



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN KUALITAS KEHIDUPAN KERJA
DENGAN KINERJA PERAWAT PELAKSANA
DI RUMAH SAKIT BALI MED DENPASAR TAHUN 2012**

TESIS

Made Ayu Haryati

1006799792

**PROGRAM PASCA SARJANA
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
MEI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN KUALITAS KEHIDUPAN KERJA
DENGAN KINERJA PERAWAT PELAKSANA
DI RUMAH SAKIT BALI MED DENPASAR TAHUN 2012**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar

Magister Administrasi Rumah Sakit

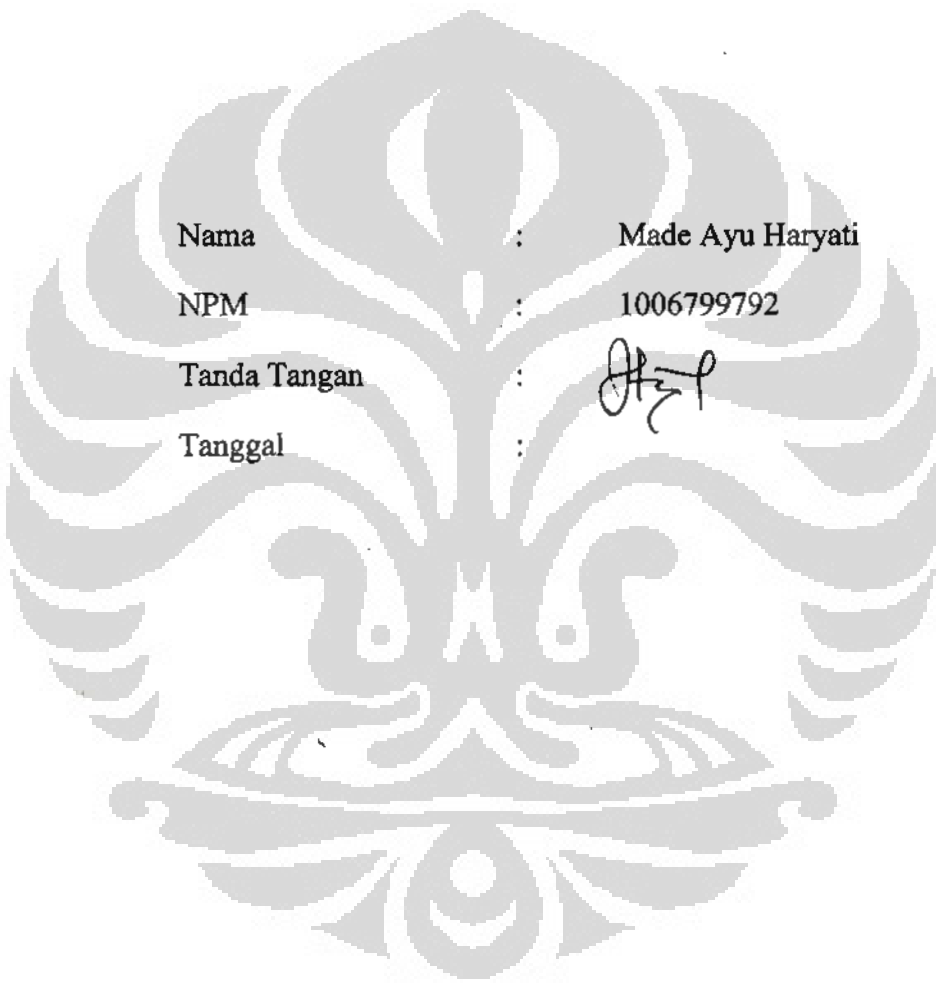
Made Ayu Haryati


1006799792

**PROGRAM PASCA SARJANA
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
MEI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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



Nama : Made Ayu Haryati
NPM : 1006799792
Tanda Tangan : 
Tanggal :

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : MADE AYU HARYATI

NPM : 1006709792

Mahasiswa Program : KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

Tahun Akademik : 2010 - 2012

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi/tesis/disertasi³ saya yang berjudul :

HUBUNGAN KUALITAS KEHIDUPAN KERJA

DENGAN KINERJA PERAWAT PELAKSANA

DI RUMAH SAKIT BALI MED DENPASAR TAHUN 2012

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok,20....



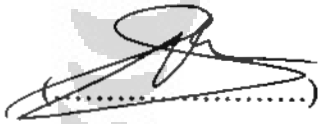
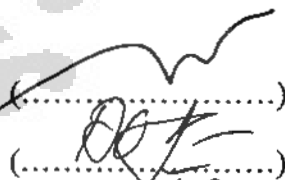
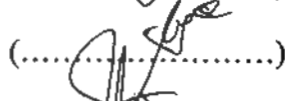


(...MADE AYU HARYATI...)

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Made Ayu Haryati
NPM : 1006799792
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul thesis : Hubungan Kualitas Kehidupan Kerja
Dengan Kinerja Perawat Pelaksana
Di Rumah Sakit Bali Med Denpasar Tahun 2012

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan penguji dan diterima sebagai bagian prasyarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Manajemen Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Drg. Wahyu Sulistiadi, MARS 
Penguji : Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH, PhD 
Penguji : DR. Dra.Dumilah Ayuningtyas, MARS 
Penguji : DR. Budi Hartono, SE, MARS 
Penguji : Mayarni, SKep, MKes 

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 31 Mei Tahun 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan anugerah Nya, sehingga tesis yang merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit, Program Kajian Administrasi Rumah Sakit Pascasarjana Universitas Indonesia, dapat penulis selesaikan sesuai dengan tenggat waktu yang telah ditentukan.

Penyusunan tesis ini tidak lepas dari berbagai kendala, namun dengan dukungan, bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, yang tidak mungkin saya sebutkan satu persatu, sehingga kendala tersebut dapat diatasi. Peneliti memohon maaf sebesar-besarnya dan membuka diri untuk saran dan kritik untuk penelitian ini. Pada kesempatan ini saya ingin sampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang setinggi tingginya kepada:

1. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
2. Drg. Wahyu Sulistiadi. MARS, selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan, bantuan, petunjuk, koreksi, saran, semangat dan tak lupa untuk mengingatkan di sela kesibukannya hingga terselesaikannya penelitian ini.
3. Seluruh Pengajar Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Program Pascasarjana Universitas Indonesia yang telah memberikan pengetahuan dan bimbingannya selama pendidikan berlangsung.
4. Seluruh Staf Administrasi Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia.
5. Suamiku (dr. AA. Gd. Yudi Yunardhana) tercinta yang telah memberikan semangat, bantuan, dan support dalam bentuk moril maupun materil.
6. A.A.A. Nisha Amanda, A.A.I. Shania Kemala, A.A.P. Risma Dhania, anak-anakku pemberi inspirasi dan membuatku tetap semangat untuk berjuang.
7. Ibu mertua (Lilik Sudariah) yang selalu berdoa siang malam untuk anak-anaknya dan memberikan semangat agar senantiasa melakukan yang terbaik dan menjadi sukses.
8. Saudara-saudaraku yang telah membantu dan memberikan spirit.

9. Kepada semua para sahabat sesama peserta program pendidikan E-Learning dan rekan lainnya yang tidak bisa saya sebutkan satu per satu serta semua pihak yang telah membantu kelancaran dalam penyelesaian tesis ini

Kepada mereka semua ini, saya haturkan doa kepada Tuhan Yang Maha Esa agar segala kebaikan yang telah diberikan, akan dibalas oleh Beliau.



Depok, 31 Mei 2012

Penulis,

(Made Ayu Haryati)

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

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

Nama : Made Ayu Haryati
NPM : 1006799792
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

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

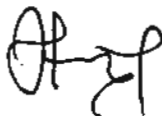
**HUBUNGAN KUALITAS KEHIDUPAN KERJA
DENGAN KINERJA PERAWAT PELAKSANA
DI RUMAH SAKIT BALI MED DENPASAR TAHUN 2012**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini berarti Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data, merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 31 Mei 2012

Yang menyatakan,



(Made Ayu Haryati)

v

Nama : Made Ayu Haryati
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul : Hubungan Kualitas Kehidupan Kerja Dengan Kinerja Perawat Pelaksana Di Rumah Sakit Bali Med Denpasar Tahun 2012

ABSTRAK

Kinerja perawat memiliki peranan penting dalam pemberian pelayanan kesehatan serta keberlangsungan operasional rumah sakit. Tingginya *turn over* perawat di rumah sakit Bali Med dapat berdampak pada kinerja perawat, oleh karena terjadi penggantian perawat yang lama dan sudah handal dengan perawat baru yang kurang berpengalaman. Hingga saat ini rumah sakit Bali Med Denpasar belum memiliki informasi yang lengkap mengenai kinerja perawat dan kualitas kehidupan kerja mereka. Tujuan dilakukannya penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran kinerja perawat, hubungan kualitas kehidupan kerja dengan kinerja perawat serta faktor mana yang paling dominan memiliki pengaruh terhadap kinerja perawat di rumah sakit Bali Med Denpasar. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain *cross sectional*, yang berarti pengukuran variabel bebas dan terikat dilaksanakan pada satu waktu. Populasi penelitian adalah semua perawat pelaksana yang berjumlah 118 orang, menggunakan alat ukur kuesioner. Hasil penelitian menunjukkan faktor yang paling dominan memiliki pengaruh terhadap kinerja perawat adalah pengembangan karir dengan nilai Beta 0,304, ada hubungan signifikan antara kualitas kehidupan kerja dengan kinerja perawat, sebagian besar perawat memiliki kinerja kurang. Peneliti menyarankan adanya pola pengembangan karir tenaga keperawatan, yang bisa dijadikan pedoman didalam peningkatan kompetensi perawat.

Kata Kunci : Kinerja Perawat, Kualitas Kehidupan Kerja

Name : Made Ayu Haryati

Study Program : Hospital Administration Program
Faculty of Public Health Universitas
Indonesia

Title : The Relationship of The Ward
Nurse's Quality of Work Life With
Their Performance In Bali Med
Hospital Denpasar Year 2012

ABSTRACT

The ward nurse's performance plays a vital role in delivering healthcare service and ultimately the sustainability of the hospital. The high nurse turn over rate results in the decrease in the nurse's performance since the more experienced nurses are replaced by the less experienced ones. The ward nurse's performance is so essential that the hospital management holds the responsibility to uphold the ward nurse's quality of work life for keeping up their performance. Bali Med Hospital currently does not have the complete information regarding the ward nurse's performance as well as their quality of work life. The purpose of this study is to figure out the ward nurse's performance, the relationship of the ward nurse's quality of work life with their performance, along with which is the most influential factor on the ward nurse's performance in Bali Med Hospital in Denpasar. This is a cross sectional survey design using questionnaire. The population is each and every ward nurse's with the sum of 118 nurse. The results revealed that the career development is the most influential factor on the ward nurse's performance with standardized regression coefficient of 0,304. The majority of the ward nurse's have the poor performance. This study calls for the initiation of the career development to eventually lower the high nurse turn over rate.

Key words : ward nurse's performance, quality of work life

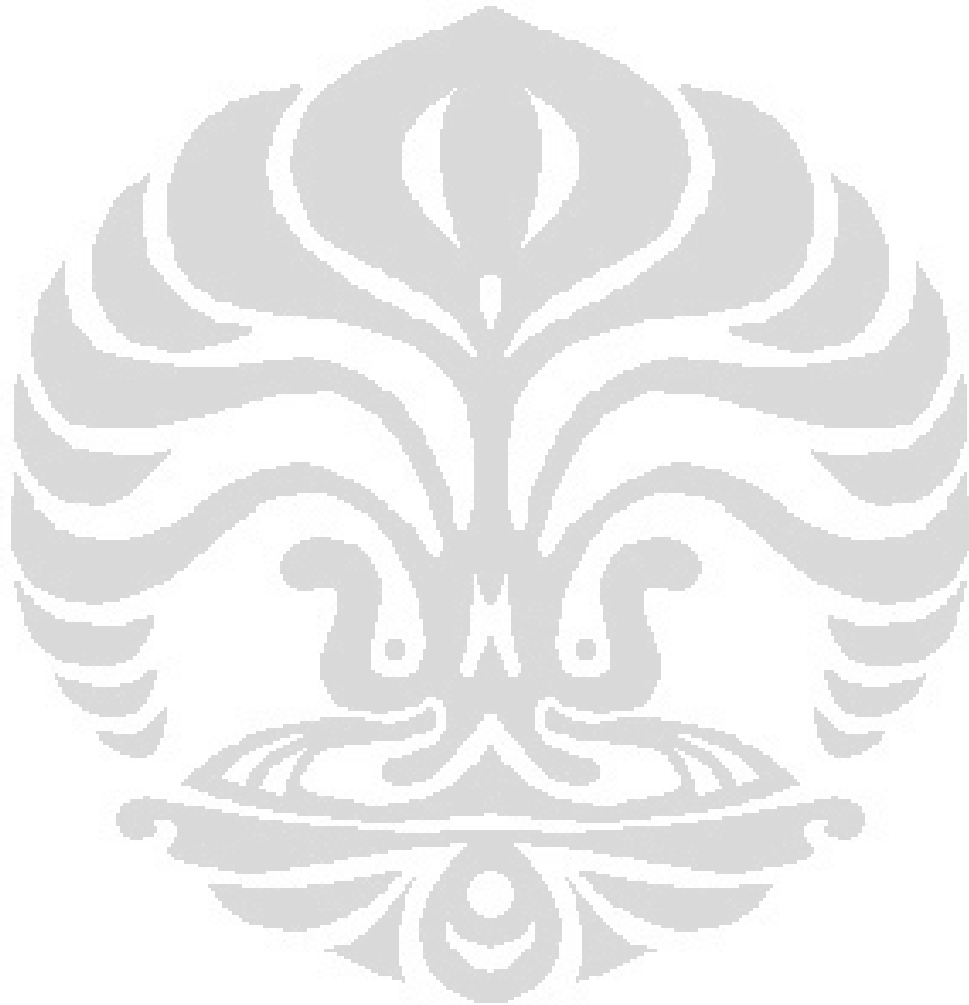
DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	v
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Pertanyaan Penelitian	5
1.4 Tujuan Penelitian	6
1.5 Manfaat Penelitian	6
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	7
2. TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit	8
2.2 Pengertian Kinerja	9
2.3 Pengertian Kualitas Kehidupan Kerja	14
2.4 Hubungan Kualitas Kehidupan Kerja Dengan Kinerja	22
2.5 Manajemen Keperawatan	23
3. GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT BALI MED	31

3.1	Sejarah Rumah Sakit Bali Med	31
3.2	Produk Rumah Sakit Bali Med	32
3.3	Komposisi dan Jumlah Perawat Rumah Sakit Bali Med	35
3.4	Kinerja Rumah Sakit Bali Med	36
4.	KERANGKA KONSEP	40
4.1	Kerangka Teori	40
4.2	Kerangka Konsep	41
4.3	Definisi Operasional	42
4.4	Hipotesis Penelitian	46
5.	METODE PENELITIAN	48
5.1	Desain Penelitian	48
5.2	Lokasi Penelitian	48
5.3	Waktu Penelitian	48
5.4	Populasi Penelitian	48
5.5	Sampel Penelitian	48
5.6	Instrumen Penelitian	49
5.7	Pengumpulan Data	51
5.8	Pengolahan Data	52
6.	HASIL PENELITIAN	55
6.1	Uji Validitas dan Reliabilitas	55
6.2	Pelaksanaan Penelitian	55
7.	PEMBAHASAN	75
7.1	Keterbatasan Hasil Penelitian	75
7.2	Pembahasan hasil Penelitian	75
8.	PENUTUP	85
8.1	Kesimpulan	85
8.2	Saran	85

DAFTAR REFERENSI88

LAMPIRAN

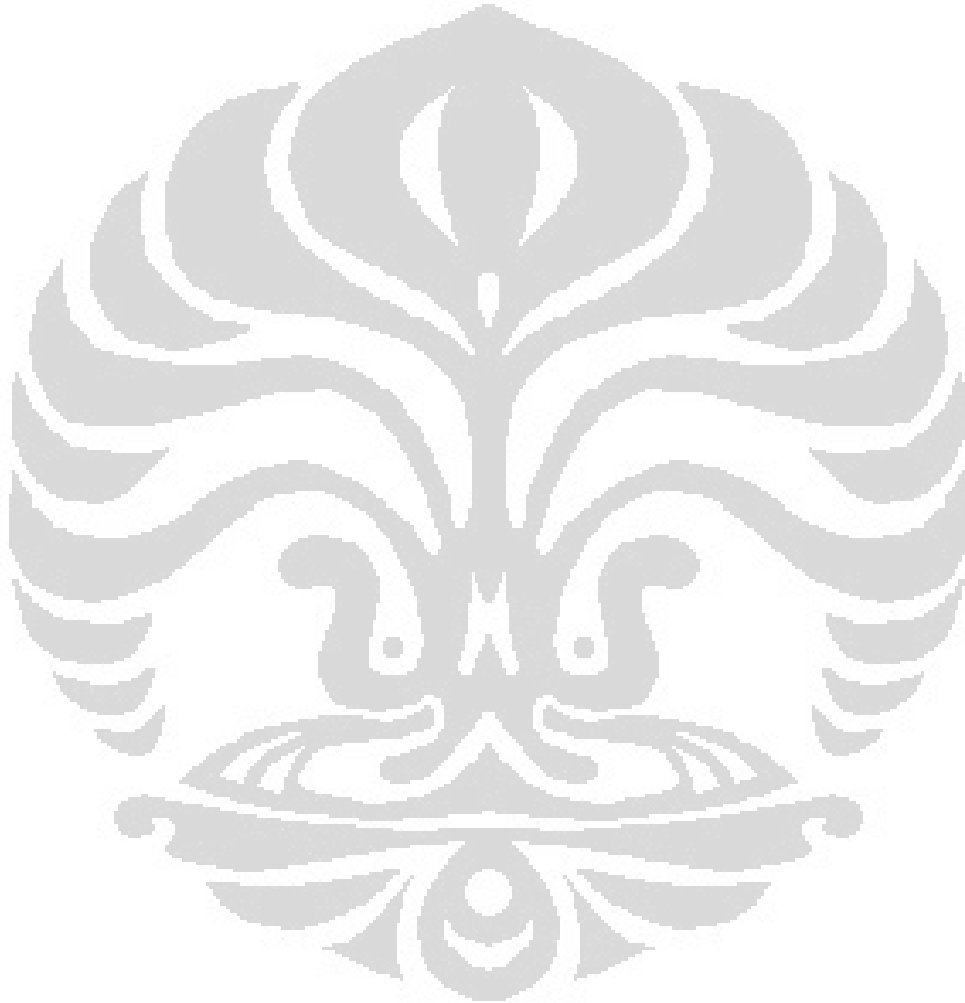


DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Data Jumlah Perawat Rumah Sakit Bali Med Tahun 2009 – 2011.....	35
Tabel 3.2	Kinerja Rumah Sakit Bali Med	36
Tabel 3.3	Data Kunjungan Poliklinik RS Bali Med Tahun 2009 –2011	37
Tabel 3.4	Kinerja Rawat Inap RS Bali Med Tahun 2009 - 2011.....	37
Tabel 3.5	Data Kapasitas Tempat Tidur Instalasi Rawat Inap RS Bali Med	38
Tabel 3.6	Data Kunjungan Pasien Rawat Inap RS Bali Med	39
Tabel 4.1	Definisi Operasional Penelitian	42
Tabel 6.1	Distribusi Usia Responden di RS Bali Med	56
Tabel 6.2	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia	56
Tabel 6.3	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	57
Tabel 6.4	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan	57
Tabel 6.5	Distribusi Statistik Deskriptif Variabel Kualitas Kehidupan Kerja	58
Tabel 6.6	Distribusi Frekuensi Variabel Kualitas Kehidupan Kerja	59
Tabel 6.7	Persepsi Responden Terhadap Faktor Kompensasi	60
Tabel 6.8	Persepsi Responden Terhadap Faktor Komunikasi	61
Tabel 6.9	Persepsi Responden Terhadap Faktor Keselamatan Lingkungan Kerja	62
Tabel 6.10	Persepsi Responden Terhadap Faktor Penyelesaian Masalah	63
Tabel 6.11	Persepsi Responden Terhadap Faktor Keterlibatan Perawat	64
Tabel 6.12	Persepsi Responden Terhadap Faktor Fasilitas Yang Tersedia	65
Tabel 6.13	Persepsi Responden Terhadap Faktor Pengembangan Karir	66
Tabel 6.14	Persepsi Responden Terhadap Faktor Rasa Bangga	66
Tabel 6.15	Persepsi Responden Terhadap Faktor Rasa Aman	67
Tabel 6.16	Distribusi Statistik Deskriptif Variabel Kinerja Perawat	69
Tabel 6.17	Distribusi Frekuensi Variabel kinerja Perawat	69
Tabel 6.18	Hasil Penilaian Kinerja Perawat Pelaksana oleh Kepala ruangan	70
Tabel 6.19	Korelasi Antara Kualitas Kehidupan Kerja Dengan Kinerja Perawat	71
Tabel 6.20	Nilai Koefisien Variabel Kualitas Kehidupan Kerja	73

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Variabel Yang Mempengaruhi Perilaku Dan Prestasi	10
Gambar 4.1	Kerangka Teori	40
Gambar 4.2	Kerangka Konsep	42



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pada era globalisasi ini, rumah sakit harus dapat memberikan nilai lebih kepada pasiennya, baik dalam pelayanan diagnostik dan terapi maupun penunjang lainnya. Nilai lebih kepada konsumen yang dimaksud hanya dapat diberikan jika rumah sakit memiliki sumber daya yang memadai. Hal ini didukung oleh tersedianya sumber dana, sarana dan prasarana pendukung pelayanan serta sumber daya manusia yang kuat, memiliki kemampuan, kepercayaan, wewenang dan tanggung jawab.

Undang-undang No.44 tahun 2009 tentang rumah sakit menyatakan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Menurut Depkes RI (1999), adalah rumah sakit merupakan suatu institusi pelayanan kesehatan perorangan, yang mempunyai sumberdaya manusia (SDM) yang kualitasnya sangat berperan dalam menunjang pelayanan kesehatan tersebut. Salah satu SDM terpenting dalam rumah sakit adalah perawat, karena selain jumlahnya yang dominan (50% - 60% dari seluruh tenaga yang ada), mereka memberikan pelayanan 24 jam sehari, selama 7 hari dalam seminggu serta mempunyai kontak dengan pasien. Menurut UU kesehatan No.36 tahun 2009 tentang kesehatan, perawat adalah mereka yang mempunyai kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimilikinya yang diperoleh melalui pendidikan keperawatan.

Pada kondisi seperti sekarang ini, untuk dapat memberikan pelayanan yang baik dan profesional perlu ditumbuhkan budaya kerja yang baik. Budaya kerja akan mampu muncul dalam kinerja seorang karyawan jika mereka mempunyai dasar nilai-nilai yang baik dan luhur. Kemunculan tersebut didorong

oleh suatu lingkungan kerja yang kondusif. Penting bagi pihak manajemen untuk membuat karyawan merasa nyaman dengan pekerjaan dan lingkungannya sehingga mereka dapat mencapai kinerja terbaik. Sumber daya manusia merupakan faktor yang sangat berharga, oleh karena itu perusahaan bertanggung jawab untuk memelihara kualitas kehidupan kerja dan membina tenaga kerja agar bersedia memberikan sumbangannya secara optimal untuk mencapai tujuan perusahaan (Pruijt, 2003)

Kualitas kehidupan kerja merupakan masalah utama yang patut mendapat perhatian organisasi (Lewis dkk, 2001). Hal ini merujuk pada pemikiran bahwa kualitas kehidupan kerja dipandang mampu untuk meningkatkan peran serta dan sumbangan para anggota atau karyawan terhadap organisasi. Penelitian terdahulu May dan Lau (1999) dalam Anggoro (2006) menemukan, bahwa kualitas kehidupan kerja juga menumbuhkan keinginan para karyawan untuk tetap tinggal dalam organisasi. Hasil penelitian lain juga menunjukkan adanya hubungan positif antara variabel kualitas kehidupan kerja dengan kinerja karyawan. Elmuti dan Kathawala (1997), dalam Anggoro (2006)

Kinerja adalah penampilan hasil karya personel baik kualitas maupun kuantitas dalam suatu organisasi. Kinerja dapat merupakan penampilan individu maupun kelompok kerja personel. Penampilan hasil karya tidak terbatas pada personel yang memegang jabatan fungsional maupun struktural, tetapi juga kepada seluruh jajaran personel di dalam organisasi (Ilyas, 2002).

Ada juga pendapat lain seperti yang dikemukakan oleh Mangkunegara (2006), bahwa kinerja karyawan (prestasi kerja) adalah hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seorang karyawan dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya. Penelitian yang dilakukan terhadap pekerja di Singapura oleh Wyatt dan Wah (2001) menyebutkan, bahwa pekerja ingin diperlakukan sebagai individu yang dihargai di tempat kerja. Kinerja yang bagus akan dihasilkan pekerja jika mereka dihargai dan diperlakukan seperti layaknya manusia dewasa. Ada empat komponen kualitas kehidupan kerja yang dianggap penting bagi pengembangan kualitas

kehidupan kerja bagi pekerja di Singapura, yaitu suasana kerja dan perkembangan karir, dukungan dari pihak manajemen, penghargaan dari perusahaan serta dampak kerja pada kehidupan personal. Ada pula peneliti lain yaitu Cokrodipo (1998) tentang imbalan yang kecil akan mempengaruhi kinerja, juga dalam penelitian yang berbeda oleh Siahaan (2009) menyatakan faktor pengembangan karir dan lingkungan kerja sangat signifikan mempengaruhi kinerja tenaga kesehatan.

Menurut Cascio (2010), ada sembilan komponen dari kualitas kehidupan kerja yaitu : kompensasi, pengembangan karir, lingkungan keselamatan kerja, komunikasi, keterlibatan karyawan, penyelesaian masalah, fasilitas yang tersedia, rasa bangga terhadap institusi dan rasa aman terhadap pekerjaan. Kualitas kehidupan kerja yang baik akan menciptakan sumber daya manusia produktif, berkualitas, mempunyai komitmen dan dedikasi tinggi terhadap pekerjaan, sehingga pada akhirnya diharapkan dapat meningkatkan kinerja karyawan. Menurut William & Keith dalam Anggoro (2006) kualitas kehidupan kerja yang baik, juga mempengaruhi secara langsung motivasi karyawan dan kepuasan kerja sehingga meningkatkan komitmen terhadap pekerjaan serta akan menurunkan angka *turn over* karyawan dan tingkat ketidakhadiran.

