



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KINERJA PERAWAT
PELAKSANA DI UNIT STROKE DAN LANTAI III B
RUMAH SAKIT PUSAT PERTAMINA
TAHUN 2008**

TESIS

Oleh :

ERWINA A NURUL

NPM : 06060022164

**PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
PASCASARJANA FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

2008



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KINERJA PERAWAT
PELAKSANA DI UNIT STROKE LANTAI III B
RUMAH SAKIT PUSAT PERTAMINA
TAHUN 2008**

Tesis ini diajukan sebagai
salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

Oleh :

ERWINA A NURUL

NPM : 06060022164

**PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
PASCASARJANA FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

2008

Program Pasca Sarjana
Universitas Indonesia
Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit
Tesis 17 Juli 2008
Erwina A Nurul

**Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Lantai
III B dan Unit Stroke Rumah Sakit Pusat Pertamina 2008**

xvi + 113 halaman + 31 tabel + 4 gambar + 10 lampiran

Abstrak

Sumber daya manusia merupakan bagian yang sangat berperan terutama yang langsung menghasilkan produk jasa yang berupa pelayanan di rumah sakit. Peranan perawat sangat penting karena merupakan tenaga kerja yang dominan jumlahnya dan merupakan kelompok profesi yang memberikan pelayanan kepada pasien selama 24 jam sehari secara terus menerus dan bersifat komprehensif/holistik meliputi aspek biopsikososial spiritual. Dengan demikian perawat adalah jenis tenaga yang paling lama dan paling sering kontak langsung dengan pasien atau keluarga pasien, sehingga peranannya sangat menentukan mutu serta citra rumah sakit. Dari data yang masuk masih ada komplain baik tertulis maupun lisan di ruang rawat inap unit stroke.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran kinerja dan faktor-faktor yang berhubungan dan yang paling dominan berhubungan dengan kinerja perawat di ruang rawat inap unit stroke lantai III B Rumah Sakit Pusat Pertamina 2008.

Penelitian ini dilakukan kepada perawat dengan pendekatan kuantitatif dalam rancangan studi potong lintang. Pengumpulan data dilakukan dengan observasi dengan pengisian kuesioner.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara masa kerja dengan kinerja perawat. Faktor yang paling dominan berhubungan dengan perawat adalah masa kerja.

Dengan hasil penelitian tersebut diatas, kegiatan yang disarankan adalah memperbaiki kinerja dengan mengoptimalkan komite keperawatan dan menggunakan standar pedoman pengembangan manajemen kinerja perawat yang ditetapkan oleh Depkes yang terdiri dari lima komponen, yaitu : standar, uraian tugas, indikator kinerja, diskusi refleksi kasus, monitoring.

Post Graduate Program

University of Indonesia

Study of Hospital Administration Program

Thesis, Juli 17 2008

Erwina A Nurul

**Factors Related To The Performance Of The Nurse Implementation in 3 rd Floor
and Stroke Unit, Pertamina Center Hospital in 2008**

xvi + 113 pages, 31 tables, 4 pictures, 10 appendixes

Abstract

Human resources play very important role, especially in providing services in the hospital. The role of nurses is very important because they outnumber any other occupations that provide a comprehensive/holistic 24 hour services to the patients, covering biopsychosocial and spiritual aspects. Being a nurse is a profession that requires commitment to give the longest and most frequent contact with the patients and their families directly. Therefore, their role is vital in building the image of a hospital. Based on the data collected during the research, there are still a number of written and oral complaints in the stroke center's inpatient room.

The purpose of the research is to get a reliable depiction of the performance and other factors related to the performance of the nurses in the stroke center's inpatient, Pertamina Center Hospital, Jakarta in 2008.

In addition, this research is conducted to investigate on the nurses using quantitative approach with cross sectional design. Data were gathered by observing and distributing questionnaire.

The finding of this research shows that there is a significant correlation between tenure and performance of nurses. Of the two correlations, tenure is found to be the dominant factor to determine the nurses' qualification.

In conclusion based on the findings in the research findings, all recommended activities are important to improve all performances by optimizing the nursing committee and to implement a standardized guidance of nursing management performances that comprises of five components ; standard, task, performance indicator, reflection discussion case and monitoring. These components were developed by the Indonesian Department of Health.

SURAT PERSETUJUAN

Tesis dengan judul

**FAKTOR – FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KINERJA PERAWAT DI UNIT
STROKE LANTAI III B RUMAH SAKIT PUSAT PERTAMINA
TAHUN 2008**

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim
Penguji Tesis Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit
Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia

Depok, 17 Juli 2008

Pembimbing Tesis



(Dr. Mieke Savitri, M.Kes)

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, 17 Juli 2008

Ketua



Dr. Mieke Savitri, M.Kes

Anggota



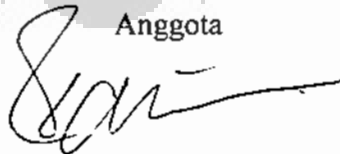
Sumijatun, S.Kep,MARS

Anggota



Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS

Anggota



Dr. Peter Pattinama, SKM

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Dr. Erwina A Nurul
Tempat/Tanggal Lahir : Yogyakarta 4 – 9 – 1969
Agama : Islam
Alamat : Jln Kakaktua II – Blok E6 / No. 3
Bintaro Jaya Sektor I – Jakarta Selatan 12330

Riwayat Pendidikan :

SD Santa Theresia Jakarta : Tahun 1975 – Tahun 1981

SMP Santa Theresia Jakarta : Tahun 1981 – Tahun 1984

SMA Santa Theresia Jakarta ; Tahun 1984 – Tahun 1987

Fakultas Kedokteran UKI : Tahun 1987 – Tahun 1994

Riwayat Pekerjaan :

Puskesmas Krembangan, Surabaya : Dokter PTT, Tahun 1995 – Tahun 1998

Klinik Bunda, Gondangdia , Jakarta : Tahun 1999 – Tahun 2001

RS Muhammadiyah Taman Puring Jakarta : Tahun 2000 – Tahun 2003

RS Glenn Eagless , Medan : Tahun 2004 - 2005

Red Cross Foundation : Tahun 2003 – Tahun 2007

DAFTAR ISI

	Halaman
BAB I	1
Pendahuluan	1
1.1. Latar belakang	9
1.2. Masalah Penelitian	10
1.3. Pertanyaan Penelitian	10
1.4. Tujuan Penelitian	10
1.5. Manfaat Penelitian	11
1.6. Ruang Lingkup Penelitian	11
BAB II	
Tinjauan Pustaka	
2.1. Stroke	13
2.1.1 Definisi Stroke	13
2.1.2 Patofisiologi Stroke	14
2.2. Kinerja	16
2.2.1 Pengertian Kinerja	16
2.2.2. Penilaian Kinerja	18
2.2.3. Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja	19
2.2.4. Pengukuran Kinerja	21
2.3. Kinerja Rumah Sakit	22
2.4. Kinerja di Unit Stroke	29
2.4.1. Pengertian Unit Stroke	29
2.4.2. Cara Kerja Di Unit Stroke	29
2.4.3. Pelayanan pada Unit Stroke	32

2.5. Kinerja Perawat	39
2.5.1. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja perawat	41

BAB III

Gambaran Umum Rumah Sakit	47
3.1. Sejarah Rumah Sakit	47
3.2. Visi, Misi, Motto dan Tujuan RS	49
3.3. Struktur Organisasi	51
3.4. Sarana dan Prasarana	51
3.5. Ketenagaan RS	61

BAB IV

4.1. Kerangka Konsep	64
4.2. Definisi Operasional	66

BAB V

Metode Penelitian	68
5.1. Jenis Rancangan Penelitian	68
5.2. Lokasi dan Waktu	68
5.3. Populasi dan Sampel	68
5.4. Pengumpulan Data	69
5.5. Uji Validitas dan Uji Reliabilitas	69
5.6. Pengolahan Data	69
5.7. Analisa Data	71

BAB VI

Hasil Penelitian	73
6.1. Analisa Univariat	73
6.2. Analisis Bivariat	76
6.3. Analisis Multivariat	82
6.3.1. Seleksi Bivariat	82
6.3.2. Pemodelan Multivariat	83

BAB VII

Pembahasan	92
7.1. Keterbatasan Penelitian	92
7.2. Hasil Penelitian	93
7.2.1. Kinerja Perawat Di Ruang Rawat Inap	93
7.2.2. Hubungan karakteristik individu dengan kinerja perawat	94
7.2.2.1. Umur	94
7.2.2.2. Jenis kelamin	95
7.2.2.3. Pendidikan	96
7.2.2.4. Masa Kerja	97
7.2.2.5. Status Pernikahan	97
7.2.3. Hubungan antara imbalan dengan kinerja perawat	98
7.2.4. Hubungan antara motivasi kerja dengan kinerja perawat	99
7.2.5. Hubungan antara pengembangan diri dengan kinerja perawat	100
7.2.6. Variabel yang berpengaruh terhadap kinerja perawat	100

BAB VIII

Kesimpulan dan Saran

102

8.1. Kesimpulan

102

8.2. Saran

102

Daftar Pustaka

105

Lampiran



DAFTAR TABEL

JUDUL	HALAMAN
Tabel 2.1. Jumlah kebutuhan perawat metode Dougla	28
Tabel 3.1. Jumlah SDM RSPP tahun 2007	61
Tabel 6.1. Distribusi frekuensi karakteristik responden RSPP tahun 2008	74
Tabel 6.2. Distribusi responden berdasarkan imbalan, motivasi kerja, Pengembangan diri dan kinerja perawat RSPP	75
Tabel 6.3. Distribusi responden menurut umur dengan kinerja perawat RSPP	76
Tabel 6.4. Distribusi responden menurut jenis kelamin dengan kinerja Perawat RSPP	77
Tabel 6.5. Distribusi responden menurut pendidikan dengan kinerja Perawat RSPP	77
Tabel 6.6. Distribusi responden menurut masa kerja dengan kinerja Perawat RSPP	78
Tabel 6.7. Distribusi responden menurut status pernikahan dengan Kinerja perawat RSPP	79
Tabel 6.8. Distribusi responden menurut imbalan dengan kinerja Perawat RSPP	80
Tabel 6.9. Distribusi responden menurut motivasi kerja dengan Kinerja perawat RSPP	80
Tabel 6.10. Distribusi responden menurut pengembangan diri dengan Kinerja perawat RSPP	81
Tabel 6.11. Variabel yang menjadi kandidat pemodelan multivariat	83
Tabel 6.12. Parameter awal analisis multivariat nilai Pvalue & OR	84
Tabel 6.13. Hasil analisis nilai OR tanpa variabel jenis kelamin	84
Tabel 6.14. Selisih nilai OR setelah variabel jenis kelamin dikeluarkan	85
Tabel 6.15. Hasil analisis dengan memasukkan kembali variabel jenis Kelamin	85

Tabel 6.16. Hasil analisis tanpa variabel umur	86
Tabel 6.17. Selisih nilai OR tanpa variabel umur	86
Tabel 6.18. Hasil analisis dengan memasukkan variabel umur kembali	87
Tabel 6.19. Hasil analisis tanpa variabel motivasi kerja	87
Tabel 6.20. Selisih nilai OR tanpa variabel motivasi kerja	88
Tabel 6.21. Hasil analisis dengan memasukkan kembali variabel motivasi kerja	88
Tabel 6.22. Hasil analisis tanpa variabel imbalan	89
Tabel 6.23. Selisih nilai OR tanpa variabel imbalan	89
Tabel 6.24. Hasil analisis dengan memasukkan kembali variabel imbalan	90
Tabel 6.25. Hasil analisis tanpa variabel pengembangan diri	90
Tabel 6.26. Selisih nilai OR tanpa variabel pengembangan diri	90
Tabel 6.27. Parameter akhir analisis multivariat nilai Pvalue & OR	90

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Variabel yang mempengaruhi perilaku dan prestasi kerja Individu	20
2. Proses perencanaan SDM rumah sakit	24
3. Model penanganan penderita stroke di unit pelayanan khusus stroke	30
4. Model penanganan stroke terpadu di luar negeri	32

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Tujuan nasional bangsa Indonesia tercantum dalam Pembukaan Undang Undang Dasar 1945, yaitu untuk melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial. Untuk tercapainya tujuan pembangunan nasional tersebut dibutuhkan antara lain tersedianya sumber daya manusia yang tangguh, mandiri serta berkualitas. Upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia ditentukan melalui seberapa besar keberhasilan dalam pembangunan bidang kesehatan. Penduduk yang sehat akan menunjang keberhasilan dalam berbagai program pemerintah termasuk peningkatan produktifitas dan pendapatan penduduk (Depkes,1999)

Sejalan dengan makin meningkatnya ilmu pengetahuan serta kemampuan ekonomi masyarakat Indonesia, maka timbul perubahan tuntutan-tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Tuntutan masyarakat saat ini terhadap pelayanan kesehatan adalah terwujudnya mutu pelayanan kesehatan yang bermutu,yaitu pelayanan kesehatan yang dapat memenuhi keinginan dan kebutuhan pelanggannya (Azwar, 1996). Selain itu, masyarakat menuntut rumah sakit harus dapat memberikan pelayanan dengan konsep *one step quality services* yang berarti seluruh kebutuhan pelayanan

kesehatan dan pelayanan yang terkait dengan kebutuhan pasien harus dapat dilayani oleh rumah sakit secara mudah, cepat, akurat, bermutu, dan dengan biaya terjangkau . Oleh karena itu salah satu faktor yang perlu mendapat perhatian dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan adalah sumber daya manusia (Ilyas, 2004)

Dari keseluruhan tenaga kerja di rumah sakit, tenaga keperawatan adalah yang paling dominan jumlahnya serta merupakan satu-satunya kelompok profesi dalam rumah sakit yang memberikan pelayanan kepada pasien selama 24 jam sehari secara terus menerus, bersifat komprehensif/holistik meliputi aspek bio-psikososial spiritual. Dengan demikian perawat merupakan tenaga yang paling lama dan paling sering kontak langsung dengan pasien atau keluarganya, sehingga perannya sangat menentukan mutu citra rumah sakit.(Aditama,2003) Masih menurut Aditama (2003) sebagai tenaga pelaksana terbanyak di rumah sakit yang mengerjakan asuhan keperawatan pasien, kiranya keperawatan perlu mendapatkan perhatian dari pihak manajemen untuk pengembangan pelayanan keperawatan kemasa depan.

Manajemen merupakan proses pelaksanaan kegiatan organisasi melalui upaya orang lain untuk mencapai tujuan bersama. Sedangkan manajemen keperawatan menurut Gillies (1989) dapat diartikan sebagai pelaksanaan pelayanan keperawatan melalui staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan, pengobatan dan rasa aman, kepada pasien, keluarga, kelompok dan masyarakat. Jadi manajemen keperawatan adalah tugas khusus yang harus dilaksanakan oleh pengelola keperawatan (kepala bagian keperawatan) untuk merencanakan, mengorganisasi, mengarahkan, mengawasi serta mengevaluasi sumber-sumber yang ada, baik sumber daya manusia

maupun dana, sehingga dapat memberikan pelayanan keperawatan yang efektif baik kepada pasien, keluarga maupun masyarakat.

Douglass (1986) menyatakan, bahwa manajemen keperawatan merupakan salah satu bagian dari manajemen sumber daya manusia (ketenagaan) suatu rumah sakit yang bertujuan untuk menyediakan personil rumah sakit yang efektif dan produktif sehingga dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai standar keperawatan kepada pasien/masyarakat.

Pada prinsipnya, manajemen keperawatan di rumah sakit adalah suatu proses yang menggunakan prinsip-prinsip manajemen yang tidak terlepas dari ciri-ciri manajemen pada umumnya, yaitu perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengendalian sehingga tujuan pelayanan keperawatan dapat tercapai dengan optimal.

Sumber daya manusia (SDM) merupakan kunci yang sangat penting untuk keberhasilan dan kemajuan organisasi, termasuk rumah sakit. Ketepatan dalam pemilihan, penerimaan, pengelolaan, dan pengembangan SDM rumah sakit merupakan kunci sukses rumah sakit untuk dapat berkembang dimasa depan. Oleh karenanya perencanaan jangka panjang tentang jumlah, jenis dan kualitas SDM yang dibutuhkan oleh rumah sakit kiranya dapat menjawab tantangan yang akan dihadapi dimasa depan (Ilyas,2004).

Pada saat ini kualitas keperawatan masih menjadi permasalahan yang antara lain disebabkan karena belum terpenuhinya standar kebutuhan tenaga keperawatan di rumah sakit (DEPKES,2005).

