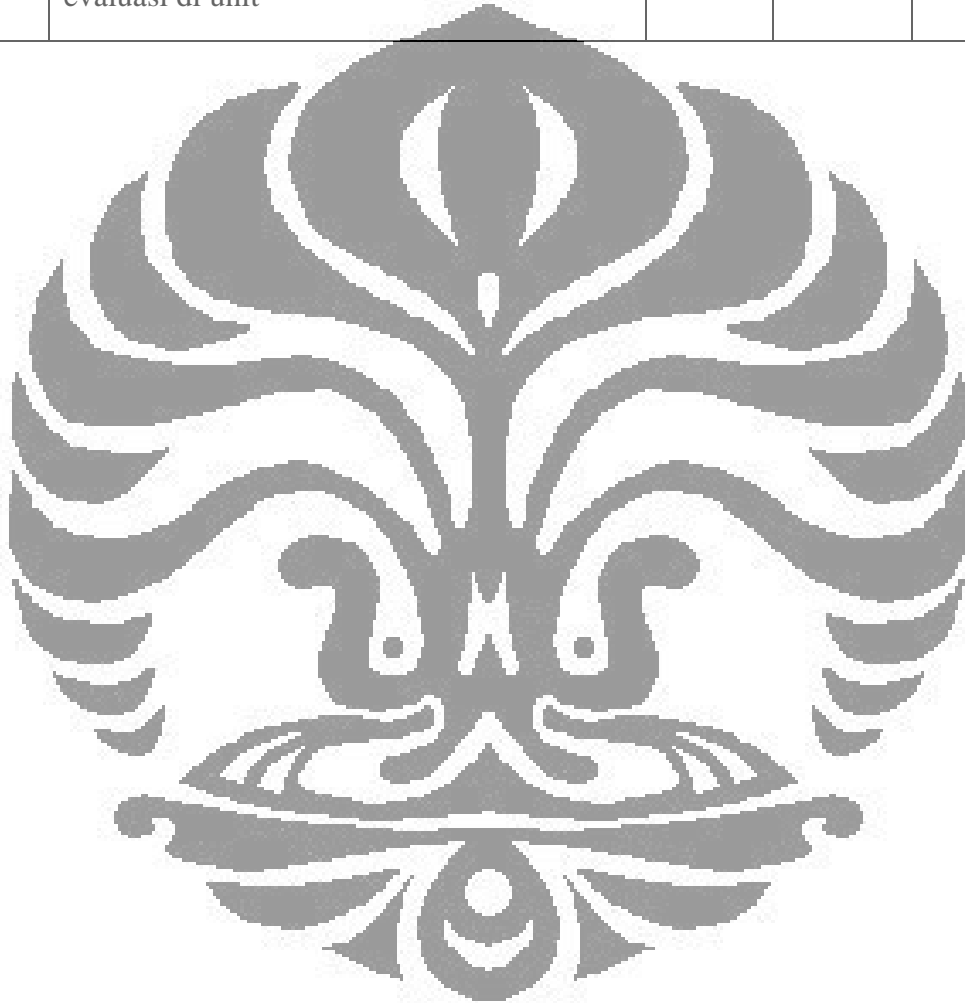
No	PERNYATAAN	Tidak pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
27	Supervisor melakukan supervisi dokumen asuhan keperawatan setiap hari				
28	Saya bertanggung jawab atas asuhan keperawatan hanya kepada Supervisor/PJ shift				
29	Saya menyelesaikan tugas sesuai standar waktu yang telah ditetapkan				
30	Saya dituntut untuk memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien				
31	Saya dituntut untuk saling membantu dalam melaksanakan tindakan keperawatan				
32	Saya diingatkan oleh PJ shift untuk melakukan pengecekan terhadap perlengkapan peralatan yang ada di ruangan				