Tuntutan dari pihak manajemen rumah sakit seringkali menimbulkan beragam masalah dalam diri karyawan. Masalah-masalah yang sering dihadapi oleh mereka diantaranya, meningkatnya stres kerja, karena dipacu harus selalu maksimal melayani pasien. Bila stres kerja karyawan tersebut tidak segera diatasi, maka berdampak pada perilaku karyawan yang tidak diinginkan pihak rumah sakit, seperti kinerja yang rendah yang dapat berdampak pada turunnya komitmen organisasional, bahkan yang lebih parah lagi adalah meningkatnya perilaku karyawan yang mengarah kepada keinginan untuk meninggalkan organisasi (Kurniasari, 2005). Meningkatnya keinginan keluar karyawan akan menimbulkan dampak negatif bagi organisasi dalam hal ini rumah sakit, seperti menciptakan ketidakstabilan terhadap kondisi tenaga kerja dan peningkatan biaya sumber daya manusia Wening (2005). Hal tersebut menjadikan organisasi tidak efektif karena

organisasi kehilangan karyawan yang berpengalaman dan perlu melatih kembali karyawan yang baru.

Rumah sakit Bali Med mulai beroperasi sejak tanggal 8 Januari 2008. Rumah sakit ini tergolong masih baru, sehingga terus mengadakan perubahan di semua bidang, agar dapat memberikan pelayanan yang baik kepada pasien. Dari data kepegawaian dapat dilihat tingginya angka *turnover* karyawan terutama perawat, seperti tersebut di bawah ini :

Data *Turn Over* Tenaga Perawat di Rumah Sakit Bali Med Denpasar

Th 2009		Jumlah Total	Th 2010		Jumlah Total	Th 2011		Jumlah Total
Perawat			Perawat			Perawat		
Klr (%)	Msk (%)	122	Klr (%)	Msk (%)	158	Klr (%)	Msk (%)	161
18,9	28,7			20,3		42,4		

Sumber : Unit Sumber Daya manusia Rumah Sakit Bali Med

Berdasarkan data kepegawaian pada tabel di atas, dapat dilihat tingginya angka *turn over* perawat di RS Bali Med dari tahun 2009 sampai 2011, dimana berdasarkan angka toleransi *turn over* yaitu: 5% - 10% dari seluruh jumlah perawat (hasil wawancara dari beberapa Kepala Departemen Sumber Daya Manusia rumah sakit swasta di Denpasar). Tingginya jumlah tenaga perawat yang keluar dapat menimbulkan masalah dalam pelayanan kesehatan. Pergantian tenaga perawat yang handal dengan tenaga perawat yang baru yang belum berpengalaman dapat menyebabkan menurunnya kinerja perawat, sehingga kualitas pelayanan akan menurun. Hal ini dapat menjadi permasalahan terhadap kredibilitas rumah sakit.

Menurut peneliti sebelumnya (Prihanjana, 2010) di RS Bali Med Denpasar, alasan karyawan yang telah melakukan *turn over* didapatkan hasil sebagai berikut : karena menjadi pegawai negeri sipil (50%), pindah ke rumah sakit atau kompetitor lain (33%), ikut keluarga (12,50%) dan melanjutkan pendidikan (4,15%). Penyebab beralihnya karyawan menjadi PNS adalah karena

mereka berpendapat, bahwa menjadi pegawai negeri itu beban kerja yang dilaksanakan lebih ringan dibandingkan menjadi pegawai swasta serta adanya jaminan hari tua berupa pensiunan, sedangkan faktor yang menyebabkan karyawan beralih ke kompetitor lain adalah tawaran gaji yang lebih tinggi. Alasan lain keluarnya karyawan RS Bali Med disebabkan karena melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi. RS Bali Med merupakan rumah sakit yang baru berdiri dan masih membutuhkan sumber daya manusia yang banyak, sehingga belum memprioritaskan pada studi lanjut para karyawannya.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan adanya tingginya angka *turn over* perawat di RS Bali Med pada tahun 2011, dari 161 orang, terdapat 13,0% perawat yang keluar dan 14,9% perawat yang masuk, dimana jumlah ini lebih besar dari nilai toleransi *turn over* yaitu : 5% - 10% (hasil wawancara dari beberapa Kepala Departemen Sumber Daya Manusia rumah sakit swasta di Denpasar). Tingginya *turn over* tersebut dapat menurunkan kinerja perawat oleh karena pergantian perawat handal yang keluar dengan perawat yang baru yang belum berpengalaman. Selain itu ada juga beberapa faktor yang ikut berperan didalam peningkatan *turn over* seperti kompensasi yang diterima tidak sesuai dengan beban kerja yang harus dilaksanakan, pengembangan karir dan jaminan hari tua, yang merupakan faktor dari kualitas kehidupan kerja. Oleh karena itulah peneliti ingin melihat bagaimana kualitas kehidupan kerja perawat pelaksana RS Bali Med, apakah ada hubungannya dengan kinerja perawat serta faktor mana dari kualitas kehidupan kerja perawat yang paling berpengaruh terhadap kinerja perawat, mengingat rumah sakit Bali Med belum memiliki informasi tentang kualitas kehidupan kerja, serta informasi mengenai hubungan kualitas kehidupan kerja dengan kinerja perawat.

1.3. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas, maka masalah yang dapat diidentifikasi oleh peneliti adalah :

1.3.1. Bagaimanakah kinerja perawat pelaksana di RS Bali Med

1.3.2 Adakah hubungan kualitas kehidupan kerja (kompensasi, komunikasi, keterlibatan perawat, penyelesaian masalah, keselamatan lingkungan kerja, pengembangan karir, fasilitas yang tersedia, rasa bangga terhadap institusi dan rasa aman terhadap pekerjaan) dengan kinerja perawat pelaksana di RS Bali Med

1.3.3 Faktor kualitas kehidupan kerja yang mana yang paling berpengaruh terhadap kinerja perawat pelaksana di RS Bali Med.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum :

Diperolehnya informasi tentang faktor kualitas kehidupan kerja apa saja yang mempengaruhi kinerja perawat pelaksana di RS Bali Med Denpasar tahun 2012.

1.4.2 Tujuan Khusus :

1.4.2.1 Diperolehnya informasi mengenai kinerja perawat pelaksana di RS Bali Med.

1.4.2.2 Diperolehnya informasi mengenai hubungan kualitas kehidupan kerja (kompensasi, komunikasi, keselamatan lingkungan kerja penyelesaian masalah, keterlibatan perawat, pengembangan karir, fasilitas yang tersedia, rasa bangga terhadap institusi dan rasa aman terhadap pekerjaan) dengan kinerja perawat pelaksana di RS Bali Med)

1.4.2.3 Diperolehnya informasi mengenai faktor kualitas kehidupan kerja yang mana yang paling berpengaruh terhadap kinerja perawat pelaksana di RS Bali Med

1.5 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

Manfaat Aplikatif :

- a) Sebagai bahan pertimbangan bagi manajemen RS Bali Med untuk memberikan kualitas kehidupan kerja yang lebih baik kepada para perawat dalam rangka meningkatkan kinerja.
- b) Sebagai bahan pembelajaran bagi mahasiswa untuk mengaplikasikan ilmu yang telah didapat di bidang Kajian Administrasi Rumah Sakit Universitas Indonesia.
- c) Sebagai bahan informasi bagi peneliti lain yang ingin mengembangkan penelitian mengenai hubungan kualitas kehidupan kerja dengan kinerja perawat pelaksana di rumah sakit Bali Med.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Pebruari tahun 2012. Penelitian ini hanya melihat pada aspek faktor kualitas kehidupan kerja dengan kinerja perawat pelaksana di RS Bali Med Denpasar tahun 2012. Penelitian dilakukan dengan menganalisis data primer yang diperoleh melalui penyebaran kuesioner kepada responden baik untuk variabel bebas maupun variabel terikat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas konsep-konsep yang terkait dengan penelitian antara lain sumber daya manusia (SDM) di rumah sakit salah satunya adalah perawat, kinerja dan kualitas kehidupan kerja.

2.1 Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit

Beberapa ahli mengemukakan pendapat tentang pengertian manajemen sumber daya manusia, namun pada hakekatnya memiliki makna yang sama. Menurut Gomes (2002), manajemen sumber daya manusia adalah pengembangan dan pemanfaatan pegawai bagi pencapaian yang efektif mengenai sasaran-sasaran dan tujuan-tujuan individu, organisasi, masyarakat, nasional dan internasional. Sumber daya manusia (SDM) merupakan elemen organisasi yang sangat penting, juga merupakan pilar utama sekaligus penggerak roda organisasi dalam upaya mewujudkan visi dan misinya, oleh karena itu harus dipastikan sumber daya ini dikelola dengan sebaik mungkin agar mampu memberi kontribusi secara optimal.

Berbeda dengan SDM pada organisasi lainnya, pada rumah sakit terdapat suatu kompleksitas mengenai banyaknya tenaga ahli, yang banyak jenis dan jumlahnya sehingga kerjasama, saling ketergantungan dan saling menghormati profesi menjadi sangat diperlukan. Kesemuanya itu bisa terjadi dengan suatu alat yang disebut manajemen sumber daya manusia. Tujuan manajemen SDM adalah mengelola atau mengembangkan kompetensi personil agar mampu merealisasikan misi organisasi dalam rangka mewujudkan visi (Sabarguna, 2003)

Menurut ahli yang lain yaitu Notoatmodjo (2003) manfaat manajemen SDM bagi kemajuan dan keberhasilan organisasi secara keseluruhan, perlu adanya penilaian terhadap hasil kegiatan tersebut. Rumah sakit merupakan organisasi pelayanan jasa yang mempunyai kespesifikan dalam hal SDM, sarana, prasarana dan peralatan yang dipakai. Sering rumah sakit dikatakan sebagai organisasi yang padat modal, padat SDM, padat teknologi dan ilmu pengetahuan serta padat

regulasi. Padat modal karena rumah sakit memerlukan investasi yang besar untuk memenuhi persyaratan yang ada. Padat SDM karena didalam rumah sakit pasti terdapat berbagai profesi dan jumlah karyawan yang banyak. Padat tehnologi dan ilmu pengetahuan karena di dalam rumah sakit terdapat peralatan yang canggih dan mahal serta kebutuhan berbagai disiplin ilmu yang berkembang dengan cepat. Padat regulasi karena banyak peraturan-peraturan yang mengikat berkenaan dengan syarat-syarat pelaksanaan pelayanan di rumah sakit. Sumber daya manusia yang ada di rumah sakit terdiri dari : tenaga kesehatan yang meliputi medis (dokter), paramedis (perawat) dan paramedis non keperawatan yaitu apoteker, analis kesehatan, asisten apoteker, ahli gizi, fisioterapis, radiographer, perekam medis. Tenaga non kesehatan yaitu bagian keuangan, administrasi, personalia dan lain-lain.

2.2 Pengertian Kinerja

Kinerja adalah penampilan hasil karya personel baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi. 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 personal di dalam organisasi (Ilyas, 2002).

Ada juga pendapat lain seperti yang dikemukakan oleh Mangkunegara (2006), bahwa kinerja karyawan (prestasi kerja) adalah hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seorang karyawan dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya. Masih mengenai pengertian kinerja menurut Depkes (2005), kinerja adalah hasil kerja yang dapat dicapai oleh seseorang atau sekelompok orang dalam suatu organisasi sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya dalam upaya mencapai tujuan organisasi secara legal, tidak melanggar hukum dan sesuai dengan moral dan etika.

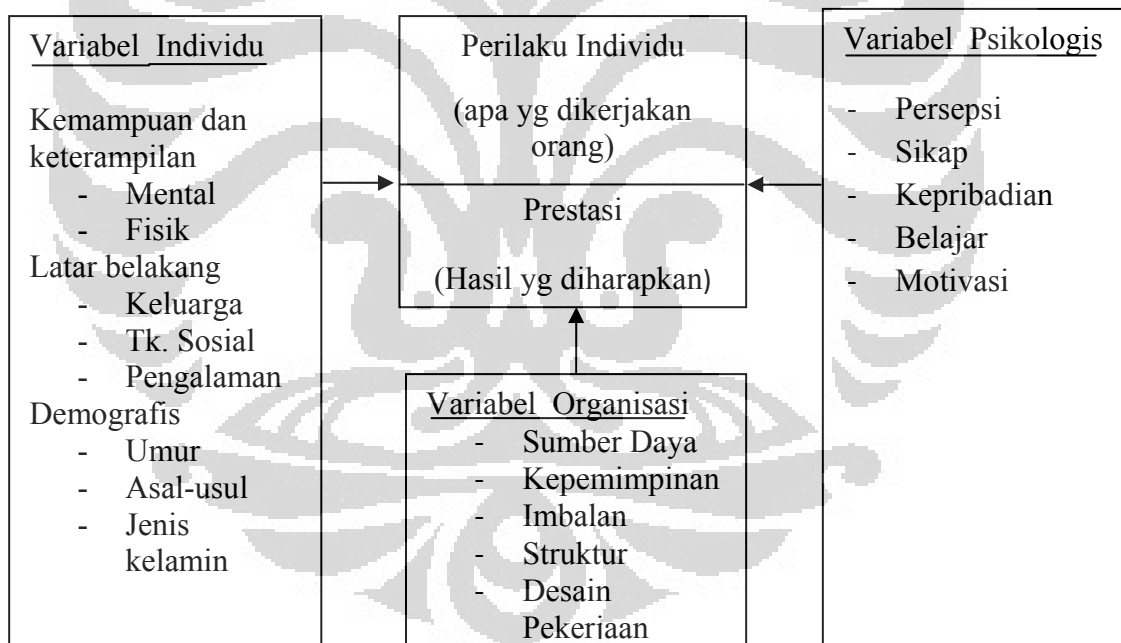
Masih dalam pengertian kinerja menurut Bernadin dan Russel (1993), kinerja adalah catatan tentang hasil-hasil yang diperoleh dari fungsi-fungsi pekerjaan atau kegiatan tertentu selama kurun waktu tertentu, sedangkan menurut

pendapat Guilbert (1997) dalam Burdahyat (2009), kinerja adalah apa yang dapat dikerjakan seseorang sesuai dengan bidang, tugas dan fungsinya.

2.2.1 Penilaian Kinerja

Menurut Gibson (1996), ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku individu yaitu variabel individu, psikologis dan keorganisasian. Di dalam setiap variabel ada sejumlah sub variabel contohnya, variabel individu mencakup kemampuan dan keterampilan, latar belakang dan demografis. Variabel psikologis mencakup tiga sub variabel yaitu, persepsi, sikap dan kepribadian, sedangkan variabel organisasi mencakup sub variabel sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan disain pekerjaan. Pengaruh ketiga variabel tersebut dengan perilaku individu dapat digambarkan dengan skema sebagai berikut :

Gambar 2.1 Variabel Yang Mempengaruhi Perilaku dan Prestasi



Dalam organisasi, variabel individu, keorganisasian dan psikologis tidak hanya mempengaruhi perilaku tetapi juga prestasi. Perilaku yang berhubungan dengan prestasi adalah perilaku yang berkaitan langsung dengan tugas-tugas pekerjaan dan yang perlu diselesaikan untuk mencapai sasaran suatu pekerjaan.

Menurut Simanjuntak (2005) cara pelaksanaan penilaian kinerja terdiri dari :

a. Penilaian oleh atasan langsung

Merupakan cara penilaian yang pelaksanaannya dilakukan oleh atasan langsung. Cara ini umumnya dilakukan secara periodik, diawal tahun atau kapan saja yang diatur secara teratur. Pimpinan mengamati pelaksanaan kerja bawahannya sehari-hari dan bawahan melaporkan hasil kerjanya secara berkala kepada atasan. Namun pada kenyataannya, atasan sering tidak dapat melakukan penilaian dengan model ini disebabkan antara lain: keterbatasan waktu, jumlah karyawan yang banyak, lokasi kerja yang jauh serta sering ada faktor *like* dan *dislike*, dan lain-lain.

b. Evaluasi Diri Sendiri

Penilaian dengan cara penilaian diri sendiri merupakan cara yang banyak memiliki keuntungan :

1. Penilaian sendiri dapat lebih lengkap dan adil oleh karena mengalami sendiri apa yang dilakukannya
2. Penggunaan penilaian sendiri lebih cocok pada kondisi jumlah karyawan yang banyak, lokasi yang terpencar dan kesempatan tatap muka antara atasan dan bawahan jarang.
3. Subyektifitas dari pimpinan dapat dihindari
4. Relatif murah dan cepat
5. Hal-hal yang berkaitan dengan penghambat (kerja) dapat bebas disampaikan
6. Sistem penilaian sendiri mendorong setiap orang untuk memahami apa yang dituntut dari dirinya
7. Sistem penilaian sendiri dapat memberikan pemahaman kepada setiap personal dalam memahami standar penilaian, sehingga dapat diketahui apa keunggulan dan kelemahannya
8. Sistem penilaian sendiri memiliki tendensi untuk terjadinya bias atau hal yang berlebihan, namun hal ini dapat direduksi dengan membuat

daftar isian dan pedoman yang detail, disertai standar atau ukuran yang jelas.

c. Tim Penilai Khusus

Lembaga dalam pelaksanaan penilaian kinerja karyawan terkadang membentuk tim khusus untuk melakukan tugas evaluasi kinerja para personelnnya. Tim yang dibentuk bisa dari internal organisasi atau menugaskan suatu tim yang berasal dari luar organisasi (konsultan). Pada instansi pemerintahan atau perusahaan, tim internal yang dibentuk akan lebih mudah melakukannya di Biro Kepegawaian atau Divisi Sumber Daya Manusia. Tim yang ditunjuk dari luar organisasi (konsultan), dalam melakukan evaluasi kinerja juga mustahil melakukannya sendiri dengan mengamati para personel satu persatu. Mereka juga memerlukan bantuan yang berasal dari berbagai informasi, misalnya laporan, dokumen-dokumen, atasan pekerja, bawahan pekerja, teman sekerja, bahkan jika memungkinkan menggunakan informasi dari pelanggan.

d. Pihak Terkait

Pihak terkait disini yang dimaksud adalah orang-orang yang disekitar pekerja yang biasa memberikan penilaian, misalnya bawahan langsung, teman sekerja, para pelanggan atau masyarakat umum. Dengan dibuat suatu daftar pertanyaan, maka para bawahan dapat memberi nilai kinerja atasannya. Contoh yang serupa dalam keseharian kita adalah mahasiswa yang memberi nilai para dosennya.

2.2.2 Manfaat Penilaian Kinerja

Handoko (2001) menyatakan ada beberapa manfaat penilaian kinerja yaitu :

1. Mengetahui keterampilan dan kemampuan setiap karyawan secara rutin.
2. Penyempurnaan kondisi kerja, peningkatan mutu
3. Mengarahkan jenjang karir

4. Mendorong hubungan sehat antara bawahan dan pimpinan.
5. Mengetahui prestasi karyawan dalam bekerja.
6. Karyawan akan mengetahui kekuatan dan kelemahannya, sehingga dapat memacu perkembangannya.
7. Untuk penelitian dan pengembangan di bidang personalia secara keseluruhan.

Dengan demikian penilaian kinerja dapat dijadikan landasan untuk mengetahui kekurangan dan kelebihan karyawan, sehingga pimpinan dapat memperbaiki demi efektifnya proses manajemen. Penilaian kinerja dapat membuat bawahan mendapat perhatian dari atasannya sehingga dapat memotivasi gairah kerja, memindahkan secara vertikal/horizontal, pemberhentian dan perbaikan mutu karyawan sehingga dapat dipakai dasar penetapan kebijakan program kepegawaian selanjutnya (Hasibuan,2003).

Menurut Aditama (2003) mengatakan, bahwa penilaian kinerja bermanfaat untuk menentukan pemberian penghargaan, kenaikan jabatan, urutan dalam pemberhentian pegawai, identifikasi kebutuhan pelatihan dan membantu pegawai dalam memperbaiki hasil karyanya dalam memberikan umpan balik. Penilaian kinerja yang dilakukan secara teratur bertujuan melindungi perusahaan dalam mencapai tujuannya, karyawan mengetahui posisi dan peranannya dalam menciptakan tercapainya tujuan perusahaan. Masih dalam manfaat penilaian kinerja perawat menurut Murray (1997), adalah mempertahankan perawatan dengan tingkat kompetensi yang aman, memenuhi tujuan organisasi, membantu pengembangan kearah profesionalisme dan mengembangkan ide-ide untuk riset keperawatan klinik.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan, bahwa penilaian kinerja adalah proses penilaian yang dilakukan pemimpin atau atasan untuk mengevaluasi bawahan dengan cara membandingkan antara uraian pekerjaan yang telah disusun sebelumnya (standar kerja) dengan pekerjaan yang dilakukan bawahan dan memberikan umpan balik untuk kesesuaian tingkat kerja.

2.3 Pengertian Kualitas Kehidupan Kerja

Meskipun istilah atau kualitas kehidupan kerja relatif masih baru, dasar-dasar pemikirannya telah dikembangkan bertahun-tahun yang lalu, melalui hasil kerja para ahli perilaku seperti Chris Argyris. Pada saat itu, Argyris berargumentasi, bahwa pada saat orang memasuki alam kedewasaan, mereka mengembangkan kebutuhan untuk mandiri, minat yang lebih luas dan posisi pimpinan dengan kata lain suatu kebutuhan menyeluruh untuk mengendalikan nasib mereka sendiri. Menurut Argyris, para karyawan harus diberikan kebebasan lebih besar, dan pendapat inilah yang kemudian meletakkan dasar bagi pergerakan kualitas kehidupan kerja (Carolina, 2006).

Ada dua pandangan mengenai arti kualitas kehidupan kerja (Cascio, 2010) yaitu pertama sejalan dengan usaha organisasi mewujudkan tujuan organisasinya, seperti kebijakan promosi, supervisi yang demokratis, keterlibatan pegawai dan kondisi kerja yang aman. Pengertian kedua dari kualitas kehidupan kerja menurut Wayne adalah melalui persepsi pegawai. Kualitas kehidupan kerja adalah persepsi pegawai tentang sejauh mana mereka merasa aman, puas terhadap pekerjaan mereka dan mampu tumbuh dan berkembang sebagai manusia. Sementara yang lainnya menyatakan, bahwa kualitas kehidupan kerja adalah persepsi-persepsi karyawan bahwa mereka ingin merasa aman, secara relatif merasa puas dan mendapat kesempatan mampu tumbuh dan berkembang selayaknya manusia. Konsep kualitas kehidupan kerja mengungkapkan pentingnya penghargaan terhadap manusia dalam lingkungan kerjanya (Noor Arifin, 1999).

Menurut Nawawi (2001), dapat dijelaskan bahwa ada sembilan aspek pada sumberdaya manusia yang perlu diciptakan, dibina dan dikembangkan yaitu:

- a. Di setiap lingkungan organisasi atau perusahaan, karyawan memerlukan komunikasi yang terbuka dalam batas-batas wewenang dan tanggung jawab masing-masing. Dengan komunikasi yang lancar maka karyawan akan mendapatkan informasi-informasi penting secara tepat.

- b. Di suatu perusahaan setiap karyawan memiliki kesempatan untuk memberikan sumbangan dalam memecahkan konflik baik di perusahaan maupun konflik antar karyawan dilakukan secara terbuka, jujur, dan adil. Kondisi tersebut sangat berpengaruh pada loyalitas dan dedikasi serta motivasi kerja karyawan.
- c. Di suatu perusahaan setiap karyawan memerlukan kejelasan tentang pengembangan karier mereka dalam menghadapi masa depan. Untuk itu maka ditempuh melalui penawaran kenaikan jabatan, memberi kesempatan mengikuti pelatihan atau pendidikan diluar perusahaan pada lembaga pendidikan yang lebih tinggi.
- d. Di suatu perusahaan, setiap karyawan perlu diikutsertakan dalam proses pengambilan keputusan dan pelaksanaan pekerjaan sesuai dengan posisi kewenangan, jabatan masing-masing.
- e. Di suatu perusahaan, setiap karyawan perlu dibina dan dikembangkan perasaan bangganya pada tempatnya bekerja, termasuk juga pada pekerjaan atau jabatannya.
- f. Di suatu perusahaan setiap karyawan harus memperoleh kompensasi yang adil, wajar dan mencukupi. Untuk itu diperlukan kemampuan menyusun dan menyelenggarakan sistem dan struktur pemberian kompensasi langsung dan tidak langsung demi kesejahteraan kehidupan karyawan sesuai dengan posisi jabatannya.
- g. Setiap karyawan memerlukan keamanan di lingkungan kerja. Untuk itu perusahaan berkewajiban menciptakan dan mengembangkan serta memberi jaminan lingkungan kerja yang aman dengan membentuk komite keamanan lingkungan kerja yang secara terus menerus melakukan pengamatan dan pemantauan kondisi tempat dan peralatan kerja guna menghindari segala sesuatu yang membahayakan para pekerja.
- h. Setiap perusahaan memerlukan rasa aman atau jaminan kelangsungan pekerjaannya. Untuk itu perusahaan perlu berusaha menghindari pemberhentian sementara para karyawan, menjadikan sebagai karyawan tetap dengan memiliki tugas-tugas reguler dan memiliki

program yang teratur dalam memberikan kesempatan karyawan untuk mengundurkan diri, terutama melalui pengaturan pensiun. Setiap karyawan memerlukan perhatian terhadap pemeliharaan kesehatannya, agar dapat bekerja secara efektif, efisien dan produktif.

- i. Di lingkungan suatu perusahaan, setiap dan semua karyawan memerlukan perhatian terhadap pemeliharaan kesehatannya, agar dapat bekerja secara efektif, efisien, dan produktif. Untuk itu perusahaan dapat mendirikan dan menyelenggarakan program pemeliharaan kesehatan, program rekreasi dan program konseling/penyuluhan bagi karyawan.

Masih menurut Nawawi (2001) setiap perusahaan atau organisasi harus mampu menciptakan rasa aman kepuasan dalam bekerja atau disebut dengan *Quality Of Work Life*, agar sumber daya manusia di lingkungan kerjanya menjadi kompetitif.