Rumah sakit di Indonesia, baik rumah sakit pemerintah maupun swasta seringkali menghadapi masalah kekurangan tenaga. Di lain pihak, jumlah tenaga yang dibutuhkan di rumah sakit terus meningkat karena pelayanan yang diberikan semakin beragam dan semakin canggih. Kurangnya tenaga dapat membuat beban kerja menjadi bertambah, sehingga akhirnya mutu kerja malahan menjadi menurun. Hal ini dapat menjadi lingkaran setan yang berkepanjangan yang mungkin dapat membuat frustrasi para manajer rumah sakit. (Aditama,2004). Oleh karena itu rumah sakit perlu merencanakan ulang sumber daya manusianya yang menurut Ilyas (2004), untuk merencanakan hal tersebut biasanya didahului oleh adanya rencana perubahan pelayanan atau adanya gejala yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan itu sendiri. Masih menurut Ilyas (2004), dari data empirik, kebutuhan perencanaan SDM rumah sakit didahului oleh hal-hal sebagai berikut : rumah sakit ingin mengubah jumlah tempat tidur, mengubah pelayanan dan fasilitas rumah sakit, gejala penurunan motivasi, prestasi dan kepuasan kerja karyawan serta banyaknya keluhan-keluhan dari pasien.

Perawat merupakan tenaga kesehatan mayoritas di rumah sakit, dan mempunyai posisi kunci dalam pelayanan kesehatan karena hakikat dari pelayanan/asuhan keperawatan adalah bersifat kontinu, konstan, koordinatif, dan advokatif . Sehingga persiapan, pendayagunaan, distribusi dan retensi tenaga perawat mempunyai implikasi penting untuk kesinambungan dan tercapainya tujuan pelayanan kesehatan (PPNI,2005)

Menurut Sabarguna (2004), profesi perawat merupakan satu-satunya profesi yang paling intens berhubungan dengan pasien dan keluarganya sebagai salah satu unsur pelanggan rumah sakit. Dengan demikian profesi perawat akan kontak lebih lama

dengan pasien dibandingkan dengan profesi lain di rumah sakit, khususnya di instalasi rawat inap, sehingga akan mendapat porsi penilaian yang lebih besar dan lebih sering serta lebih diperhatikan oleh pasien.

Menurut Barbara seperti yang dikutip oleh Gaffar (Tahun 1999), bahwa terdapat 5 aspek didalam penerapan asuhan keperawatan, yaitu :

a. Pengkajian :

Pengkajian merupakan langkah awal atau dasar utama dari proses asuhan keperawatan secara keseluruhan. Pada tahap ini semua data/ informasi tentang klien yang dibutuhkan dikumpulkan dan dianalisa untuk menentukan diagnosa keperawatan. Tujuan dari pengkajian keperawatan adalah mengumpulkan data, mengelompokkan data dan menganalisa data sehingga ditemukan diagnosa keperawatan. Sedangkan manfaat dari pengkajian adalah membantu mengidentifikasi status kesehatan dan kebutuhan klien serta merumuskan diagnosa keperawatan.

b. Diagnosa Keperawatan :

Yang dimaksud dengan diagnosa keperawatan, yaitu ; 1) berfokus pada respon klien/ pasien terhadap penyakit atau masalah kesehatan yang ada, 2) berorientasi pada pemenuhan kebutuhan klien, 3) dapat berubah sesuai dengan perubahan respon klien, 4) mengarah pada fungsi mandiri perawat dalam melakukan intervensi dan evaluasi keperawatan, 5) diagnosa keperawatan melengkapi diagnosa medis .

c. Perencanaan :

Tujuan perencanaan adalah untuk mengurangi , menghilangkan dan mencegah masalah keperawatan pasien. Tahapan perencanaan keperawatan adalah menentukan prioritas diagnosa keperawatan, penetapan sasaran dan tujuan, penetapan kriteria evaluasi dan merumuskan intervensi keperawatan.

d. Implementasi :

Implementasi merupakan pelaksanaan perencanaan asuhan keperawatan . Hal-hal yang harus diperhatikan ketika melakukan implementasi adalah intervensi dilaksanakan sesuai dengan rencana setelah dilakukan validasi, penguasaan ketrampilan interpersonal, intervensi dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, adanya dokumentasi keperawatan berupa pencatan dan pelaporan.

e. Evaluasi :

Hal-hal yang dievaluasi adalah keakuratan, kelengkapan data, teratasi atau tidaknya masalah klien, serta pencapaian tujuan dan ketepatan intervensi keperawatan.

Ke lima tahap proses asuhan keperawatan ini bukanlah merupakan satuan-satuan yang satu sama lain tidak berhubungan, melainkan merupakan subproses-subproses yang saling tumpah tindih dan berkesinambungan.

Dasar perencanaan untuk pengaturan tenaga pada suatu unit rawat inap adalah adanya kenyataan bahwa personil keperawatan yang bermutu harus tersedia dalam jumlah yang mencukupi dan adekuat untuk memberikan pelayanan kepada semua pasien dalam 24 jam sehari, 7 hari seminggu, 52 minggu setahun. Setiap perencanaan,

pemenuhan dan penempatan tenaga perawat harus disesuaikan dengan jumlah kebutuhan di rumah sakit, dan tidak hanya dapat dicapai dengan rasio atau rumusan tenaga/pasien yang sederhana (Swanburg,1993).

Selain itu menurut Nursalam (2002), pada suatu pelayanan keperawatan profesional di rumah sakit, jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan/diperlukan tergantung pada jumlah pasien dan derajat ketergantungan pasien. Adapun klasifikasi derajat ketergantungan pasien dapat dibagi menjadi tiga kategori, yaitu pasien yang memerlukan perawatan minimal, perawatan intermediate/parsial, dan perawatan total/maksimal.

Menurut Sabarguna (2004), dasar penentuan kebutuhan SDM di rumah sakit meliputi hal-hal sebagai berikut :

a. Penentuan kebutuhan secara formal.

Merupakan penentuan kebutuhan SDM yang disesuaikan dengan struktur organisasi yang ada atau ditentukan oleh standar tertentu yang telah ditetapkan oleh yang berwenang.

b. Penentuan kebutuhan secara tugas dan fungsi.

Merupakan penentuan kebutuhan SDM berdasarkan pada jenis pelayanan dan pekerjaan tertentu yang ada.

Masih menurut Sabarguna (2004), proses penentuan kebutuhan SDM di rumah sakit juga harus memperhitungkan jenis kegiatan pelayanan, kondisi keuangan, mutu pelayanan dan aspek pemasaran.

Menurut Aditama (2004), bahwa upaya-upaya menanggulangi masalah kurangnya pegawai di rumah sakit antara lain dapat diatasi dengan merekrut pegawai baru, tetapi sebelumnya perlu dikaji terlebih dahulu apakah keluhan kurangnya tenaga pegawai memang benar-benar merupakan akar permasalahan. Sementara itu perhitungan kebutuhan tenaga di rumah sakit dapat dihitung dengan metode rasio yang dibandingkan dengan standar, berdasarkan *need* dengan cara menghitung kebutuhan sesuai beban kerja, dan dengan cara menilai *demand* yang dihitung menurut kegiatan yang nyata - nyata dilakukan.

Rumah Sakit Pusat Pertamina (RSPP) merupakan rumah sakit swasta pertama di daerah Jakarta Selatan dengan peralatan canggihnya yang tetap eksis dalam pelayanan kesehatan baik untuk karyawan Pertamina, pensiunan Pertamina maupun masyarakat sekitar, sejak tahun 1972 sampai saat ini. Selain itu RSPP mempunyai banyak produk unggulan yang terus dikembangkan sesuai dengan perubahan tuntutan masyarakat, yaitu *Burn Unit, Asthma Centre, Heart Center* dengan klub Jantungnya, *Stroke Center* dengan klub Stroke nya, *Diabetes Center, One-stop services medical Check-Up*, kedokteran Nuklir dengan Kamera Gamma *Skylight*

Sumber daya manusia merupakan sumber daya yang penting di RSPP, termasuk tenaga keperawatan yang tersebar di berbagai unit pelayanan, seperti Unit Gawat Darurat (UGD), Unit Rawat Jalan, Unit Rawat Inap, ICU dan sebagainya.

Ruang rawat inap merupakan salah satu pusat pelayanan kesehatan termasuk pelayanan keperawatan yang dilakukan oleh semua tim kesehatan dimana semua tenaga termasuk tenaga keperawatan bertanggung jawab dalam penyelesaian masalah

kesehatan pasien. Ruang rawat inap lantai III B terdiri dari : 1 ruang unit stroke dengan 6 bed ; Klas IA 8 kamar dengan 8 bed; Klas IB 4 kamar dengan 4 bed; Klas II 9 kamar dengan 18 bed; klas IIIA 1 kamar dengan 5 bed; Klas IIIB 2 kamar dengan 10 bed. Lantai IIIB merupakan lantai untuk perawatan syaraf dan bedah syaraf, dimana sekitar 85% pasien yang dirawat adalah pasien dengan diagnosa stroke, yang memerlukan asuhan keperawatan partial dan total dengan kesadaran mulai dari komposmentis sampai somnolent sehingga diperlukan tenaga perawat yang profesional dalam melakukan asuhan keperawatan bagi pasien stroke. Sedangkan unit stroke menerima pasien stroke dengan kesadaran menurun, yaitu apatis sampai koma, sehingga memerlukan asuhan keperawatan total. Di ruang rawat inap RSPP, tenaga keperawatan selain melakukan asuhan keperawatan yaitu berupa aktifitas keperawatan langsung juga melakukan aktifitas keperawatan tidak langsung, seperti melaksanakan tugas farmasi dan tugas laboratorium, selain itu mereka juga merasakan kurangnya tenaga dengan jenis pasien yang mayoritas memerlukan perawatan partial dan total tersebut sehingga banyak menimbulkan keluhan dari tenaga keperawatan di ruang rawat inap RSPP, Hal ini penulis temukan selama mengikuti kegiatan residensi di RSPP sejak bulan November 2007 – Desember 2007.

1.2. Masalah Penelitian

Berdasarkan hal tersebut diatas maka penulis tertarik meneliti kinerja perawat di lantai III B untuk mengetahui bagaimana perawat dapat menjalankan asuhan keperawatan dengan baik dan profesional dalam melayani pasien yang mayoritas

memerlukan perawatan partial dan total tersebut, karena stroke center merupakan salah satu produk unggulan dari RSPP. Selain itu sejak berdirinya stroke center di RSPP pada tahun 1980 belum pernah dilakukan penelitian mengenai kinerja perawat khususnya di unit stroke lantai III B.

1.3. Pertanyaan Penelitian

- 1.3.1.** Bagaimana gambaran kinerja perawat di ruang rawat inap lantai III B RSPP dan unit Stroke..
- 1.3.2.** Sejauh mana karakteristik individu mempengaruhi kinerja perawat..
- 1.3.3.** Bagaimana hubungan antara karakteristik imbalan, motivasi kerja serta pengembangan diri dengan kinerja perawat di ruang rawat inap lantai III B RSPP dan unit Stroke.

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum :

Tujuan umum bagi penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran mengenai kinerja perawat khususnya di ruang rawat inap lantai III B dan unit stroke RSPP dan hal-hal apa saja yang menyebabkan masih belum baiknya kinerja tenaga perawat di lantai III B dan unit stroke RSPP.

1.4.2. Tujuan Khusus

- I. Diketuinya hubungan tentang variabel individu (umur, jenis kelamin, lama kerja, pendidikan, status pernikahan), variabel imbalan, motivasi kerja, dan

pengembangan diri terhadap kinerja perawat di ruang rawat inap lantai III B RSPP

2. Diketuinya variabel yang dominan terhadap kinerja perawat di ruang rawat inap lantai III B. RSPP

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1. Bagi RSPP :

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi masukan yang dapat digunakan dalam pengambilan kebijakan RS, khususnya kebijakan dalam proses perencanaan tenaga keperawatan.

1.5.2. Bagi Peneliti :

Hasil penelitian analisa kinerja perawat akan menambah perbendaharaan dalam keluasan bahasan mengenai keperawatan, juga dapat digunakan sebagai bahan bagi peneliti berikutnya yang berminat melakukan penelitian dengan topik yang sama .

1.5.3. Bagi Program Studi Kajian Administrasi :

Secara umum dapat mengevaluasi hasil proses belajar yang telah dilaksanakan.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Pusat Pertamina terhadap kinerja tenaga perawat pelaksana di ruang rawat inap lantai III B yang meliputi : persepsi

imbangan, persepsi pengembangan diri, persepsi pekerjaan, persepsi motivasi, aspek umur, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja, status perkawinan.

Penelitian ini menggunakan Rancangan *Cross Sectional* dengan tujuan mengetahui hubungan variabel umur, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja, status perkawinan, imbalan, motivasi kerja, pengembangan diri dengan kinerja perawat RSPP.



TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Stroke

2.1.1. Definisi Stroke

Banyak ahli yang mengemukakan tentang definisi dari stroke, diantaranya :

- a. Stroke adalah penyakit cedera cerebrovaskular (CVA), dimana terjadi kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak (Brunner dan Suddarth, 2001)
- b. Stroke adalah sindrom klinis yang awal timbulnya mendadak, progresif cepat, berupa defisit neurologi fokal dan / atau global, yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian dan semata-mata disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik (Lumbantobing, 1994 ; Mansjoer Arif, 2000)
- c. Stroke trombosis terjadi akibat oklusi aliran darah otak, biasanya karena aterosklerosis berat (Elizabeth J. Crown, 2001)

Dari beberapa definisi tersebut maka dapat disimpulkan bahwa stroke mempunyai karakteristik yaitu suatu serangan mendadak disebabkan karena gangguan peredaran darah otak non traumatik yang dapat menimbulkan gejala gangguan fungsi otak secara fokal dan / global serta berlangsung selama 24 jam / lebih sehingga dapat menimbulkan kecacatan yang menetap bahkan kematian.

2.1.2. Patofisiologi stroke

Berat otak manusia hanya 2,5% dari keseluruhan berat badan, tapi otak menggunakan 20% dari total kebutuhan oksigen tubuh. Otak sangat membutuhkan oksigen yang banyak sedangkan cadangan oksigen di otak hampir tidak ada. Oksigen yang dibutuhkan diperoleh dari darah. Otak sangat tergantung kepada aliran darah setiap saat. Aliran darah otak dipertahankan dengan kecepatan konstan, yaitu 750 ml/menit. Kecepatan secara konstan ini dipertahankan oleh suatu mekanisme homeostatis sistemik dan lokal dalam rangka mempertahankan kebutuhan nutrisi otak secara adekuat. Bila kebutuhan oksigen terhenti selama 8 sampai 10 detik maka akan mengakibatkan gangguan fungsi otak. Bila lebih dari 8 menit akan terjadi jejas atau lesi yang tidak dapat pulih kembali (irreversible) dan mengakibatkan kematian (Walshe 1980, lumbantobing, 1994)

Stroke dapat menyerang siapapun dengan kejadian sangat mendadak dan merupakan salah satu penyebab kematian dan kecacatan neurologi utama di Indonesia.

Terjadinya stroke erat hubungannya dengan perubahan aliran darah otak, baik karena sumbatan pembuluh darah otak ataupun karena perdarahan pada otak sehingga menimbulkan tidak adekuatnya suplai oksigen. Berkurangnya oksigen atau meningkatnya karbondioksida merangsang pembuluh darah untuk berdilatasi sebagai kompensasi tubuh untuk meningkatkan aliran darah lebih banyak. Sebaliknya keadaan vasodilatasi memberi efek pada peningkatan tekanan intrakranial.

Penyebab stroke yaitu : a) Trombosis, b) Emboli, c) Hypoperfusi global, d) Perdarahan Subarachnoid, d) Perdarahan Intracerebral.

Sedangkan faktor resiko stroke dapat berupa : hipertensi, penyakit jantung, diabetes melitus, usia, jenis kelamin, perokok, alkohol, peningkatan kolesterol, obesitas.

Berdasarkan patofisiologisnya maka stroke dapat dibedakan menjadi :

a. Stroke Non Haemoragik

Stroke Haemoragik dapat terjadi akibat aliran darah ke jaringan otak berkurang, hal ini disebabkan karena obstruksi total atau sebagian pembuluh darah otak. Hampir 80% pasien stroke merupakan stroke non haemoragik (stroke iskemik). Penyebab stroke non haemoragik adalah karena trombosis, emboli dan hypoperfusi global. Trombosis merupakan penyebab stroke yang paling sering terjadi, biasanya berkaitan dengan kerusakan lokal dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis. Stroke karena emboli biasanya berasal dari suatu trombosis dalam jantung, juga dapat berasal dari plak aterosklerosis sinus karotikus atau arteri karotikus interna. Pada stroke karena hypoperfusi global biasanya disebabkan karena cardiac arrest dan emboli pulmonal.

b. Stroke Haemoragik

Stroke yang terjadi karena perdarahan subarachnoid, mungkin disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak. Biasanya terjadi pada saat pasien melakukan aktifitas atau saat aktif, namun juga dapat pada saat kondisi istirahat.