**KUESIONER C-1: PERNYATAAN TENTANG KINERJA BERDASARKAN URAIAN
TUGAS PERAWAT SUPERVISOR**

No	PERNYATAAN	Tdk Pernah	Kadang- kadang	Sering	Selalu
1	Saya membuat program kerja pelayanan keperawatan secara berkala				
2	Saya melakukan evaluasi pemanfaatan fasilitas dan peralatan setiap bulan				
3	Saya membuat perencanaan kebutuhan operasional medis secara berkala				
4	Saya membuat perencanaan kebutuhan operasional non medis secara berkala				
5	Saya menghitung kebutuhan tenaga di unit rawat inap umum				
6	Saya membuat jadwal dinas perawat setiap bulan di unit pelayanan yang saya pimpin				
7	Saya melakukan supervisi kepada bawahan di tiap ruangan secara bergantian				
8	Saya mengecek kesesuaian jadwal visite dokter setiap hari				
9	Saya menyampaikan laporan harian ke manajer area secara lisan				
10	Saya membuat laporan evaluasi pelayanan setiap bulan				
11	Saya melakukan pertemuan rutin di ruangan untuk pengembangan dan evaluasi mutu pelayanan				
12	Saya berdiskusi dengan bawahan jika menemukan masalah yang dihadapi dalam memberikan asuhan keperawatan				
13	Saya melakukan sosialisasi kebijakan pelayanan rumah sakit kepada unit				

No	PERNYATAAN	Tidak Pernah	Kadang-Kadang	Sering	Selalu
14	Saya menyapa bawahan dengan ramah saat bertemu				
15	Saya membantu manajer area membuat perencanaan di unit				
16	Saya membantu manajer area membuat evaluasi di unit				



**KUESIONER C-2: PERNYATAAN TENTANG KINERJA BERDASARKAN URAIAN
TUGAS PERAWAT PJ SHIFT**

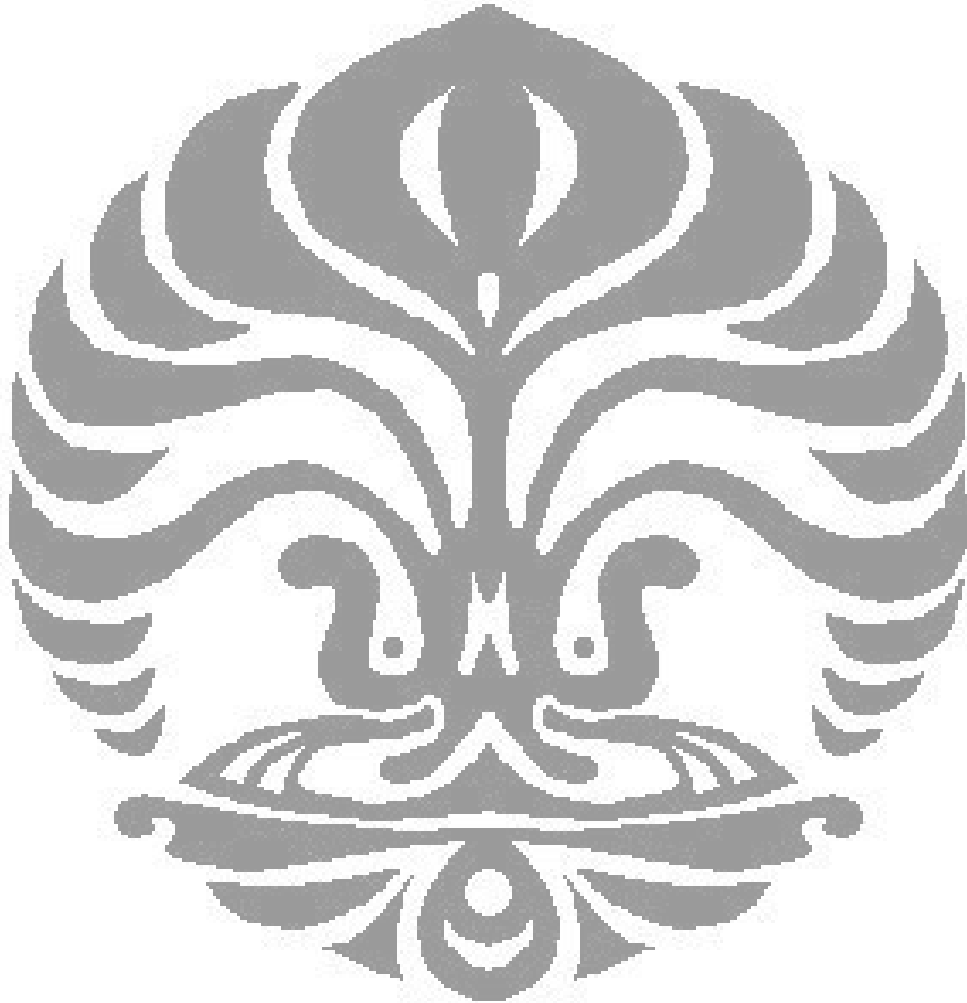
No	PERNYATAAN	Tdk Pernah	Kadang- kadang	Sering	Selalu
1	Saya membantu perawat pelaksana melakukan pengkajian keperawatan				
2	Saya membantu perawat pelaksana menetapkan diagnose keperawatan				
3	Saya membantu perawat pelaksana menyusun rencana keperawatan				
4	Saya membantu perawat pelaksana melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana keperawatan				
5	Saya membantu perawat pelaksana dalam mengevaluasi asuhan keperawatan				
6	Saya mengikuti visite dokter				
7	Saya meminta pelaksana untuk bertanya kepada saya jika menemukan permasalahan dalam melakukan asuhan keperawatan				
8	Saya membereskan peralatan yang digunakan setelah melakukan tindakan keperawatan				
9	Saya mengecek kembali kelengkapan administrasi pasien pulang				
10	Saya mengecek kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di shift saat saya bertugas				
11	Saya membuat laporan tertulis/ <i>check sheet</i> tentang keadaan pasien setiap shift				
12	Saya memberikan informasi tentang kondisi pasien kepada Dokter jaga ruangan				