Tetapi ada juga pendapat lain yang menyatakan, bahwa kualitas kehidupan kerja adalah suatu pendekatan sistem untuk mendesain pekerjaan (*job design*) dan pengembangan dalam ruang lingkup yang luas terutama dalam melakukan *job enrichment* (Sumarsono, 2004). Dengan demikian kualitas kehidupan kerja bukan saja pendekatan yang luas terhadap *job enrichment*, tetapi juga merupakan bidang multi disiplin dan merupakan perpaduan antara disiplin ilmu industri dan psikologi, teori organisasi, motivasi, *leadership* dan *industrial relation*.

Lebih dari 10 atau 15 tahun lalu kegiatan kualitas kehidupan kerja terjadi karena sekelompok peneliti Amerika tertarik tentang cara untuk mempengaruhi kualitas dari pengalaman kerja individu, bagaimana pengaruh pekerjaan terhadap kesehatan dan kepuasan kerja dari para karyawan. Menurut Lee & Yudith (1992) dalam Anggoro (2006), kualitas kehidupan kerja telah memberikan harapan terhadap kepuasan kerja mengenai kebutuhan-kebutuhan personel melalui pengkayaan dan pengalaman dalam organisasi. Filosofi dasar dari konsep tersebut adalah peningkatan kualitas kehidupan kerja berasal dari semua *effort* pada setiap level/tingkatan organisasi untuk mendapatkan sesuatu yang bernilai (*human dignity*) dan pertumbuhan (*growth*).

Beberapa organisasi yang berkeinginan untuk mengembangkan program kualitas kehidupan kerja pertama-tama harus menetapkan tujuan yang ingin diraih dengan program tersebut. Tujuan serta tindakan yang ditetapkan merupakan tanggung jawab manajemen, pekerja, serikat pekerja serta anggota organisasi lain. Siagian (2009) menyatakan bahwa kualitas kehidupan kerja sebagai filsafat manajemen menekankan :

1. Kualitas kehidupan kerja merupakan program yang kompetitif dan mempertimbangkan berbagai kebutuhan dan tuntutan karyawan.
2. Kualitas kehidupan kerja memperhitungkan tuntutan peraturan perundang-undangan seperti ketentuan yang mengatur tindakan yang bersifat diskriminasi, perlakuan pekerjaan dengan cara-cara yang manusiawi dan ketentuan tentang sistem imbalan upah minimum.
3. Kualitas kehidupan kerja mengakui keberadaan serikat pekerja dalam organisasi dan berbagai perannya memperjuangkan kepentingan para pekerja termasuk dalam hal upah atau gaji, keselamatan kerja dan penyelesaian pertikaian perburuhan berdasarkan berbagai ketentuan normatif dan berlaku di suatu wilayah negara tertentu.
4. Kualitas kehidupan kerja menekankan pentingnya manajemen yang manusiawi, yang pada hakekatnya berarti penampilan gaya manajemen yang demokratik termasuk penyelia yang simpatik.
5. Dalam peningkatan kualitas kehidupan kerja peningkatan penghasilan pekerja merupakan bagian integral yang penting.
6. Kualitas kehidupan kerja mencakup pengertian tentang pentingnya tanggung jawab sosial dari pihak manajemen dan perlakuan manajemen terhadap para karyawan yang dapat dipertanggungjawabkan secara etis.

Menurut Cascio (2010) usaha perusahaan untuk memperbaiki kualitas kehidupan kerja adalah usaha untuk memperbaiki komponen berikut ini :

1. Kompensasi yang seimbang (*equitable compensation*)

Sistem imbalan yang diberikan kepada karyawan harus layak, adil dan memadai, artinya imbalan yang diberikan oleh organisasi kepada karyawannya harus memuaskan, sesuai dengan standar hidup karyawan yang bersangkutan

serta sesuai dengan standar pengupahan dan penggajian yang berlaku di pasaran kerja. Menurut Hasibuan (2002) besarnya kompensasi mencerminkan status, pengakuan dan tingkat pemenuhan kebutuhan yang dinikmati oleh karyawan bersama keluarganya. Tujuan pemberian kompensasi adalah :

- a. Ikatan kerjasama antara karyawan dan pemberi kerja
- b. Kepuasan kerja dengan pemenuhan kebutuhan-kebutuhan
- c. Sebagai motivator
- d. Program kompensasi atas prinsip adil dan layak serta eksternal konsistensi yang kompentatif, maka stabilitas karyawan lebih terjamin sehingga *turnover* menjadi menurun
- e. Disiplin karyawan menjadi lebih baik
- f. Menghindarkan karyawan dari pengaruh serikat buruh dan lebih konsentrasi pada pekerjaannya.

2. Komunikasi (*communication*)

Agar komunikasi antar karyawan dengan karyawan, ataupun dengan pihak manajemen menjadi baik perlu dilakukan komunikasi secara terbuka, baik melalui manajemen langsung maupun melalui serikat pekerja ataupun pertemuan grup. Menurut Teguh dan Rosidah (2003) bentuk komunikasi organisasi secara umum dibedakan menjadi dua yaitu komunikasi formal dan non formal. Bentuk komunikasi formal adalah bentuk hubungan komunikasi yang diciptakan secara terencana, melalui jalur-jalur formal dalam organisasi. Bentuk khas dari komunikasi adalah berupa komunikasi tugas. Sedangkan komunikasi non formal komunikasi yang ada diluar struktur, biasanya melalui yang bersifat insidental menurut kebutuhan atau kepentingan interpersonal yang baik atau atas dasar kesamaan kepentingan. Keith Davis dan Newstrom (1996) dalam Ayuningtyas (2007), komunikasi adalah transfer informasi dan pengertian dari satu orang kepada orang lain. Komunikasi merupakan cara menyampaikan gagasan, fakta, pikiran, perasaan dan nilai kepada orang lain. Komunikasi adalah apa yang dipahami penerima, bukan apa yang dikatakan pengirim, karena pentingnya, maka organisasi tidak mungkin berjalan optimal tanpa komunikasi yang baik.

3. Keselamatan lingkungan kerja (*save environment*)

Untuk memelihara kesehatan lingkungan kerja perlu dibentuk komite keselamatan kerja, tim gawat darurat dan program keselamatan. Menurut Hariandja (2002) secara umum kewajiban perusahaan dalam meningkatkan keselamatan kerja terdiri dari :

- a. Memelihara tempat kerja yang aman dan sehat bagi pekerja
- b. Mematuhi semua standar dan syarat kerja
- c. Mencatat semua peristiwa kecelakaan yang terjadi yang berkaitan dengan keselamatan kerja

Davis dan Newstrom (1996) dalam penelitian Ayuningtyas (2007), berpandangan bahwa lingkungan kerja yang nyaman dan kondisi kerja yang manusiawi merupakan prasyarat untuk mencapai kerja yang produktif. Perhatian terhadap lingkungan kerja dapat menumbuhkan semangat dan kecepatan kerja sehingga dapat meningkatkan kerja karyawan.

Menurut Depkes RI (2007), untuk keselamatan lingkungan kerja di rumah sakit perlu dibentuk K3RS. Tujuan umum dibentuknya K3RS adalah terciptanya cara kerja, lingkungan kerja yang sehat, aman, nyaman dan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan karyawan rumah sakit.

Adapun ruang lingkup K3RS (Depkes, 2007) adalah :

1. *Emergency Response Plan* (rencana tanggap darurat) yaitu pelatihan evakuasi dan tanggap darurat secara periodik.
2. *Fire Safety* (keamanan dari ancaman bahaya kebakaran) yaitu : secara pasif diinstal pada bangunan sebagai unsulator dan aktif seperti sprinkle, APAR, Hydran, alat komunikasi, perangkat security.
3. *Patient Safety* (jaminan keamanan pasien, *no INOS, no worry. Easy acces, system friendly*)
4. *Workers Health* (kesehatan pekerja dengan menjamin lingkungan, peralatan, metode, perilaku kerja sehat dan aman.

Beberapa hal strategis yang harus diperhatikan dan dilaksanakan dalam kebijakan keselamatan kerja tersebut, antara lain :

- a. Orientasi karyawan, untuk meningkatkan pengetahuan keselamatan kerja karyawan tersebut
- b. Penggunaan alat pelindung diri
- c. Penataan tempat kerja yang baik dan aman
- d. Pertolongan pertama pada kecelakaan, meliputi latihan, kelengkapan peralatan P3K, pertolongan pada kasus luka dan mengatasi perdarahan, pada kasus patah tulang, terkilir, luka bakar, cedera otot dan persendian serta kasus cedera mata.
- e. Pencegahan kebakaran
- f. Perizinan, yaitu perizinan untuk kegiatan yang dapat menimbulkan sumber nyala api, perizinan untuk penggalan, untuk kelistrikan.

4. Penyelesaian konflik (*conflict resolution*)

Martoyo dalam Ayuningtyas (2007), menyatakan bahwa hubungan kerja yang harmonis merupakan prasyarat untuk mencapai kerja yang produktif. Penyelesaian masalah terhadap konflik di pekerjaan merupakan tanggungjawab bersama, sehingga institusi dituntut senantiasa membuka jalur formal untuk menyampaikan keluhan dan permasalahan yang pegawainya. Untuk menyelesaikan permasalahan yang muncul, sebaiknya pihak manajemen membuka jalur formal untuk menyampaikan keluhan.

5. Keterlibatan karyawan (*employee involvement*)

Para karyawan memiliki kesempatan untuk berpartisipasi atau terlibat dalam pengambilan-pengambilan keputusan yang mempengaruhi langsung maupun tidak langsung terhadap pekerjaan mereka. Kualitas kehidupan kerja tidak dapat didelegasikan secara sepihak oleh manajemen, namun melalui kesepakatan antara atasan dan bawahan. Penelitian yang dilakukan oleh *International Council of Nurses* (2001) dalam Anggoro (2006) yang

menyatakan, bahwa melibatkan partisipasi perawat dalam setiap pengambilan keputusan yang mempengaruhi mereka dan hubungan mereka dengan pekerjaan, tugas dan organisasi rumah sakit akan membuat mereka lebih bertanggung jawab bahkan merasa ikut memiliki terhadap keputusan dimana para perawat telah berpartisipasi

6. Fasilitas yang tersedia (*wellness*)

Perlu adanya jaminan kesehatan, program rekreasi dan program konseling. Menurut Armstrong (2004) konseling adalah setiap aktivitas di tempat kerja dimana seorang individu memanfaatkan serangkaian keterampilan dan teknik untuk membantu individu lainnya memikul tanggung jawab dan mengelola pembuatan keputusan mereka, apakah hal ini terkait dengan pekerjaan atau pribadi khususnya yang berkaitan dengan pengembangan diri.

7. Pengembangan karir (*career development*)

Pengembangan karir/kompetensi mempunyai arti pengembangan tingkat pengetahuan, keterampilan dan sikap atau perilaku yang dimiliki setiap individu dalam melaksanakan tugas organisasi. Para karyawan memiliki kesempatan untuk mengembangkan karir mereka dengan jalan mengadakan pendidikan dan pelatihan, evaluasi kinerja, promosi dan *job binding*. Menurut Ambar Teguh dan Rosidah (2003), manfaat pengembangan karir adalah :

- a. Meningkatkan prestasi pegawai
- b. Meningkatkan loyalitas pegawai sehingga menurunkan keinginan keluar dari rumah sakit
- c. Untuk memotivasi pegawai agar dapat mengembangkan bakat dan kemampuannya
- d. Mengurangi subyektivitas dalam promosi
- e. Memberikan kepastian masa depan
- f. Untuk mendukung usaha organisasi memperoleh tenaga yang cakap dan terampil dalam melaksanakan tugas

8. Rasa bangga terhadap perusahaan (*pride*)

Menurut teori Cascio, bahwa kualitas kehidupan kerja berhubungan kuat melalui faktor rasa bangga terhadap institusi. Tanggungjawab, rasa memiliki dan bangga yang ditunjukkan pegawai terhadap institusinya menentukan komitmen yang tinggi dalam bekerja guna mencapai tujuan organisasi. Untuk meningkatkan rasa bangga karyawan, pihak manajemen tersebut mampu memperkuat identitas dan citra perusahaan, meningkatkan partisipasi masyarakat serta lebih peduli terhadap lingkungannya.

9. Rasa aman terhadap pekerjaan (*job security*)

Menurut Handoko (2001), pengertian rasa aman adalah keadaan karyawan yang bebas dari rasa takut dan bebas dari segala kemungkinan kecelakaan akibat kerja. Contohnya program pensiun dan status pegawai tetap.

Pada organisasi kesehatan, kualitas kehidupan kerja dideskriptifkan mengacu kepada kekuatan dan kelemahan dalam lingkungan kerja keseluruhan. Penampilan organisasi seperti kebijakan dan prosedur, gaya kepemimpinan, semua ini mempengaruhi bagaimana para karyawan melihat kualitas kehidupan kerja mereka. Karena persepsi karyawan memainkan peranan penting dalam keputusan mereka untuk bergabung dalam organisasi, menetap atau meninggalkan organisasi. Oleh sebab itu penting untuk memasukkan persepsi karyawan ketika menilai kualitas kehidupan kerja.

2.4 Hubungan Kualitas Kehidupan Kerja dengan Kinerja

Pada dasarnya kinerja karyawan merupakan merupakan hasil proses yang kompleks, baik yang berasal dari diri pribadi karyawan (faktor internal) maupun upaya strategis dari perusahaan (Kartikandari, 2002). Faktor-faktor internal misalnya motivasi, tujuan, harapan dan lain-lain, sedangkan faktor-faktor eksternal adalah lingkungan fisik dan non fisik perusahaan. Kinerja yang baik tentu saja merupakan harapan bagi semua perusahaan dan institusi yang mempekerjakan karyawan, sebab kinerja karyawan ini pada akhirnya diharapkan dapat meningkatkan kinerja perusahaan secara keseluruhan.

Sumber daya manusia merupakan subyek yang paling berpengaruh bila kualitas kehidupan kerjanya membaik atau memburuk. Dalam organisasi, peran departemen sumber daya manusia memiliki kontribusi yang besar dalam mengatur strategi para pekerja. Menurut Wibowo (2007), bahwa akhir-akhir ini semakin disadari peran sumber daya manusia dan perbaikan terhadap kualitas kehidupan manusia akan dapat meningkatkan produktifitas. Peran sumber daya manusia yang diwujudkan dalam melibatkan karyawan di setiap kegiatan organisasi dengan disertai komitmen dari karyawan untuk melakukan kegiatan tersebut, maka akan menciptakan suatu kondisi kerja yang produktif dengan kinerja yang maksimal. Selain melakukan perbaikan terhadap sumber daya manusianya, kondisi lingkungan kerja yang diperbaiki akan berdampak juga pada tingkat kinerja yang tinggi, sebab pekerja akan merasa nyaman dalam bekerja sehingga bisa mencurahkan segala pikirannya untuk dapat memberikan hasil kinerja yang semakin baik demi tercapainya tujuan organisasi (Yudianto, 2011).

Kualitas kehidupan kerja merupakan masalah utama yang patut mendapat perhatian organisasi (Lewis dkk, 2001). Hal ini merujuk pada pemikiran bahwa kualitas kehidupan kerja dipandang mampu untuk meningkatkan peran serta dan sumbangan para anggota atau karyawan terhadap organisasi.

2.5 Manajemen Keperawatan

Menurut Gillies (1996), manajemen didefinisikan sebagai suatu proses dalam menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain. Sedangkan manajemen keperawatan adalah suatu proses bekerja oleh staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan secara profesional. Manajer keperawatan dituntut untuk merencanakan, mengorganisasikan, memimpin dan mengevaluasi sarana dan prasarana yang tersedia untuk dapat memberikan asuhan keperawatan seefisien dan seefektif mungkin bagi individu, keluarga dan masyarakat.

Praktek keperawatan menurut PPNI (2006) adalah tindakan mandiri perawat profesional melalui kerjasama berbentuk kolaborasi dengan klien dan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai lingkup wewenang dan tanggung jawabnya. Praktek keperawatan menggunakan

pengetahuan teoritik yang mantap dan kokoh dari berbagai ilmu dasar dan ilmu keperawatan sebagai landasan untuk melakukan asuhan keperawatan.

Menurut standar asuhan keperawatan yang disusun oleh Depkes RI tahun 1994 dalam Sumijatun (2010), dijelaskan bahwa dalam melaksanakan prakteknya, seorang perawat dituntut untuk dapat bekerja sesuai dengan yang telah ditentukan. Di Indonesia, kebutuhan adanya standar asuhan keperawatan sebagai pedoman dan sebagai dasar evaluasi pelaksanaan asuhan keperawatan, telah dipenuhi oleh pemerintah dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 660/Menkes/SK/IX/1987, yang dilengkapi dengan Surat Edaran Direktur Jenderal Pelayanan Medik No. 105/Yan Med/RS Umdik/Raw/I/88, tentang penerapan Standar Praktek Keperawatan bagi perawat di rumah sakit. Berdasarkan kedua surat tersebut, dinyatakan bahwa tenaga perawat perlu memperhatikan serta menerapkan Standar Praktek Keperawatan yang telah ditentukan. Lingkup dari standar asuhan keperawatan tersebut meliputi: falsafah, tujuan, pengkajian, diagnose, perencanaan dan intervensi keperawatan, evaluasi keperawatan serta catatan asuhan keperawatan.

Sedangkan menurut Potter dan Perry (2005) dalam Sumijatun (2011), proses keperawatan adalah serangkaian tahapan atau komponen yang mengarah pada pencapaian tujuan yang meliputi : Tahap pengkajian, diagnosa keperawatan , perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1. Tahap Pengkajian

Menurut Kozier, dkk, 1997, pengkajian merupakan tahap pertama dari poroses keperawatan yang mencakup pengumpulan data, penyusunan, validasi dan pencatatan data. Pengkajian dilakukan sebelum penetapan diagnosa keperawatan. Pengkajian merupakan proses yang kontinyu dilakukan pada setiap tahap proses keperawatan. Adapun proses pengkajian mencakup empat kegiatan :

- a. Pengumpulan data
- b. Penyusunan data
- c. Validasi data

d. Pencatatan data

2. Diagnosa Keperawatan

Merupakan langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat terhadap permasalahan kesehatan baik actual maupun potensial. Dimana perawat mempunyai lisensi dan kompetensi untuk mengatasinya. Diagnosa keperawatan digunakan sebagai landasan untuk pemilihan intervensi guna mencapai hasil yang menjadi tanggung jawab perawat. Diagnosa keperawatan perlu dirumuskan setelah melakukan analisa data dari hasil pengkajian untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang melibatkan klien beserta keluarganya. Dengan demikian asuhan keperawatan dapat dilakukan sesuai dengan kebutuhan, yakni memenuhi kebutuhan fisik, emosi/psikologis, tumbuh kembang, pengetahuan/intelektual, sosial dan spiritual yang didapatkan dari pengkajian.

3. Perencanaan

Perencanaan adalah fase proses keperawatan yang sistematis, mencakup pembuatan keputusan dan pemecahan masalah. Perencanaan adalah katagori dan perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada klien dan hasil yang diperkirakan ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut. Dalam perencanaan, perawat merujuk pada pengkajian data klien dan pernyataan diagnostik untuk mengarahkan formulasi tujuan klien dan merancang strategi keperawatan yang diperlukan untuk mencegah, mengurangi atau menghilangkan masalah-masalah kesehatan klien. Selama perencanaan dibuat prioritas, selain itu juga berkolaborasi dengan klien dan keluarganya. Perawat dapat melakukan konsultasi pada tenaga kesehatan lain, telaah literatur yang berkaitan, memodifikasi asuhan dan mencatat informasi yang relevan tentang kebutuhan perawatan kesehatan klien dan penatalaksanaan klinik. Meskipun perencanaan tanggung jawab perawat,

input dari klien dan orang yang mendukung klien penting agar perencanaan efektif.

Proses perencanaan mencakup kegiatan-kegiatan sebagai berikut :

- 1) Membuat prioritas
- 2) Menentukan tujuan klien/hasil yang diharapkan
- 3) Memilih strategi keperawatan
- 4) Membuat rencana keperawatan

4. Implementasi

Secara umum implementasi terdiri dari mengerjakan, mendelegasikan dan pencatatan. Perawat melakukan tindakan sesuai dengan instruksi keperawatan yang dibuat, kemudian mengakhiri langkah implementasi dengan mencatat aktifitas yang dilakukan serta respons klien yang dihasilkan. Proses implementasi terdiri dari :

a. Mengkaji klien kembali

Sebelum melakukan implementasi, perawat harus mengkaji ulang apakah intervensi tersebut masih diperlukan. Meskipun ada instruksi tertulis pada perencanaan keperawatan, situasi dan kondisi pasien bisa berubah, sehingga masih diperlukan data tambahan, karena ada baru dapat mengubah prioritas perawatan atau strategi keperawatan.

b. Menentukan kebutuhan bantuan perawat lain

Pada waktu melakukan tindakan, perawat terkadang memerlukan bantuan seperti : membantu perawat untuk memiringkan pasien karena terlalu gemuk, membantu memiringkan pasien yang mengalami nyeri akut saat bergerak, perawat kurang pengetahuan atau ketrampilan untuk mengimplementasikan kegiatan khusus yang kurang familier misalnya model pengontrol infus yang baru.

c. Mengimplementasikan strategi keperawatan

Setelah mengkaji ulang klien serta menentukan kebutuhan bantuan, perawat mengimplementasikan strategi yang direncanakan. Aktivitas yang dilakukan mencakup komunikasi, melakukan pertolongan sesuai kebutuhan, melakukan edukasi/konseling, bertindak sebagai advokat,

change agent, memimpin dan mengelola. Selain itu juga melakukan aktivitas yang terkait dengan pemberian tugas, pendelegasian tindakan keperawatan, supervisi dan evaluasi pada perawat junior yang berada dibawah tanggung jawabnya.

d. Mengkomunikasikan tindakan-tindakan keperawatan

Komunikasi yang mendorong proses penyembuhan klien disebut dengan komunikasi terapeutik (Depkes, 1997). Komunikasi terapeutik termasuk komunikasi interpersonal dengan titik tolak saling memberikan pengertian antara perawat dengan klien. Persoalan yang mendasar dari komunikasi ini adalah adanya saling membutuhkan antara perawat dan klien.

Adapun tehnik komunikasi terapeutik menurut Stuart (1998) terdiri dari empat fase yaitu :

1. Mendengarkan dengan penuh perhatian, dalam hal ini perawat berusaha mengerti klien dengan cara mendengarkan apa yang disampaikan klien.
2. Menunjukkan penerimaan, menerima tidak berarti menyetujui, menerima berarti bersedia untuk mendengarkan orang lain tanpa menunjukkan keraguan atau ketidaksetujuan.
3. Menanyakan pertanyaan yang berkaitan, yang dimaksud adalah untuk mendapatkan informasi yang spesifik mengenai apa yang disampaikan oleh klien.
4. Mengulangi ucapan klien dengan menggunakan kata-kata sendiri, melalui pengulangan kembali kata-kata klien, perawat memberikan umpan balik, bahwa perawat mengerti perasaan klien dan berharap komunikasi dilanjutkan.
5. Mengklasifikasi, klasifikasi terjadi pada saat perawat berusaha untuk menjelaskan dalam kata-kata, idea atau pikiran yang tidak jelas dikatakan oleh klien.
6. Memfokuskan, metode ini bertujuan untuk membatasi bahan pembicaraan sehingga percakapan menjadi lebih spesifik dan dimengerti.

7. Menyatakan hasil observasi, perawat menguraikan kesan yang ditimbulkan oleh isyarat non verbal klien.
8. Menawarkan informasi, memberikan penyuluhan kesehatan untuk klien yang bertujuan memfasilitasi klien untuk mengambil keputusan.
9. Diam, memungkinkan klien untuk berkomunikasi dengan dirinya sendiri, mengorganisir pikiran dan memproses informasi.
10. Meringkas, adalah pengulangan ide utama yang telah dikomunikasikan secara singkat
11. Memberi penghargaan, penghargaan janganlah sampai menjadi beban untuk klien dalam arti jangan sampai klien melakukan segalanya untuk mendapat pujian dan persetujuan atas perbuatannya.
12. Memberi kesempatan kepada klien untuk memulai pembicaraan, maksudnya adalah member kesempatan kepada klien berinisiatif untuk memilih topik pembicaraan
13. Mengajukan untuk meneruskan pembicaraan
14. Menempatkan kejadian secara berurutan, mengurutkan kejadian secara teratur akan membantu perawat dan klien untuk melihat dalam suatu perspektif.
15. Memberikan kesempatan kepada klien untuk menguraikan persepsinya, apabila perawat ingin mengerti klien, maka perawat harus melihat segala sesuatunya dari perspektif klien.
16. Refleksi, memberikan kesempatan kepada klien untuk mengemukakan dan menerima ide dan perasaannya sebagai bagian dari dirinya sendiri.

Setelah melakukan tindakan pada pasien, perawat harus mencatat apa yang telah dilakukan karena ada kemungkinan setelah pengkajian ulang tindakan yang telah direncanakan tidak jadi dilakukan. Beberapa kegiatan yang harus segera ditulis biasanya terkait dengan pemberian obat dan *treatment*, karena data yang dicatat tentang klien harus *up to date*, akurat dan tersedia untuk perawat serta tim kesehatan lain. Tindakan keperawatan dikomunikasikan secara verbal dan tertulis. Jika keadaan klien berubah

cepat, maka kepala ruangan dan dokter harus segera diberi tahu secara verbal. Laporan verbal juga diberikan kepada perawat lain pada waktu terjadi pertukaran dinas atau pasien dipindahkan ke ruangan lain.