Gejala Stroke :

Gejala stroke menurut Halstead (1991) sangat bervariasi. Dapat berupa lumpuh separuh badan kanan atau kiri; separuh badan kurang merasa; terasa semutan; terasa seperti terbakar; mulut mencong; lidah mencong bila dijulurkan; bicara pelo; sulit menelan; bila minum sering tersedak; bila makan suka tersedak; sulit berbahasa(apa yang ingin diucapkan tidak ketemu kata-katanya); berbicara menjadi tidak lancar (terpatah-patah); bicara tidak karuan (lancar tapi tidak ada artinya); tidak dapat memahami bicara orang lain; berjalan sulit, langkahnya kecil-kecil; pelupa; emosi labil; banyak tidur; gerakan tidak terkoordinasi; koma dan masih banyak lagi gejala atau kombinasi gejala yang terjadi.

Komplikasi Stroke :

Komplikasi stroke menurut Chusid(1993), meliputi :

- (1) Subluksasi sendi bahu, (2) Gangguan pada anggota gerak atas yang normal, (3) Spastisitas yang permanen dan berat, (4) Genu recurvatum, (5) Shoulder hand syndrome, (6) Frozen shoulder, (7) Thromboplebitis

2.2. Kinerja

2.2.1. Pengertian Kinerja

Menurut *The Scribner- Bantam English Dictionary* (1980) kata Kinerja adalah terjemahan dari kata *Performance* dengan beberapa kriteria, yaitu : 1) Melakukan, menjalankan, melaksanakan; 2) Memenuhi atau melaksanakan kewajiban suatu niat; 3) Melaksanakan atau menyempurnakan tanggung jawab .

Menurut pendapat Ilyas(2001) 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 seluruh jajaran personel dalam organisasi. Masih menurut Ilyas(1999) diskripsi dari kinerja menyangkut tiga komponen penting, yaitu : 1) tujuan, yang akan memberikan arah dan mempengaruhi bagaimana seharusnya perilaku kerja yang diharapkan organisasi terhadap setiap personel ; 2) ukuran, apakah seorang personel telah mencapai kinerja yang diharapkan; 3) penilaian, yang dilakukan secara reguler yang dikaitkan dengan proses pencapaian tujuan kinerja setiap personel. Tindakan ini akan membuat personel untuk senantiasa berorientasi terhadap tujuan dan perilaku kerja sesuai dengan tujuan yang hendak dicapai. Dengan demikian jelaslah bahwa pengertian kinerja dengan deskripsi tujuan, ukuran operasional dan penilaian reguler mempunyai peran penting dalam merawat dan meningkatkan personel. Penentuan tujuan dari setiap unit organisasi merupakan strategi untuk meningkatkan kinerja. Tujuan ini tentunya akan memberikan arah dan mempengaruhi bagaimana seharusnya perilaku kerja yang diharapkan organisasi terhadap setiap personel.

Sedangkan menurut Robbins (1996) kinerja merupakan fungsi interaksi dari kemampuan, motivasi dan kesempatan.

Selain itu menurut Fawzi (2005) kinerja adalah hasil atau tingkat keberhasilan seseorang secara keseluruhan selama periode tertentu didalam melaksanakan tugas

dibandingkan dengan berbagai kemungkinan, seperti standar hasil kerja, target atau sasaran atau kriteria yang telah ditentukan terlebih dahulu dan telah disepakati bersama.

2.2.2. Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja adalah proses menilai hasil karya personel dalam suatu organisasi melalui instrumen penilaian kinerja (Ilyas,1999). Dimana instrumen penilaian kerja tersebut merupakan alat yang paling dapat dipercaya oleh manajer dalam mengontrol sumber daya manusia dan produktivitasnya(Swanburg,1987,dikutip oleh Nursalam,2007) Pada hakekatnya penilaian kinerja merupakan suatu evaluasi terhadap penampilan kerja dengan membandingkannya dengan standar baku penampilan(Ilyas,1999). Menurut Hall (1986) yang dikutip oleh Ilyas (1999), penilaian kerja adalah ” merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai kualitas kerja personel dan usaha untuk memperbaiki kinerja personel dalam organisasi”. Dengan melihat penilaian kinerja tersebut seorang pimpinan akan menggunakan uraian pekerjaan sebagai tolok ukur, bila pelaksanaan pekerjaan sesuai dengan uraian pekerjaan berarti pekerjaan berhasil dengan baik. Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam kegiatan penilaian kinerja, yaitu : a) memenuhi manfaat penilaian dan pengembangan ; b) mengukur/menilai berdasarkan pada perilaku yang berkaitan dengan pekerjaan ; c) merupakan dokumen legal ; d) merupakan proses formal dan informal.

Tujuan Penilaian Kinerja pada dasarnya mempunyai dua tujuan, yaitu :

a. Penilaian Kemampuan Personel

Merupakan tujuan yang mendasar dalam rangka penilaian personel secara individual, yang dapat digunakan sebagai informasi untuk penilaian efektifitas manajemen sumber daya manusia.

b. Pengembangan Personel

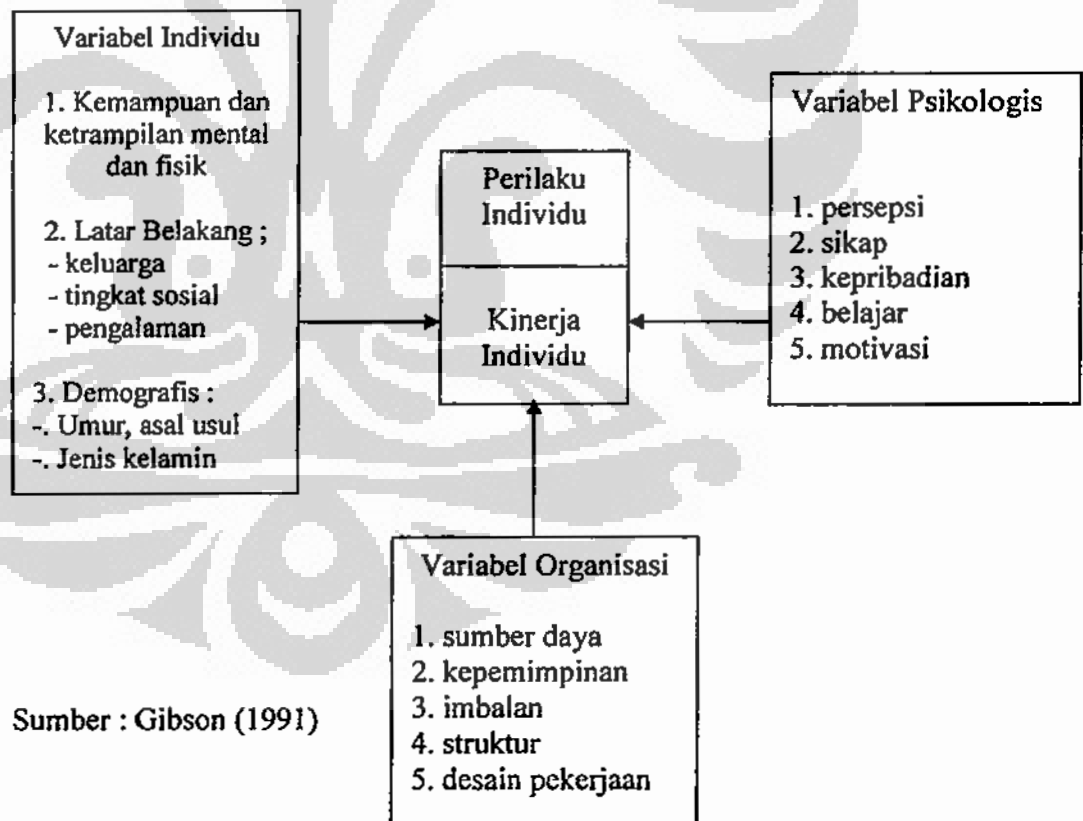
Sebagai informasi untuk pengambilan keputusan untuk pengembangan personel seperti : promosi, mutasi, rotasi, terminasi, dan penyesuaian kompensasi. Secara spesifik penilaian kinerja bertujuan untuk antara lain ; mengenali sumber daya manusia yang perlu dilakukan pembinaan, menentukan kriteria tingkat pemberian kompensasi, memperbaiki kualitas pelaksanaan pekerjaan, sebagai bahan perencanaan manajemen program SDM masa datang, memperoleh umpan balik atas hasil prestasi personel .

2.2.3. Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja

Untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi kinerja dilakukan pengkajian terhadap beberapa teori kinerja. Variabel yang mempengaruhi perilaku dan prestasi kerja individu yaitu variabel individu, variabel organisasi, dan variabel psikologis . Ketiga kelompok variabel tersebut mempengaruhi perilaku kerja dan pada akhirnya mempengaruhi personel (Ilyas, 2001). Menurut Gibson (1991) dalam Ilyas (2001) yang menyampaikan model teori kinerja dan melakukan analisis terhadap sejumlah variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu. Variabel Individu merupakan sifat atau atribut individu yang

dapat dilihat dan mudah diukur yang terdiri dari kemampuan dan ketrampilan mental dan fisik, keluarga, tingkat sosial, pengalaman, umur, asal-usul, jenis kelamin. Variabel psikologis merupakan sifa-sifat yang berada di dalam diri individu tersebut, yang biasanya terpendam di dalam dirinya dan sulit diukur, terdiri dari persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Variabel Organisasi adalah suatu yang berada diluar individu tersebut yang terintegrasi ke dalam suatu organisasi yang mempengaruhi perilaku individu tersebut, yang terdiri dari sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, desain pekerjaan

Gambar 1 :Variabel Yang Mempengaruhi perilaku dan Prestasi Kerja Individu



Sumber : Gibson (1991)

Teori Gibson ini menggambarkan secara menyeluruh mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja seseorang.

2.2.4. Pengukuran Kinerja

Salah satu penilaian kinerja adalah dengan Daftar Penilaian Prestasi Pegawai (DP3) bagi pegawai negeri sipil yang memuat beberapa indikator, yaitu : kepemimpinan, prestasi, ketaatan, tanggung jawab, kejujuran, kesetiaan, kerjasama dan prakasa (Ilyas,1999). Selain itu masih menurut Ilyas (1999) ada beberapa macam metode lain dalam melakukan penilaian kinerja, yaitu :

a. Essai menyeluruh .

Metode ini menuliskan deskripsi tentang kelebihan dan kekurangan seseorang pegawai yang meliputi prestasi, kerjasama dan pengetahuan pegawai tentang pekerjaannya

b. Komparasi

Penilai melakukan perbandingan hasil kerja pegawai yang satu dengan hasil kerja pegawai yang lain yang sejenis.

c. Penilaian Daftar periksa

Penilaian berdasarkan check list yang telah disediakan sebelumnya

d. Penilaian langsung kelapangan

Metode ini langsung melihat pegawai yang dinilai pada waktu bekerja

e. Penilaian didasarkan pada perilaku

Penilaian ini didasarkan pada uraian pekerjaan yang sudah dibuat sebelumnya. Uraian pekerjaan ini menentukan perilaku apa saja yang diperlukan oleh pegawai untuk melaksanakan pekerjaannya.

f. Penilaian didasarkan pada insiden kritikal

Penilaian oleh atasan terhadap pegawai melalui pencatatan atau perekaman peristiwa yang berkaitan dengan perilaku pegawai yang dinilai dalam melaksanakan pekerjaan.

g. Penilaian didasarkan pada keefektifan

Penilaian menggunakan sasaran organisasi sebagai indikasi penilaian kinerja. Dalam metode ini para pegawai tidak dinilai bagaimana menggunakan waktunya dalam melaksanakan pekerjaan, tetapi apa yang mereka hasilkan

h. Penilaian berdasarkan peringkat

Penilaian ini berdasarkan pembawaan yang ditampilkan oleh pegawai. Penilaian ini dianggap lebih baik karena keberhasilan pekerjaan yang dilaksanakan seorang pegawai amat ditentukan oleh beberapa unsur ciri pembawaan (trait) yang bersangkutan. Termasuk disini adalah penilaian DP3

2.3. Kinerja Rumah Sakit

Rumah sakit merupakan fasilitas pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan rawat inap dan rawat jalan yang memberikan pelayanan kesehatan baik jangka pendek maupun jangka panjang yang terdiri dari observasi, diagnostik,

terapeutik, dan rehabilitatif untuk orang-orang yang menderita sakit, cedera serta melahirkan (DEPKES,2006). Selain itu rumah sakit juga merupakan salah satu bentuk sarana pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah dan ataupun masyarakat, berfungsi untuk melakukan upaya pelayanan kesehatan dasar dan kesehatan rujukan ataupun upaya pelayanan kesehatan penunjang (DEPKES,2005)

Organisasi rumah sakit adalah suatu organisasi yang padat tenaga kerja dengan variasi status dan keahlian yang luas. Salah satu perbedaan rumah sakit dengan institusi lain yang juga padat karya adalah bahwa dirumah sakit, proporsi tenaga profesional relatif tinggi sehingga membutuhkan penanganan dan keahlian khusus dalam mengelolanya. Dengan banyaknya jumlah tenaga kerja dan dengan sangat bervariasinya tugas dan fungsi rumah sakit, maka akan mengakibatkan permasalahan sumber daya manusia di rumah sakit menjadi lebih kompleks dari pada institusi lainnya. Selain itu di rumah sakit terdapat kesulitan yang cukup besar untuk mengkoordinasikan jenis-jenis pekerjaan yang sedemikian banyak. Kesulitan lainnya adalah berkaitan dengan penerapan *reward and punishment* berdasarkan kinerja, sehingga dapat berimbas pada tingkat kepuasan kerja yang pada akhirnya akan mempengaruhi mutu pelayanan. (Ilyas,2004)

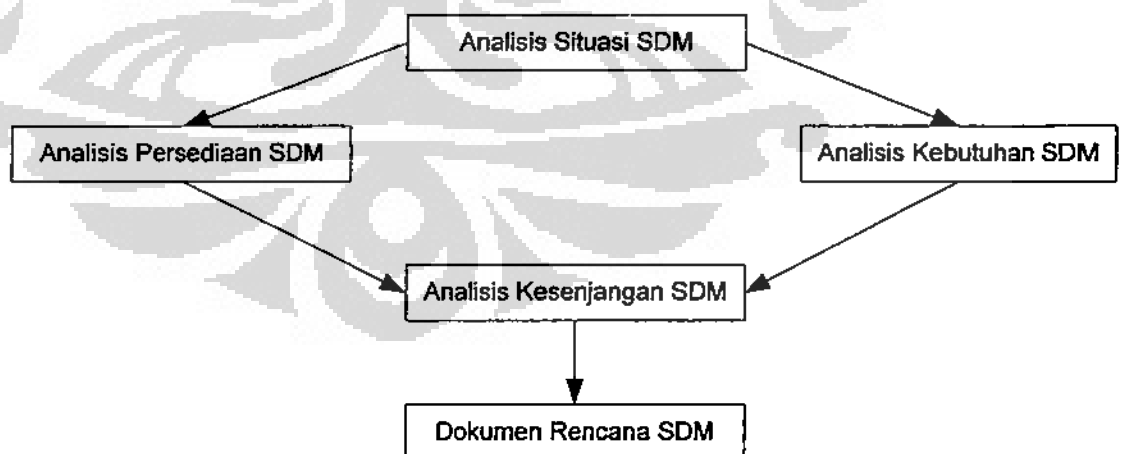
Ruang lingkup manajemen sumber daya manusia di rumah sakit adalah mulai dari perencanaan SDM, komunikasi, rekrutmen, penanganan karyawan bermasalah, motivasi, absensi, disiplin, gaji, penilaian kinerja, pensiun dan masalahnya, produktifitas. Rumah sakit sebagai suatu organisasi yang kompleks haruslah didukung oleh sumber daya manusia yang berkualitas dan kerja tim yang baik (Aditama,2003)

Menurut Ilyas (2004), dalam melakukan proses perencanaan SDM di rumah sakit ada lima langkah yang perlu dilakukan dan harus dilalui oleh perencana SDM rumah sakit:

- a. Analisis tenaga rumah sakit yang ada saat ini dan bagaimana kecukupan tenaga dimasa mendatang.
- b. Analisis persediaan tenaga rumah sakit.
- c. Analisis kebutuhan tenaga rumah sakit di masa datang.
- d. Analisis kesenjangan tenaga yang ada saat ini dibandingkan kebutuhan tenaga rumah sakit di masa datang.
- e. Dokumen kebutuhan tenaga rumah sakit dalam arti jumlah, jenis dan kompetensi yang dibutuhkan periode tertentu.