No	PERNYATAAN	Tdk Pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
13	Saya mengevaluasi kegiatan yang telah direncanakan di shift saat saya bertugas				
14	Saya melakukan overan dari shift saat saya bekerja ke shift berikutnya				
15	Saya membuat laporan tertulis tentang masalah yang ditemui selama melakukan tugas				
16	Saya mengikuti pertemuan rutin jika ditugaskan oleh atasan saya				
17	Saya mengikuti pertemuan non rutin jika ditugaskan				
18	Saya melakukan doa bersama dengan rekan sekerja sebelum memulai pekerjaan				
19	Saya bekerja sama dengan anggota tim dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien di ruang rawat				

**KUESIONER C-3: PERNYATAAN TENTANG KINERJA BERDASARKAN
URAIAN TUGAS PERAWAT PELAKSANA**

No	PERNYATAAN	Tdk Pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
1	Saya menerima pembagian tugas dari supervisor / PJ shift				
2	Saya menerima pasien baru sesuai SOP				
3	Saya melakukan pengkajian keperawatan				
4	Saya menetapkan diagnose keperawatan				
5	Saya menyusun rencana keperawatan				
6	Saya melakukan tindakan keparawatan				
7	Saya melakukan evaluasi asuhan keperawatan				
8	Saya melakukan dokumentasi asuhan keperawatan				
9	Saya menggunakan pertanyaan terbuka kepada pasien jika bertanya tentang keluhan yang dirasakan				
10	Saya melengkapi administrasi pasien pulang				
11	Saya mencatat setiap data pasien ke dalam buku register				
12	Saya mencatat setiap tindakan, pemeriksaan penunjang maupun alkes dan obat pada buku khusus				
13	Saya melakukan overan dengan shift berikutnya				
14	Saya mengikuti pertemuan rutin yang diadakan				
15	Saya mengikuti pertemuan non rutin yang ditugaskan				

No	PERNYATAAN	Tidak Pernah	Kadang-Kadang	Sering	Selalu
16	Saya mendukung atasan saya dalam bekerja				
17	Saya bekerja sama saling membantu dengan rekan sekerja				
18	Mengikuti pelatihan yang ditugaskan RS				



PEDOMAN UMUM OBSERVASI

1. Observer memberikan tanda check list pada objek (dokumen/tindakan) yang diamati.
2. Observasi dilakukan dengan mengacu pada pedoman khusus observasi
3. Observasi tindakan yang sifatnya harian dilakukan 2x yaitu *on the spot* pada saat pengumpulan data dan berikutnya adalah mengikuti jadwal shift perawat yang diamati. Observasi tindakan yang bersifat mingguan dan bulanan dilakukan 1x pada minggu dan bulan berjalan. Observasi dokumen yang sifatnya harian dilakukan 2x, sedangkan yang bersifat mingguan dan bulanan dilakukan pada minggu dan bulan berjalan saat pengumpulan data.
4. Nilai item observasi dijumlahkan secara total dengan mengacu pada jawaban Ya diberi nilai 1 dan jawaban tidak diberi nilai 0.