5. Evaluasi

Evaluasi dapat dilakukan pada waktu kegiatan sedang dilakukan, intermiten dan terminal. Evaluasi yang dilakukan pada saat kegiatan berjalan atau segera setelah implementasi, meningkatkan kemampuan perawat dalam memodifikasi intervensi. Evaluasi intermiten, dilakukan pada interval khusus misalnya seminggu sekali, dilakukan untuk mengetahui kemajuan terhadap pencapaian tujuan dan meningkatkan kemampuan perawat untuk memperbaiki setiap kekurangan dan memodifikasi rencana keperawatan agar sesuai dengan kebutuhan. Evaluasi terminal, menunjukkan keadaan pasien pada waktu pulang. Hal tersebut mencakup status pencapaian tujuan dan evaluasi terhadap kemampuan klien untuk perawatan diri sendiri sehubungan dengan perawatan lanjutan. Evaluasi asuhan keperawatan merupakan satu bagian penting dari akuntabilitas profesional. Tiga aspek penting dalam evaluasi yang mengacu pada standar yaitu :

a. Struktur dimana pasien dirawat

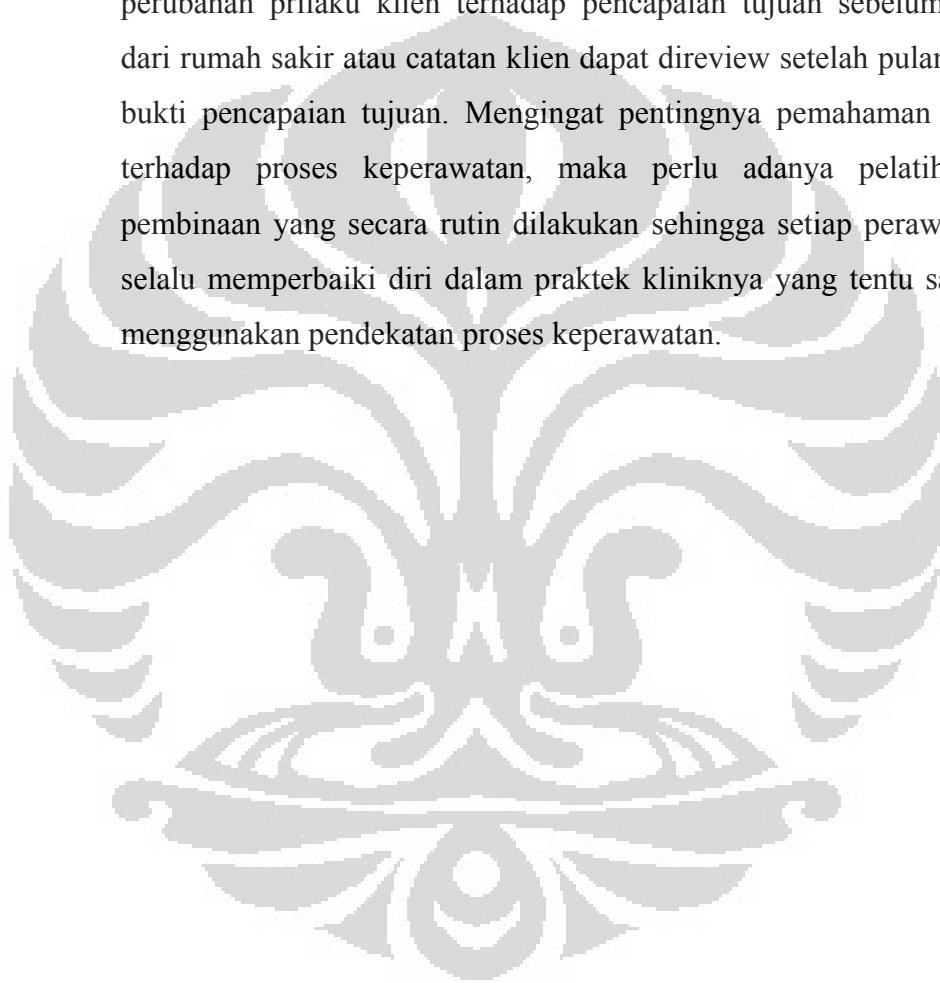
Evaluasi terhadap struktur terpusat pada organisasi dari system perawatan klien, seperti prosedur administrasi pasien masuk, pembiayaan yang dibebankan pada pasien, pola staf, gaya manajer, tersedianya fasilitas dan sarana yang ada. Apabila strukturnya baik, diasumsikan proses selanjutnya juga akan baik.

b. Proses perawatan

Evaluasi dapat dilakukan dengan melakukan wawancara pada klien atau keluarganya, melakukan audit pada catatan keperawatan serta secara langsung dapat dilakukan dengan observasi.

c. *Outcome*

Fokus dari evaluasi ini adalah status kesehatan klien, kesejahteraan dan kepuasan klien atau hasil perawatan dalam hal perubahan klien. Dalam keperawatan hasil lebih sulit untuk diobservasi, karena keperawatan berpandangan holistik terhadap klien, seperti mendefinisikan status emosional pasien, sosial dan perilaku yang sangat kompleks. Hasil tindakan keperawatan juga tidak terlepas dari kontribusi profesi lain secara kolektif. Evaluasi juga dapat dilakukan dengan melihat perubahan perilaku klien terhadap pencapaian tujuan sebelum pulang dari rumah sakit atau catatan klien dapat direview setelah pulang untuk bukti pencapaian tujuan. Mengingat pentingnya pemahaman perawat terhadap proses keperawatan, maka perlu adanya pelatihan dan pembinaan yang secara rutin dilakukan sehingga setiap perawat dapat selalu memperbaiki diri dalam praktek kliniknya yang tentu saja akan menggunakan pendekatan proses keperawatan.



BAB III

GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT BALI MED

3.1. Sejarah RS Bali Med

Menyadari bahwa masih terbatasnya sarana/tempat pelayanan kesehatan yang mampu menyediakan fasilitas perawatan dan penunjang medis dalam satu atap, maka 57 orang dokter spesialis dari berbagai cabang ilmu kedokteran bergabung dalam satu semangat untuk dapat memberikan pelayanan yang lebih profesional, rasional dan terintegrasi sehingga akan lebih memudahkan pemeriksaan, perawatan dan penegakan diagnosis yang tepat yang semuanya akan bermuara pada kenyamanan dan keselamatan pasien saat menjalani perawatan.

Berdasarkan surat izin penyelenggaraan rumah sakit, Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kota Denpasar Nomor : 214/III/2010, didirikan dan diresmikan RS Bali Med pada tanggal 8 Januari th 2008, dengan kepemilikan saham oleh Badan Hukum PT. Bali Dharma Medistra dengan akte pendirian Notaris No.222, tanggal 30 November th 2009. Rumah sakit Bali Med diselenggarakan sebagai rumah sakit umum dengan tipe C.

Motto RS Bali Med adalah “*Care With Integrity and Safety*” yang berarti memberikan pelayanan medis dengan integritas diri yang jujur dan bekerja penuh dengan nilai profesionalisme disetiap individu yang ada di rumah sakit Bali Med.

Visi RS Bali Med adalah menjadi rumah sakit keluarga pilihan dan terdepan dalam pelayanan medis yang berkualitas cepat, profesional, rasional dan aman.

Misi RS Bali Med adalah sebagai berikut :

1. Memberikan pelayanan dengan standar kualitas tertinggi diseluruh elemen rumah sakit yang berorientasi pada kepuasan pelanggan.

2. Menciptakan suasana serta hubungan kerja yang harmonis, dinamis, inovatif dan informatif antar elemen rumah sakit, pasien dan keluarga pasien.
3. Meningkatkan kualitas dan kuantitas sarana pelayanan yang relevan dengan kebutuhan masyarakat.
4. Meningkatkan kemampuan dan kompetensi tenaga medis dan paramedis dengan pelatihan atau training, sehingga mampu memberikan keamanan bagi penderita.
5. Menjalinkan kerjasama vertikal dan horisontal dengan institusi pelayanan kesehatan lainnya didalam maupun luar negeri dalam berbagai bentuk kegiatan.

3.2 Produk Rumah Sakit Bali Med

Jenis Pelayanan yang diberikan RS Bali Med antara lain :

1. Unit Gawat Darurat (UGD)

Pelayanan Gawat Darurat merupakan pelayanan 24 jam yang tersedia di RS ini. UGD dilayani oleh dokter jaga yang mempunyai kemampuan dalam kegawatdaruratan melalui Pelatihan dan Pertolongan Gawat darurat (PPGD), *Advance Trauma Life Support* (ATLS) dan *Advance Cardiac Life Support* (ACLS) dan perawat dengan kemampuan kegawatdaruratan dengan sertifikasi PPGD, *Basic Trauma Life Support* (BTLS) dan *Basic Cardiac Life Support* (BCLS). Pelayanan spesialis menggunakan jadwal jaga dengan *system on call*. UGD memberikan pelayanan kegawatdaruratan jantung dan trauma dilengkapi dengan ruangan tindakan bedah, tindakan medic, ruang observasi dan ruang resusitasi yang dilengkapi dengan sarana prasarana resusitasi seperti defibrillator, beserta obat-obatan emergensi. Untuk pelayanan transportasi dilengkapi dengan 2 buah ambulan, yang mana 1 buah ambulan berkualifikasi *advance* untuk kasus jantung dan trauma dan 1 ambulance transport yang dilengkapi dengan fasilitas pendukung pernafasan dan obat-obat resusitasi, sehingga mampu mendukung proses penjemputan pasien maupun rujukan antar rumah sakit.

2. Unit Rawat Jalan

Pelayanan pada Instalasi Rawat Jalan RS BaliMed terdiri atas :

- a. Poliklinik Obstetri dan Ginekologi : 2 ruangan.
- b. Poliklinik Anak : 2 ruangan
- c. Poliklinik Penyakit Dalam : 1 ruangan
- d. Poliklinik Bedah : 2 ruangan
- e. Poliklinik Paru dan Bronkoskopi : 1 ruangan
- f. Poliklinik Kulit dan Kelamin : 1 ruangan
- g. Poliklinik Mata : 1 ruangan
- h. Poliklinik THT : 1 ruangan
- i. Poliklinik saraf : 1 ruangan
- j. Poliklinik gigi dan bedah mulut : 1 ruangan
- k. Poliklinik Jantung : 1 ruangan
- l. Poliklinik Kulit : 1 ruangan
- m. Poliklinik Umum : 1 ruangan

3. Unit Hemodialisa

Untuk mendukung kelengkapan fasilitas pelayanan RS Bali Med dilengkapi dengan fasilitas Unit Hemodialisa, untuk melayani pasien-pasien dengan gagal ginjal yang memerlukan cuci darah. Saat ini beroperasi 2 mesin Hemodialisa dengan kunjungan mencapai 70 kunjungan per bulan.

4. Ruang Operasi

Ruang operasi terdiri dari 6 ruang operasi. 1 untuk operasi mata, 1 operasi THT, 1 untuk pembedahan infeksius, 2 ruang pembedahan kebidanan dan ginekologi, dan 1 ruang operasi untuk operasi besar, orthopedi dan bedah kardiovaskuler. Didukung dengan unit sterilisasi central, ruang pemulihan dengan 4 tempat tidur, dan ruang persiapan 2 tempat tidur.

5. Ruang Bersalin (VK)

Ruang VK dibagi atas 4 ruangan. VK Canigara, VK Cempaka dan VK Cendana (suite). dan ruang tindakan Ginekologi. Untuk mendukung kecepatan pelayanan bedah, maka ruang bersalin memiliki akses langsung ke ruang operasi.

6. Unit Radiologi

Unit Radiologi RS BaliMed memiliki fasilitas :

- a. CT Scan Multi Slice tipe Somatom (4 slice)
- b. X-Ray Mobile
- c. 1 USG 4D
- d. 1 USG 3D
- e. 2 USG 2D

7. Unit Laboratorium

Unit laboratorium memiliki kemampuan pemeriksaan kimia darah, serologi, hematologi, pemeriksaan Sitologi Pap smear dibawah pengawasan Dokter Spesialis Patologi Klinik dan Dokter Spesialis Patologi Anatomi.

8. Unit Farmasi

Unit Farmasi melayani Resep Rawat Jalan, Rawat Inap, Unit Gawat Darurat dan Depo di Kamar Operasi selama 24 jam. Untuk mendukung aktifitas unit farmasi didukung dengan Gudang Farmasi. Rumah sakit Bali Med memiliki daftar formularium obat rumah sakit serta bekerja sama dengan In Health juga memiliki daftar formularium In Health. Pelayanan Penunjang Farmasi mengelola kebutuhan belanja perbekalan farmasi rumah sakit, meliputi belanja alat kesehatan, belanja obat-obatan, dan bahan habis pakai (BHP).

9. Unit *Food and Beverage* (FB)

Pelayanan Penunjang FB terdiri dari dapur dan pelayanan Gizi untuk memberikan pelayanan gizi kepada pasien yang dirawat dengan variasi menu 7 hari dan konsultasi diet yang dipandu oleh ahli gizi . Pelayanan gizi bertanggung jawab dalam mengelola kebutuhan perbekalan gizi rumah sakit, meliputi : belanja makanan pasien, alat dapur, kemasan / tempat makanan, dan belanja gas dan makanan bagi kamar operasi.

10. Unit Pelayanan Unggulan

Untuk meningkatkan keunggulan kompetitif dengan rumah sakit lain, maka RS Bali Med mengembangkan beberapa layanan unggulan seperti :

- a. *Neonatal Intensive Care Unit* (NICU) : dilengkapi dengan tenaga dokter spesialis anak khusus neonatologi, perawat/bidan bersertifikasi NICU dan sarana peralatan berupa incubator, C-Pep dan Ventilator.
- b. *Displacia Centre* : dibentuk sebagai uni layanan untuk menangani kasus-kasus keganasan (displasia) dengan memberikan pelayanan yang bersifat kuratif, promotif dan preventif.

11. Unit pelayanan Pendukung diagnostik

RS Bali Med mengembangkan pelayanan pendukung diagnostik yang juga berfungsi sebagai sarana terapeutik yaitu Endoskopi dan Bronkoskopi.

3.3 Komposisi dan Jumlah Perawat RS Bali Med

Tabel 3.1 Data Jumlah Perawat RS Bali Med Tahun 2009 - 2011

No	Ruang	Tahun 2009	Tahun 2010	Tahun 2011
1	UGD	12	13	17
2	Poliklinik	6	10	12

3	OK	9	11	11
4	HD	3	3	3
5	ICU/ICCU	13	17	16
6	VK	11	13	13
7	Klinik Nusa Dua	7	8	8
8	Ruang Bayi	13	16	15
9	Canigara	17	19	19
10	Cempaka	20	26	26
11	Cendana	11	19	18
Total		122	155	158

Sumber : HRD RS. Bali Med Desember 2011

Tabel 3.1 menunjukkan ada peningkatan dari tahun 2009 sampai tahun 2011. Jumlah perawat yang paling banyak adalah di ruang Cempaka.

3.2 Kinerja Rumah sakit Bali Med

Tabel 3.2 Data Kunjungan UGD RS Bali Med Tahun 2009 - Tahun 2011

Thn	Bulan												Jml
	Jan	Feb	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nop	Des	
2009	2215	2070	2290	2358	2872	3219	3717	3511	3016	3122	3454	3381	35225
2010	3738	4090	5085	4430	4365	4763	4665	5348	4415	3885	4592	4722	54098
2011	5376	4656	4837	4779	5060	4395	4209	5004	5587	5107	5505	5615	49010

Sumber : Rekam Medis 2011 (Kinerja RS Bali Med)

Tabel 3.2 menunjukkan bahwa jumlah kunjungan UGD meningkat pada tahun 2010, tapi mengalami penurunan pada tahun 2011, sedangkan rata-rata kunjungannya adalah 46.101 orang.

Tabel 3.3 Kunjungan Poliklinik Tahun 2009 - 2011.

No	Poliklinik	Tahun 2009	Tahun 2010	Tahun 2011
1	Umum	0	2534	10978
2	Anak	11024	15596	12362
3	Kebidanan	1463	1844	2096
4	Paru	1263	1391	1329
5	Penyakit Dalam	865	1767	1863
6	Kulit Kelamin	102	218	617
7	THT	1582	2022	2607
8	Mata	701	856	1002
9	Gigi	675	817	1001
10	Bedah	824	947	1038
12	Jantung	37	81	229
13	Saraf	183	236	367

Sumber : Rekam Medis 2011 (kinerja RS. Bali Med)

Tabel 3.3 menunjukkan bahwa jumlah kunjungan poliklinik anak paling banyak dibandingkan poliklinik yang lain, sedangkan jumlah kunjungan di poliklinik jantung adalah paling sedikit

Tabel 3.4 Kinerja Rawat Inap RS Bali Med Tahun 2009 – Tahun 2011

No	Indikator	Tahun 2009	Tahun 2010	Tahun 2011	Standar Depkes
1	BOR	51,41	71,53	59,72	60 – 85%
2	ALOS	3,06	3,29	3,00	6 – 9 hari
3	BTO	42,3	45,4	40,0	40 – 50 kali
4	TOI	2,77	1,36	2,00	1 - 3 hari

Sumber : Rekam Medis 2011 (Kinerja RS Bali Med)

Tabel 3.4 menunjukkan bahwa tingkat efisiensi pengelolaan rumah sakit dapat diketahui dengan melihat indikator-indikator yang dapat digunakan untuk mengukur kinerja rumah sakit. Indikatornya adalah sebagai berikut:

- a. *Bed Occupancy Rate* (BOR) adalah salah satu indikator yang berguna untuk mengetahui tingkat pemanfaatan tempat tidur pada satuan waktu tertentu. Angka BOR yang rendah menunjukkan rendahnya pemanfaatan fasilitas

perawatan rumah sakit oleh masyarakat, sedangkan angka BOR yang tinggi menunjukkan tingkat pemanfaatan tempat tidur yang tinggi, sehingga perlu diadakannya pengembangan rumah sakit atau penambahan tempat tidur. BOR yang ideal menurut standar Depkes yaitu sebesar 60-80%. BOR RS BM Denpasar sudah memenuhi standar yaitu rata-rata 61%.

- b. *Average Length of Stay (ALOS)* adalah nilai rata-rata lama rawat seseorang pasien, indikator ini dapat juga menentukan tingkat efisiensi serta dapat memberikan gambaran mutu pelayanan. ALOS yang ideal menurut Depkes adalah 6-9 hari. Di RS BM Denpasar ALOS termasuk rendah dari tahun 2009 sampai tahun 2011 yaitu 3 hari.
- c. *Bed Turn Over (BTO)* adalah frekuensi pemanfaatan tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dimanfaatkan dalam satu satuan waktu tertentu. Idealnya dalam setahun, satu tempat tidur rata-rata digunakan 40-50 kali. RS BM Denpasar sudah memenuhi standar Depkes yaitu rata-rata 42 kali.
- d. *Turn of Interval (TOI)* adalah jarak waktu tempat tidur rumah sakit yang kosong. TOI yang ideal menurut standar Depkes adalah 1-3 hari. Di RS BM rata-rata TOI sudah memenuhi standar Depkes yaitu rata-rata 2 hari.

Tabel 3.5 Kapasitas Tempat Tidur Instalasi Rawat Inap RS Bali Med

No	Ruang Rawat Inap	Jumlah
1	ICU/ICCU	9
2	Canigara	32
3	Cempaka	35
4	Cendana	24
5	Ruang Bayi	15
Total		115

Sumber : Rekam Medis 2011 RS Bali Med

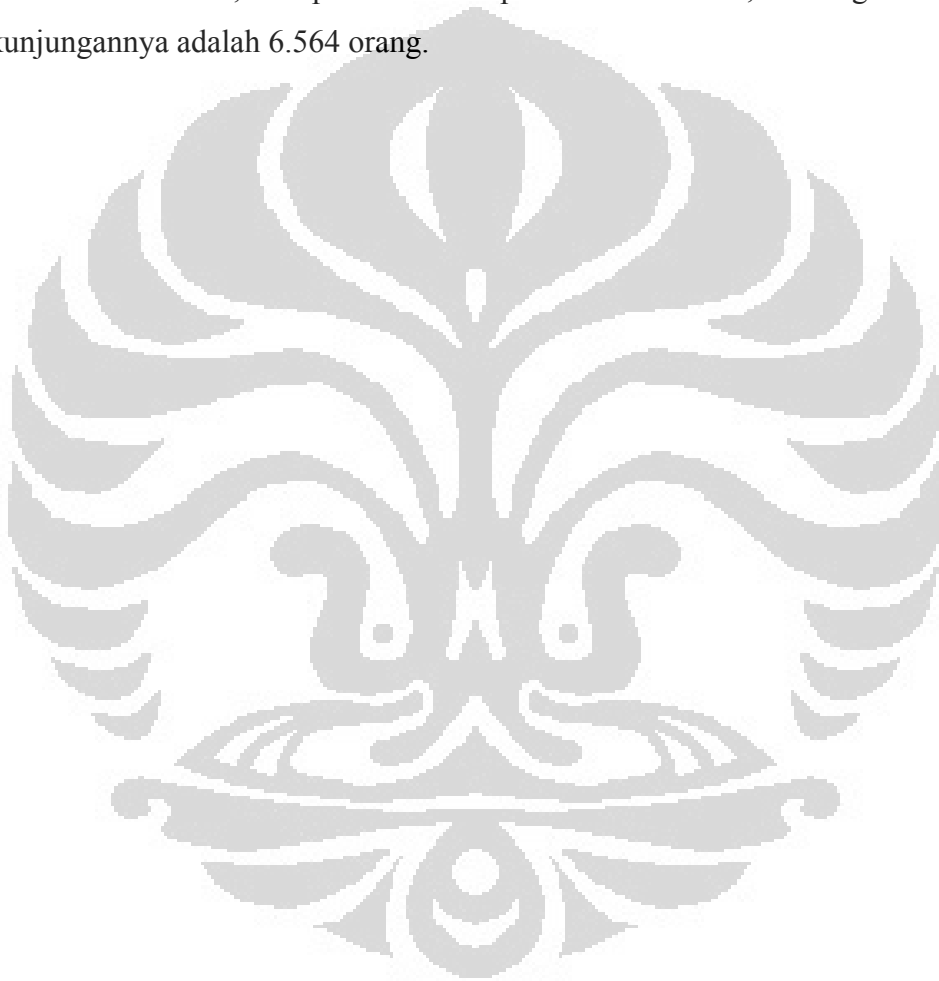
Tabel 3.5 menunjukkan bahwa jumlah tempat tidur di ruang Cempaka adalah yang paling banyak dibandingkan dengan ruang Canigara dan ruang Cendana.

Tabel 3.6 Data Kunjungan Pasien Rawat Inap RS Bali Med

No	Tahun	Total
1	2009	4556
2	2010	8452
3	2011	6684

Sumber : Rekam Medis Tahun 2011 (Kinerja RS Bali Med)

Tabel 3.6 menunjukkan bahwa kunjungan pasien rawat inap meningkat pada tahun 2010, tetapi menurun pada tahun 2011, sedangkan rata-rata kunjungannya adalah 6.564 orang.



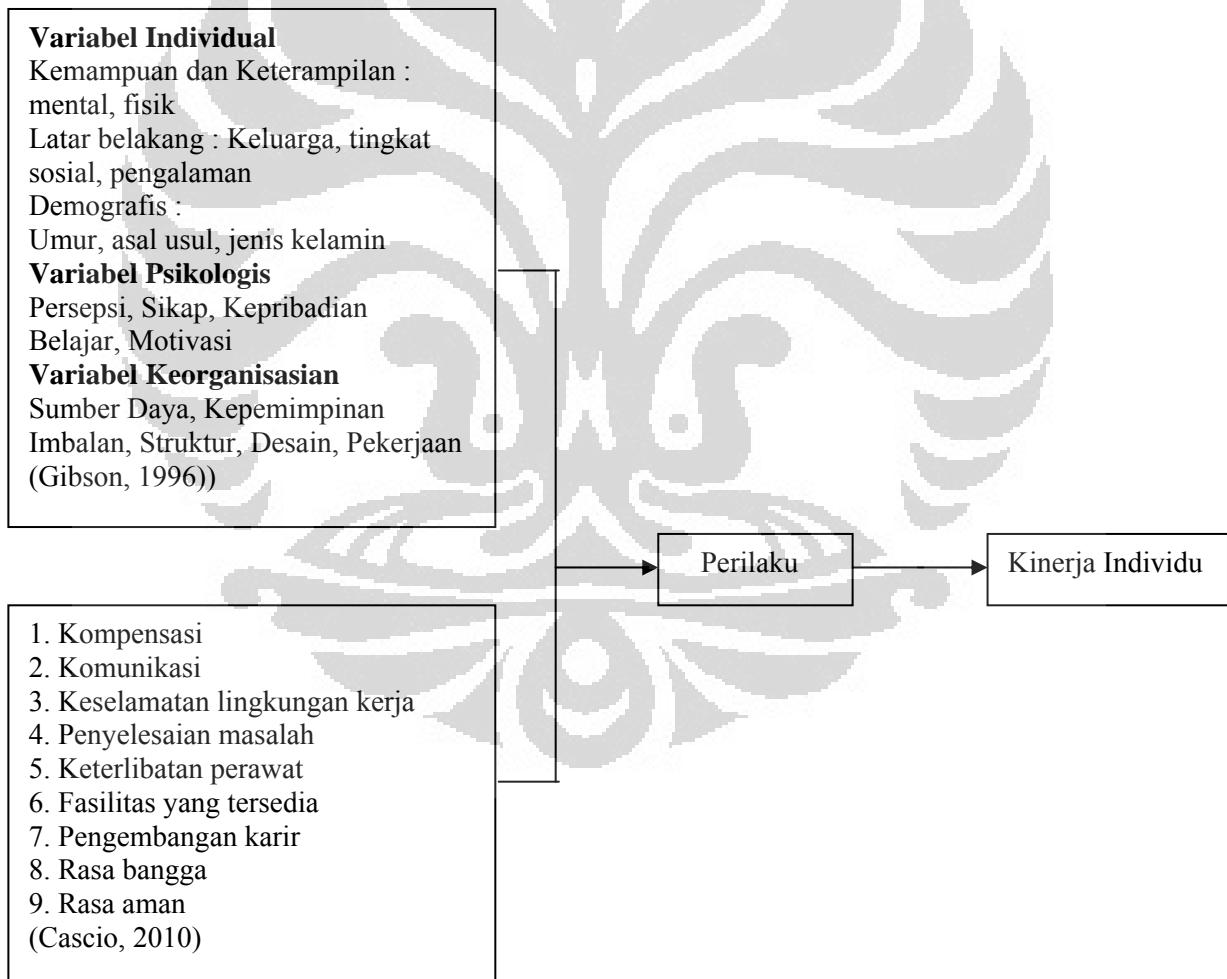
BAB IV

KERANGKA KONSEP

4.1 Kerangka Teori

Berdasarkan teori-teori pada bab sebelumnya, hal-hal yang mempengaruhi perilaku menggunakan teori Gibson (1996) dan teori Cascio (2010), dimana salah satu bentuk dari perilaku adalah kinerja.