Proses perencanaan SDM rumah sakit dapat digambarkan seperti skema di bawah ini:

Gambar 2 : Proses perencanaan SDM rumah sakit



Sumber : Ilyas (2004)

Beberapa pendekatan dan metode dapat dipakai untuk meramalkan kebutuhan perawat. Metode yang pertama, yang dikembangkan oleh perawat-perawat senior yang berpengalaman di masa lalu, adalah dengan menghitung rasio perawat berbanding jumlah dan kategori pasien. Metode kedua adalah dengan metode efisiensi maksimal, yaitu dengan cara menetapkan frekuensi dan durasi dari tiap-tiap jenis tugas keperawatan yang harus dilakukan kepada sejumlah rata-rata pasien. Metode ketiga adalah dengan metode perbaikan, yaitu dengan cara mendata praktek-praktek keperawatan yang dibutuhkan oleh tiap-tiap pasien, kemudian berdasarkan frekuensi dan tingkat kesulitan tugas dilakukan pembagian tugas dan didapatkan jumlah perawat yang dibutuhkan. Namun perhitungan kebutuhan perawat secara kuantitatif lebih mendekati kebutuhan riil. Karakter pasien yang beragam dan kualifikasi perawat merupakan informasi untuk meramalkan kebutuhan perawat secara tepat.(Gillies,1994)

Sedangkan menurut DEPKES (2005), kebutuhan tenaga keperawatan ditetapkan berdasarkan karakteristik klien, model penugasan, dan kompetensi yang dipersyaratkan untuk mencapai tujuan pelayanan keperawatan yang efektif dan efisien. Proses penetapan kebutuhan tenaga keperawatan terdiri dari :

1. Mengelompokkan pasien berdasarkan karakteristik.
2. Menetapkan model penugasan keperawatan.
3. Menetapkan cara perhitungan kebutuhan tenaga keperawatan.
4. Menyusun kualifikasi yang dipersyaratkan.
5. Menyusun rencana kebutuhan tenaga keperawatan berdasarkan cara perhitungan yang ditetapkan.

Dalam perencanaan kebutuhan perawat di rumah sakit di masa yang akan datang, prinsip dasarnya dimulai dengan mengetahui kondisi ketenagaan perawat di rumah sakit pada saat ini yang dikaitkan dengan rencana dari kinerja rumah sakit yang efektif dan efisien. Beberapa metode-metode perhitungan jumlah kebutuhan perawat di rumah sakit, yaitu ;

1. Metode Gillies

Menurut Gillies (1994), metode untuk memperhitungkan kebutuhan tenaga perawat, dengan cara menghitung jumlah jam kerja dan jam asuhan keperawatan yang mereka lakukan sesuai tuntutan profesi dan uraian tugasnya. Adapun penghitungan kebutuhan tenaga perawat di instalasi rawat inap adalah sebagai berikut:

$$\text{Jumlah Tenaga} = \frac{A \times B \times 365}{(365 - \text{hari libur}) \times \text{Jam Kerja/hari}}$$

Keterangan :

A= Jam perawatan selama 24 jam (waktu perawatan yang dibutuhkan pasien)

B= Sensus harian (BOR x jumlah tempat tidur)

Hari libur = 52 minggu + 52 hari sabtu + 12 hari cuti tahunan + 12 hari libur nasional = 128 hari.

Jam kerja efektif dalam satu hari = 6 jam

365= jumlah hari kerja selama setahun

2. Metode Hasil lokakarya Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI)

Menurut PPNI seperti yang dikutip oleh Ilyas (2004), penghitungan tenaga perawat adalah sebagai berikut :

$$TP = \frac{(A \times 52 \text{ minggu}) \times 7 \text{ hari} (TT \times BOR)}{41 \text{ minggu} \times 40 \text{ jam}} \times 125\%$$

41 minggu x 40 jam

Keterangan:

TP = Tenaga perawat

A = Jumlah jam perawatan dalam 24 jam

BOR = Bed Occupancy Rate

3. Metode Douglas (1992) seperti yang dikutip oleh Sitorus (2006)

Penetapan jumlah perawat dilakukan dengan menghitung jumlah pasien berdasarkan derajat ketergantungan selama satu bulan dan dihitung jumlah perawat yang dibutuhkan untuk setiap hari. Setelah itu ditetapkan rata – rata jumlah perawat setiap hari.

Tabel 2.1 : Jumlah kebutuhan perawat metode Douglas

	Klasifikasi Pasien								
	Minimal care			Parsial care			Total care		
	Pagi	Siang	Malam	Pagi	Siang	Malam	Pagi	siang	Malam
1	0,17	0,14	0,07	0,27	0,15	0,10	0,36	0,30	0,20
2	0,34	0,28	0,14	0,54	0,30	0,20	0,72	0,60	0,40
3	0,51	0,42	0,21	0,81	0,45	0,30	1,08	0,90	0,60

Sumber : Douglas (1992)

Keterangan : 1, 2, 3, dan seterusnya adalah jumlah pasien/klien

Sebagai contoh, suatu ruang rawat dengan 22 pasien (3 pasien dengan perawatan minimal, 14 pasien dengan perawatan intermediet/parsial, dan 5 pasien dengan perawatan total) maka jumlah perawat yang dibutuhkan untuk Shift jaga pagi saja

$$\text{adalah : } 3 \times 0,17 = 0,51$$

$$14 \times 0,27 = 3,78$$

$$5 \times 0,36 = \underline{1,90 +}$$

Jumlah 6,09, dibulatkan menjadi 6 orang

2.4.Kinerja di Unit Stroke

2.4.1. Pengertian Unit Stroke

Unit stroke adalah suatu unit khusus di rumah sakit yang menangani penderita stroke dan merupakan kerjasama multidisiplin (Jorgensen,1995). Menurut Mc. Cann(1976), unit stroke adalah unit perawatan khusus penyakit stroke yang terdiri dari tim para ahli dari berbagai disiplin ilmu yang memahami seluk beluk perawatan pasien stroke, saling berkonsultasi didalam ruangan khusus dari rumah sakit yang didesain bagi kasus stroke untuk pelayanan rehabilitasi serta adanya tenaga perawat mahir/khusus.

Sedangkan berdasarkan Konsensus Nasional Pengelolaan Stroke dalam Siwy(2000), unit stroke adalah unit khusus merawat penderita stroke yang memiliki tim pelayanan stroke yang terdiri dari dokter spesialis syaraf, dokter spesialis rehabilitasi medik, terapis, ahli gizi, perawat khusus yang dibantu oleh dokter konsultan bidang terkait.

Unit stroke pertama di Indonesia dibangun pada tahun 1994 sebagai gagasan dari bagian neurologi FKUI/RSCM, sebagai usaha mengatasi angka kematian akibat stroke akut di RSCM yang sangat tinggi pada periode sebelum tahun 1994, yaitu sebesar 30% (PERDOSSI,1999)

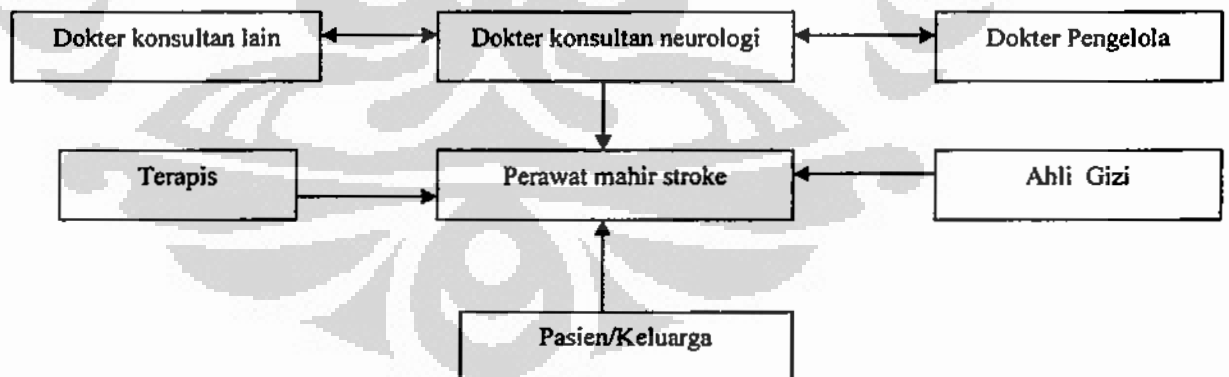
2.4.2. Cara Kerja Unit Stroke

Penanganan penderita di stroke center dilakukan dengan kerja sama tim. Tim di stroke center terdiri dari dokter spesialis syaraf, perawat stroke mahir/khusus, dokter

spesialis rehabilitasi medik beserta tim nya,yaitu fisioterapis, okupasi terapis, terapis bicara, orthotik prosthetik, rohaniawan, psikolog serta ahli gizi. Dokter spesialis syaraf bertindak sebagai ketua tim, yang mengatur kerja seluruh anggota tim untuk melakukan yang terbaik dan senantiasa melakukan peningkatan dan mencari informasi baru mengenai kemajuan penanganan penderita stroke (DeLisa,1988)

Model penanganan penderita stroke di unit yang disebut UPKS (Unit Pelayanan Khusus Stroke) di RSCM, menurut PERDOSSI dalam Siwy(2000) adalah sebagai berikut :

Gambar 3 : Model Penanganan Penderita Stroke di Unit Pelayanan Khusus Stroke (UPKS) RSCM



Sumber : Siwy (2000)

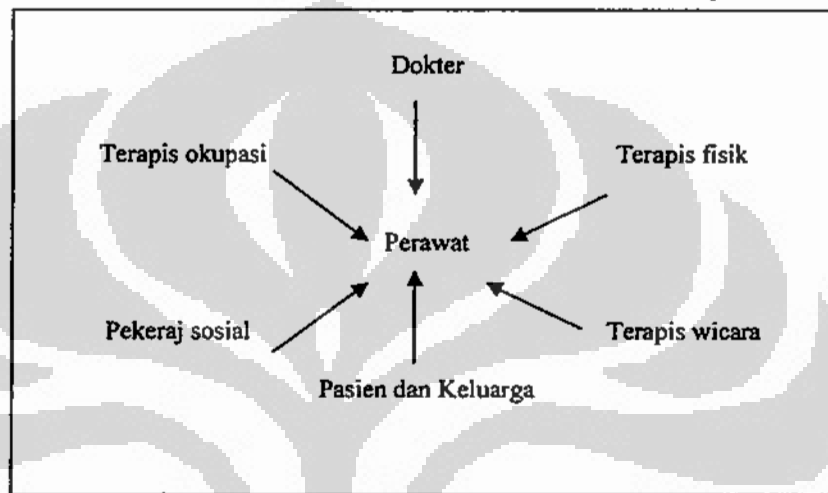
Semua anggota tim ahli memeriksa dan melakukan tindak lanjut terhadap semua penderita stroke akut. Seluruh anggota tim hadir dalam pertemuan tim untuk membicarakan penderita secara kasus perkasus yang dilaksanakan seminggu sekali. Diskusi ini adalah mengenai problema yang menyangkut penderita. Konsultasi kedisiplin lain hanya dilaksanakan bila dipandang perlu. Kerjasama dengan ahli gizi dilaksanakan secara kasus perkasus. Ahli gizi juga terlibat dalam mempersiapkan rencana pemulangan pasien untuk mengatur diet paska perawatan (Jorgesen,1995)

Program rehabilitasi dipimpin oleh dokter spesialis rehabilitasi medik beserta tim fisioterapis. Beberapa program rehabilitasi sederhana dikerjakan oleh perawat stroke mahir/khusus dengan melibatkan keluarga pasien untuk mengikuti program latihan rehabilitasi (DeLisa,1988)

Keluarga diminta untuk menentukan seseorang yang dapat mendampingi pasien paska perawatan. Lalu diberikan program semacam kursus kepada pendamping tersebut untuk melatih pasien di rumah (Syamsudin,1998)

Model penanganan stroke di luar negeri merupakan model yang dipakai sebagai dasar perawatan di unit stroke yang didirikan di seluruh dunia (Warlow dikutip oleh Syamsudin,1998)

Gambar 4 : Model Penanganan Stroke Terpadu di Luar Negeri



(Sumber : Syamsudin,1998)

2.4.3. Pelayanan Pada Unit Stroke

Unit stroke merupakan bagian dari pelayanan rumah sakit. Menurut Azwar(1993) dan Depkes (1993), batasan pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan tersebut, yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk,serta penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar profesi yang telah ditetapkan. Menurut Donabedian (1980), mutu pelayanan rumah sakit adalah produk akhir dari pelayanan. Produk akhir ini merupakan interaksi dan ketergantungan antara komponen dan aspek rumah sakit sebagai suatu sistem.

Menurut Jorgensen (1995) dalam studinya, menuliskan bahwa pasien yang dirawat di ruang rawat khusus stroke mempunyai pelayanan yang lebih baik karena dirawat dengan program evaluasi terstandart. Perawatan dimulai segera saat pasien datang ke stroke unit dan dilaksanakan sesuai dengan pendekatan multidisiplin yang terintegrasi, dimana perawatan yang dilakukan memiliki orientasi yang bertujuan pada keberhasilan untuk mencapai fungsional yang mandiri. Setiap pasien dipantau oleh alat monitor hemodinamik (indikator fungsi jantung, paru dan darah), alat resusitasi dan alat bantu nafas yang selalu siap sedia disamping tempat tidur pasien untuk digunakan oleh pasien, dan dilakukan evaluasi mingguan oleh tim multidisiplin. Pada unit stroke center perbandingan perawat mahir stroke dengan pasien minimal 1 : 2, artinya 1 orang perawat khusus stroke bertanggung jawab pada 2 orang pasien yang dirawat, disini rasionya berbeda dengan perawatan umum atau biasa dengan perbandingan antara perawat dengan pasien adalah 1 : 5 .

Menurut Doenges (1999) ada beberapa kriteria yang harus dilaksanakan dalam asuhan keperawatan pada stroke center, yaitu :

1. PENGKAJIAN:

a. Riwayat keperawatan, yaitu;

riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit kardiovaskuler, *transient ischemic attacks* (TIA), merokok, gangguan sensorik/ motorik, gangguan penglihatan.

b. Pemeriksaan Fisik yang terdiri dari :

tingkat kesadaran dan status mental, gangguan sensorik dan motorik, aphasia, penglihatan, fungsi saraf kranial, tanda-tanda vital, pemeriksaan darah, MRI, CT scan, angiogram, EKG, EEG, obesitas.

c. Psikososial :

umur, jenis kelamin, sistem dukungan keluarga, gaya hidup, pekerjaan, peran dan tanggung jawab selama ini, reaksi emosional terhadap penyakitnya.

d. Pengetahuan klien dan keluarga tentang :

penyebab stroke, faktor resiko, serta prognosa stroke.

2. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan tidak adekuatnya suplai darah serebral, meningkatnya tekanan intrakranial, menurunnya oksigenisasi serebral.
2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi jalan nafas, meningkatnya tekanan intrakranial
3. Jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi jalan nafas, reflek batuk tidak adekuat.
4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan menurunnya kesadaran, paresis/plegia.
5. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan disfagia, kesulitan menelan dan menurunnya nafsu makan.

6. Gangguan menelan berhubungan dengan hilangnya fungsi motorik.
7. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sensorik, immobilisasi, inkontensia, perubahan status nutrisi.
8. Perubahan pola eliminasi urin : inkontinen fungsional berhubungan dengan kerusakan motorik, immobilisasi, kerusakan komunikasi.
9. Perubahan pola eliminasi faeses : konstipasi, diare, inkontinen berhubungan dengan pemasukan cairan dan makanan, hilangnya pengontrolan volunteer, gangguan komunikasi, perubahan peristaltik, intoleran terhadap makanan.
10. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan afasia, disarhria, perubahan proses pikir.
11. Perubahan sensorik – persepsi : penglihatan, raba, kinestik berhubungan dengan kerusakan penglihatan, sensasi.
12. Sedih berhubungan dengan menurunnya fungsi tubuh.
13. Koping individu yang tidak efektif berhubungan dengan menurunnya kesehatan.
14. Gangguan konsep diri : gambaran tubuh, harga diri, peran, identitas berhubungan dengan menurunnya fungsi tubuh, perubahan fisik, peran dan ketergantungan.

3. PERENCANAAN :

- a. Observasi status neurologi klien yang meliputi status mental, pupil, gerakan mata, fungsi sensorik dan motorik, respon verbal setiap 1-4 jam untuk mendeteksi perubahan-perubahan yang berindikasi adanya gangguan fungsi serebral .
- b. Monitor tanda-tanda vital setiap 1-4 jam.