**PEDOMAN KHUSUS OBSERVASI DOKUMEN UNTUK
KINERJA PERAWAT SUPERVISOR**

No	Keterangan	Nilai	
		Ya = 1	Tidak = 0
1	Supervisor dapat menunjukkan minimal 2 program kerja dengan 1x observasi		
2	Supervisor dapat menunjukkan laporan evaluasi bulan terakhir tentang pemanfaatan fasilitas dan peralatan di unit		
3	Supervisor dapat menunjukkan dokumen tentang perencanaan kebutuhan operasional medis dan non medis		
4	Supervisor dapat menunjukkan dokumen perhitungan kebutuhan tenaga di unitnya dengan 1x observasi		
5	Supervisor dapat menunjukkan jadwal dinas yang dibuatnya pada bulan berjalan		
6	Supervisor dapat menunjukkan laporan harian ke manager area minimal 2x		
7	Supervisor dapat menunjukkan laporan evaluasi pelayanan bulan terakhir minimal 1x		
8	Supervisor dapat menunjukkan daftar hadir pertemuan rutin di ruangan minimal 1x		
9	Supervisor dapat menunjukkan daftar hadir sosialisasi tentang kebijakan dan prosedur pelayanan rumah sakit kepada unit minimal 1x		
10	Supervisor dapat menunjukkan dokumen perencanaan dan evaluasi di unit yang dibuat bersama manager area minimal 1x		

PEDOMAN KHUSUS OBSERVASI TINDAKAN UNTUK
KINERJA PERAWAT SUPERVISOR

No	Keterangan	Nilai	
		Ya = 1	Tidak = 0
1	Supervisor melakukan supervise kepada bawahan minimal 2x		
2	Supervisor mengecek kesesuaian jadwal visite dan tindakan dokter minimal 2x		
3	Supervisor mengajak bawahan secara personal berdiskusi tentang permasalahan yang dihadapi dalam memberikan asuhan keperawatan minimal 1x		
4	Supervisor menyapa bawahan dengan ramah saat bertemu minimal pada 2 orang bawahan		

PEDOMAN KHUSUS OBSERVASI DOKUMEN UNTUK
KINERJA PERAWAT PJ SHIFT

No	Keterangan	Nilai	
		Ya = 1	Tidak = 0
1	PJ shift menunjukkan laporan tertulis/ <i>check sheet</i> tentang keadaan pasien setiap shift minimal 2x		
2	PJ shift dapat menunjukkan laporan evaluasi kegiatan yang telah direncanakan di setiap shift minimal 2x		
3	PJ shift dapat menunjukkan dokumen laporan tertulis tentang masalah yang ditemui dalam pelayanan keperawatan minimal 1x		
4	PJ shift dapat menunjukkan daftar hadir pertemuan rutin jika ditugaskan minimal 1x		
5	PJ shift dapat menunjukkan daftar hadir pertemuan tidak rutin jika ditugaskan minimal 1x		

**PEDOMAN KHUSUS OBSERVASI TINDAKAN UNTUK
KINERJA PERAWAT PJ SHIFT**

No	Keterangan	Nilai	
		Ya = 1	Tidak = 0
1	PJ shift menunjukkan tindakan membantu perawat pelaksana dalam melakukan pengkajian minimal 2x		
2	PJ shift menunjukkan tindakan membantu perawat pelaksana dalam menetapkan diagnose keperawatan minimal 2x		
3	PJ shift menunjukkan tindakan membantu perawat pelaksana dalam merencanakan tindakan keperawatan minimal 2x		
4	PJ shift menunjukkan tindakan membantu perawat pelaksana dalam melakukan tindakan keperawatan misalnya dalam pemasangan infus sesuai SOP minimal 2x		
5	PJ shift menunjukkan tindakan membantu perawat pelaksana dalam melakukan evaluasi asuhan keperawatan minimal 2x		
6	PJ shift menunjukkan tindakan mengikuti visite dokter minimal 2x		
7	PJ shift menunjukkan perilaku bertanya kepada rekan sekerja jika ada hal yang tidak jelas tentang asuhan keperawatan minimal 2x		
8	PJ shift menunjukkan tindakan membersihkan dan merapikan peralatan yang digunakan setelah melakukan tindakan keperawatan minimal 2x		
9	PJ shift menunjukkan tindakan mengecek kelengkapan administrasi pasien pulang minimal 1x		
10	PJ shift menunjukkan tindakan mengecek kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan minimal 2x		
11	PJ shift dapat menunjukkan tindakan memberikan informasi tentang kondisi pasien kepada Dokter jaga ruangan minimal 1x		
12	PJ shift dapat menunjukkan tindakan overan setiap shift ke shift berikutnya minimal 2x		
13	Pada 1x observasi PJ shift memimpin atau mengikuti doa bersama		