Gambar 4.1 Kerangka Teori



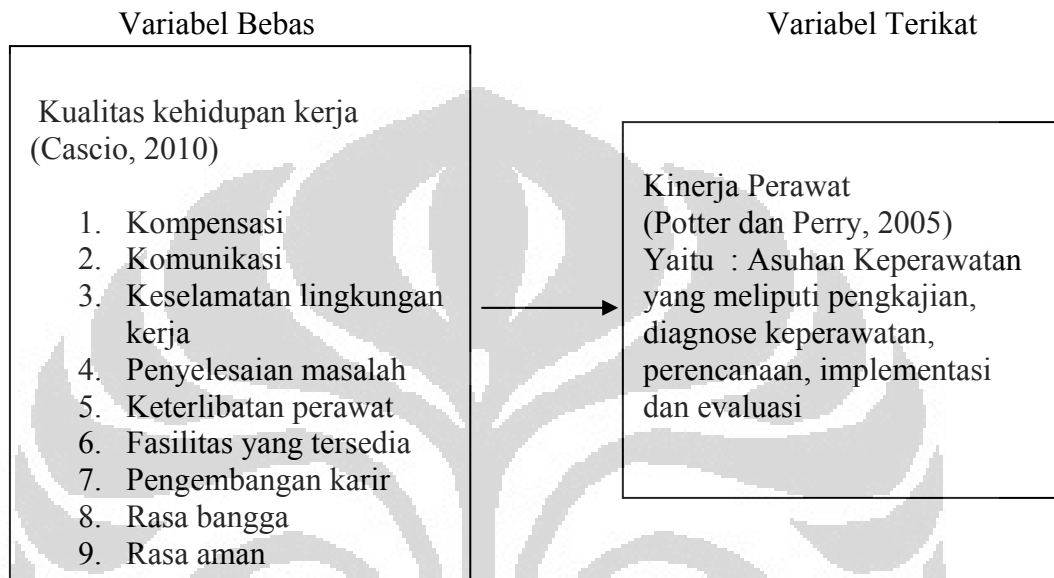
4.2 Kerangka Konsep

Dari berbagai teori yang telah diuraikan pada bab tinjauan pustaka sebelumnya yang menyatakan, bahwa ada beberapa hal yang mempengaruhi kinerja, namun tidak semua hal tersebut diteliti, oleh karena menyesuaikan dengan kondisi RS Bali Med. Kerangka konsep penelitian pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang diamati atau diukur melalui penelitian yang dilakukan. Peneliti merangkum hal-hal penting yang menjadi kerangka konsep dalam penelitian ini. Landasan konseptual yang dijadikan referensi untuk mengungkap variabel ini adalah berdasarkan teori Cascio (2010). Diambil kesembilan faktor dari kualitas kehidupan kerja yang meliputi: kompensasi, komunikasi, keselamatan lingkungan kerja, penyelesaian masalah, keterlibatan perawat, fasilitas yang tersedia, pengembangan karir, rasa bangga dan rasa aman, sedangkan untuk teori Gibson (1996) yang mengatakan, bahwa ada tiga variabel yang dapat mempengaruhi kinerja individu yaitu variabel individu, variabel psikologis dan variabel organisasi, yaitu pada variabel organisasi ada sub variabel kepemimpinan yang sangat penting menjadi landasan konseptual, tetapi oleh karena menurut Gibson (1996), bahwa kepemimpinan adalah upaya mempengaruhi kegiatan pengikut melalui proses komunikasi untuk mencapai tujuan tertentu. Unsur kedua dari definisi itu menyangkut pentingnya proses komunikasi. Kejelasan dan ketepatan komunikasi mempengaruhi perilaku dan prestasi pengikut. Komponen komunikasi tersebut sudah ada pada komponen kualitas kehidupan kerja menurut Cascio (2010), sehingga peneliti tidak mencantumkan sub variabel kepemimpinan didalam kerangka konsep.

Kinerja rumah sakit sangat ditentukan oleh salah satunya adalah perawat, selain jumlahnya yang dominan, perawat mempunyai kontak langsung dengan pasien selama 24 jam dalam sehari. Adapun yang dinilai dari kinerja perawat adalah pembenahan asuhan keperawatan dimana menurut Potter dan Perry (2005) dalam Sumijatun (2011) meliputi : pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Menurut Cascio (2010), kinerja perawat dipengaruhi oleh sembilan faktor antara lain, kompensasi,

komunikasi, keselamatan lingkungan kerja, penyelesaian masalah, keterlibatan perawat, fasilitas yang tersedia, pengembangan karir, rasa bangga dan rasa aman. Untuk itu kerangka konsep penelitian ini adalah sebagai berikut :

Gambar 4.2 Kerangka Konsep



4.3 Definisi Operasional

Definisi operasional yang digunakan adalah definisi yang pernah dipakai dalam penelitian Anggoro tahun 2006 yang telah dimodifikasi sebagai definisi variabel bebas (komponen Kualitas kehidupan kerja), sedangkan sebagai definisi operasional pada variabel terikat (kinerja perawat) yaitu asuhan keperawatan (Potter dan Perry dalam Sumijatun, 2011) yang meliputi, Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi.

Tabel 4.1. Definisi Operasional Penelitian

No	Variabel	Definisi Operasional Variabel	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Bebas						
1	Kompensa	Persepsi	Dengan	Kuesioner	Skor	Interval

	si	perawat terhadap imbalan yang diterima yang sesuai dengan beban kerja yang telah mereka laksanakan	mengukur seluruh variabel kompensasi (v1.1 s.d v1.5)		5 s.d 20 Hasil dikategorikan Kurang, jika: $n \leq \text{mean}$ Baik, jika: $n > \text{mean}$	
2	Komunikasi	Persepsi perawat mengenai komunikasi yang terjalin diantara perawat dengan rekan kerja, atasan, dan pihak manajemen	Dengan mengukur seluruh variabel komunikasi (v2.1 s.d v2.4)	Kuesioner	Skor 4 s.d 16 Hasil dikategorikan Kurang, jika: $n \leq \text{mean}$ Baik, jika $n > \text{mean}$	Interval
3	Keselamatan lingkungan kerja	Persepsi perawat mengenai adanya program penjaminan keselamatan lingkungan kerja di rumah sakit	Dengan mengukur seluruh variabel keselamatan lingkungan kerja perawat(v3.1 s.d v3.4)	Kuesioner	Skor 4 s.d 16 Hasil dikategorikan Kurang, jika: $n \leq \text{mean}$ Baik, jika $n > \text{mean}$	Interval
4	Penyelesaian masalah	Persepsi perawat mengenai keterlibatan	Dengan mengukur seluruh variabel	Kuesioner	Skor 4 s.d 16 Hasil	Interval

		atasan dan pihak manajemen dalam penyelesaian masalah yang terjadi di dalam keperawatan	penyelesaian masalah (v4.1 s.d v4.4)		dikategorikan Kurang, jika: $n \leq \text{mean}$ Baik, jika: $n > \text{mean}$	
5	Keterlibatan perawat	Keikutsertaan perawat dalam berbagai pengambilan keputusan yang terkait dengan asuhan keperawatan	Dengan mengukur seluruh variabel keterlibatan perawat (v5.1 s.d v5.4)	Kuesioner	Skor 4 s.d 16 Hasil dikategorikan Kurang, jika: $n \leq \text{mean}$ Baik, jika: $n > \text{mean}$	Interval
6	Fasilitas yang tersedia	Persepsi perawat mengenai tersedianya peralatan kesehatan yang lengkap untuk menunjang pekerjaan perawat, sarana rekreasi sebagai sarana refresing serta sarana	Dengan mengukur seluruh variabel fasilitas yang tersedia (v6.1 s.d v6.4)	Kuesioner	Skor 4 s.d 16 Hasil dikategorikan Kurang, jika: $n \leq \text{mean}$ Baik, jika: $n > \text{mean}$	Interval

		konseling				
7	Pengembangan karir	Kesempatan yang diberikan kepada perawat untuk mengikuti pendidikan dan pelatihan serta kursus singkat untuk meningkatkan keterampilan serta jenjang karir mereka	Dengan mengukur seluruh variabel pengembangan karir (v7.1 s.d v7.4)	Kuesioner	Skor 4 s.d 16 Hasil dikategorikan Kurang, jika: $n \leq \text{mean}$ Baik, jika: $n > \text{mean}$	Interval
8	Rasa bangga	Persepsi perawat mengenai adanya perasaan terhormat menjadi karyawan di rumah sakit ini	Dengan mengukur seluruh variabel rasa bangga (v8.1 s.d v8.4)	Kuesioner	Skor 4 s.d 16 Hasil dikategorikan Kurang, jika: $n \leq \text{mean}$ Baik, jika: $n > \text{mean}$	Interval
9	Rasa aman	Persepsi perawat mengenai adanya program jaminan kesehatan,	Dengan mengukur seluruh variabel rasa aman (v9.1 s.d v9.4))	Kuesioner	Skor 4 s.d 16 Hasil dikategorikan Kurang, jika:	Interval

		jaminan sosial serta jaminan hari tua di rumah sakit tempat mereka bekerja			$n \leq \text{mean}$ Baik, jika: $n > \text{mean}$	
--	--	----------------------------------------------------------------------------	--	--	-------------------------------------------------------	--

Variabel Terikat					
Kinerja Perawat	Adalah pemberian penilaian oleh kepala ruangan terhadap pencapaian hasil dari tindakan yang dilakukan oleh perawat didalam melaksanakan asuhan keperawatan yang meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, Implementasi dan Evaluasi pasien	Dengan mengukur seluruh variabel asuhan keperawatan (V.1-V1.20)	Kuesioner	Skor 20 sd 80 Hasil dikategorikan Kurang, jika: $n \leq \text{mean}$ Baik, jika: $n > \text{mean}$	Interval

4.4 Hipotesis Penelitian

Peneliti mencoba untuk membangun hipotesis dalam penelitian ini.

Hipotesis tersebut antara lain :

1. Ada hubungan antara kompensasi dengan kinerja perawat pelaksana di RS. Bali Med Denpasar.
2. Ada hubungan antara komunikasi dengan kinerja perawat pelaksana di RS. Bali Med Denpasar.

3. Ada hubungan antara keselamatan lingkungan kerja dengan kinerja perawat pelaksana Di RS. Bali Med Denpasar.
4. Ada hubungan antara Penyelesaian masalah dengan kinerja perawat pelaksana di RS. BaliMed Denpasar.
5. Ada hubungan antara keterlibatan perawat dengan kinerja perawat pelaksana di RS. Bali MedDenpasar.
6. Ada hubungan antara fasilitas yang tersedia dengan kinerja perawat pelaksana di RS. Bali Med Denpasar.
7. Ada hubungan antara pengembangan karir dengan kinerja perawat pelaksana di RS. BaliMed Denpasar.
8. Ada hubungan antara rasa bangga dengan kinerja perawat pelaksana di RS. Bali Med Denpasar.
9. Ada hubungan antara rasa aman dengan kinerja perawat pelaksana di RS. Bali Med Denpasar.
10. Ada hubungan antara kualitas kehidupan kerja dengan kinerja perawat di RS. Bali Med Denpasar.

BAB V

METODE PENELITIAN

5.1 Desain Penelitian

Desain penelitian *Cross Sectional*, yang berarti pengukuran variabel bebas dan variabel terikat dilaksanakan pada satu waktu (Priyatno, 2009). Penelitian ini bersifat analitik dengan jenis penelitian kuantitatif. Sesuai dengan kerangka konsep penelitian, variabel bebas pada penelitian ini adalah variabel kualitas kehidupan kerja, sedangkan variabel terikat adalah kinerja perawat.

5.1 Lokasi penelitian

Penelitian dilaksanakan di RS Bali Med Jalan Mahendradata no 57 X Denpasar, Bali.

5.2 Waktu penelitian

Penelitian dilaksanakan pada Bulan Februari 2012.

5.3 Populasi

Menurut Sugiyono (2007) mengartikan populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek atau subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Adapun yang merupakan populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat pelaksana yang bekerja di RS. Bali Med Denpasar yang berjumlah 118 orang.

5.4 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah bagian dari populasi yang akan diteliti (Priyatno, 2009). Pada penelitian ini sampelnya adalah seluruh perawat pelaksana yang bekerja di RS. Bali Med Denpasar yang berjumlah 118 orang.

Menurut Sugiyono (2007) idealnya seorang peneliti melakukan studi terhadap seluruh populasi untuk memberikan bobot penuh terhadap temuan-temuannya. Makin besar jumlah sampel mendekati populasi, maka peluang kesalahan generalisasi semakin kecil.

5.5 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan berupa kuesioner terstruktur yang berisi pertanyaan-pertanyaan dari variabel bebas yaitu komponen kualitas kehidupan kerja (kompensasi, komunikasi, keselamatan lingkungan kerja, penyelesaian masalah, keterlibatan perawat, fasilitas yang tersedia, pengembangan karir rasa bangga pada rumah sakit tempat bekerja dan rasa aman terhadap pekerjaan) dan variabel terikat yaitu kinerja perawat pelaksana .

1. Kuesioner A digunakan untuk mengukur variabel kualitas kehidupan kerja perawat. Kuesioner diambil dan dimodifikasi dari kuesioner penelitian Adi Anggoro (2006), dan Lisa Carolina (2006).
2. Kuesioner B digunakan untuk mengukur variabel kinerja perawat. Kuesioner diambil dan dimodifikasi dari kuesioner penelitian Adi Kunto (2010) dan kuesioner Departemen Ilmu Kesehatan Anak RSUPNCM.

Dengan skala Likert, variabel yang akan diukur dijabarkan menjadi indikator variabel, kemudian indikator tersebut dijadikan sebagai titik tolak untuk menyusun item-item instrumen yang dapat berupa pertanyaan atau pernyataan. Jawaban setiap item instrumen yang menggunakan skala likert mempunyai gradasi dari sangat positif sampai sangat negatif. Jawaban pernyataan menggunakan skala likert dengan jawaban Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Setuju (TS) dan Sangat Tidak Setuju (STS). Adapun nilai dari masing-masing jawaban adalah sebagai berikut:

Jawaban	Skor
Sangat tidak setuju (STS)	1

Tidak setuju (TS)	2
Setuju (S)	3
Sangat setuju (SS)	4

Jawaban dan skor diatas digunakan pada kelompok pertanyaan yang kalimatnya positif, sedangkan untuk kelompok pertanyaan yang kalimatnya negatif adalah sebagai berikut :

Jawaban	Skor
Sangat tidak setuju (STS)	4
Tidak setuju (TS)	3
Setuju (S)	2
Sangat setuju (SS)	1

Jumlah pernyataan dalam kuesioner A adalah 37 pernyataan, sehingga total nilai minimum dan maksimum untuk kualitas kehidupan kerja dari perawat adalah 37 – 148. Untuk Kuesioner B jumlahnya 20 pernyataan, sehingga total nilai minimum dan maksimum untuk kinerja perawat adalah 20 – 80 . Skor kuesioner kualitas kehidupan kerja dan kinerja ini kemudian akan dikelompokkan berdasarkan nilai mean. Skor $n \leq \text{mean}$ merupakan kategori kurang, skor $n > \text{mean}$ merupakan kategori baik.

Agar instrumen bisa dipakai dan menghasilkan informasi yang relevan, maka instrumen itu harus valid dan reliabel. Untuk itu dapat dilakukan uji untuk mengukur validitas dan reliabilitas instrumen

1. Uji validitas instrumen mempunyai arti sejauh mana ketepatan dan kecermatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data. Pengolahan uji validitas instrumen penelitian ini dengan menggunakan metode *Item-Total Correlation*. Pernyataan dinyatakan valid, jika $r \text{ hitung} \geq r \text{ tabel}$ (Priyatno, 2009), dimana untuk 30 responden $r \text{ tabel} = 0,361$.
2. Uji reliabilitas instrumen adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat pengukur yang sama. Dilakukan

dengan menggunakan metode Cronbach Alpha. Pernyataan dinyatakan reliabel bila cronbach alpha $\geq 0,6$ (Imam Ghozali, 2001)

5.6 Pengumpulan data

Pada penelitian ini, jenis data yang dikumpulkan adalah data primer dan data sekunder. Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari kuesioner yang diisi oleh perawat pelaksana dan kepala ruangan. Sedangkan data sekunder adalah data yang diperoleh dari pihak manajemen rumah sakit atau data yang telah diteliti dan dikumpulkan oleh pihak lain yang berkaitan dengan permasalahan penelitian ini. Selain itu data penelitian ini dilengkapi dengan beberapa informasi yang diberikan oleh pihak manajemen mengenai beberapa masalah yang terkait dengan penelitian.

Pengumpulan data primer dilakukan dengan cara mengisi kuesioner , untuk kuesioner A diisi sendiri oleh semua perawat pelaksana, sedangkan kuesioner B diisi oleh semua kepala ruangan. Tahapan pengumpulan data sebagai berikut:

1. Tahap Persiapan

- a. Menentukan lokasi penelitian dan mengajukan ijin penelitian kepada penanggung jawab tempat penelitian yaitu pimpinan RS Bali Med.
- b. Menyiapkan kelengkapan format kuesioner, mekanisme penyebaran kuesioner.
- c. Membuat daftar nama perawat yang menjadi responden penelitian yang berasal dari data perawat yang dimiliki oleh manajemen RS. Bali Med.

2. Tahap Pelaksanaan:

- a. Responden dikumpulkan di aula rumah sakit.
- b. Peneliti memperkenalkan diri dan menjelaskan prosedur pengisian kuesioner serta tujuan dan manfaat penelitian.
- c. Kuesioner yang telah disiapkan dibagikan kepada responden yang hadir.
- d. Absensi responden

- e. Pengisian kuesioner oleh responden dengan diawasi oleh peneliti dan pihak manajemen rumah sakit
- f. Proses pengisian kuesioner untuk semua responden selesai dalam waktu kurang lebih tujuh (7) hari setelah semua responden mengisi kuesioner.
- g. Setelah proses pengumpulan data selesai, peneliti mengumpulkan kuesioner dan melakukan pengecekan ulang.

Selain pengumpulan data primer melalui kuesioner, peneliti juga melakukan penelusuran dokumen pendukung seperti data ketenagaan serta data lainnya di RS. Bali med.

5.7 Pengolahan Data

Setelah seluruh data yang dibutuhkan dalam penelitian terkumpul, selanjutnya dilakukan pengolahan data. Pengolahan data melalui tahapan sebagai berikut :

1. *Editing.*

Kegiatan yang pertama dilakukan adalah pengecekan isian kuesioner, apakah jawaban yang ada di kuesioner sudah lengkap, jelas, relevan dan konsisten. Proses ini dilakukan untuk membersihkan data yang terkumpul dari kesalahan pengisian kuesioner.

2. *Coding*

Merupakan kegiatan mengubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan. Pada tahap ini data yang didapat kemudian diklasifikasikan menurut kelompok pertanyaannya. Klasifikasi pertanyaan dibagi dua, untuk pertanyaan yang bersifat positif diberikan kode 1 sampai 4, tetapi ada pertanyaan yang bersifat negatif diberikan kode berbeda yaitu dari 4 sampai dengan 1.

3. *Processing*

Setelah semua kuesioner terisi penuh dan benar serta sudah melewati pengkodean, maka selanjutnya adalah memproses data agar data yang sudah dimasukkan dapat dianalisis, sebelum memasukkan data

terlebih dahulu dilakukan pembuatan templet berisi variable-variabel penelitian yang dibutuhkan dengan menggunakan computer.

4. *Cleaning*

Merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah dimasukkan apakah ada kesalahan atau tidak. Kesalahan tersebut dimungkinkan terjadi pada saat memasukkan data ke komputer.

5.8 Tehnik analisa Data

1. Analisis Univariat

Analisis univariat ini dilakukan untuk mengetahui distribusi dan presentase dari masing-masing variabel yang diteliti, baik dari variabel bebas maupun variabel terikat. Untuk data numerik dilakukan analisis yang menghasilkan keluaran berupa nilai mean, median, standar deviasi, nilai minimum dan nilai maksimum, sedangkan untuk data kategori diolah dengan keluaran berupa distribusi frekuensi dan presentase. Jumlah skor tiap dimensi akan dianalisa dengan mengelompokkan menjadi 2 kategori, yaitu nilai \leq mean dan $>$ mean. Pengelompokan menggunakan mean oleh karena data berdistribusi normal.

2. Analisis Bivariat

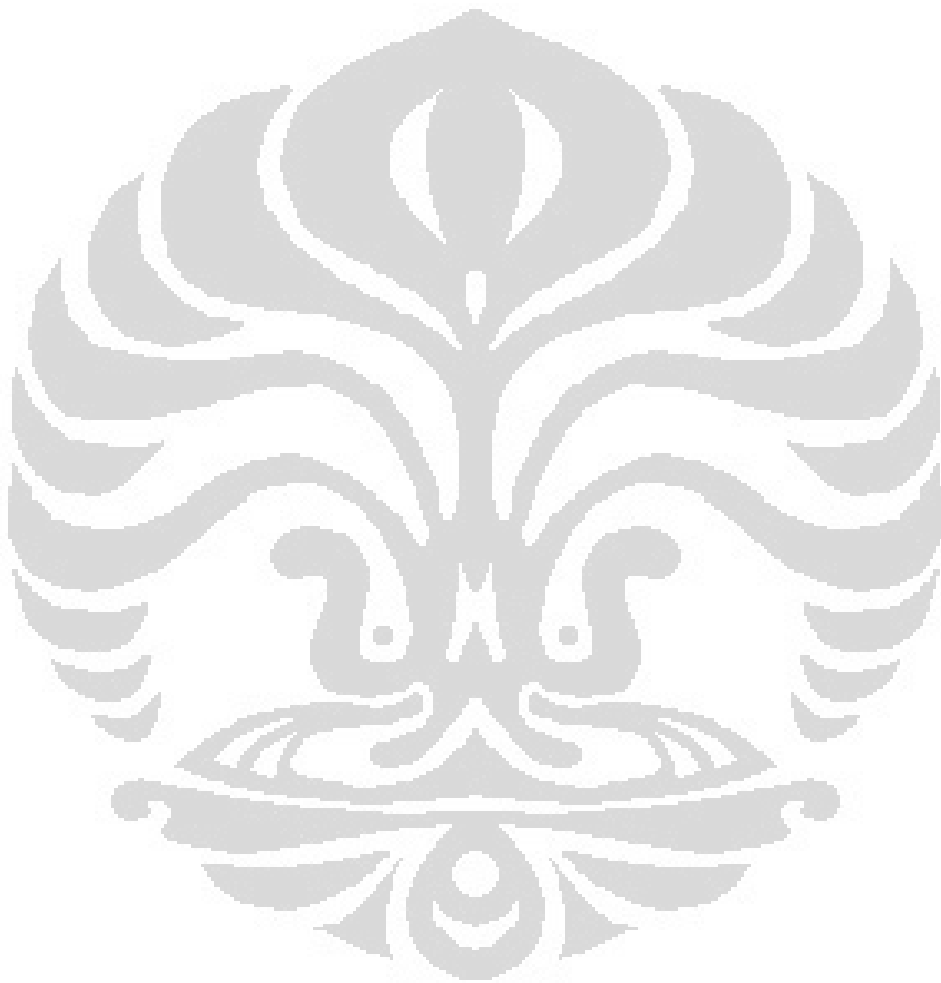
Adalah analisis yang digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dan terikat dengan menggunakan derajat kepercayaan 95% dan dengan tingkat kemaknaan bila :

- a. nilai $p < 0,05$ berarti hasil perhitungan secara statistik bermakna
- b. nilai $p > 0,05$ berarti hasil perhitungan secara statistik tidak bermakna

3. Analisis Multivariat

Analisis statistik selanjutnya adalah mengetahui pengaruh antara beberapa variabel-variabel bebas dengan variabel terikatnya pada waktu

bersamaan dan untuk memperoleh jawaban faktor mana yang paling dominan atau paling kuat berpengaruh dengan variabel terikat. Analisis yang digunakan adalah analisis regresi linier ganda.



BAB VI

HASIL PENELITIAN

6.1 Uji Validitas dan Reliabilitas

Kuesioner dalam penelitian ini didahului dengan uji Validitas dan Reliabilitas terhadap sepuluh variabel yang diteliti. Uji coba kuesioner dilakukan pada tanggal 16 Februari tahun 2012 dengan jumlah sampel 30 orang perawat pelaksana di rumah sakit Bali Med Denpasar.

Metode yang dipilih untuk uji validitas adalah metode *Item-Total Correlation*. Pernyataan dinyatakan valid, jika r hitung $\geq r$ tabel (Priyatno, 2009), dimana untuk 30 responden r tabel = 0,361. Metode tersebut dilakukan dengan cara mengorelasikan masing-masing skor item dengan skor total. Skor total adalah penjumlahan dari keseluruhan item, termasuk item yang akan diuji. Item-item pernyataan yang mempunyai korelasi signifikan dengan skor total menunjukkan item-item tersebut, mampu memberikan dukungan dalam mengungkap apa yang ingin diungkap. Pengujian ini adalah yang paling banyak dipilih, oleh karena itu peneliti juga memilih cara ini. Sedangkan metode yang dipilih untuk uji reliabilitas adalah *Cronbach Alpha*. Pernyataan dinyatakan reliabel jika $\text{cronbach alpha} \geq 0,6$ (Imam Ghazali, 2001).

Hasil yang diperoleh dari uji validitas dan reliabilitas kuesioner adalah : untuk 9 komponen kualitas kehidupan kerja yang terdiri 37 pertanyaan memiliki r hitung $> 0,361$, begitu dengan kinerja perawat yang terdiri dari 20 pertanyaan juga memiliki r hitung $> 0,361$. Sedangkan untuk uji reliabilitas semua variabel kualitas kehidupan kerja dan kinerja reliabel ($\geq 0,6$).

6.2 Pelaksanaan Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada akhir Februari tahun 2012 dengan menyebarkan kuesioner mengenai kualitas kehidupan kerja kepada responden perawat pelaksana di ruang rawat inap dan ruang rawat jalan di RS Bali Med Denpasar, serta kuesioner penilaian kinerja kepada seluruh kepala ruangan

baik ruang rawat inap dan ruang rawat jalan dirumah sakit tersebut, dimana jumlah sampel adalah 118 orang yang merupakan perawat pelaksana. Penyebaran kuesioner dilakukan pada hari dimana perawat sedang dinas pagi, siang dan malam yang dilakukan oleh peneliti dibantu oleh Kepala divisi keperawatan beserta para kepala ruangan di RS. Bali Med Denpasar.

Data hasil penelitian kemudian dianalisis, hasil analisis menggambarkan distribusi frekuensi dan persentasi dari variabel penelitian, dilanjutkan dengan analisis untuk melihat ada tidaknya hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat serta pada tahap akhir dilakukan analisis untuk mengetahui variabel yang manakah yang paling dominan mempengaruhi kinerja perawat.