- c. Pantau pengaruh dari pemberian obat antihipertensi.
- d. Observasi kemampuan klien untuk mempertahankan jalan nafas yang terbuka.
- e. Jaga jalan nafas yang adekuat dengan memberikan posisi semi fowler dan penghisapan sekresi.
- f. Observasi fungsi motorik klien, sensasi dan reflek pada seluruh ekstremitas untuk menetapkan kemampuan dan keterbatasan.
- g. Alih posisi tubuh setiap 2 – 3 jam.
- h. Koordinasi dengan fisioterapi, terapi wicara dan okupasi.
- i. Observasi kemampuan menelan, adanya paralisis wajah.
- j. Koordinasi dengan ahli gizi untuk mengatur menu diet klien.
- k. Pertahankan kebersihan kulit dan kekeringan.
- l. Observasi untuk inkontinensia dan berkemih .
- m. Lakukan perawatan kateter 2x/ sehari jika menggunakan kateter foley.
- n. Observasi mobilisasi dan aktifitas yang dapat membantu meningkatkan peristaltik usus.
- o. Observasi kemampuan klien berkomunikasi dan memahami orang lain serta arahkan klien untuk berkomunikasi secara perlahan-lahan.
- p. Lakukan pendekatan pada klien melalui sisi yang tidak sakit dan anjurkan keluarga untuk melakukan hal yang sama .
- q. Dorong klien untuk menyatakan perasaannya (marah, depresi, frustasi, cemas dan merasa tidak berdaya)

4. IMPLEMENTASI :

- a. Klien akan memperlihatkan perfusi jaringan yang adekuat.**
- b. Klien dapat mempertahankan jalan napas dengan ventilasi paru yang adekuat,serta akan terhindar dari hipoksia kongesti paru.**
- c. Klien dapat mempertahankan kekuatan ototnya dan terhindar dari komplikasi immobilisasi.**
- d. Klien akan mempertahankan status nutrisi, pemasukan cairan dan keseimbangan cairan secara optimal.**
- e. Klien akan mempertahankan integritas kulit, tonus, turgor dan sirkulasi.**
- f. Klien akan buang air kecil dan buang air besar secara teratur.**
- g. Klien akan berkomunikasi secara efektif.**
- h. Klien akan beradaptasi terhadap perubahan penampilan, perubahan sensorik, dan ketidakmampuan .**

5. EVALUASI :

- a. Klien dapat mempertahankan tekanan darah dalam batas normal dan memperbaiki status neurologi.**
- b. Klien dapat melakukan ambulasi sesuai dengan kemampuan, terhindar dari atropi otot dan kontraktur.**
- c. Klien dapat mentoleransi nutrisi parental, makanan cair atau dapat menelan makanan yang lunak tanpa aspirasi.**

- d. Klien terbebas dari kemerahan pada kulit dan tulang yang menonjol serta kulit tetap bersih.
- e. Klien dapat melakukan komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal.
- f. Klien dapat buang air kecil dan buang air besar secara teratur dan normal.
- g. Klien dapat beradaptasi terhadap gangguan sensorik.
- h. Klien dapat menunjukkan adanya peningkatan kemandirian dan berpartisipasi dalam perawatan.

Dalam penelitiannya tentang ruang rawat khusus pada unit stroke, harus mempunyai program evaluasi yang terstandarisasi, termasuk didalamnya adalah pemeriksaan darah rutin, ECG, rontgen dada dan pemeriksaan CT-scan, MRI yang dilakukan kepada setiap pasien stroke. Pemeriksaan lainnya seperti pemeriksann *Doppler* untuk arteri carotis, atau pelaksanaan EEG dilakukan jika dibutuhkan.

Menurut hasil penelitian Syamsudin (1998), pelayanan yang ideal di unit stroke harus merupakan pelayanan terpadu dan multidisiplin serta memenuhi kriteria sebagai berikut :

1. Memiliki *standard operating procedure* atau *SOP Stroke Pathway* dan standar layanan medis *stroke pathway*.
2. Menyediakan obat-obatan emergensi .
3. Mengadakan pertemuan paling sedikit dalam seminggu untuk menentukan a) goal penanganan, b) deteksi dini adanya komplikasi dan bagaimana cara penanganannya, c) persoalan yang dihadapi penderita, d) rencana pulang.

4. Program edukasi keluarga

Partisipasi keluarga merupakan salah satu komponen program terpadu, karena hal inilah yang menyebabkan keberhasilan penyembuhan stroke baik untuk mengatasi masa kritis maupun proses pemulihan jangka panjang. Terhadap penderita stroke sendiri, pemberian informasi akan memberikan kesempatan untuk lebih cepat mandiri, prevensi terhadap komplikasi, menurunkan ansietas, serta dapat mengubah gaya hidupnya.

5. Peralatan yang harus tersedia

Peralatan standard yang sangat penting yang harus ada, yaitu Electrocardiography, CT-scan Kepala, MRI kepala, Neurosonographi, Rongent, Cerebral angiographi, Echocardiographi, Laboratorium (darah rutin, haemorheologie, liquor cerebro spinalis).

Adanya standar dalam suatu unit stroke berguna untuk mengukur suatu keberhasilan unit stroke yaitu dengan melihat menurunnya angka kematian akibat stroke dan menurunnya tingkat kecacatan penderita stroke sesudah waktu tertentu. Kecepatan menjadi mandiri secara optimal dan bermakna dicapai pada tiga bulan paska stroke.

2.5. Kinerja Perawat

Adalah standar keperawatan yang diberikan oleh perawat terhadap pasien dengan mengacu kepada asuhan keperawatan mencakup proses pengkajian data, diagnose keperawatan, perencanaan, intervensi dan evaluasi serta catatan asuhan keperawatan. Kinerja yang baik apabila dapat menyelesaikan proses asuhan

keperawatan dengan baik dan benar. Seperti yang dikatakan oleh Ratna (2006) bahwa salah satu bentuk sistem pemberian pelayanan keperawatan adalah melalui pengembangan model praktik keperawatan ilmiah yang disebut *model praktik keperawatan profesional* (MPKP). Model ini sangat menekankan pada kualitas kinerja tenaga keperawatan yang berfokus pada profesionalisme keperawatan.

Standar Penilaian Kinerja Perawat :

Standar dari evaluasi kinerja perawat sebaiknya merupakan hasil , tetapi dapat juga input seperti standar prosedur kerja. Standar dibuat sehubungan dengan :a) kualitas pekerjaan, b) kuantitas pekerjaan, c) tanggung jawab, d) inisiatif, e) ketepatan bekerja, f) kecepatan bekerja, g) pengawasan yang diperlukan, h) perilaku dalam pekerjaan, i) kehadiran yang tepat waktu, j) hubungan dengan rekan kerja/staf lain, k) penguasaan dan pengetahuan tentang pekerjaan, l) potensial untuk berkembang maju.

Standar penilaian ini dapat dikelompokkan menjadi tiga bagian yaitu ; a) Profesionalisme, yang terdiri dari kualitas pekerjaan, kuantitas pekerjaan, ketepatan bekerja kecepatan bekerja, penguasaan dan pengetahuan tentang pekerjaan ; b) Administratif, yang terdiri dari perilaku dalam pekerjaan dan kehadiran/absensi ; c) Personality, yang meliputi tanggung jawab, inisiatif, hubungan dengan rekan kerja dan staf lain, potensial untuk berkembang maju.

Pelaksanaan penilaian kinerja dapat dilakukan oleh : 1) supervisi langsung dari staf ; 2) staf sendiri ; 3) rekan kerja ; 4) bawahan

Menurut Swanburg (1987), seperti yang dikutip oleh Nursalam (2007), mengatakan bahwa proses penilaian kinerja dapat digunakan secara efektif dalam

mengarahkan perilaku perawat, dalam rangka menghasilkan jasa keperawatan dalam kualitas dan volume yang tinggi. Ada beberapa manfaat yang dapat dicapai dalam penilaian kerja (Nursalam,2007), antara lain : a) meningkatkan prestasi kerja perawat, b) merangsang minat dalam pengembangan pribadi, c) membantu rumah sakit untuk menyusun program pengembangan dan pelatihan perawat yang lebih tepat guna, d) memberikan kesempatan kepada perawat untuk mengeluarkan perasaannya tentang pekerjaannya.

2.5.1. Faktor- Faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja Perawat

Seperti yang dikatakan oleh Steward(1993), bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja karyawan adalah kecerdasan, stabilitas emosional, motivasi, situasi keluarga, karakteristik fisik, kelompok kerja dan pengaruh eksternal yang meliputi peraturan ketenaga kerjaan, tekanan konsumen, nilai-nilai sosial, kekuatan ekonomi, perubahan lokasi dan serikat buruh . Mc.Cloy dkk (1994), mengemukakan bahwa kinerja dipengaruhi oleh ketrampilan, pengetahuan, prinsip dan prosedur kerja. Sedangkan menurut Handoko(1996), prestasi kerja karyawan dipengaruhi oleh motivasi, kepuasan kerja, tingkat stress, kondisi fisik pekerjaan, sistem kompensasi, aspek ekonomi, dan perilaku karyawan .

Dari beberapa teori yang telah dikemukakan dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja adalah sebagai berikut :

a. Umur

Dengan semakin bertambahnya usia, semakin meningkat tingkat kedewasaan psikologisnya, artinya semakin mampu menunjukkan kematangan jiwanya, dalam arti semakin bijaksana, semakin mampu berfikir rasional, semakin mampu mengendalikan emosi, semakin toleran terhadap pandangan dan perilaku yang berbeda darinya dan semakin dapat menunjukkan kematangan intelektual dan psikologisnya (Nawawi,2000). Sedangkan menurut Gillies (1994), semakin bertambah usia seseorang dan semakin lama ia bekerja semakin mahir dalam pekerjaannya. Pada usia awal hingga pertengahan dua puluh, seseorang baru memulai untuk mengenal pekerjaannya dan bekerja berdasarkan bimbingan dan arahan yang diterima. Pada periode akhir dua puluh sampai awal tiga puluh, seseorang cenderung mulai menguasai pekerjaannya dan memilih pekerjaan yang disukainya serta kritis pada pekerjaannya.

b. Pendidikan

Secara umum pendidikan bertujuan meningkatkan kualitas kepribadian manusia, aspek jasmani, rohani, sikap dan ketrampilan dalam rangka menciptakan kepribadian yang mantap dan mandiri. Semakin tinggi pendidikan, semakin mudah menerima serta mudah mengembangkan pengetahuan dan teknologi, karena dengan pendidikan seseorang dapat meningkatkan kematangan intelektualitasnya, sehingga dapat menentukan untuk bertindak atau tidak (Angraini,1999)

c. Masa Kerja

Menurut Fieldman seperti yang dikutip oleh Amijanti (2000) seorang pekerja yang senantiasa diberi rangsangan dengan cara kerja yang baru dan kreatif akan mudah mengingatnya, untuk kemudian dijadikan pola kerja keseharian. Pada umumnya semakin lama seseorang dalam pengalaman kerjanya, akan semakin terampil dalam melaksanakan pekerjaannya. Pada profesi keperawatan, disiplin ilmu keperawatan haruslah dipraktekkan, sehingga pengalaman kerja menjadi sangat penting bagi perawat. Sedangkan Aditama (2000) menyatakan bahwa masa kerja atau lama bertugas mempunyai hubungan yang positif dengan kepuasan kerja, berdasarkan pertimbangan : (1) bagi karyawan yang sudah lama dan usia lanjut, makin sulit memulai karir yang baru (2) sikap dewasa dan matang mengenai tujuan hidup, harapan, keinginan dan cita-cita (3) gaya hidup yang sudah mapan (4) sumber penghasilan yang lebih tejamin (5) ikatan batin dan tali persahabatan antara yang bersangkutan dengan rekan sekerjanya. Dengan demikian masa kerja yang relatif lama disertai usia yang bertambah akan menciptakan kepuasan kerja yang relatif menetap dan selanjutnya akan berdampak terhadap performa atau kinerja seseorang.

Selain itu Gillies dalam Ilyas (2002) berpendapat pada masa dibawah satu tahun kerja, seseorang masih pada tahap penyesuaian diri pada pekerjaannya. Antara satu sampai tiga tahun kerja, seseorang sudah dapat menyesuaikan diri dengan pekerjaannya. Pada masa kerja antara tiga sampai lima tahun seseorang sudah menguasai pekerjaannya dengan baik sedangkan

pada masa kerja diatas lima tahun sudah mulai membentuk kebijakan-kebijakan dan program rumah sakit.

d. Status Pernikahan

Menurut Angraini (1999), seseorang yang telah menikah lebih mempunyai tanggung jawab dan mudah merasa puas dalam pekerjaannya sehingga menunjukkan kinerja yang lebih baik. Sedangkan Robbins (1997), menyatakan seorang pria yang telah menikah akan mempunyai tanggung jawab yang lebih besar dalam menghidupi kebutuhan keluarganya, sehingga cenderung mempunyai kinerja yang lebih baik. Tetapi para wanita yang sudah memiliki anak, cenderung untuk sering tidak masuk sehingga dapat mempengaruhi kinerja

e. Jenis Kelamin

Robbins (1997) menyatakan bahwa tidak ada perbedaan kinerja antara wanita dan laki-laki, namun dalam mencapai ambisi yang tertinggi laki-laki cenderung lebih berambisi dan agresive dibanding wanita dan terdapat korelasi yang positif terhadap tingkat absensi perempuan terutama pada mereka yang mempunyai anak.

f. Imbalan

Merupakan sesuatu yang diterima oleh personel sebagai gaji, insentif, dan tunjangan dimana penyesuaian ketiga hal tersebut sering digunakan sebagai evaluasi kinerja serta untuk memperbaiki kinerja personel (Ilyas,2002). Dalam teori yang dikemukakan oleh Davis dan Newstrom (1998), disebutkan bahwa imbalan dalam bentuk gaji/ upah merupakan faktor yang menjadi penyebab paling mungkin terhadap

kepuasan kerja yang akan berdampak pada kinerja. Handoko (1997) menyatakan bahwa insentif adalah perangsang atau pendorong yang diberikan dengan sengaja kepada karyawan agar dalam diri mereka timbul semangat yang lebih besar untuk meningkatkan kinerja bagi organisasinya. Sedangkan menurut Siagian (1993) dan Notoatmojo (1993) imbalan memang mempunyai arti yang berbeda bagi setiap orang, yang penting pemberian imbalan haruslah diatur sedemikian rupa sehingga tercapai tujuan, antara lain menghargai prestasi kerja, mengandung prinsip keadilan, dan mempertahankan prestasi karyawan

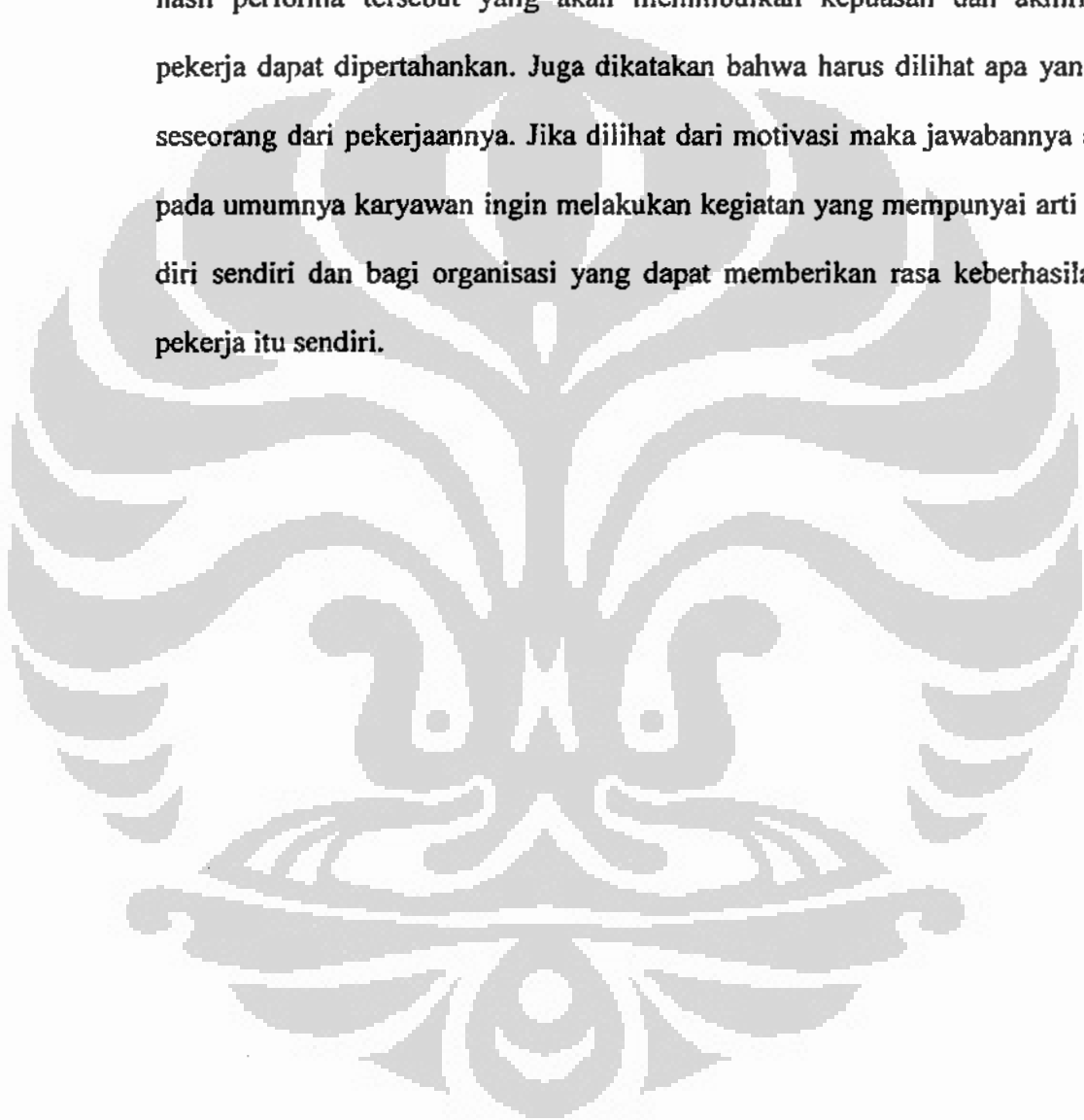
g. Kesempatan Pengembangan Diri :