**PEDOMAN KHUSUS OBSERVASI DOKUMEN UNTUK
KINERJA PERAWAT PELAKSANA**

No	Keterangan	Nilai	
		Ya = 1	Tidak = 0
1	PP dapat menunjukkan dokumen pengkajian kepada pasien minimal 2 pasien dengan 2x observasi		
2	PP dapat menunjukkan dokumen diagnose keperawatan pada 2 pasien, masing-masing 2 diagnosa, dengan 2x observasi		
3	PP dapat menunjukkan dokumen rencana keperawatan sesuai diagnose keperawatan pada 2 pasien, masing-masing 3 intervensi, dengan 2x observasi		
4	PP dapat menunjukkan dokumen tindakan keperawatan tindakan sesuai rencana keperawatan pada 2 pasien, masing-masing 3 tindakan, dengan 2x observasi		
5	PP dapat menunjukkan dokumen evaluasi asuhan keperawatan minimal 2 aspek pada 2 pasien dengan 2x observasi		
6	PP dapat menunjukkan kelengkapan dokumen administrasi pasien pulang minimal 1 pasien		
7	PP dapat menunjukkan dokumen data pasien dalam buku register minimal 2 pasien dengan 1x observasi		
8	PP dapat menunjukkan catatan tindakan, pemeriksaan penunjang maupun alkes dan obat pada buku khusus minimal 1x observasi		
9	PP dapat menunjukkan daftar hadir pertemuan rutin yang diadakan dan ditugaskan minimal 1x		
10	PP dapat menunjukkan daftar hadir pertemuan non rutin yang ditugaskan minimal 1x		

**PEDOMAN KHUSUS OBSERVASI TINDAKAN UNTUK
KINERJA PERAWAT PELAKSANA**

No	Keterangan	Nilai	
		Ya = 1	Tidak = 0
1	PP dapat menunjukkan kesiapan saat diberi tugas oleh PJ shift dan supervisor minimal 1x		
2	PP menunjukkan tindakan menerima pasien baru minimal 1x		
3	PP menunjukkan perilaku bertanya kepada pasien tentang keluhan yang dirasakan minimal 1x		
4	PP melakukan overan dengan shift berikutnya minimal 1x		
5	PP menjaga keharmonisan dengan atasan dan teman sekerja dengan doa bersama sebelum bekerja minimal 1x observasi		
6	PP mengikuti pelatihan yang ditugaskan di dalam atau di luar RS minimal 1x		

Nama Ruangan :

Inisial Responden :

Waktu Observasi :

LEMBAR OBSERVASI DOKUMEN

LO-1: Kinerja berdasarkan uraian tugas Supervisor Rawat Inap Umum

No	Objek Observasi	O ke-1		O ke-2		Keterangan
		Y	T	Y	T	
1	Membuat program kerja untuk unit pelayanan			=	=	Dokumen
2	Mengevaluasi pemanfaatan fasilitas dan peralatan di unit setiap bulan			=	=	Dokumen
3	Membuat perencanaan kebutuhan operasional medis dan non medis			=	=	Dokumen
4	Menghitung kebutuhan tenaga di unit rawat inap umum			=	=	Dokumen
5	Membuat jadwal dinas di unit pelayanan			=	=	Dokumen
8	Membuat laporan harian ke manajer area					Dokumen
9	Membuat laporan evaluasi pelayanan setiap bulan			=	=	Dokumen
10	Melakukan pertemuan rutin di ruangan untuk pengembangan dan evaluasi mutu pelayanan			=	=	Daftar Hadir Pertemuan
12	Melakukan sosialisasi kebijakan dan prosedur pelayanan rumah sakit kepada unit			=	=	Daftar Hadir Sosialisasi
14	Membantu manajer area membuat perencanaan dan evaluasi di unit			=	=	Dokumen