6.2.1 Karakteristik Responden

Tabel 6.1 Distribusi Usia Responden di RS BM Tahun 2012

	N	Min-Maks	Mean	Median	Standar Deviasi
Usia	118	21-52	26,24	25,00	4,12

Sumber : Data Primer diolah oleh Peneliti

Tabel 6.1 menunjukkan usia responden memiliki rata-rata 26,24 tahun dan nilai tengah 25,00. Nilai maksimum usia adalah 52 tahun dan nilai minimumnya adalah 21 tahun, standar deviasinya adalah 4,12.

Tabel 6.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia

Kelompok Usia	Frekuensi	Persentase (%)	Persentase Kumulatif (%)
< 25 tahun	48	41	41
≥25 tahun	70	59	100,0
Total	118	100,0	

Sumber : Data Primer diolah oleh Peneliti

Tabel 6.2 menunjukkan, usia dikelompokkan menjadi dua kelompok besar berdasarkan *cut of point* nilai mediannya yaitu 25 tahun.

Kelompok yang pertama yang berusia di bawah 25 tahun terdiri dari 48 orang (41%) dan kelompok lainnya adalah yang berusia di atas 25 tahun terdiri dari 70 orang (59%).

Tabel 6.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase	Persentase Komulatif
Perempuan	100	84,75	84,75
Laki-Laki	18	15,25	100,0
Total	118	100,0	

Sumber : Data Primer diolah oleh Peneliti

Tabel 6.3 menunjukkan, bahwa kelompok responden yang berjenis kelamin perempuan (84,75%) lebih banyak dari pada kelompok responden yang berjenis kelamin laki-laki (15,25%).

Tabel 6.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tingkat Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)	Persentase Komulatif (%)
D3	117	99	99
S1	1	1	100,0
Total	118	100,0	

Sumber : Departemen Sumber Daya Manusia RS.Bali Med Tahun 2011

Tabel 6.4 menunjukkan tingkat pendidikan dibagi menjadi D3 dan S1. Sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan D3 yaitu 99%, hanya 1% yang memiliki tingkat pendidikan S1.

6.2.2 Variabel Kualitas Kehidupan Kerja

Tabel 6.5 Distribusi Statistik Deskriptif Variabel Kualitas Kehidupan Kerja

Variabel	N	Mean	Median	Min-Max	Standar Deviasi
Kompensasi	118	12,62	13,00	6,00-16,00	1,94
Komunikasi	118	11,62	12,00	7,00-14,00	0,97
Keselamatan lingkungan kerja	118	11,54	12,00	8,00-14,00	0,94
Penyelesaian masalah	118	11,88	12,00	9,00-15,00	0,84
Keterlibatan perawat	118	10,88	11,00	5,00-16,00	1,37
Fasilitas yang tersedia	118	11,26	11,50	5,00-15,00	1,26
Pengembangan karir	118	10,13	10,00	6,00-12,00	1,36
Rasa bangga	118	11,77	12,00	8,00-15,00	1,02
Rasa aman	118	11,70	12,00	9,00-15,00	0,89

Sumber : Data Primer diolah oleh Peneliti

Tabel 6.5 menunjukkan dari 118 orang responden diperoleh informasi mengenai faktor kompensasi dengan nilai mean 12,62, median 13,00, nilai minimum 6,00, nilai maksimum 16,00 dengan standar deviasi 1,94. Faktor komunikasi diperoleh nilai mean 11,62, median 12,00, nilai minimum 7,00, nilai maksimum 14,00 dan standar deviasi 0,97. Faktor keselamatan lingkungan kerja diperoleh nilai mean 11,54, median 12,00, nilai minimum 8,00, nilai maksimum 14,00 dan standar deviasi 0,94. Faktor penyelesaian masalah diperoleh informasi nilai mean 11,88, median 12,00, nilai minimum 9,00, nilai maksimum 15,00 dan standar deviasi 0,84. Faktor keterlibatan perawat diperoleh nilai mean 10,88, median 11,00, nilai minimum 5,00, nilai

maksimum 16,00 dan standar deviasi 1,37. Faktor fasilitas yang tersedia diperoleh nilai mean 11,26, median 11,5, nilai minimum 5,00, nilai maksimum 15,00 dan standar deviasi 1,26. Faktor pengembangan karir diperoleh nilai mean 10,13, median 10,00, nilai minimum 6,00, nilai maksimum 12,00 dan standar deviasi 1,36. Faktor rasa bangga diperoleh nilai mean 11,77, median 12,00, nilai minimum 8,00, nilai maksimum 15,00, dan standar deviasi 1,02. Faktor rasa aman diperoleh nilai mean 11,70, median 12,00, nilai minimum 9,00, nilai maksimum 15,00 dan standar deviasi 0,89.

Tabel 6.6 Persepsi Responden Terhadap Faktor Kompensasi

No	Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
	Kompensasi	%	%	%	%
1	Pihak manajemen telah memberikan gaji secara adil sesuai dengan pekerjaan yang telah dilakukan	0,0	52,5	43,2	4,3
2	Pemberian gaji selalu tepat waktu	1,7	39,8	56,8	1,7
3	Pemberian gaji sudah mempertimbangkan kesejahteraan para perawat	0,0	39,0	51,7	9,3
4	Sistem pemberian gaji belum berjalan dengan baik	0,0	55,1	41,5	3,4
5	Pemberian insentif dilaksanakan dengan pilih kasih	2,5	86,4	10,2	0,8

Sumber : Data Primer diolah oleh Peneliti

Tabel 6.6 menunjukkan dari 118 orang responden, diperoleh informasi mengenai persepsi perawat terhadap faktor kompensasi adalah 52,5% menyatakan kompensasi yang diterima diterima telah sesuai dengan beban pekerjaan yang dilaksanakan, tetapi sebagian besar responden

menyatakan sistem pemberian gaji yang dilaksanakan belum berjalan dengan baik (88,9%).

Tabel 6.7 Persepsi Responden Terhadap Faktor Komunikasi

No	Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
Komunikasi		%	%	%	%
1	Komunikasi diantara perawat sudah berjalan dengan baik	0,8	95,8	2,5	0,8
2	Hasil rapat dengan pihak manajemen tidak disampaikan secara terbuka kepada seluruh perawat	1,7	78,8	18,6	0,8
3	Selalu diadakan pertemuan rutin antara kepala unit keperawatan dengan pihak manajemen rumah sakit	7,6	91,5	0,0	0,9
4	Pihak rumah sakit tidak pernah meminta masukan dari perawat pada perencanaan yang akan dibuat	1,7	74,6	23,7	0,0

Sumber : Data Primer diolah oleh Peneliti

Tabel 6.7 menunjukkan dari 118 orang responden, diperoleh informasi mengenai persepsi perawat terhadap variabel komunikasi adalah 96,6% menyatakan komunikasi diantara perawat di rumah sakit Bali Med sudah berjalan dengan baik, diselenggarakannya pertemuan secara rutin (99,1%), akan tetapi persepsi mengenai hasil rapat dari pihak manajemen yang tidak disampaikan secara terbuka (80,5%).

Tabel 6.8 Persepsi Responden Terhadap Faktor Keselamatan Lingkungan Kerja

No	Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
Keselamatan Lingkungan Kerja		%	%	%	%
1	Pihak rumah sakit sudah menyediakan penjaminan terhadap keselamatan lingkungan kerja	3,4	89,0	7,6	0,0
2	Program penjaminan keselamatan lingkungan kerja belum berjalan dengan semestinya	0,0	65,3	31,4	3,4
3	Program penjaminan keselamatan kerja sudah sesuai dengan standar rumah sakit	4,2	93,2	2,5	0,0
4	Program keselamatan lingkungan kerja yang ada sangat melindungi keselamatan perawat saat bekerja	3,4	88,1	8,5	0,0

Sumber : Data Primer diolah oleh Peneliti

Tabel 6.8 menunjukkan dari 118 orang responden, diperoleh informasi mengenai persepsi perawat terhadap adanya program penjaminan keselamatan lingkungan kerja (92,4%), dimana program tersebut sudah sesuai dengan standar rumah sakit didalam memberikan perlindungan terhadap para perawat (91,5%), akan tetapi program tersebut dinyatakan oleh responden belum berjalan dengan semestinya (65,3%).

Tabel 6.9 Persepsi Responden Terhadap Faktor Penyelesaian Masalah

No	Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
	Penyelesaian Masalah	%	%	%	%
1	Kepala unit keperawatan jarang membantu menyelesaikan masalah yang terjadi dibagian keperawatan	2,5	85,6	11,9	0,0
2	Kepala ruangan sering bertanya mengenai kesulitan yang dihadapi dalam menjalankan tugas –tugas keperawatan	4,2	93,2	2,5	0,0
3	Pihak rumah sakit menyediakan waktu dan tempat untuk berdiskusi menyelesaikan masalah tentang keperawatan	5,1	86,4	8,5	0,0
4	Pihak rumah sakit selalu berusaha menyelesaikan masalah yang terjadi	3,4	93,2	2,5	0,8

Sumber : Data Primer diolah oleh Peneliti

Tabel 6.9 menunjukkan dari 118 orang responden, diperoleh informasi mengenai persepsi perawat terhadap penyelesaian masalah adalah sebanyak 88,1% responden menyatakan bahwa kepala unit keperawatan jarang membantu menyelesaikan permasalahan yang terjadi, akan tetapi sebagian besar responden (96,6%) menyatakan bahwa pihak rumah sakit menyediakan waktu dan tempat untuk menyelesaikan masalah yang terjadi.

Tabel 6.10 Persepsi Responden Terhadap Faktor Keterlibatan Perawat

No	Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
	Keterlibatan Perawat	%	%	%	%
1	Pihak rumah sakit memberi kesempatan kepada perawat untuk terlibat di dalam pengambilan keputusan tentang tugas-tugas keperawatan	2,5	83,9	13,6	0,0
2	Pihak rumah sakit jarang memberikan tanggapan terhadap usulan perawat	0,8	64,4	33,1	1,7
3	Kepala ruangan selalu memberi kesempatan kepada perawat untuk terlibat di dalam pengambilan keputusan tentang tugas-tugas keperawatan	0,8	60,2	37,3	1,7
4	Kepala ruangan memberikan wewenang dan tanggung jawab penuh kepada perawat didalam melaksanakan tugas keperawatan	0,8	74,6	22,9	1,7

Sumber : Data Primer diolah oleh Peneliti

Tabel 6.10 menunjukkan dari 118 orang responden, diperoleh informasi mengenai persepsi perawat terhadap keterlibatan perawat, dimana sebagian besar responden meyakini, bahwa pihak rumah sakit dan kepala ruangan memberikan kesempatan kepada perawat untuk terlibat didalam pengambilan keputusan tentang tugas-tugas keperawatan serta memberikan wewenang dan tanggung jawab penuh didalam melaksanakan tugas

keperawatan, tetapi sebanyak 64,4% menyatakan bahwa pihak rumah sakit jarang memberikan tanggapan terhadap usulan perawat.

Tabel 6.11 Persepsi Responden Terhadap Faktor Fasilitas yang Tersedia

No	Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
Fasilitas yang Tersedia		%	%	%	%
1	Pihak rumah sakit tidak menyediakan peralatan kesehatan yang lengkap untuk menunjang pekerjaan perawat	5,9	89,8	4,2	0,0
2	Pihak manajemen mengadakan program rekreasi sebagai sarana refreshing	3,4	79,7	16,1	0,8
3	Pihak rumah sakit menyediakan program konseling untuk karyawan	2,5	63,6	31,4	2,5
4	Program konseling sudah berjalan dengan baik	0,0	73,7	25,4	0,8

Sumber : Data Primer diolah oleh Peneliti

Tabel 6.11 menunjukkan dari 118 orang responden, diperoleh informasi mengenai persepsi perawat terhadap fasilitas yang tersedia, dimana sebagian responden menyatakan pihak rumah sakit tidak menyediakan peralatan kesehatan yang lengkap untuk menunjang pekerjaan perawat (95,7%), disamping itu juga sebagian besar responden menyatakan, bahwa pihak rumah sakit telah menyediakan sarana rekreasi dan sarana konseling yang telah berjalan dengan baik (73,7%).

Tabel 6.12 Persepsi Responden Terhadap Faktor Pengembangan Karir

No	Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
Pengembangan Karir		%	%	%	%
1	Pihak rumah sakit memberikan kesempatan untuk mengikuti pelatihan dan kursus singkat didalam pengembangan karir para perawat	0,0	85,6	14,4	0,0
2	Kepala unit keperawatan kurang memperhatikan upaya peningkatan keterampilan para perawat	0,0	51,7	44,1	4,2
3	Pihak rumah sakit tidak pernah memikirkan jenjang karir seluruh perawat	0,0	50,0	49,2	0,8
4	Telah tersedia pola pengembangan karir bagi perawat	0,0	33,9	63,6	2,5

Sumber : Data Primer diolah oleh Peneliti

Tabel 6.12 menunjukkan dari 118 orang responden, diperoleh informasi mengenai persepsi perawat terhadap pengembangan karir, dimana 85,6% responden menyatakan bahwa pihak rumah sakit memberikan kesempatan perawat untuk mengikuti pelatihan dan kursus singkat, 50% responden menyatakan pihak rumah sakit tidak pernah memikirkan jenjang karir perawat. 51,7% responden menyatakan, bahwa kepala unit keperawatan kurang memperhatikan upaya peningkatan keterampilan perawat, 63,6% responden menyatakan tidak adanya pola pengembangan karir bagi perawat.

Tabel 6.13 Persepsi Responden Terhadap Faktor Rasa bangga

No	Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Ssetuju
Rasa Bangga		%	%	%	%
1	Pihak rumah sakit tidak menghargai masukan yang diberikan oleh para perawat	0,0	85,6	14,4	0,0
2	Merasa senang bekerja di rumah sakit ini	5,1	87,3	7,6	0,0
3	Suasana kerja di rumah sakit ini sangat nyaman	9,3	83,1	7,6	0,0
4	Suasana kerja di rumah sakit ini meningkatkan rasa percaya diri bagi para perawat	0,8	90,7	8,5	0,0

Sumber : Data Primer diolah oleh Peneliti

Tabel 6.13 menunjukkan dari 118 orang responden, diperoleh informasi mengenai persepsi perawat terhadap rasa bangga, dimana 85,6% responden menyatakan, bahwa pihak RS tidak menghargai masukan yang diberikan oleh perawat, merasa senang bekerja di RS 87,3%, memberikan rasa nyaman 83,1% dan meningkatkan rasa percaya diri 90,7%.

Tabel 6.14 Persepsi Responden Terhadap Faktor Rasa Aman

No	Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
Rasa Aman		%	%	%	%
1	Pihak rumah sakit memberikan program jaminan kesehatan	4,2	94,9	0,8	0,0
2	Program jaminan kesehatan yang ada di rumah sakit tidak	0,0	79,7	20,3	0,0

	berjalan dengan baik				
3	Program jaminan kesehatan diberikan secara adil	1,7	83,1	15,3	0,0
4	Pihak rumah sakit mengadakan program penjaminan hari tua	5,9	89,0	5,1	0,0

Sumber : Data Primer diolah oleh Peneliti

Tabel 6.14 menunjukkan dari 118 orang responden, diperoleh informasi mengenai persepsi perawat terhadap rasa aman, sebanyak 94,9% responden menyatakan, bahwa pihak rumah sakit sudah menyelenggarakan program jaminan kesehatan, tetapi 79,7% menyatakan, bahwa program tersebut belum berjalan dengan baik. Sebanyak 94,9% responden menyatakan, bahwa pihak rumah sakit sudah menyelenggarakan program penjaminan hari tua.

Tabel 6.15 Distribusi Frekuensi Variabel Kualitas Kehidupan Keja

Variabel	N (118)	Persentase (%)
Kompensasi		
Di bawah mean $\leq 12,62$	57	48,31
Di atas mean $> 12,62$	61	51,69
Komunikasi		
Di bawah mean $\leq 11,62$	37	31,36
Di atas mean $> 11,62$	81	68,64
Keselamatan Lingkungan kerja		
Di bawah mean $\leq 11,54$	49	41,53
Di atas mean $> 11,54$	69	58,47
Penyelesaian masalah		
Di bawah mean $\leq 11,88$	21	17,80
Di atas mean $> 11,88$	97	82,20
Keterlibatan perawat		

Di bawah mean $\leq 10,88$	50	42,37
Di atas mean $> 10,88$	68	57,63
Fasilitas yang tersedia		
Di bawah mean $\leq 11,26$	59	50,00
Di atas mean $> 11,26$	59	50,00
Pengembangan karir		
Di bawah mean $\leq 10,13$	65	55,08
Di atas mean $> 10,13$	53	44,92
Rasa bangga		
Di bawah mean $\leq 11,77$	25	21,19
Di atas mean $> 11,77$	93	78,81
Rasa aman		
Di bawah mean $\leq 11,70$	33	27,97
Di atas mean $> 11,70$	85	72,03

Sumber : Data Primer diolah oleh Peneliti

Tabel 6.15 menunjukkan dari 118 orang responden, diperoleh informasi, bahwa perawat yang mempunyai nilai di bawah rata-rata untuk faktor kompensasi adalah sebesar 48,31% sedangkan yang di atas rata-rata 51,69%. Perawat yang mempunyai nilai di bawah rata-rata untuk faktor komunikasi adalah sebesar 31,36% sedangkan yang di atas rata-rata sebesar 68,64%. Perawat yang mempunyai nilai di bawah rata-rata untuk faktor keselamatan lingkungan kerja adalah sebesar 41,53%, sedangkan yang di atas rata-rata sebesar 58,47%. Perawat yang mempunyai nilai di bawah rata-rata untuk faktor penyelesaian masalah adalah sebesar 17,80%, sedangkan yang di atas rata-rata sebesar 82,20%. Perawat yang mempunyai nilai di bawah rata-rata untuk faktor keterlibatan perawat adalah sebesar 42,37% sedangkan yang di atas rata-rata sebesar 57,63%. Perawat yang mempunyai nilai di bawah rata-rata untuk faktor fasilitas yang tersedia sebesar 50,00%, begitu juga dengan

yang di atas rata-rata sebesar 50,00%. Perawat yang mempunyai nilai di bawah rata-rata untuk faktor pengembangan karir sebesar 55,08%, sedangkan yang di atas rata-rata sebesar 44,92%. Perawat yang mempunyai nilai di bawah rata-rata untuk faktor rasa bangga sebesar 21,19%, sedangkan yang di atas rata-rata sebesar 78,81%. Perawat yang mempunyai nilai di bawah rata-rata sebesar 27,97%, sedangkan yang di atas rata-rata sebesar 72,03%.

6.2.3 Kinerja Perawat

Tabel 6.16 Distribusi Statistik Deskriptif Variabel Kinerja Perawat

Variabel	N	Mean	Median	Min - Max	Standar Deviasi
Kinerja Perawat	118	61,66	60,00	51,00 - 80,00	5,42

Tabel 6.16 menunjukkan dari 118 orang responden, diperoleh informasi mengenai hasil analisis deskriptif variabel kinerja yaitu nilai mean 61,66, median 60,00, nilai minimum 51,00, nilai maksimum 80,00 dan standar deviasi 5,42.

Tabel 6.17 Distribusi Frekuensi Variabel Kinerja Perawat

Variabel	Jumlah	Persentase (%)
Kinerja Perawat		
Di bawah mean \leq 61,66	74	62,71
Di atas mean \geq 61,66	44	37,29

Sumber : Data Primer diolah oleh Peneliti

Tabel 6.17 menunjukkan kinerja perawat di bawah nilai mean sebesar 62,71%, sedangkan kinerja perawat di atas nilai mean sebesar 37,29%.

Tabel 6.18 Hasil Penilaian Kinerja Perawat Pelaksana oleh Kepala Ruangan

No	Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
		%	%	%	%
1	Selalu melakukan Pengkajian pada setiap pasien sesuai dengan standar asuhan keperawatan	19,5	74,6	5,9	0,0
2	Selalu membuat Diagnosa Keperawatan sesuai dengan standar asuhan keperawatan	16,9	76,3	6,8	0,0
3	Selalu merumuskan masalah keperawatan pasien	9,3	73,7	16,9	0,0
4	Tidak selalu membuat Perencanaan sesuai dengan standar asuhan keperawatan	16,9	74,6	8,5	0,0
5	Selalu melaksanakan serah terima pasien baik secara lisan maupun tertulis	28,8	66,9	4,2	0,0
6	Selalu mengikuti studi kasus keperawatan yang dilaksanakan oleh unit kerja	6,8	82,2	11,0	0,0
7	Selalu berdiskusi dengan teman satu unit kerja	22,0	77,1	0,8	0,0
8	Selalu menunggu diperintah didalam melaksanakan tugas keperawatan	14,4	75,4	10,2	0,0
9	Selalu berusaha untuk tepat waktu didalam melaksanakan asuhan keperawatan	10,2	89,8	0,0	0,0
10	Selalu melakukan Tindakan atau Implementasi pada	19,5	75,4	5,1	0,0

	setiap pasien sesuai dengan standar asuhan keperawatan				
11	Tidak selalu mengucapkan salam kepada pasien yang akan diberikan asuhan keperawatan	28,0	68,6	3,4	0,0
12	Selalu bersikap ramah kepada setiap pasien	22,9	77,1	0,0	0,0
13	Selalu melatih pasien/keluarganya didalam mengatasi masalah	5,9	85,6	8,5	0,0
14	Selalu mengerjakan tugas keperawatan tanpa diminta oleh pasien atau keluarganya	11,0	83,9	5,1	0,0
15	Selalu cepat merespon bila dipanggil keluarga pasien	18,6	75,4	5,9	0,0
16	Selalu melakukan Evaluasi pada setiap pasien sesuai dengan standar asuhan keperawatan	17,8	69,5	12,7	0,0
17	Selalu menyebarkan angket kepuasan pasien	10,2	65,3	24,6	0,0
18	Selalu mencatat apa yang telah dikerjakan	21,2	66,9	11,9	0,0
19	Selalu bersedia menerima masukan dari tim kerja	4,2	95,8	0,0	0,0
20	Selalu dapat menggunakan instrument didalam melaksanakan pekerjaan	15,3	72,9	11,9	0,0

Sumber : Data Primer diolah oleh Peneliti

Tabel 6.18 menunjukkan penilaian kinerja perawat oleh kepala ruangan, dimana sebagian besar perawat sudah melaksanakan pengkajian pada

setiap pasien sesuai dengan asuhan keperawatan yaitu (94,1%). Sebanyak 93,2% perawat sudah melaksanakan diagnose keperawatan, begitu juga dengan tahap implementasi (94,9%) dan evaluasi (87,3%). Akan tetapi sebagian besar perawat yaitu sebesar 91,5% tidak melaksanakan tahap perencanaan sesuai dengan asuhan keperawatan, sebanyak 75,4% selalu menunggu diperintah didalam melaksanakan tugas keperawatan serta tidak selalu mengucapkan salam kepada pasien yang akan diberikan asuhan keperawatan 68,6%

Tabel 6.19 Korelasi Antara Variabel Kualitas Kehidupan Kerja Dengan Kinerja Perawat

Kualitas Kehidupan Kerja	Kinerja Perawat
Kompensasi	0,618 (P = 0,001)
Komunikasi	0,473 (P = 0,001)
Keselamatan lingkungan kerja	0,679 (P = 0,001)
Penyelesaian masalah	0,769 (P = 0,001)
Keterlibatan perawat	0,576 (P = 0,001)
Fasilitas yang tersedia	0,712 (P = 0,001)
Pengembangan karir	0,725 (P = 0,001)
Rasa bangga	0,676 (P = 0,001)
Rasa aman	0,705 (P = 0,001)

Tabel 6.19 menunjukkan, bahwa hasil analisis korelasi antara faktor kualitas kehidupan kerja dengan kinerja perawat diperoleh nilai signifikansi 0,001, oleh karena nilai signifikansi kurang dari 0,05. Menurut Sugiyono (2007), pedoman untuk memberikan interpretasi koefisien korelasi adalah sebagai berikut :

Sangat rendah = 0,00 – 0,199, rendah = 0,20 – 0,399, sedang 0,40 – 0,599,

kuat = 0,60 – 0,799, sangat kuat = 0,80 – 1,00. Dilihat dari interpretasi tersebut, maka dapat diambil kesimpulan, bahwa faktor komunikasi dan keterlibatan perawat memiliki hubungan yang sedang dengan kinerja perawat, sedangkan faktor kualitas kehidupan kerja yang lain memiliki hubungan yang kuat dengan kinerja perawat.

6.2.4 Pengaruh Variabel Kualitas Kehidupan Kerja terhadap Kinerja Perawat Pelaksana

Analisis yang digunakan untuk mengetahui pengaruh variabel kualitas kehidupan kerja terhadap kinerja perawat pelaksana dalam penelitian ini adalah analisis Regresi Linier Ganda.

Tabel 6.20 Nilai Koefisien Variabel Kualitas Kehidupan Kerja

Variabel	<i>Unstandardized Coefficients</i>	<i>Standard Error</i>	<i>Standardized Coefficients</i>
	B		Beta
<i>Constant</i>	1,171	4,442	
Kompensasi	0,295	0,174	0,106
Komunikasi	0,235	0,315	0,042
Keselamatan lingkungan kerja	0,009	0,444	0,002
Penyelesaian masalah	1,492	0,596	0,231
Keterlibatan Perawat	0,604	0,239	0,153
Fasilitas yang tersedia	0,241	0,342	0,056
Pengembangan karir	1,209	0,276	0,304
Rasa bangga	0,651	0,426	0,122

Rasa aman	0,599	0,450	0,099
-----------	-------	-------	-------

Sumber : Data Primer diolah oleh Peneliti

$$R^2 = 0,764$$

Tabel 6.20 menunjukkan, nilai koefisien determinasi (R^2) sebesar 0,764 artinya, bahwa kesembilan variabel bebas tersebut dapat menjelaskan variasi variabel kinerja perawat sebesar 76,4%. Dari nilai Beta pada tabel dapat ditentukan, bahwa faktor yang paling dominan berpengaruh terhadap kinerja perawat adalah pengembangan karir dengan nilai Beta 0,304.



BAB VII

PEMBAHASAN

Sesudah dilakukan pengumpulan data dan kemudian dianalisis, sesuai dengan tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui hubungan Kualitas Kehidupan Kerja dengan Kinerja perawat pelaksana di RS. Bali Med Tahun 2012, maka pembahasan yang dilakukan meliputi hasil uji instrumen dan hasil yang diperoleh berdasarkan variabel-variabel yang diteliti. Hasil penelitian akan dibahas dan dibandingkan dengan teori dan kajian literatur penelitian yang terdahulu. Pembahasan ini terdiri dari dua bagian yaitu keterbatasan penelitian dan pembahasan hasil penelitian.