Menurut Flippo (1996) pengembangan terdiri dari pelatihan untuk meningkatkan ketrampilan dan pengetahuan di bidang tertentu dan pendidikan yang berhubungan dengan peningkatan, pengertian dan latar belakang umum dimana ada 2 kelompok besar yang akan dilatih yaitu pekerjaan operasional dan para manajer. Manfaat pengembangan diri terhadap pekerja antara lain ; 1) memberikan kesempatan kepada pekerja untuk *self improvement* ; 2) meningkatkan kepuasan kerja bagi staf melalui kinerja yang lebih baik.; 3) memberi kesempatan untuk mengetahui sesuatu yang baru ; 4) menciptakan kemampuan adaptasi yang lebih baik terhadap berbagai perubahan .

h. Motivasi Kerja

Pendapat Herzberg seperti yang dikutip Saydam (2000), bahwa motivasi sangat berpengaruh terhadap kinerja dan kepuasan karyawan. Dalam hal ini dapat disimpulkan bahwa dengan meningkatnya motivasi kerja pada karyawan maka secara

langsung akan menimbulkan performa kerja yang baik dan tinggi. Sebaliknya jika karyawan dapat menunjukkan performa kerja yang baik akan mendapat kompensasi dari hasil performa tersebut yang akan menimbulkan kepuasan dan akhirnya perilaku pekerja dapat dipertahankan. Juga dikatakan bahwa harus dilihat apa yang diinginkan seseorang dari pekerjaannya. Jika dilihat dari motivasi maka jawabannya adalah, yaitu pada umumnya karyawan ingin melakukan kegiatan yang mempunyai arti penting bagi diri sendiri dan bagi organisasi yang dapat memberikan rasa keberhasilan bagi para pekerja itu sendiri.



BAB III

GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT

Nama Rumah Sakit	: Rumah Sakit Pusat Pertamina
Kelas Rumah Sakit	: B+ Pendidikan
Status Kepemilikan	: Ex BUMN Pertamina, pada tanggal 21 Oktober 1999 status berubah menjadi PT.Pertamina Bina Medika.
Alamat	: Jln. Kyai Maja No. 43
Kecamatan	: Kebayoran Baru
Kodya	: Jakarta Selatan
Propinsi	: DKI - Jakarta

3.1. Sejarah Rumah Sakit

Pertamina merupakan perusahaan negara yang bergerak di bidang eksplorasi minyak di Indonesia, dimana perkembangan dari perusahaan milik negara ini cukup pesat, sehingga sampai saat ini Pertamina sudah mempunyai beberapa anak perusahaan yang bergerak di berbagai bidang antara lain di bidang kesehatan. Pada awalnya sarana di bidang kesehatan ini bertujuan untuk memenuhi tuntutan pelayanan kesehatan bagi karyawan Pertamina sendiri maupun bagi *stakeholdernya*, akan tetapi pada perkembangan selanjutnya masyarakat umumpun dapat menikmati sarana pelayanan kesehatan dari Rumah Sakit Pusat Pertamina.

Perkembangan RS Pusat Pertamina dimulai pada tahun 1968 atas prakasa dari Direktur Utama Pertamina pada saat itu, yang merupakan pendukung utama kegiatan operasional Pertamina, yaitu Bapak Letnan Jendral TNI Dr. H. Ibnu Sutowo.

RS Pusat Pertamina dibangun diatas tanah seluas 30.975 m², dengan luas lantai bangunan 22.474 m². RS Pusat Pertamina mulai beroperasi yaitu pada tanggal 6 Januari 1972 dengan jumlah karyawan 771 orang. Saat ini, luas lantai semua bangunan sudah bertambah menjadi 27.063 m² dengan adanya penambahan-penambahan gedung dan fasilitas lainnya sehingga jumlah karyawanpun bertambah menjadi 1157 orqng.

Sejak awal didirikan, RS Pusat Pertamina secara langsung berada dibawah Direktorat Umum Pertamina. Tetapi dengan adanya beberapa perubahan peraturan dan ketentuan lainnya, maka Pertamina melepas usaha-usaha lain selain BBM dan Gas yang tetap merupakan usaha inti, sehingga sejak tahun 1998, RS Pusat Pertamina mulai berpisah dari induknya dan menjadi badan usaha mandiri yang dikelola oleh PT. RSPP. Dengan adanya PT.RSPP maka sarana kesehatan lebih berkembang, yaitu menjadi delapan unit usaha di bidang kesehatan lain, termasuk Akademi Keperawatan dan poliklinik-poliklinik lainnya. Pada tahun 2002, nama PT RSPP diganti menjadi PT Pertamina Bina Medika (PT Pertamedika). Sampai saat ini pemegang saham PT Pertamedika adalah Pertamina dan PT Pertamina Dana Ventura.

Dengan berada dibawah naungan PT Pertamedika , maka RS Pusat Pertamina diharapkan akan menjadi rumah sakit yang memberi pelayanan kesehatan yang mandiri dan berkualitas. Kemandirian tersebut akan mengubah pola usaha yang berorientasi pada peningkatan pendapatan, persaingan, dan peningkatan mutu pelayanan tanpa mengabaikan fungsi sosialnya. Selain itu RS Pertamina juga mengubah pola pikir,

budaya kerja, sikap dan perilaku baru secara terencana sehingga mampu bersaing dalam menghadapi era glibalisasi saat ini .

3.2. Visi, Misi, Moto dan Tujuan RS Pusat Pertamina.

3.2.1. Visi :

Menjadi Rumah Sakit terbaik yang menggunakan konsep pelayanan medis muktakhir.

3.2.2. Misi :

- a. Sebagai RS yang secara komprehensif dapat memberikan pelayanan kesehatan spesialistik.
- b. Membangun loyalitas melalui kepuasan pelanggan dengan sumber daya manusia yang profesional dan berbudaya kerja prima.
- c. Meningkatkan pertumbuhan pendapatan disertai pengendalian secara efisien dan efektif.

3.2.3. Moto :

“ We Care and We Cure “

3.2.4. Tujuan :

- a) Membentuk organisasi rumah sakit yang mantap, sehingga mampu menjadi wadah yang kokoh untuk mengembangkan rumah sakit sebagai lembaga sosial ekonomi.

- b) Terlaksananya sistem manajemen rumah sakit yang mampu mendukung penyelenggaraan rumah sakit yang efektif, efisien dan menguntungkan, sehingga tercapainya kemandirian rumah sakit serta memberikan kontribusi laba bagi pemegang saham.
- c) Menyediakan layanan kesehatan yang lengkap dengan standar pelayanan mutakhir bagi setiap jenis pelayanan.
- d) Meningkatkan kemampuan sumber daya rumah sakit, sehingga profesional di bidangnya dan berperan serta secara aktif untuk mencapai visi rumah sakit melalui misi rumah sakit yang telah disepakati bersama.
- e) Menyelenggarakan sistem informasi rumah sakit yang mendukung manajemen rumah sakit dan tenaga profesional dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan.
- f) Terpenuhinya sarana dan prasarana yang memenuhi kebutuhan pelayanan.
- g) Menjadi pusat rujukan bagi rumah sakit-rumah sakit Pertamina di seluruh Indonesia dan rumah sakit lain serta tempat pendidikan dan latihan bagi tenaga dokter maupun tenaga kesehatan lainnya.
- h) Mengoptimalkan aset kesehatan melalui pengelolaan yang efektif, efisien, dan menguntungkan serta melaksanakan peningkatan pemanfaatan dan pengembangan aset kesehatan.
- i) Mengembangkan rumah sakit menjadi unit usaha yang sehat dan mampu menghasilkan untuk mempertahankan keberadaan dan meningkatkan kesejahteraan pekerjanya.
- j) Memenuhi kebutuhan akan pelayanan kesehatan bagi pekerja, keluarganya, pensiunan Pertamina, mitra usaha dan masyarakat dengan berorientasi kepada

kepuasan dan kenyamanan pelanggan berdasarkan standar profesi peraturan dan etik kedokteran.

3.3. Struktur Organisasi .

Organisasi dalam RSPP secara garis besar dikelompokkan menjadi :

1. Satuan Pengawas Internal
2. Manajemen Resiko
3. Manajemen Bisnis
4. Administrasi pasien
5. Instalasi Pelayanan medis dan Penunjang Medis
6. Keperawatan dan Unit-Unit lainnya
7. Keuangan
8. SDM
9. Logistik
10. Layanan Teknik
11. Layanan Umum

Struktur organisasi RSPP secara lengkap dapat dilihat pada lampiran.

3.4. Sarana dan Prasarana

3.4.1. Rawat Jalan :

- a. Poliklinik Umum.
- b. Poliklinik Spesialis:

- 1) Poliklinik Penyakit Dalam.
- 2) Poliklinik Penyakit Jantung.
- 3) Poliklinik Penyakit Paru.
- 4) Poliklinik Bedah Umum.
- 5) Poliklinik Bedah Anak.
- 6) Poliklinik Bedah Thorax dan Kardiovaskuler.
- 7) Poliklinik Onkologi (Tumor).
- 8) Poliklinik Bedah Plastik.
- 9) Poliklinik Bedah Syaraf.
- 10) Poliklinik Bedah urologi.
- 11) Poliklinik Bedah Tulang.
- 12) Poliklinik Kebidanan dan Penyakit kandungan.
- 13) Poliklinik anak.
- 14) Poliklinik Penyakit Kulit dan Kelamin.
- 15) Poliklinik Penyakit Mata.
- 16) Poliklinik THT.
- 17) Poliklinik Penyakit Syaraf (Neurologi).
- 18) Poliklinik Andrologi.
- 19) Poliklinik Penyakit Jiwa.
- 20) Poliklinik Akupunktur.
- 21) Poliklinik Psikologi.
- 22) Poliklinik Gizi.
- 23) Poliklinik Rehabilitasi Medik.

c. Poliklinik Gigi dan Mulut :

- 1) Poliklinik Gigi Umum.
- 2) Poliklinik Bedah Mulut.
- 3) Poliklinik Orthodontis.
- 4) Poliklinik Prosthodontik.

3.4.2. Rawat Inap :

a. Kamar Perawatan Dewasa

- 1) Kamar Perawatan Umum yang terdiri dari : Presiden Suite, VVIP, VIP, Kelas I A, I B, II, III .
- 2) Kamar Perawatan khusus yang terdiri dari : ICU A, ICU B (Luka Bakar), Kelas Khusus Luka Bakar, VIP kebidanan, Kamar Operasi, Stroke Unit dan Unit Luka Bakar.

b. Kamar Perawatan Anak .

- 1) Kamar Perawatan Umum yang terdiri dari : VIP A1, VIP A2, Kelas IA, II, III.
- 2) Kamar Perawatan Khusus : ICU, Inkubator dan Kamar Bayi.

3.4.3. Instalasi Gawat Darurat.

3.4.4. Fasilitas Penunjang Medis :

- 1) Radiologi terbagi menjadi 2 seksi yaitu :

- Seksi Diagnostik dilengkapi dengan pesawat Multi Pro Unit (Siemens), pesawat Multi CPA Pro Unit, Pesawat Sresco Unit, Pesawat Mamografi Unit dan Pesawat Angiografi Unit.
- Seksi terapi yang dilengkapi dengan *Conventional Supervisical* Unit dan *Cobalt 60* Unit.

2) Laboratorium :

- Hitachi BM, digunakan untuk pemeriksaan serum
- Tehnicon H3, Pemeriksaan Hematologis
- Celldyn 3500, digunakan untuk perhitungan sel
- CX 7, digunakan untuk pemeriksaan kimia darah
- Dimension, digunakan untuk pemeriksaan kimia darah
- Axsym, digunakan untuk pemeriksaan imunologi
- Bactec, digunakan untuk pemeriksaan mikrobiologi
- Supertron, digunakan untuk pemeriksaan urine
- ABL 330, digunakan untuk analisa gas darah

3) Farmasi :

Bagian Farmasi dilengkapi dengan alat untuk pembuatan obat khusus yang akan dikonsumsi oleh intern RSPP itu sendiri.

4) Rehabilitasi Medis :

Bagian ini terbagi menjadi 4 bagian yaitu :

- *Elektroterapi*
- *Exerciseterapi*
- *Aktinoterapi*
- *Spechterapi*

Alat-alat penunjang pada bagian Fisioterapi adalah

- *Inframerah*
- *Diathermy*
- *Tens*
- *Talting Table*
- *Traksi*

5) Kedokteran Nuklir :

Pada bagian kedokteran nuklir ini dilengkapi dengan 2 unit diagnostic USG dan 1 unit pesawat Diagnostic Gamma Camera.

6) Unit Patologi :

Bagian Patologi dilengkapi dengan 2 unit alat histokinet yang dapat berguna bagi pemeriksaan jaringan di dalam tubuh apakah terdapat tumor ganas atau tidak, dan 1 alat *cryostate* digunakan untuk pemeriksaan potongan baku, yang berfungsi untuk

mengambil sedikit jaringan untuk kemudian dilakukan pemeriksaan di laboratorium untuk tindak lanjutnya.

7) Unit Sitologi :

Pada bagian Sitologi merupakan pemeriksaan terhadap cairan tubuh seseorang yang diperkirakan penderita kanker atau tidak melalui pemeriksaan VCE dan pemeriksaan cairan-cairan dalam seperti halnya pleura, asites dan kista.

8) Medical Chek-Up :

Adalah satu rangkaian kegiatan pemeriksaan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas kesehatan yang optimal.

9) Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit .

3.4.5. Fasilitas Pelengkap Medis

1. Bagian Bedah

Pelayanan yang terdapat di bagian bedah adalah ruang kamar bedah yang dilengkapi dengan Sistem Monitoring dan Video Tape. Terdapat pula penghancur ginjal, sistem central gas outlet dan *heart lung machine*.

2. Bagian Sterilisasi Sentral

Rumah Sakit membangun CSSD (*Central Sterilization Supply Departement*) untuk memenuhi kebutuhan sterilisasi yang dilengkapi dengan *Automatic Recording* dan *Ultrasonic Cleaning*.

3. Bagian ICU

Bagian ICU dilengkapi dengan 22 tempat tidur dengan system Monitor

4. Bagian Obstetri dan Ginekologi

Bagian Obstetri dan Ginekologi dilengkapi dengan 31 tempat tidur neonatal sehat, Incubator dan Baby Pulmonator.

5. Bagian Emergency

Emergency dilengkapi dengan *Echo-Encephalograph*.

6. Bagian Kardiologi yang memiliki fasilitas seperti :

a) Treadmill

b) Rehabilitasi Medis

c) *Holter Monitoring*

d) Echocardiograph dan Color Doppler Echocardiograp

e) *Vektor*

f) *Late Potential*

g) *Caroted Doppler*

7. Bagian Gigi dan Mulut

Pada bagian Gigi dan Mulut dilengkapi dengan pesawat Rontgen "Status X" yang membuat gambar panoramic seluruh gigi dengan satu Laboratorium untuk membuat protease dari bahan plastic, porselen emas dan baja

3.4.6. Fasilitas Non Medis diantaranya adalah :

1. *Catering*

Terdiri dari tiga jenis dapur yaitu dapur diet, dapur umum dan dapur bahan-bahan cair, *two walk in refrigerator*.