Nama Ruangan :

Inisial Responden :

Waktu Observasi :

LEMBAR OBSERVASI TINDAKAN

LO-1: Kinerja berdasarkan uraian tugas Supervisor Rawat Inap Umum

No	Objek Observasi	O ke-1		O ke-2		Keterangan
		Y	T	Y	T	
1	Melakukan supervisi kepada bawahan di tiap ruangan secara bergantian.					Tindakan
2	Mengecek kesesuaian jadwal visite dan tindakan dokter setiap hari					Tindakan
3	Mengajak bawahan secara personal berdiskusi tentang permasalahan yang dihadapi dalam memberikan asuhan keperawatan					Tindakan
4	Menyapa bawahan dengan ramah saat bertemu					Tindakan

Nama Ruangan :

Inisial Responden :

Waktu Observasi :

LEMBAR OBSERVASI DOKUMEN

LO-2: Kinerja berdasarkan uraian tugas Penanggung Jawab Shift

No	Objek Observasi	O ke-1		O ke-2		Keterangan
		Y	T	Y	T	
1	Membuat laporan tertulis/ <i>check sheet</i> tentang keadaan pasien setiap shift					Dokumen
2	Melaporkan evaluasi kegiatan yang telah direncanakan di setiap shift					Dokumen
3	Membuat laporan tertulis tentang masalah yang ditemui dalam pelayanan keperawatan			=	=	Dokumen
4	Mengikuti pertemuan rutin jika ditugaskan			=	=	Daftar hadir pertemuan
5	Mengikuti pertemuan tidak rutin jika ditugaskan			=	=	Daftar hadir pertemuan

Nama Ruangan :

Inisial Responden :

Waktu Observasi :

LEMBAR OBSERVASI TINDAKAN

LO-2: Kinerja berdasarkan uraian tugas Penanggung Jawab Shift

No	Objek Observasi	O ke-1		O ke-2		Keterangan
		Y	T	Y	T	
1	Membantu perawat pelaksana dalam melakukan pengkajian					Tindakan
2	Membantu perawat pelaksana dalam menetapkan diagnose keperawatan					Tindakan
3	Membantu perawat pelaksana dalam merencanakan tindakan keperawatan					Tindakan
4	Membantu perawat pelaksana dalam melakukan tindakan keperawatan misalnya dalam pemasangan infus sesuai SOP					Tindakan
5	Membantu perawat pelaksana dalam melakukan evaluasi asuhan keperawatan					Tindakan
6	Mengikuti visite dokter					Tindakan
7	Menggunakan pertanyaan terbuka kepada rekan sekerja jika ada hal yang tidak jelas tentang asuhan keperawatan					Tindakan
8	Membersihkan dan merapikan peralatan yang digunakan setelah melakukan tindakan keperawatan					Tindakan
9	Mengecek kelengkapan administrasi pasien pulang			=	=	Tindakan
10	Mengecek kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan					Tindakan
11	Memberikan informasi tentang kondisi pasien kepada Dokter jaga ruangan			=	=	Tindakan
12	Melakukan overan setiap shift ke shift berikutnya					Tindakan
13	Menjaga keharmonisan dengan atasan, teman sekerja, dan bawahan dengan doa bersama			=	=	Tindakan

Nama Ruangan :

Inisial Responden :

Waktu Observasi :