7.1 Keterbatasan Hasil Penelitian

Menurut Munandar (2001), penelitian dengan pengumpulan data menggunakan kuesioner memperoleh data yang bersifat sangat subyektif dan cenderung bias, sehingga kebenaran data sangat tergantung pada keadaan kejujuran dan spontanitas jawaban responden pada saat pengisian. Untuk mengurangi timbulnya bias, maka sebelum kuesioner dibagikan, peneliti menjelaskan secara tertulis di bagian depan kuesioner, bahwa penelitian ini memerlukan kejujuran sesuai dengan fakta yang ada, isi kuesioner tidak mempengaruhi penilaian kinerja responden.

7.2 Pembahasan Hasil Penelitian

7.2.1 Kompensasi

Hasil analisis yang diperoleh adalah $P\text{-Value } (0,001) < \alpha 0,05$, ini berarti, H_0 ditolak, artinya ada hubungan antara kompensasi dengan kinerja perawat. Hasil penelitian ini mendukung teori Hasibuan (2002) yang menyebutkan, bahwa besarnya kompensasi mencerminkan status, pengakuan dan tingkat pemenuhan kebutuhan yang dinikmati oleh karyawan bersama keluarganya. Begitu juga menurut Cascio (2010), sistem imbalan yang diberikan kepada karyawan harus layak, adil, dan memadai, artinya imbalan yang diberikan oleh organisasi kepada

karyawannya harus memuaskan, sesuai dengan standar hidup karyawan yang bersangkutan serta sesuai dengan standar penggajian yang berlaku di pasaran kerja.

Siagian (2005) sistem imbalan yang tidak memadai menjadi salah satu faktor yang menyebabkan tidak puasnya pekerja sehingga berdampak pada kinerja mereka. Aditama (2004) menyebutkan, bahwa masalah-masalah yang dihadapi perawat antara lain adalah kurangnya insentif yang diterima perawat. Insentif itu tidak hanya berbentuk uang, tetapi juga kesempatan pendidikan, penghargaan-penghargaan, ruang kerja dan peralatan yang memadai serta suasana kerja yang menyenangkan. Untuk menjadi motivator yang efektif, pemberian kompensasi dan bonus haruslah dihubungkan secara langsung, sehingga penerima dapat segera mengetahui berapa rupiah yang dia peroleh dari upayanya. Bentuk pemberian bonus yang berorientasi pada penampilan adalah proyek bonus, dimana hasil kerja yang baik segera diberi hadiah atau bonus yang sesuai. Hal tersebut lebih efektif bila dibandingkan menunggu berapa bulan tanpa pemberitahuan yang nyata sampai saat pemberian bonus di akhir tahun. Hasil penelitian ini tidak mendukung penelitian yang dilakukan oleh Kuantu (2010), bahwa tidak ada hubungan antara variabel kompensasi dengan variabel kinerja perawat.

Para perawat di pelaksana RS Bali Med merasa, bahwa sistem pemberian gaji yang dilaksanakan di rumah sakit tersebut belum berjalan dengan baik, selama ini pemberian gaji pokok belum sesuai dengan masa kerja dan tingkat pendidikan, kadang gaji pokok antara perawat yang sudah lama dengan perawat yang baru sama, begitu juga dengan bonus akhir tahun diberikan sama. Sebaiknya dilakukan evaluasi pada sistem penggajian.

7.2.2 Komunikasi

Dari hasil analisis, bahwa $P\text{-Value} (0,001) < \alpha (0,05)$, berarti H_0 ditolak, Ini berarti ada hubungan antara komunikasi dengan kinerja perawat. Hal ini sesuai dengan teori Cascio (2010), Nawawi (2008) yang menyebutkan, bahwa di setiap lingkungan organisasi atau perusahaan, karyawan memerlukan komunikasi yang terbuka dalam batas-batas wewenang dan tanggung jawab masing-masing.

Dengan komunikasi yang lancar maka karyawan akan mendapatkan informasi-informasi penting secara tepat. Komunikasi juga merupakan bagian penting dalam kehidupan kerja, untuk itu perlu dikembangkan sistem komunikasi yang terbuka, sebab komunikasi yang terbuka dapat mengurangi konflik antar perawat maupun dengan staf rumah sakit yang lainnya saling pengertian, kerjasama sehingga dapat meningkatkan kinerja yang lebih baik lagi. Hasil penelitian ini tidak mendukung penelitian Kuantu (2010), yang menyebutkan, bahwa tidak ada hubungan antara persepsi perawat tentang variabel komunikasi dengan kinerja perawat di RS Bhakti Yudha Depok.

Para perawat di RS Bali Med mengharapkan agar hasil rapat dari pihak manajemen mengenai hal-hal yang berhubungan dengan keperawatan disampaikan secara terbuka, agar mereka merasa puas dan termotivasi. Diharapkan pihak manajemen rumah sakit peduli terhadap informasi yang mereka butuhkan seperti misalnya informasi mengenai pengembangan karir, teknologi kedokteran terbaru atau hal penting lainnya yang menunjang pekerjaan mereka.

7.2.3 Keselamatan Lingkungan Kerja

P-Value $(0,001) < \alpha (0,005)$ berarti H_0 ditolak, artinya ada hubungan antara faktor keselamatan lingkungan kerja dengan kinerja perawat. Keselamatan lingkungan kerja dalam penelitian ini memiliki hubungan yang signifikan dalam peningkatan kinerja perawat. Hal ini sesuai dengan teori Cascio (2010) dan Harianja (2002) mengenai kualitas kehidupan kerja melalui faktor keselamatan lingkungan kerja, seperti contohnya perusahaan membentuk komite keselamatan, tim gawat darurat, program keselamatan. Masih menurut Harianja (2002) yang menyebutkan, bahwa secara umum kewajiban perusahaan dalam meningkatkan keselamatan kerja terdiri dari :

1. Memelihara tempat kerja yang aman dan sehat bagi pekerja
2. Mematuhi semua standar dan syarat kerja
3. Mencatat semua peristiwa kecelakaan yang terjadi yang berkaitan dengan keselamatan kerja.

Selain itu Arfida (2003), menyebutkan, bahwa perbaikan-perbaikan di bidang lingkungan kerja dapat menumbuhkan semangat dan kecepatan kerja, sehingga dapat meningkatkan kinerja perawat dalam bekerja. Hasil penelitian ini tidak mendukung penelitian Kunto (2010) yang menyebutkan tidak ada hubungan antara variabel keselamatan lingkungan kerja dengan variabel kinerja perawat di RS Bhakti Yudha Depok.

Para perawat di RS Bali Med mengharapkan, bahwa program penjaminan keselamatan lingkungan kerja belum berjalan dengan baik. Pihak manajemen rumah sakit perlu membentuk organisasi kesehatan dan keselamatan kerja rumah sakit (K3RS). Tujuan umum dibentuknya K3RS adalah terciptanya cara kerja, lingkungan kerja yang sehat, aman, nyaman dan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan karyawan rumah sakit.

7.2.4 Penyelesaian Masalah

Dari hasil analisis diperoleh hasil yaitu : $P\text{-Value } (0,001) < \alpha (0,05)$ berarti H_0 ditolak, ini berarti ada hubungan antara faktor penyelesaian masalah dengan kinerja perawat. Hal ini sesuai dengan teori Cascio (2010), Martoyo dalam Ayuningtyas (2007). Penyelesaian masalah di dalam pekerjaan merupakan tanggung jawab bersama, sehingga institusi dituntut senantiasa membuka jalur formal untuk menyampaikan keluhan dan permasalahan yang muncul, sebaiknya pihak manajemen membuka jalur formal untuk menyampaikan keluhan. Hasil penelitian ini tidak mendukung penelitian Kunto (2010), yang menyebutkan tidak ada hubungan antara variabel penyelesaian masalah dengan variabel kinerja perawat di RS Bhakti Yudha Depok.

Para perawat di RS Bali Med mengharapkan kepala unit keperawatan ikut terlibat didalam menyelesaikan masalah-masalah yang ada di keperawatan. Sebaiknya pihak manajemen rumah sakit mengaktifkan fungsi komite keperawatan, yaitu dengan membuka jalur formal untuk menyelesaikan permasalahan baik di antara perawat itu sendiri, antara perawat dengan atasan maupun dengan pihak manajemen, sehingga hubungan antar mereka menjadi lebih harmonis.

7.2.5 Keterlibatan Perawat

Dari hasil penelitian diperoleh, bahwa ada hubungan antara keterlibatan dengan kinerja perawat dengan kata lain $P\text{-Value } (0,001) < \alpha (0,05)$ berarti H_0 ditolak. Hal ini sesuai dengan teori Cascio (2010) dan Harianja (2002) mengenai usaha organisasi untuk memperbaiki kualitas kehidupan kerja melalui peningkatan keterlibatan pekerja. Hasil penelitian ini juga mendukung hasil penelitian yang dilakukan oleh *International Council of Nurses* (2001) yang menyatakan, bahwa melibatkan partisipasi perawat dalam setiap pengambilan keputusan yang mempengaruhi mereka dan hubungan mereka dengan pekerjaan, tugas dan organisasi rumah sakit akan membuat mereka lebih bertanggung jawab bahkan merasa ikut memiliki terhadap keputusan dimana para perawat telah berpartisipasi. Hasil penelitian ini tidak mendukung penelitian Kunto (2010) yang menyebutkan, bahwa tidak ada hubungan antara variabel keterlibatan dengan kinerja perawat di RS Bhakti Yudha Depok.

Para perawat di RS Bali Med merasa pihak rumah sakit jarang memberikan tanggapan terhadap usulan perawat (64,4%). Pihak manajemen rumah sakit sangat lambat menanggapi masukan-masukan dari perawat. Sebaiknya pihak manajemen lebih proaktif dalam menanggapi masukan dari perawat agar mereka merasa ikut dilibatkan didalam pengambilan keputusan yang berhubungan dengan pekerjaan mereka, seperti misalnya mengatur jadwal jaga, memilih teman dalam tim kerja.

7.2.6 Fasilitas yang Tersedia

Dari hasil analisis diperoleh $P\text{-Value } (0,001) < \alpha (0,005)$ berarti H_0 ditolak, ini berarti ada hubungan antara fasilitas yang tersedia dengan kinerja perawat, sesuai dengan teori Cascio (2010) dan Armstrong (2004). Menurut Armstrong (2004) konseling adalah setiap aktivitas di tempat kerja dimana seorang individu memanfaatkan serangkaian keterampilan dan tehnik untuk membantu individu lainnya, memikul tanggung jawab dan mengelola pembuatan keputusan mereka. Hasil penelitian ini tidak mendukung penelitian Kunto

(2010), yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara variabel fasilitas yang tersedia dengan kinerja perawat, di RS. Bhakti Yudha Depok.

Para perawat di RS Bali Med Denpasar merasa pihak RS tidak menyediakan peralatan kesehatan yang lengkap untuk menunjang pekerjaan mereka (89,8%). Sebaiknya pihak manajemen rumah sakit menyediakan peralatan yang lengkap seperti tensimeter dan termometer yang kadang tidak sesuai dengan jumlah perawat yang bertugas oleh karena pecah atau rusak. Kepala ruangan sudah melaporkan ke pihak manajemen, tetapi kurang cepat mendapat tanggapan dari pihak manajemen berupa penggantian dengan alat-alat yang baru.

7.2.7 Pengembangan Karir

Hasil analisis didapatkan, bahwa ada hubungan antara pengembangan karir dengan kinerja perawat dengan kata lain $P\text{-Value } (0,001) < \alpha (0,05)$ berarti H_0 ditolak. Hal ini sesuai dengan teori menurut Ambar Teguh dan Rosidah (2003) manfaat pengembangan karir adalah:

- a. Meningkatkan prestasi pegawai
- b. Meningkatkan loyalitas pegawai sehingga menurunkan keinginan keluar dari rumah sakit
- c. Untuk memotivasi pegawai agar dapat mengembangkan bakat dan kemampuannya.
- d. Mengurangi subyektivitas dalam promosi
- e. Memberikan kepastian masa depan.
- f. Untuk mendukung usaha organisasi memperoleh tenaga yang cakap dan terampil dalam melaksanakan tugas.

Hasil penelitian ini tidak mendukung penelitian Kunto (2010) yang menyebutkan, bahwa tidak ada hubungan antara variabel pengembangan karir dengan variabel kinerja perawat.

Para perawat di RS Bali Med mengharapkan agar pihak rumah sakit membuat pola pengembangan karir untuk perawat, ini bisa dilihat dari hasil pengisian kuesioner yaitu 63,6% perawat yang menyatakan tidak adanya pola

pengembangan karir. Sebaiknya pihak manajemen rumah sakit membuat pola pengembangan karir agar jenjang karir mereka menjadi jelas dan terpola, serta dapat meningkatkan kompetensi mereka.

7.2.8 Rasa Bangga

Dari hasil analisis diperoleh ada hubungan antara variabel rasa bangga terhadap perusahaan dengan variabel kinerja perawat pelaksana, dimana P-Value ($0,001 < \alpha (0,05)$) berarti H_0 ditolak. Hal ini sesuai dengan teori Cascio (2010) yang menyatakan, bahwa kualitas kehidupan kerja berhubungan kuat melalui faktor rasa bangga terhadap institusi. Tanggung jawab, rasa memiliki dan bangga yang ditunjukkan pegawai terhadap institusinya menentukan komitmen yang tinggi dalam bekerja guna mencapai tujuan organisasi. Untuk meningkatkan rasa bangga karyawan, pihak manajemen tersebut mampu memperkuat identitas dan citra perusahaan, meningkatkan partisipasi masyarakat serta lebih peduli terhadap lingkungannya. Hasil penelitian ini juga mendukung hasil penelitian Kuantu (2010) yang menyebutkan, bahwa ada hubungan antara variabel rasa bangga dengan variabel kinerja perawat di RS Bhakti Yudha Depok.

Para perawat di RS Bali Med merasa pihak rumah sakit tidak menghargai masukan dari mereka sebesar 85,6%. Sebaiknya pihak manajemen lebih cepat dalam memberikan tanggapan atas usulan-usulan perawat, sehingga mereka merasa lebih bangga, oleh karena mereka dilibatkan didalam pengambilan keputusan yang berhubungan dengan keperawatan, ini terkait dengan teori kebutuhan Maslow yaitu harga diri dan kebutuhan aktualisasi diri.

7.2.9 Rasa Aman

Hasil analisis diperoleh P-Value ($0,001 < \alpha (0,05)$) berarti H_0 ditolak, ini berarti ada hubungan antara rasa aman dengan kinerja perawat pelaksana di RS. Bali Med Denpasar Tahun 2012. Handoko (2000) yang menyatakan pengertian rasa aman adalah bebasnya karyawan dari rasa takut serta bebas dari segala kemungkinan kecelakaan akibat kerja. Pada organisasi kesehatan, kualitas kehidupan kerja dideskriptifkan mengacu kepada kekuatan dan kelemahan dalam lingkungan kerja secara keseluruhan. Kebijakan, prosedur serta gaya

kepemimpinan akan mempengaruhi, bagaimana para karyawan melihat kualitas kehidupan kerja mereka. Begitu juga teori Cascio (2010), Harianja (2002) mengenai kualitas kehidupan kerja yang tinggi harus didukung oleh rasa aman terhadap pekerjaan. Arfida (2003) juga menyebutkan, bahwa perbaikan dibidang pengupahan dan jaminan social dapat meningkatkan motivasi kerja. Hasil penelitian ini mendukung penelitian Kunto (2010) yang menyebutkan, bahwa ada hubungan antara variabel rasa aman dengan kinerja perawat di RS Bhakti Yudha Depok serta mendukung teori-teori diatas.

Para perawat di RS Bali Med Denpasar mengharapkan agar program jaminan kesehatan yang ada berjalan dengan baik, yang artinya, bahwa para perawat mengharapkan tidak ada pemungutan premi kepada mereka, khususnya perawat yang sudah menjadi karyawan tetap serta belum adanya kejelasan pertanggungannya, misalnya ada perawat yang mengalami kecelakaan, belum ada informasi sampai sejauh mana perawat tersebut ditanggung untuk biaya perawatannya. Sebaiknya pihak manajemen menyelenggarakan program jaminan sosial tenaga kerja.

7.2.10 Kinerja Perawat

Dari hasil penelitian diperoleh jumlah perawat pelaksana yang memiliki kinerja kurang sebesar 62,71%, sedangkan yang memiliki kinerja baik sebesar 37,29%. Pada perencanaan asuhan keperawatan sebagian besar perawat pelaksana (91,5%) tidak selalu membuat perencanaan sesuai dengan standar asuhan keperawatan, sebanyak 75,4% menunggu perintah di dalam melaksanakan tugas keperawatan serta tidak selalu mengucapkan salam kepada pasien sebesar 68,6%.

Perencanaan adalah fase proses keperawatan yang sistematis, mencakup pembuatan keputusan dan pemecahan masalah. Perencanaan adalah katagori dan perilaku keperawatan dengan tujuan yang berpusat pada klien dan hasil yang diperkirakan ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut. Dalam perencanaan, perawat merujuk pada pengkajian data klien dan pernyataan diagnostik untuk mengarahkan formulasi tujuan klien dan merancang strategi keperawatan yang diperlukan untuk mencegah, mengurangi atau

menghilangkan masalah-masalah kesehatan klien. Selama perencanaan dibuat prioritas, selain itu juga berkolaborasi dengan klien dan keluarganya. Perawat dapat melakukan konsultasi pada tenaga kesehatan lain, telaah literatur yang berkaitan, memodifikasi asuhan dan mencatat informasi yang relevan tentang kebutuhan perawatan kesehatan klien dan penatalaksanaan klinik. Meskipun perencanaan tanggung jawab perawat, input dari klien dan orang yang mendukung klien penting agar perencanaan efektif.

Proses perencanaan mencakup kegiatan-kegiatan sebagai berikut :

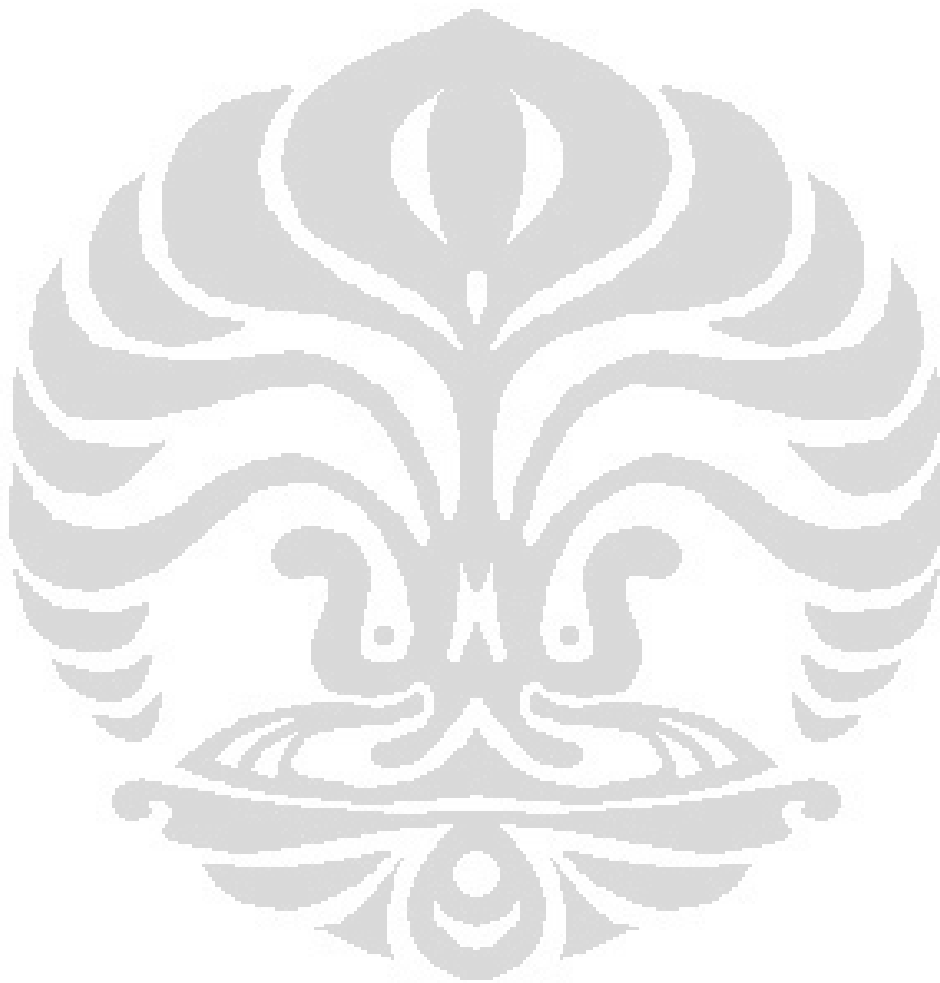
1. Membuat prioritas
2. Menentukan tujuan klien/hasil yang diharapkan
3. Memilih strategi keperawatan
4. Membuat rencana keperawatan

Untuk mengurangi terjadinya hal tersebut di atas juga kurangnya kedisiplinan perawat serta tata krama didalam memberikan asuhan keperawatan, tentu diperlukan adanya pendidikan dan pelatihan terhadap perawat yang rutin dan berkesinambungan baik yang diadakan di dalam maupun diluar gedung, juga bimbingan sehari-hari oleh masing-masing kepala ruangan. Kemungkinan lain penyebab dari perencanaan asuhan keperawatan yang kurang, perawat dikatakan selalu menunggu diperintah di dalam melaksanakan tugas keperawatan serta tidak selalu memberi salam kepada pasien yang akan diberikan asuhan keperawatan, kemungkinan disebabkan oleh karena ketidakkonsistenan dari kepala ruangan didalam mengisi kuesioner, itu bisa dilihat dari ketiga pertanyaan tersebut bersifat negatif.

Pengaruh Variabel Kualitas Kehidupan Kerja terhadap Variabel Kinerja Perawat

Dari hasil analisis regresi diperoleh R sebesar 0,874. Hal ini menunjukkan, bahwa terjadi pengaruh yang sangat kuat antara variabel kualitas kehidupan kerja terhadap variabel kinerja perawat (Sugiyono, 2007). Dari tabel yang sama diperoleh R^2 sebesar 0,764 artinya bahwa kesembilan variabel bebas tersebut dapat menjelaskan variasi variabel kinerja perawat sebesar 76,4%. Sedangkan variabel kualitas kehidupan kerja yang paling dominan berpengaruh terhadap

kinerja perawat adalah pengembangan karir, oleh karena itulah pengembangan karir mempunyai daya ungkit yang paling besar di dalam meningkatkan kinerja perawat. Pola jenjang karir perawat di Indonesia di Indonesia menurut Ketetapan Kementerian Kesehatan mempunyai tahapan jenjang karir yang disesuaikan dengan tingkatan pendidikan, lamanya ia bekerja serta kemampuan yang dimilikinya dan dibuktikan oleh adanya sertifikat (bisa dilihat pada lampiran).



BAB VIII

PENUTUP

Pada bab ini akan dipaparkan kesimpulan dan saran yang diberikan berdasarkan hasil penelitian yang telah dianalisis.

8.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian ini, dibuktikan bahwa perawat yang mempunyai kinerja kurang lebih besar daripada perawat yang mempunyai kinerja yang baik, dimana perlu pembenahan terutama pada kualitas kehidupan kerja para perawat, juga pembenahan dalam melakukan perencanaan yang sesuai dengan standar asuhan keperawatan, kedisiplinan dan kerajinan serta sopan santun didalam melakukan asuhan keperawatan terhadap pasien, kemungkinan juga karena adanya ketidak konsistenan perawat pelaksana dan kepala ruangan di dalam menjawab pertanyaan-pertanyaan pada kuesioner penelitian.

Ada hubungan antara kesembilan faktor kualitas kehidupan kerja dengan kinerja perawat, ini berarti, bahwa kesembilan faktor tersebut perlu mendapat perhatian dari pihak manajemen rumah sakit untuk dapat meningkatkan kinerja perawat.

Faktor yang paling dominan berpengaruh terhadap kinerja perawat adalah pengembangan karir, berarti pengembangan karir mempunyai daya ungkit paling besar di dalam usaha untuk meningkatkan kinerja perawat.

8.2 Saran

1. Manajemen Rumah Sakit

Hasil penelitian ini memiliki implikasi yang penting bagi RS Bali Med, dimana diperoleh informasi yang menyatakan, bahwa faktor yang paling dominan berpengaruh terhadap kinerja perawat adalah faktor pengembangan karir, oleh karena itu pengembangan karir mempunyai daya ungkit paling besar didalam usaha untuk meningkatkan kinerja perawat, untuk itu yang dapat peneliti sarankan

adalah agar pihak manajemen membuat pola pengembangan karir, agar jenjang karir para perawat lebih terstruktur.

Selain faktor pengembangan karir, faktor-faktor lain seperti kompensasi juga ikut berperan di dalam meningkatkan kinerja perawat. Pihak manajemen sebaiknya membuat sistem penggajian yang sesuai dengan masa kerja perawat dan tingkat pendidikannya.

Faktor komunikasi juga mempunyai peranan didalam meningkatkan kinerja perawat. Pihak manajemen sebaiknya lebih cepat dan lebih terbuka didalam menyampaikan hasil rapat manajemen mengenai hal-hal yang berhubungan dengan keperawatan, agar para perawat mendapat informasi yang tepat.

Begitu juga dengan faktor keselamatan lingkungan kerja yang mempunyai peranan didalam meningkatkan kinerja perawat. Perlu dibentuk organisasi Kesehatan dan Keselamatan Kerja rumah sakit. Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja menurut Ketentuan Kementerian Kesehatan bisa dilihat pada lampiran.

Ada juga faktor penyelesaian masalah yang punya peranan untuk meningkatkan kinerja menyelesaikan masalah-masalah yang ada di keperawatan. Sebaiknya pihak manajemen rumah sakit dalam hal ini kepala unit keperawatan membuka jalur formal untuk menyelesaikan permasalahan baik diantara perawat itu sendiri, antara perawat dengan atasan maupun dengan pihak manajemen, sehingga hubungan diantara mereka menjadi lebih harmonis.