2. *Laundry*

Dilengkapi dengan peralatan standard laundry yang modern terdapat juga *Extraktor*, *Desinfektor* dan fasilitas pencucian kimiawi.

3. AC

Sistem sentral AC dengan 4 *cooling* unit yang besar dan 6 package unit tersendiri.

4. *Power Plant*

Daya listrik yang dibangun dengan 6 buah transformator listrik dari PLN dengan kapasitas masing-masing 4 x 1000 KVA dan 2 x 630 KVA. Sedangkan untuk keadaan darurat juga terdapat 2 diesel generator masing-masing dengan kekuatan 2 x 1500 KVA yang dapat dijalankan secara otomatis

5. Pemurnian Air

Sumber air yang dipakai adalah dari PAM DKI.

6. Incenerator

Incenerator digunakan sebagai pembakaran sampah kering.

7. Sistem Komunikasi

Sistem komunikasi yang ada di RSPP adalah *Central Telephone*.

8. Kamar Jenazah

Kamar ini dilengkapi dengan 4 *cooling cells* yang dapat menampung 8 jenazah.

9. *Fire Warning dan Alarm System*

Sistem Fire Warming dan Alarm digunakan diseluruh ruangan gedung yang dilengkapi dengan *Fire Hidran* dan *Fire Station*.

10. Sistem Ozonisasi yang berfungsi untuk :

- Air
- Sterilisasi Udara
- Pengobatan Luka Bakar

11. LK3

Bagian ini bertujuan untuk mengelola limbah rumah sakit.

12. Sistem Pengolahan Limbah

Digunakan sebagai pencegah terhadap pencemaran limbah disekitar lingkungan rumah sakit.

13. CCTV atau *Security System Specialist*

Sistem keamanan elektrolit yang dapat menangkap atau mengamati kegiatan via monitor yang diletakan dilokasi tertentu

3.4.7. Prasarana .

- o Kapasitas 470 tempat tidur.
- o Luas bangunan 27.063 m
- o Lahan parkir yang cukup luas.

- Incenerator .
- Sumber air dari PAM DKI yang telah dilengkapi dengan sistem cadangan dan pemurnian airnya .
- AC dengan sistem central dengan 4 cooling unit besar dan 6 package unit tersendiri .
- Fire Warning dan Alarm System .
- Power Plant : 6 buah transformator listrik dari PLN (4X1000 KVA dan 2X630 KVA)
- Sistem Komunikasi.
- Sistem Ozonisasi untuk sterilisasi udara, air dan pengobatan luka bakar .

3.5. Ketenagaan Rumah Sakit.

Jumlah sumber daya manusia yang bekerja di RSPP berdasarkan data dari bagian Sumber Daya Manusia RSPP periode bulan Oktober thn 2007 adalah 1139 orang. Status kepegawaian di RSPP terbagi menjadi dua, yaitu PWT (Pekerja Waktu Tertentu) atau Kontrak, dan PWTT (Pekerja Waktu Tak Tentu) atau pegawai tetap.

Tabel 3.1 Jumlah SDM RSPP bulan Mei Tahun 2008

NO	KETERANGAN	JENIS PEKERJA			JUMLAH
		PWT	PWTT	KEMITRAAN	
1	MEDIS	17	64	71	152
2	PARAMEDISPERAWATAN	0	538	0	538
3	PARAMEDIS NON PERAWATAN	15	146	0	161
4	NON MEDIS	6	282	0	288
TOTAL		38	1030	71	1139

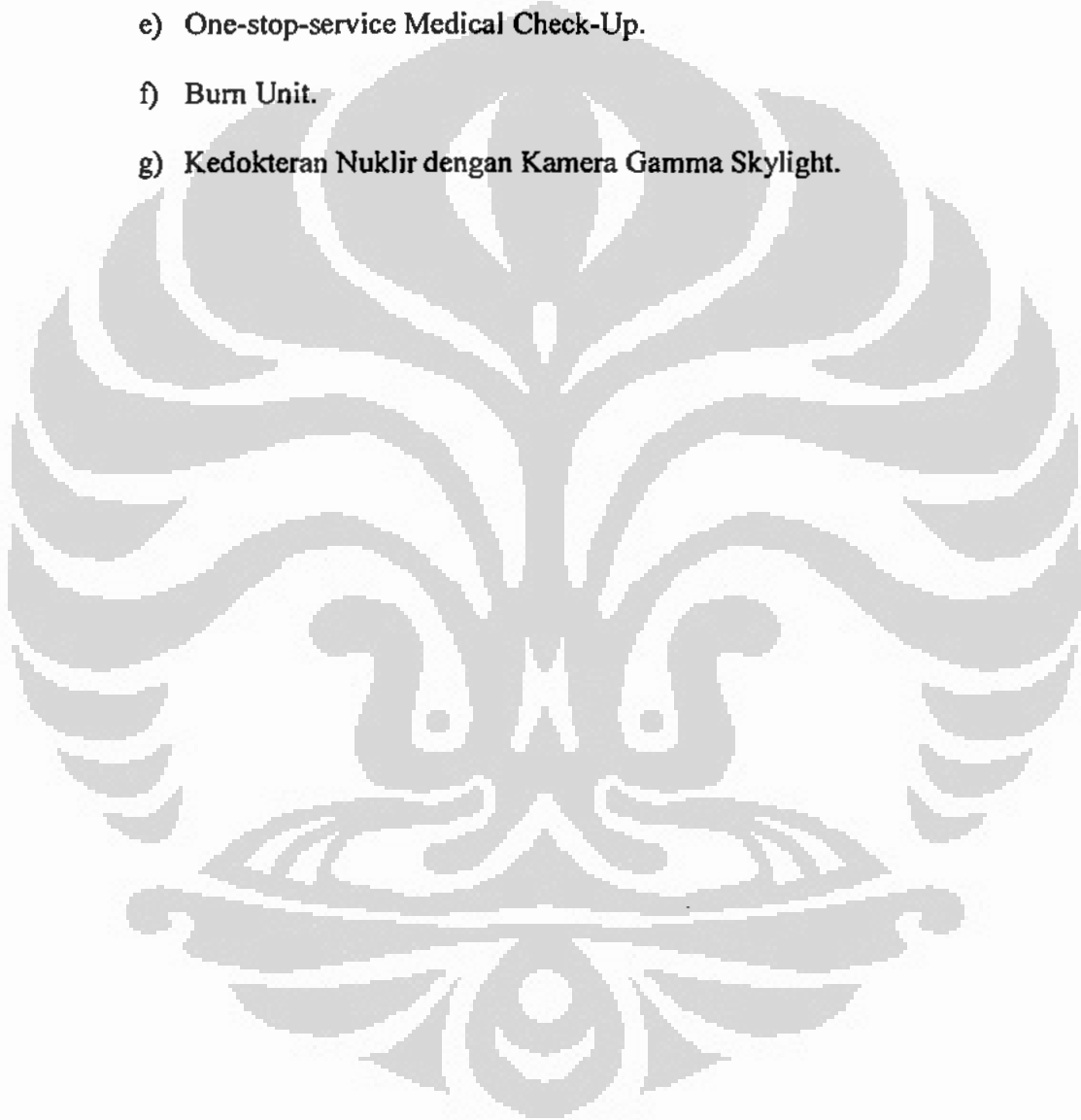
Perbedaan antara PWT dan Kemitraan bagi tenaga medis adalah :

Tenaga medis PWT praktek setiap hari dan pada saat menandatangani kontrak tetap mengikuti aturan-aturan = tenaga medis PWTT . Sedangkan tenaga medis Kemitraan hanya praktek 1 minggu/ 3 X .

3.6. Produk Unggulan RSPP.

RS Pusat Pertamina mempunyai beberapa produk unggulan yang memang mempunyai reputasi dan kualitas yang baik, sehingga dapat dijadikan alasan pilihan bagi pelanggannya. Produk layanan unggulan itu sendiri adalah kombinasi dari program atau aktivitas dengan bauran pemasaran yang tepat, dan ditambah dengan keunggulan-keunggulan lain seperti fasilitas dan alat medis yang mutakhir, serta pelayanan khusus yang diberikan. Produk-produk tersebut adalah :

- a) Stroke Center dengan Klub Stroke .
- b) Heart Center dengan Klub Jantung.
- c) Asthma Center.
- d) Diabetes Center.
- e) One-stop-service Medical Check-Up.
- f) Burn Unit.
- g) Kedokteran Nuklir dengan Kamera Gamma Skylight.



BAB IV

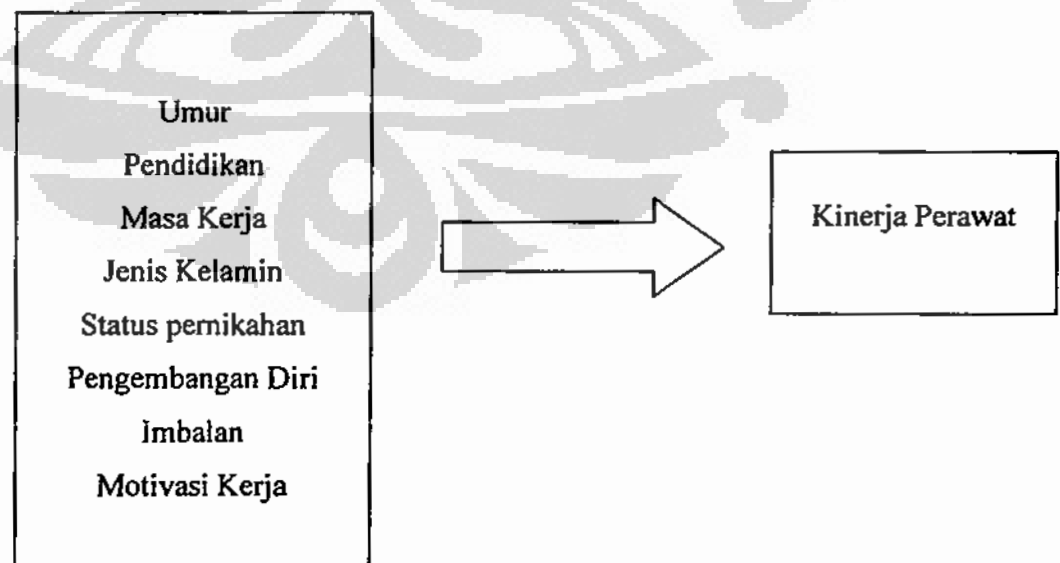
KERANGKA KONSEP

4.1. Kerangka Konsep

Pada penelitian ini, akan dianalisis gambaran dari faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja (sebagai variabel independen) dengan menggunakan teori dari Gibson dan memodifikasinya dengan hanya mengangkat faktor umur, jenis kelamin, masa kerja, pendidikan, status pernikahan, imbalan, motivasi kerja dan pengembangan diri serta kinerja perawat (sebagai variabel dependen) berdasarkan teori Ilyas dan Robbins, serta hubungan antara keduanya.

VARIABEL INDEPENDEN

VARIABEL DEPENDEN

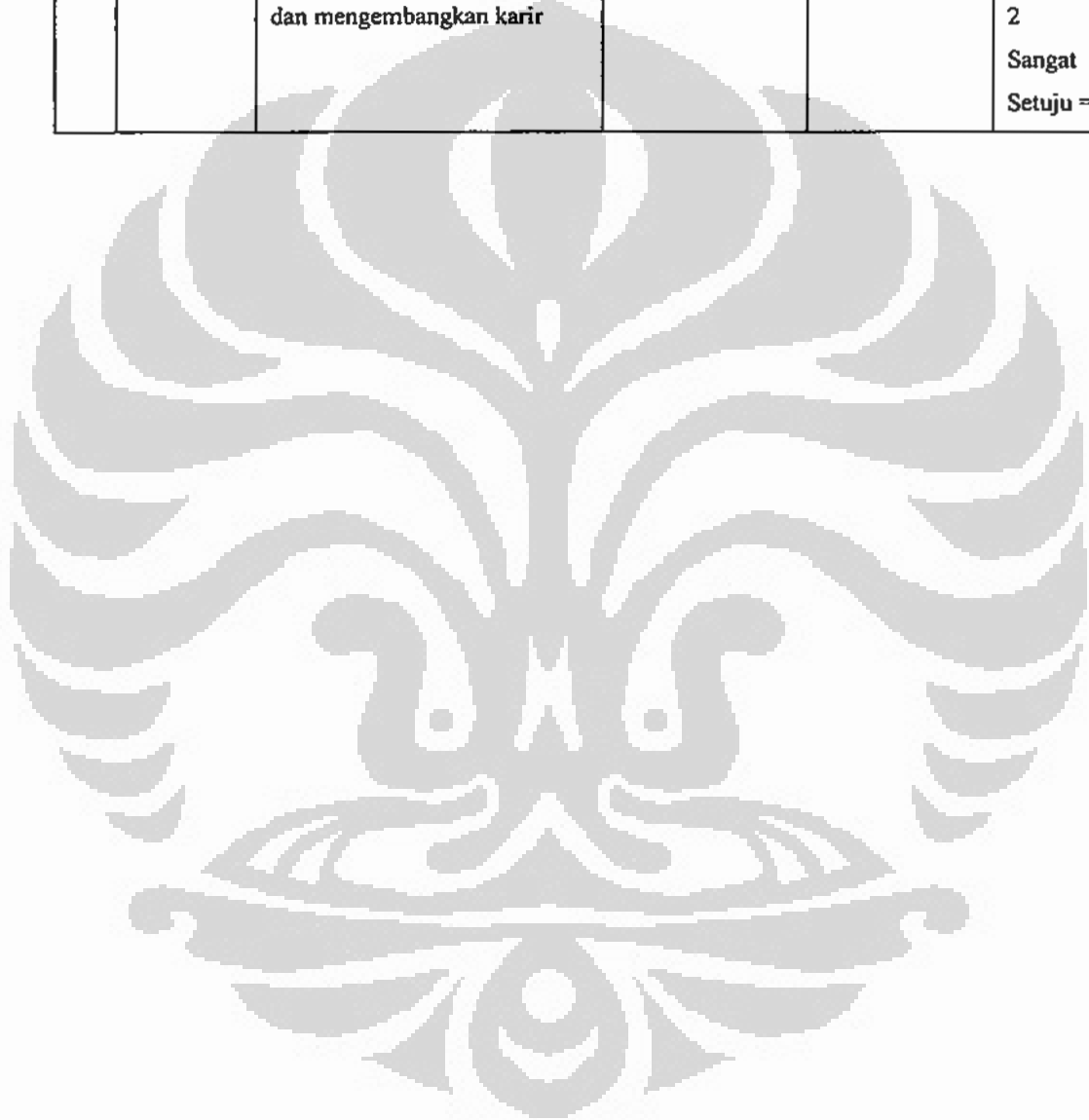


Menurut Gibbson (1991), variabel umur, pendidikan, masa kerja, jenis kelamin dan status pernikahan merupakan sifat atau atribut seseorang yang dapat dilihat dan mudah diukur yang terdiri dari kemampuan dan ketrampilan mental dan fisik yang dapat mempengaruhi kinerja. Sedangkan variabel motivasi kerja dan pengembangan diri merupakan sifat yang berada di dalam diri seseorang yang terpendam didalam dirinya, sehingga sulit untuk diukur , akan tetapi dapat mempengaruhi kinerjanya. Variabel imbalan merupakan faktor yang berada diluar diri seseorang yang terintegrasi dalam suatu organisasi yang dapat mempengaruhi perilaku individu tersebut yang dampaknya akan mempengaruhi kinerjanya.