LEMBAR OBSERVASI DOKUMEN

LO-3: Kinerja berdasarkan uraian tugas Perawat Pelaksana

No	Objek Observasi	O ke-1		O ke-2		Keterangan
		Y	T	Y	T	
1	Mendokumentasikan pengkajian kepada pasien					Dokumen
2	Mendokumentasikan diagnose keperawatan					Dokumen
3	Mendokumentasikan rencana keperawatan					Dokumen
4	Mendokumentasikan tindakan keperawatan misalnya mengukur tanda-tanda vital					Dokumen
5	Mendokumentasikan evaluasi asuhan keperawatan					Dokumen
6	Melengkapi administrasi pasien pulang			=	=	Dokumen
7	Mencatat setiap data pasien ke dalam buku register			=	=	Dokumen
8	Mencatat setiap tindakan, pemeriksaan penunjang maupun alkes dan obat pada buku khusus			=	=	Dokumen
9	Mengikuti pertemuan rutin yang diadakan dan ditugaskan			=	=	Daftar hadir pertemuan
10	Mengikuti pertemuan non rutin yang ditugaskan			=	=	Daftar hadir pertemuan

Nama Ruangan :

Inisial Responden :

Waktu Observasi :

LEMBAR OBSERVASI TINDAKAN

LO-3: Kinerja berdasarkan uraian tugas Perawat Pelaksana

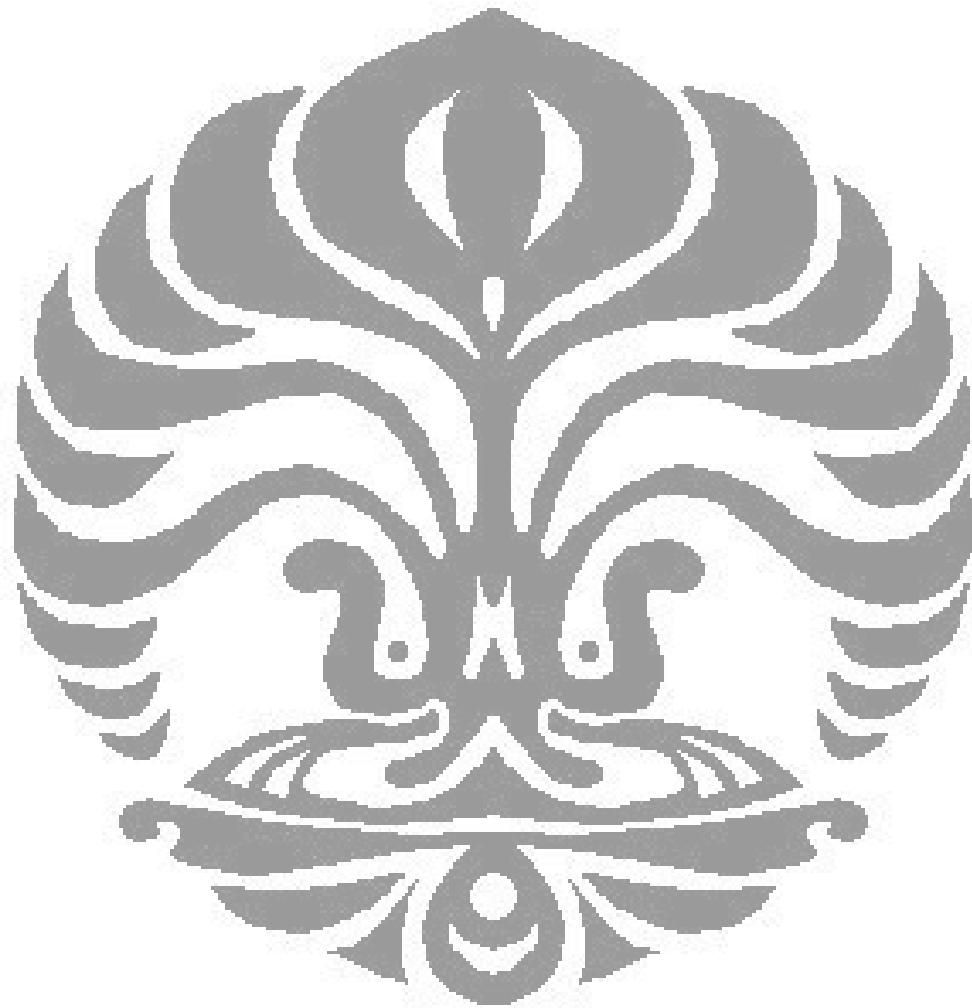
No	Objek Observasi	O ke-1		O ke-2		Keterangan
		Y	T	Y	T	
1	Menunjukkan kesiapan saat diberi tugas oleh PJ shift dan supervisor			=	=	Tindakan
2	Menerima pasien baru			=	=	Tindakan
3	Menggunakan pertanyaan terbuka kepada pasien jika bertanya tentang keluhan yang dirasakan			=	=	Tindakan
4	Melakukan overan dengan shift berikutnya			=	=	Tindakan
5	Menjaga keharmonisan dengan atasan dan teman sekerja dengan melakukan doa bersama sebelum bekerja			=	=	Tindakan
6	Mengikuti pelatihan yang ditugaskan di dalam atau di luar RS			=	=	Tindakan