Faktor keterlibatan perawat mempunyai peranan juga didalam peningkatan kinerja perawat perawat. Sebaiknya pihak manajemen rumah sakit lebih cepat tanggap terhadap usulan-usulan yang disampaikan perawat agar mereka merasa ikut dilibatkan di dalam pengambilan keputusan yang berhubungan dengan tugas-tugas keperawatan.

Faktor lain adalah fasilitas yang tersedia mempunyai peranan didalam peningkatan kinerja perawat. Sebaiknya pihak manajemen rumah sakit lebih cepat tanggap terhadap laporan dari kepala ruangan mengenai kurangnya alat kesehatan

seperti termometer, tensimeter yang sudah rusak ataupun pecah, sehingga saat perawat bertugas alat-alat tersebut sudah lengkap dan sesuai dengan jumlah yang dibutuhkan.

Faktor rasa bangga dan rasa memiliki ditunjukkan pegawai terhadap institusinya menentukan komitmen yang tinggi dalam bekerja guna mencapai tujuan organisasi. Untuk meningkatkan rasa bangga karyawan, Sebaiknya pihak manajemen lebih cepat menanggapi masukan-masukan dari perawat, sehingga mereka merasa lebih bangga, oleh karena mereka dilibatkan didalam pengambilan keputusan yang berhubungan dengan keperawatan.

Faktor rasa aman, seperti adanya program jaminan kesehatan, agar mendapat perhatian dari pihak manajemen, seperti misalnya, perawat yang sudah menjadi karyawan tetap tidak membayar premi untuk jaminan kesehatan tersebut, tetapi mendapat tanggungan penuh dari rumah sakit, serta segera membuat formula tentang jaminan kesehatan mereka.

2. Perawat Pelaksana

Diperlukan adanya pendidikan dan pelatihan terhadap perawat yang rutin dan berkesinambungan baik yang diadakan didalam maupun diluar gedung, juga bimbingan sehari-hari oleh masing-masing kepala ruangan untuk meningkatkan kedisiplinan perawat serta tata krama didalam memberikan asuhan keperawatan

3. Peneliti Selanjutnya

Dari hasil pengisian kuesioner tampak ketidak konsistenan dari responden, oleh karena itu sangat penting diperhatikan saat melakukan pengolahan data terutama pada saat *editing*.

DAFTAR REFERENSI

- Aditama TJ, 2003. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Edisi kedua, Universitas Indonesia, Jakarta.
- Alwi, Syafarudin 2001. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta : Liberti.
- Sulistiyani, Ambar Teguh & Rosidah, 2003. *Manajemen Sumber Daya Manusia Konsep, Teori dan Pengembangan dalam Konteks organisasi Publik*, Yogyakarta ; Penerbit Graha Ilmu.
- Anggoro, A, 2006, *Hubungan Komponen Quality Of Work Life dengan Produktivitas Perawat Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Indonesia Tahun 2006*, Tesis Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Pasca sarjana Universitas Indonesia.
- Ayuningtyas, 2007, *Hubungan Kinerja Bidan Dalam Penatalaksanaan Antenatal Care Dengan Quality Of Work Life Di Kota Tasikmalaya Tahun 2007*. Artikel Penelitian, Departemen Administrasi Kebijakan Kesehatan, FKM UI Depok.
- Bachtiar Adang et al, 2007. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Bernadin, H. John & Joyce E. A. Russell, 1993, *Human Resource Management*. Singapore :McGraw Hill Inc.
- Bungin Burhan, 2005. *Metodologi Penelitian Kuantitatif*. Prenada Media, Jakarta.
- Burdahyat, 2009. *Hubungan Budaya Organisasi Dengan Kinerja Perawat Pelaksana di RSUD Sumedang Tahun 2009*.
- Carolina,L, 2006. *Pengaruh Pelaksanaan Program Quality Of Work Life Terhadap Produktivitas Karyawan Di hotel Dyana Pura Seminyak Kuta Kabupaten BadungTahun2006*.
- Cascio Wayne F, 2010. *Managing Human Resources, Productivity, Quality of Work Life, Profits*, Eighth Edition, McGraw – Hill International Edition.

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1995. *Instrumen Evaluasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2005. *Indikator Kinerja Rumah Sakit*. Jakarta, Dirjen Pelayanan Medik, Direktorat Rumah Sakit Umum dan Pendidikan Depkes RI.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2007. *Standar Pelayanan Minimal Di Rumah Sakit*
- Dewi, RP, 2010. *Hubungan Pengetahuan Mengenai Akreditasi Rumah Sakit Dan Karakteristik Individu Dengan Kinerja perawat Rumah Sakit Zahirah Tahun 2010*. Tesis Program Pasca Sarjana, FKM UI.
- Gibson JL 1996, *Organisasi, Perilaku, Struktur, Proses*. Erlangga, Surabaya
- Gillies DA, 1994, *Nursing Management a System Approach*, 2th ed, W.B, Philadelphia; Saunders Company.
- Ghozali,I, 2001. *Aplikasi Analisis Multivariat Dengan Program SPSS*, Badan Penerbit Universitas Diponegoro, Semarang.
- Gomes, Faustino Cardoso, 2002. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta, Andi Offset
- Handoko, 2001. *Manajemen personalia dan Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta : Fakultas Ekonomi, UGM.
- Harianja, Marihot TE, 2002, *Manajemen Sumber Daya Manusia – Pengadaan, Pengembangan, Pengkompensasian dan Peningkatan Produktivitas Pegawai*, PT Grasindo, Jakarta
- Hasibuan, Malayu., 2002, *Manajemen Sumber daya Manusia*. Edisi Revisi, Jakarta ; Bumi Akasara.
- Ilyas Yaslis, 2002. *Kinerja : Teori, Penilaian dan Penelitian*. Depok : Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan, FKM UI.
- Ilyas Yaslis, 2004. *Kinerja : Perencanaan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit*, FKM UI, CV Usaha Prima, Jawa Barat
- Kuanto A, 2010. *Hubungan Komponen Quality Of Work Life Dengan Kinerja Perawat Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Bhakti Yudha Depok Tahun 2010*. Tesis Program Pasca Sarjana, FKM UI.

- Kurniasari, L. 2005. *Pengaruh Komitmen Organisasi dan Job Insecurity Karyawan Terhadap Intensi Turnover*. <http://www.damandiri.or.id>.
- Mangkunegara, 2005. *Perilaku dan Budaya Organisasi*. Bandung : Refieka Aditama
- Mangkunegara, 2006, *Evaluasi Kinerja Sumber Daya Manusia*, Rafika Aditama, Bandung
- Margono, S, 2004. *Metodologi Penelitian pendidikan*, PT Rineka Cipta, Jakarta.
- Munandar, Ashar Sunyoto, 2001. *Psikologi Industri dan Organisasi*, Universitas Indonesia Press, Jakarta.
- Murray, MEG, 1997. *Leadership and Management in Nursing*. 2nd ed. Connecticut : Appleton & Lange.
- Nawawi, Hadari, 2001. *Manajemen Sumber Daya Manusia ; Untuk Bisnis Yang Kompetitif*. Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Nursalam, 2005. *Manajemen Keperawatan*, Surabaya : Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran, Universitas Airlangga.
- Notoatmodjo, S, 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Jakarta, Rineka Cipta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2007. *Pedoman Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit*.
- Perry and Potter, 2000. *Buku Saku Keterampilan dan Prosedur Dasar*, Edisi ketiga, Penerbit Buku Kedokteran, EGC, Jakarta.
- Prawirosentono, Suryadi 1999. *Kebijakan dan Kinerja Karyawan*, Cetakan Pertama. Yogyakarta: BPFE
- Prihanjana. I, 2010. *Rekomendasi Menurunkan Turn Over Rate Rumah Sakit Bali Med Denpasar Dengan Menggunakan Faktor Pendorong Dan Penarik*.
- Priyatno,D, 2009. *Mandiri Belajar SPSS*, Mediakom, Yogyakarta.
- Riwidikdo, Handoko, 2007. *Statistik Kesehatan*, Penerbit Mitra Cendikia, Press Yogyakarta
- Sabarguna, Boy S, 2003. *Buku Pegangan Mahasiswa Manajemen Rumah Sakit*. CV. Sagung Seto, Jakarta.

- Saryono, 2008, *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Mitra Cendikia Press, Yogyakarta.
- Sarwono, J, 2006, *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*, Graha Ilmu, Yogyakarta
- Siagian SP, 2009, *Kiat Meningkatkan Produktivitas Kerja*. Rineka Cipta Jakarta.
- Simanjuntak, 2005. *Manajemen dan Evaluasi Kinerja*. Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi, Universitas Indonesia.
- Stuart, G, W & Sundeen, S, J, 1998. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*, Alih Bahasa : Achir Yani,S. Hamid, ed ke-3, Jakarta, EGC
- Sugiyono, 2007. *Statistik Untuk Penelitian*, Penerbit alfabeta bandung.
- Sumijatun, 2011. *Konsep Dasar Menuju Keperawatan Profesional*, Trans Info Media Jakarta.
- Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang *Kesehatan*, Citra Umbara bandung.
- Undang-Undang No.44 tahun 2009 tentang *Rumah Sakit*, Citra Umbara Bandung.
- Wening, N. 2005. *Pengaruh Ketidak Amanan Kerja (Job Insecurity) Sebagai Dampak Restrukturisasi Terhadap Kepuasan Kerja, Komitmen Organisasi dan Intensi keluar Survivor*. Empirika. Vol. 18.
- Wibowo, 2007. *Manajemen Kinerja*. Rajawali Pers, Jakarta.
- Widodo, 2004, *Cerdik Menyusun Proposal Penelitian ; Skripsi, Tesis Dan Disertasi Magna Script*, Jakarta.

Kuesioner Survei Kualitas Kehidupan Kerja Perawat Pelaksana DI RS Bali Med
Denpasar Tahun 2012

Kepada YTH

Bapak/Ibu,

Perawat _____

Di RS Bali Med

Denpasar

Dengan Hormat,

Bersama ini saya menyampaikan satu berkas kuesioner yang bertujuan untuk mengetahui Kualitas kehidupan kerja perawat pelaksana di RS Bali Med Denpasar. Untuk itu saya mohon bantuan Bapak/Ibu perawat untuk mengisi kuesioner ini dengan sebaik-baiknya dan sejujurnya sesuai dengan penilaian Bapak/ibu perawat sendiri. Penilaian ini tidak akan mempengaruhi penilaian kinerja Bapak/Ibu sekalian.

Bantuan Bapak/Ibu sangat berarti bagi saya, terutama ditujukan untuk menunjang data dalam rangka penyusunan tesis sebagai persyaratan dalam menyelesaikan Program Pasca Sarjana pada Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit di Universitas Indonesia. Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan berharga untuk dapat meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit serta kualitas kehidupan kerja perawat di RS Bali Med Denpasar.

Identitas Bapak/Ibu akan dirahasiakan. Jawaban yang bapak/Ibu berikan dalam kuesioner ini hanya akan dipresentasikan secara rata-rata saja untuk kepentingan akademik dan rumah sakit.

Dalam kuesioner ini tidak ada pertanyaan/ Pernyataan yang dibuat untuk menjebak, oleh karena itu tidak ada jawaban yang salah. Jawaban yang benar adalah jawaban yang sesuai dengan keadaan yang Bapak/Ibu alami di RS Bali Med. Kelengkapan kuesioner ini sangat penting. Untuk itu harapan saya agar Bapak/Ibu dapat mengisi seluruh kuesioner.

Atas kerjasama dan bantuan Bapak/Ibu, saya mengucapkan terimakasih.

Hormat saya

Peneliti

Made Ayu Haryati

1006799792

LAMPIRAN I

INSTRUMEN PENELITIAN (KUESIONER)

1. Petunjuk Pengisian :

- Kepada Bapak/Ibu Sdr agar dapat menjawab seluruh kuesioner ini dengan jujur dan sebenarnya sebagaimana adanya.
- Berilah tanda (√) pada kolom yang tersedia sesuai dengan pilihan jawaban.
- Jawaban ada 4 (empat) alternatif, (kalimat positif) yaitu :

4 = Sangat setuju

3 = Setuju

2 = Tidak setuju

1 = Sangat Tidak Setuju

Sedangkan untuk kalimat negatif juga ada 4 alternatif jawaban yaitu :

1 = Sangat Setuju

2 = Setuju

3 = Tidak Setuju

4 = Sangat Tidak Setuju

2. Identitas responden :

Nama : Umur :

Unit Kerja/Ruangan : No. Responden :

Variabel Bebas (Kualitas Kehidupan Kerja)

1. Variabel Kompensasi

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Pihak manajemen telah memberikan gaji secara adil sesuai dengan pekerjaan yang telah dilakukan				
2	Pemberian gaji selalu tepat waktu				
3	Pemberian gaji sudah mempertimbangkan kesejahteraan para perawat				
4	Sistem pemberian gaji belum berjalan dengan baik				
5	Pemberian insentif dilaksanakan dengan pilih kasih				

2. Variabel Komunikasi

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Komunikasi diantara perawat sudah berjalan dengan baik				
2	Hasil rapat dengan pihak manajemen tidak disampaikan secara terbuka kepada seluruh perawat				
3	Selalu diadakan pertemuan rutin antara kepala unit keperawatan dengan pihak manajemen rumah sakit				
4	Pihak rumah sakit tidak pernah meminta masukan dari perawat pada perencanaan yang akan dibuat				

3. Variabel Keselamatan Lingkungan Kerja

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Pihak rumah sakit sudah menyediakan penjaminan terhadap keselamatan lingkungan kerja				
2	Program penjaminan keselamatan lingkungan kerja belum berjalan dengan semestinya				
3	Program penjaminan keselamatan kerja sudah sesuai dengan standar rumah sakit				
4	Program keselamatan lingkungan kerja yang ada sangat melindungi keselamatan perawat saat bekerja				

4. Variabel Penyelesaian Masalah

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Kepala unit keperawatan jarang membantu menyelesaikan masalah yang terjadi dibagian keperawatan				
2	Kepala ruangan sering bertanya mengenai kesulitan yang dihadapi dalam menjalankan tugas –tugas keperawatan				
3	Pihak rumah sakit menyediakan waktu dan tempat untuk berdiskusi menyelesaikan masalah tentang keperawatan				
4	Pihak rumah sakit selalu berusaha menyelesaikan masalah yang terjadi				

5. Variabel Keterlibatan Perawat

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Pihak rumah sakit memberi kesempatan kepada perawat untuk terlibat di dalam pengambilan keputusan tentang tugas-tugas keperawatan				
2	Pihak rumah sakit jarang memberikan tanggapan terhadap usulan perawat				
3	Kepala ruangan selalu memberi kesempatan kepada perawat untuk terlibat di dalam pengambilan keputusan tentang tugas-tugas keperawatan				
4	Kepala ruangan memberikan wewenang dan tanggung jawab penuh kepada perawat didalam melaksanakan tugas keperawatan				

6. Variabel Fasilitas Yang Tersedia

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Pihak rumah sakit tidak menyediakan peralatan kesehatan yang lengkap untuk menunjang pekerjaan perawat				
2	Pihak manajemen mengadakan program rekreasi sebagai sarana refreshing				
3	Pihak rumah sakit menyediakan program konseling untuk karyawan				
4	Program konseling sudah berjalan dengan baik				

7. Variabel Pengembangan Karir

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Pihak rumah sakit memberikan kesempatan untuk mengikuti pelatihan dan kursus singkat didalam pengembangan karir para perawat				
2	Kepala unit keperawatan kurang memperhatikan upaya peningkatan keterampilan para perawat				
3	Pihak rumah sakit tidak pernah memikirkan jenjang karir seluruh perawat				
4	Telah tersedia pola pengembangan karir bagi perawat				

8. Variabel Rasa Bangga Terhadap Rumah Sakit

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Pihak rumah sakit tidak menghargai masukan yang diberikan oleh para perawat				
2	Merasa senang bekerja di rumah sakit ini				
3	Suasana kerja di rumah sakit ini sangat nyaman				
4	Suasana kerja di rumah sakit ini meningkatkan rasa percaya diri bagi para perawat				

9. Variabel Rasa Aman Terhadap Pekerjaan

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Pihak rumah sakit memberikan program jaminan kesehatan				
2	Program jaminan kesehatan yang ada di rumah sakit tidak berjalan dengan baik				
3	Program jaminan kesehatan diberikan secara adil				
4	Pihak rumah sakit mengadakan program penjaminan hari tua				

Sumber Kuesioner : diadopsi dan dimodifikasi dari penelitian sebelumnya berupa tesis dari Adi Anggoro (2006) tentang "Hubungan Komponen *Quality of Work Life* (QWL) dengan produktivitas perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Indonesia tahun 2006" dan penelitian sebelumnya berupa tesis dari Lisa Carolina Ligianto tentang "Pengaruh Pelaksanaan Program *Quality of Work Life* terhadap Produktivitas karyawan di Hotel Dhyana Pura Seminyak Kuta Kabupaten Badung"(2006).

KUESIONER SURVEI KUALITAS KEHIDUPAN KERJA DAN KINERJA
PERAWAT PELAKSANA DI RS BALI MED 2011

Kepada YTH,
Bapak/Ibu,

Kepala Ruangan

Di RS Bali Med Denpasar

Dengan Hormat,

Bersama ini saya menyampaikan satu berkas kuesioner yang bertujuan untuk mengetahui Kinerja perawat pelaksana di RS Bali Med Denpasar. Untuk itu saya mohon bantuan Bapak/Ibu untuk mengisi kuesioner ini dengan sebaik-baiknya dan sejujur-jujurnya sesuai dengan penilaian Bapak/Ibu sendiri. Penilaian ini tidak mempengaruhi penilaian kinerja Bapak/Ibu sekalian.

Bantuan Bapak/Ibu sangat berharga bagi saya, terutama ditujukan untuk menunjang data dalam rangka penyusunan tesis sebagai persyaratan dalam menyelesaikan Program Pasca Sarjana pada Program Studi Kajian Administrasi rumah Sakit di Universitas Indonesia. Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan berharga untuk dapat meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit serta meningkatkan kualitas kerja perawat di RS bali Med Denpasar.

Kelengkapan kuesioner ini sangat penting, untuk itu harapan saya agar Bapak/Ibu dapat mengisi seluruh kuesioner.

Atas kerjasama dan bantuan Bapak/Ibu, saya mengucapkan banyak terimakasih.

Hormat saya
Peneliti

Made Ayu Haryati
1006799792

LAMPIRAN II

INSTRUMEN PENELITIAN (KUESIONER)

A. Petunjuk Pengisian :

- a. Kepada Bapak/Ibu Kepala Ruangan agar dapat memberikan penilaian terhadap responden yang namanya tertera dibawah ini serta dapat mengisi seluruh kuesioner ini dengan jujur dan sebenarnya sebagaimana adanya.
- b. Berilah tanda (√) pada kolom yang tersedia sesuai dengan pilihan jawaban
- c. Jawaban ada 4 (empat) alternatif untuk kalimat positif yaitu:

4 = Sangat Setuju

3 = Setuju

2 = Tidak Setuju

1 = Sangat Tidak Setuju

Sedangkan untuk kalimat negatif juga ada 4 (empat) alternatif jawaban yaitu :

1 = Sangat Setuju

2 = Setuju

3 = Tidak Setuju

4 = Sangat Tidak Setuju

B. Identitas Responden:

Nama : Umur :

Unit Kerja/Ruangan : No. Responden :

Variabel Terikat (Kinerja Perawat)

Variabel Asuhan Keperawatan

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Selalu melakukan Pengkajian pada setiap pasien sesuai dengan standar asuhan keperawatan				
2	Selalu membuat Diagnosa Keperawatan sesuai dengan standar asuhan keperawatan				
3	Selalu merumuskan masalah keperawatan pasien				
4	Tidak selalu membuat Perencanaan sesuai dengan standar asuhan keperawatan				
5	Selalu melaksanakan serah terima pasien baik secara lisan maupun tertulis				
6	Selalu mengikuti studi kasus keperawatan yang				

	dilaksanakan oleh unit kerja				
7	Selalu berdiskusi dengan teman satu unit kerja				
8	Selalu menunggu diperintah didalam melaksanakan tugas keperawatan				
9	Selalu berusaha untuk tepat waktu didalam melaksanakan asuhan keperawatan				
10	Selalu melakukan Tindakan atau Implementasi pada setiap pasien sesuai dengan standar asuhan keperawatan				
11	Tidak selalu mengucapkan salam kepada pasien yang akan diberikan asuhan keperawatan				
12	Selalu bersikap ramah kepada setiap pasien				
13	Selalu melatih pasien/keluarganya didalam mengatasi masalah				
14	Selalu mengerjakan tugas keperawatan tanpa diminta oleh pasien atau keluarganya				
15	Selalu cepat merespon bila dipanggil keluarga pasien				
16	Selalu melakukan Evaluasi pada setiap pasien sesuai dengan standar asuhan keperawatan				
17	Selalu menyebarkan angket kepuasan pasien				
18	Selalu mencatat apa yang telah dikerjakan				
19	Selalu bersedia menerima masukan dari tim kerja				
20	Selalu dapat menggunakan instrument didalam melaksanakan pekerjaan				

Sumber Kuesioner : diadopsi dan dimodifikasi dari penilaian kinerja perawat pelaksana departemen Ilmu Kesehatan anak RSUPNCM Tahun 2011 dan penelitian sebelumnya berupa thesis dari Adi Kunto tentang “Hubungan Komponen Quality Of Work Life Dengan Kinerja Perawat Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Bakti Yudha Depok Tahun 2010”.

Nilai Koefisien Korelasi *Pearson* dan *Cronbach's Alpha*

Pertanyaan	Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha
Kompensasi		0,799
1	0,847	
2	0,717	
3	0,845	
4	0,737	
5	0,693	
Komunikasi		0,780
1	0,623	
2	0,797	
3	0,623	
4	0,785	
Keselamatan Lingkungan Kerja		0,698
1	0,430	
2	0,710	
3	0,614	
4	0,522	
Penyelesaian Masalah		0,730
1	0,538	
2	0,702	
3	0,644	
4	0,639	
Keterlibatan		0,768
1	0,802	
2	0,633	
3	0,494	
4	0,838	
Fasilitas Yang Tersedia		0,784
1	0,728	
2	0,591	
3	0,782	
4	0,760	
Pengembangan Karir		0,799
1	0,642	
2	0,825	
3	0,819	
4	0,740	
Rasa Bangga		0,828
1	0,850	
2	0,873	
3	0,866	
4	0,812	
Rasa Aman		0,720
1	0,419	
2	0,617	
3	0,844	
4	0,478	
Kinerja Perawat		0,764
1	0,743	
2	0,820	

Rasa Aman		0,720
1	0,419	
2	0,617	
3	0,844	
4	0,478	
Kinerja perawat		0,761
1	0,743	
2	0,820	
3	0,796	
4	0,423	
5	0,607	
6	0,630	
7	0,665	
8	0,734	
9	0,850	
10	0,859	
11	0,669	
12	0,721	
13	0,692	
14	0,835	
15	0,733	
16	0,730	
17	0,478	
18	0,773	
19	0,821	
20	0,754	

Pola Jenjang Karir Perawat di Indonesia

No	Jenjang	Pendidikan	Pengalaman	Sertifikat
1	PKI (<i>Novice</i>)	D III Keperawatan	2 tahun	PK I
		SI Keperawatan/Ners	0 tahun	PK I
2	PKII (<i>Advance Beginner</i>)	D III Keperawatan	5 tahun	PK II
		SI Keperawatan/Ners	3 tahun	PK II
3	PK III (<i>Competent</i>)	D III Keperawatan	9 tahun	PK III
		SI Keperawatan/Ners	6 tahun	PK III
		S II Keperawatan/ SP II	0 tahun	PK III
4	PK IV (<i>Proficient</i>)	SI Keperawatan/Ners	9 tahun	PK IV
		S II Keperawatan/ SP I	2 tahun	PK IV
			0 tahun	PK IV
		SIII Keperawatan/ SP II		
5	PK V (<i>Expert</i>)	S II Keperawatan/ SP I	4 tahun	PK V
			1 tahun	PK V
		SIII Keperawatan/ SP II		

Sumber : Pedoman Pengembangan Jenjang Karir Profesional Perawat,
Depkes RI,2006

Komponen Pengembangan Jenjang Karir

Menurut Benner, 1984 dalam Sumijatun (2011), kompetensi perawat dapat dibagi menjadi lima tingkatan yang mempunyai karakteristik sebagai berikut :

1. *Novice* (pemula, belum mempunyai pengalaman)

- a. Perawat yang belum mempunyai pengalaman kerja, belum bisa mengantisipasi situasi secara luas.
- b. Masih terikat dengan data-data obyektif, misalnya *vital sign*, *intake* dan *output*.
- c. Menentukan kondisi pasien sesuai dengan buku atau prosedur yang ditetapkan.
- d. Diperlukan supervisi yang ketat dan bantuan pada situasi non rutin.
- e. Memerlukan pendidikan yang kontinyu, baik formal maupun non formal.

2. *Advanced Beginner* (pemula, sudah punya pengalaman)

- a. Cukup mengetahui situasi riil, dapat mencatat aspek situasi klinik.
- b. Masih minta bantuan pada kasus kompleks, belum bisa menentukan intervensi yang essential.
- c. Tidak perlu di supervisi secara ketat.
- d. Perlu penuntun (mentor) dan *support* dari kelompok kerja.
- e. Pengalaman lebih kurang satu tahun

3. *Competent* (mampu melaksanakan tugas utama)

- a. Dapat menganalisa masalah pasien, dapat mengelola situasi kompleks.
- b. Dapat memutuskan, menilai kondisi pasien serta dapat memprediksi situasi pasien dan menentukan apa yang penting dalam tujuan jangka panjangnya.
- c. Sudah mempunyai *feeling*, minta bantuan sedikit dan selektif.
- d. Berpengalaman kerja 2 – 3 tahun.

4. *Proficient* (cakap)

- a. Sudah dapat mengetahui dan menentukan situasi secara luas.
- b. Dapat menentukan penanganan dan bisa merencanakan asuhan keperawatan pasien selanjutnya.
- c. Bekerja efisien, dapat mengidentifikasi masalah

- d. Melakukan keputusan dengan cepat dan luas serta dapat menangani situasi.
- e. Pengalaman kerja 3 – 5 tahun

5. *Expert* (ahli)

- a. Intuisinya bagus dan tanggap bila melakukan pemecahan masalah.
- b. Dapat mengantisipasi komplikasi
- c. Dapat melatih perawat-perawat lain.
- d. Pendidikan formal masih diperlukan, sedangkan pendidikan informal sudah cukup.
- e. Pengalaman kerja lebih dari lima tahun.