LAMPIRAN 4

JADWAL KEGIATAN PENELITIAN

4 Februari s.d 11 Juli 2008

Kegiatan	Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Penyelesaian proposal Bab I s.d IV	X	X	X	X	X	X	X	X																
Ujian proposal									X															
Perbaikan Proposal									X															
Uji validitas dan reliabilitas instrumen									X	X														
Pengumpulan data											X	X												
Analisis dan penafsiran data													X	X										
Penulisan laporan																	X	X						
Penulisan 1 draft artikel untuk publikasi																			X					
Ujian hasil penelitian																				X				
Perbaikan thesis																				X				
Sidang thesis																				X				
Perbaikan thesis																					X			
Jilid hard cover dan pengumpulan laporan																								X



HASIL UJI KAPPA

peneliti pelaksana1 * numerator1 Crosstabulation

Count

		numerator1		Total
		0	1	
peneliti	0	3	0	3
pelaksana1	1	0	13	13
Total		3	13	16

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Measure of Agreement	Kappa	1.000	.000	4.000	.000
N of Valid Cases		16			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

peneliti pelaksana2 * numerator2 Crosstabulation

Count

		numerator2		Total
		0	1	
peneliti	0	2	0	2
pelaksana2	1	1	13	14
Total		3	13	16

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Measure of Agreement	Kappa	.765	.221	3.147	.002
N of Valid Cases		16			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

peneliti pelaksana3 * numerator3 Crosstabulation

Count

		numerator3		Total
		0	1	
peneliti	0	2	1	3
pelaksana3	1	0	13	13
Total		2	14	16

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Measure of Agreement	Kappa	.765	.221	3.147	.002
N of Valid Cases		16			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

peneliti pelaksana4 * numerator4 Crosstabulation

Count

		numerator4		Total
		0	1	
peneliti	0	5	0	5
pelaksana4	1	1	10	11
Total		6	10	16

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Measure of Agreement	Kappa	.862	.132	3.482	.000
N of Valid Cases		16			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

peneliti pelaksana5 * numerator5 Crosstabulation

Count

		numerator5		Total
		0	1	
peneliti	0	3	0	3
pelaksana5	1	0	13	13
Total		3	13	16

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Measure of Agreement	Kappa	1.000	.000	4.000	.000
N of Valid Cases		16			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

peneliti pelaksana6 * numerator6 Crosstabulation

Count

		numerator6		Total
		0	1	
peneliti	0	3	1	4
pelaksana6	1	0	12	12
Total		3	13	16

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Measure of Agreement	Kappa	.818	.173	3.328	.001
N of Valid Cases		16			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Uly Agustine
Tempat, tanggal lahir : Banjar, 10 Agustus 1975
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Staf Pengajar
Unit Kerja : Program Studi Keperawatan Waingapu
Politeknik Kesehatan Kupang
Alamat kantor : Jl Adam Malik No 126 Km 5 Waingapu-Sumba Timur
Alamat rumah : Puri Depok Mas blok N-24 Pancoran Mas-Depok 16436
No HP : 081310900625

Riwayat Pendidikan :

1. TK YWKA Banjar-Ciamis lulus tahun 1981
2. SD Negeri Cikabuyutan I Banjar-Ciamis lulus tahun 1987
3. SMP Negeri I Banjar-Ciamis lulus tahun 1990
4. SMA Negeri 12 Bandung lulus tahun 1993
5. FIK Universitas Indonesia lulus tahun 1999

Riwayat Pekerjaan :

1. Volunteer di World Vision Indonesia 1999-2000
2. Honorer di Akper Depkes Poso-Sulteng Januari-April 2000
3. Calon pegawai PT Askes Indonesia April-Mei 2001
4. Staf pengajar di Prodi Keperawatan Waingapu 1 Desember 2001 s/d sekarang