4.2. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Kinerja Perawat	Adalah prestasi kerja perawat yang diukur terhadap tugas dan tanggung jawabnya sebagai perawat di RS.	Survey	Kuesioner	Baik = 1 Buruk = 2	Ordinal
2	Imbalan	Adalah sesuatu yang diterima perawat sebagai gaji, insentif, tunjangan	Pengisian Kuesioner	Kuesioner	Sangat Setuju=4, Setuju=3, Tidak Setuju=2 Sangat Tidak Setuju =1	Ordinal
3	Umur	Mulai dari lahir sampai bekerja di RS	Kajian data sekunder dan pengisian kuesioner	Kuesioner/ dokumen personalia	20 th – 30 th 31 th – 40 th > 40 tahun	Interval
4	Jenis Kelamin	Klasifikasi gender	Kajian data sekunder/ pengisian kuesioner	Kuesioner/ dokumen personalia	Wanita = 1 Pria = 2	Nominal
5	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal bidang keperawatan yang diperoleh sesuai dengan ijazah terakhir	Kajian data sekunder/ pengisian kuesioner	Kuesioner/ dokumen personalia	Akper = 1 SI = 2	Ordinal
6	Masa Kerja	Lamanya tenaga perawat bekerja di rumah sakit dari sejak SK penempatan sampai saat ini.	Kajian data sekunder/ pengisian kuesioner	Kuesioner/ dokumentasi personalia	1 th – 4 th 5 th – 10 th 11 th – 15 th > 15 tahun	Interval
7	Status pernikahan	Status perawat yang ditentukan dalam hubungan pernikahan	Kajian data sekunder/ pengisian kuesioner	Kuesioner/ dokumentasi personalia	Lajang = 1 Menikah = 2	Nominal
8	Motivasi kerja	Merupakan kondisi dan situasi yang mendorong karyawan untuk dapat meningkatkan prestasinya	Pengisian kuesioner	Kuesioner	Sangat Setuju = 4 Setuju = 3 Tidak Setuju = 2 Sangat Tidak Setuju = 1	Ordinal

9	Pengembangan Diri	Merupakan kesempatan yang diberikan oleh organisasi untuk melanjutkan pendidikan, meningkatkan ketrampilan, dan mengembangkan karir	Pengisian kuesioner	Kuesioner	Sangat Setuju = 4 Setuju = 3 Tidak Setuju = 2 Sangat Tidak Setuju = 1	Ordinal
---	-------------------	---	---------------------	-----------	--	---------



BAB V

METODOLOGI PENELITIAN

5.1. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan desain *cross sectional* , karena pengukuran variabel bebas(independen), yaitu karakteristik individu dan variabel terikat(dependent), yaitu kinerja perawat yang dilakukan pada saat yang sama. Pendekatan yang dilakukan adalah pendekatan kuantitatif. Pendekatan ini digunakan untuk melihat distribusi frekwensi masing-masing variabel dan hubungan antara variabel independent dan variabel dependen.

5.2. Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di unit rawat inap lantai III B Rumah Sakit Pusat Pertamina yang dilaksanakan pada bulan April - Mei 2008 .

5.3. Populasi dan Sampel

5.3.1. Populasi

Populasi penelitian adalah seluruh perawat di unit rawat inap lantai III B di Rumah Sakit Pusat Pertamina .

5.3.2. Sampel

Sampel penelitian adalah semua perawat pelaksana di unit rawat inap lantai III B Rumah Sakit Pusat Pertamina yang berjumlah 45 orang.

5.4. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan data primer melalui pengisian kuesioner oleh responden yang berisi penilaian subjektif responden terhadap analisa kinerja perawat di RSPP selama bulan April – Mei 2008.

5.5. Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

Uji validitas dan reabilitas tidak dilakukan lagi karena kuesioner yang digunakan telah diuji validitas dan reabilitasnya oleh Sitti Baidoeri di RS Islam Asshobirin tahun 2003 serta oleh Sensusiati di RS Mekar Sari tahun 2003

5.6. Pengolahan Data

Data yang dikumpulkan selanjutnya diolah melalui beberapa tahapan, yaitu :

5.6.1. Editing Data

Dilakukan editing data (pemeriksaan data) untuk memastikan bahwa data yang diperoleh terisi semua, konsisten, relevan dan dapat dibaca dengan baik. Hal ini dilakukan dengan meneliti tiap lembar kuesioner pada waktu penerimaan, sehingga jika terjadi masalah dengan jawaban responden dapat langsung diperbaiki.

5.6.2. Coding Data

Memberikan kode pada setiap data yang ada, supaya memudahkan dalam pengolahan data yang sudah terkumpul. Hal ini dilakukan untuk keperluan analisis statistik dengan komputer pada kuesioner yang telah di isi.

a. Umur

20 tahun – 30 tahun (1), 31 tahun – 40 tahun (2), > 40 tahun (3)

b. Jenis Kelamin

Laki – laki (1), Wanita (2)

c. Pendidikan

Akper (1), S1 (2)

d. Masa Kerja

1 – 4 tahun (1) : 4 tahun 6 bulan = 5 tahun, 4 tahun 5 bulan = 4 tahun.

5 – 10 tahun (2) : 10 tahun 6 bulan = 11 tahun, 10 tahun 5 bulan = 10 tahun.

11 – 15 tahun (3) : 15 tahun 6 bulan = 16 tahun, 15 tahun 5 bulan = 15 tahun.

> 15 tahun (4)

e. Status Pernikahan

Lajang (1), Menikah (2)

f. Imbalan

Sangat Setuju (4), Setuju (3), Tidak Setuju (2), Sangat Tidak Setuju (1).

g. Motivasi Kerja

Sangat Setuju (4), Setuju (3), Tidak Setuju (2), Sangat Tidak Setuju (1).

h. Pengembangan Diri

Sangat Setuju (4), Setuju (3), Tidak Setuju (2), Sangat Tidak Setuju (1).

5.6.3. Entry Data

Setelah diberikan kode, semua data yang ada dimasukkan kedalam perangkat komputer untuk dilakukan proses analisis.

5.6.4. Cleaning

Tujuan membersihkan data adalah untuk memeriksa kembali apakah data yang dimasukkan ke komputer sudah benar, karena ditakutkan terjadi kesalahan pada saat memasukkan data.

5.7. Analisa Data

5.7.1. Analisa Univariat

Analisa univariat dilakukan untuk mengetahui distribusi frekuensi dan proporsi masing-masing variabel yang diteliti, baik variabel independen maupun variabel dependen.

5.7.2. Analisa Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara satu variabel independen dengan satu variabel dependen, apakah masing-masing variabel independen ada hubungan bermakna dengan variabel dependen. Analisis ini dilakukan dengan uji Chi-square, dimana proses pengujiannya adalah membandingkan frekuensi yang terjadi dengan frekuensi harapan. Jika $p < 0,05$ maka dikatakan ada hubungan yang bermakna, sedangkan jika $p > 0,05$ maka dikatakan tidak ada hubungan yang bermakna.

5.7.3. Analisa Multivariat

Analisis ini dilakukan untuk menguji hubungan keseluruhan variabel independen dan variabel dependen menggunakan uji regresi logistik ganda, karena variabel independen bersifat kategorik dan variabel dependen juga bersifat kategorik. Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui variabel mana yang paling berpengaruh terhadap kinerja perawat. Ada beberapa langkah yang harus dilakukan pada analisis multivariat ini, yaitu seleksi bivariat dan pemodelan multivariat dimana variabel yang mempunyai $p < 0,25$ pada waktu seleksi bivariat dapat diikuti pada pemodelan multivariat. Pada saat melakukan analisis, jika hasil pemodelan ada variabel yang mempunyai $p \text{ value} > 0,05$ maka variabel tersebut dikeluarkan dari model. Selanjutnya membandingkan perubahan nilai OR dari masing-masing variabel antara OR sebelum dengan OR setelah variabel yang $p \text{ valuenya} > 0,05$ dikeluarkan. Jika ada variabel yang OR nya berubah $> 10\%$, maka variabel yang sudah dikeluarkan tersebut harus dimasukkan kembali dalam pemodelan. Namun jika perubahannya $< 10\%$, maka variabel tersebut tidak lagi dimasukkan kedalam model.

BAB VI

HASIL PENELITIAN

Dalam bab ini akan dipaparkan hasil analisa faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja perawat yang dilakukan pada bulan April – Mei 2008. Hasil penelitian dalam bentuk data primer yang diperoleh melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner yang diisi oleh responden. Peneliti lebih dahulu menjelaskan kepada responden tentang tujuan penelitian dan cara pengisian kuesioner. Pada penelitian ini, peneliti mendapatkan responden sebanyak 45 orang yang merupakan hasil populasi di ruang rawat inap. Penyajian analisis dari hasil penelitian dilakukan dengan analisis univariat, analisis bivariat, dan analisis multivariat. Pada analisis univariat akan dilihat distribusi frekuensi, pada analisis bivariat akan dilihat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen dengan metode chi-square, sedangkan pada analisis multivariat akan dilihat variabel independen mana yang paling berhubungan dengan variabel dependen dengan menggunakan uji regresi logistik ganda.

6.1. Analisa Univariat

Analisa univariat menggambarkan distribusi frekuensi dari masing-masing kategori setiap variabel yang menjadi perhatian dalam penelitian ini, yaitu meliputi karakteristik responden, imbalan, motivasi kerja, pengembangan diri dan kinerja perawat .

1. Karakteristik Responden

Karakteristik responden meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, lama bekerja, status perkawinan. Secara umum karakteristik responden disajikan dalam tabel sebagai berikut :

Tabel 6.1 : Distribusi frekuensi karakteristik responden di RSPP Jakarta Tahun2008

NO	VARIABEL	FREKUENSI	PRESENTASE
1	Umur		
	< 34	24	53,3
	≥ 34	21	46,7
2	Jenis Kelamin		
	Wanita	43	95,6
	Laki – laki	2	4,4
3	Masa Kerja		
	< 10	19	42,2
	≥ 10	26	57,8
4	Pendidikan		
	AKPER	43	95,6
	S1 Keperawatan	2	4,4
5	Status Pernikahan		
	Menikah	42	93,3
	Tidak menikah	3	6,7

Pada tabel 6.1 dapat dijelaskan bahwa umur perawat di ruang rawat inap lantai III B RSPP yang terbanyak adalah berumur kurang dari 34 tahun yaitu 24 tenaga perawat (53,3%), sedangkan tenaga perawat sebagian besar adalah wanita, yaitu 43 orang (95,6%). Ada 43 orang (95,6%) yang mempunyai latar belakang pendidikan akper dan yang mempunyai masa bertugas lebih dari 10 tahun sebanyak 26 orang(57,8%), sedangkan perawat yang sudah menikah juga sebanyak 42 orang (93,3%).

2. Variabel Imbalan, Motivasi, Pengembangan Diri

Tabel 6.2 : Distribusi Responden Berdasarkan Imbalan, Motivasi Kerja, Pengembangan Diri dan Kinerja Perawat RSPP Jakarta.

NO	VARIABEL	FREKUENSI	PRESENTASE
1	Imbalan		
	Cukup	15	33,3
	Tidak cukup	30	66,7
2	Motivasi Kerja		
	Tinggi	18	40
	Rendah	27	60
3	Pengembangan Diri		
	Baik	14	31,1
	Buruk	31	68,9
4	Kinerja		
	Baik	21	46,7
	Buruk	24	53,3

Dari tabel 6.2 dapat dijelaskan dari 45 responden, terlihat bahwa hanya 15 orang (33,3%) yang merasa cukup dengan imbalan yang diterima, sedangkan sebanyak 30 orang (66,7%) merasakan imbalan yang mereka terima tidak cukup. Dari 45 responden yang mempunyai motivasi kerja yang tinggi hanya 18 orang (40%), sedangkan sebanyak 27 orang (60%) mempunyai motivasi kerja yang rendah. Selanjutnya dari 45 responden terlihat bahwa hanya 14 orang (31,1%) yang merasakan adanya kesempatan untuk mengembangkan diri, sedangkan 31 orang (68,9%) beranggapan tidak ada kesempatan untuk mengembangkan diri. Dari 45 responden ternyata hanya 21 orang (46,7%) yang menunjukkan kinerja baik, sedangkan 24 orang (53,3%) menunjukkan kinerja buruk.

6.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara satu variabel independen dengan satu variabel dependen, apakah masing-masing variabel independen ada hubungan bermakna dengan variabel dependen .

Tabel 6.3 : Distribusi Responden Menurut Umur dengan Kinerja Perawat Di RSPP

Umur	Kinerja				Total	Odds Ratio (95% CI)	P Value
	Buruk	%	Baik	%			
≤ 34	10	38,5	16	61,5	26	0,288	0,092
> 34	13	68,4	6	31,6	19		
Jumlah	23	51,1	22	48,9	45		

Hasil analisis hubungan antara umur tenaga perawat dengan kinerja tenaga perawat diperoleh bahwa ada sebanyak 16 orang (61,5%) yang berusia ≤ 34 tahun memiliki kinerja baik sedangkan perawat yang berusia > 34 tahun ada 6 (31,6%) tenaga perawat yang memiliki kinerja baik. Dari hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,092$ maka dapat disimpulkan bahwa umur tenaga perawat tidak berhubungan secara bermakna terhadap kinerja tenaga perawat.

Tabel 6.4 : Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin dengan Kinerja Perawat Di RSPP

Jenis Kelamin	Kinerja				Total	Odds Ratio (95% CI)	P Value
	Buruk	%	Baik	%			
Laki-laki	2	100	0	0	2	~	0,489
Wanita	21	48,8	22	51,2	43		
Jumlah	23	51,1	22	48,9	45		

Hasil analisis hubungan antara jenis kelamin perawat dengan kinerja tenaga perawat diperoleh bahwa tidak ada (0%) tenaga perawat laki-laki yang mempunyai kinerja yang baik, sedangkan sebanyak 22 (51,2%) tenaga perawat wanita mempunyai kinerja baik. Dari hasil uji coba statistik didapatkan nilai $p = 0,489$ maka dapat disimpulkan bahwa jenis kelamin perawat tidak berhubungan secara bermakna terhadap kinerja perawat. Pada tabel diatas nilai Odds Ratio tak terhingga artinya perawat laki-laki mutlak mempunyai kinerja buruk dibanding dengan perawat wanita.

Tabel 6.5 : Distribusi Responden Menurut Pendidikan dengan Kinerja Perawat Di RSPP

Pendidikan	Kinerja				Total	Odds Ratio (95% CI)	P Value
	Buruk	%	Baik	%			
AKPER	22	51,2	21	48,8	43	1,048	1,000
SI	1	50	1	50	2		
Jumlah	23	51,1	22	48,9	45		

Dari analisis hubungan antara pendidikan tenaga perawat dengan kinerja perawat diperoleh bahwa 21 (48,8%) tenaga perawat dengan pendidikan akper menunjukkan kinerja baik, sedangkan tenaga perawat dengan pendidikan SI

diperoleh 1 (50%) yang menunjukkan kinerja baik . Dari hasil uji coba statistik didapatkan nilai $p = 1,000$ maka dapat disimpulkan bahwa pendidikan perawat tidak berhubungan secara bermakna dengan kinerja perawat.

Tabel 6.6 : Distribusi Responden Menurut Lama Bekerja dengan Kinerja Perawat Di RSPP

Masa Kerja	Kinerja				Total	Odds Ratio (95% CI)	P Value
	Buruk	%	Baik	%			
≤ 10	9	34,6	17	65,4	26	0,189	0,022
> 10	14	73,7	5	26,3	29		
Jumlah	23	51,1	22	48,9	45		

Dari analisis hubungan antara lama bekerja perawat dengan kinerja perawat diperoleh bahwa lama bekerja dibawah 10 tahun sebanyak 17 (65,4%) mempunyai kinerja baik, sedangkan lama bekerja diatas 10 tahun sebanyak 5 (26,3%) yang mempunyai kinerja baik. Dari hasil uji coba statistik diperoleh $p = 0,022$ dengan demikian maka dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi baik terhadap kinerja antara tenaga perawat yang bekerja ≤ 10 tahun dengan tenaga perawat yang bekerja > 10 tahun (ada hubungan bermakna antara lama bekerja dengan kinerja perawat). Hasil nilai OR = 0,189, artinya tenaga perawat dengan masa kerja ≤ 10 tahun mempunyai 0,2 kali peluang menunjukkan kinerja yang baik.

Tabel 6.7 : Distribusi Responden Menurut Status Pernikahan dengan Kinerja Perawat Di RSPP

Status Pernikahan	Kinerja				Total	Odds Ratio (95% CI)	P Value
	Buruk	%	Baik	%			
Tidak Menikah	2	66,7	1	33,3	3	2,00	1,000
Menikah	21	50	21	50	42		
Jumlah	23	51,1	22	48,9	45		

Dari analisis hubungan antara status pernikahan tenaga perawat dengan kinerja perawat diperoleh bahwa perawat yang belum menikah sebanyak 1 (33,3%) yang mempunyai kinerja baik, sedangkan perawat yang sudah menikah sebanyak 21 (50%) mempunyai kinerja baik. Dari hasil uji coba statistik maka diperoleh nilai $p = 1,000$ dengan demikian dapat disimpulkan bahwa antara status pernikahan dengan kinerja perawat tidak berhubungan secara bermakna .

Tabel 6.8 : Distribusi Responden Menurut Imbalan dengan Kinerja Perawat Di RSPP

Imbalan	Kinerja				Total	Odds Ratio (95% CI)	P Value
	Buruk	%	Baik	%			
Tidak cukup	15	50	15	50	30	0,875	1,000
Cukup	8	53,3	7	46,7	15		
Jumlah	23	51,1	22	48,9	45		

Dari analisis hubungan antara Imbalan perawat dengan kinerja perawat diperoleh sebanyak 15 (50%) yang merasakan bahwa imbalan tidak cukup mempunyai kinerja baik, sedangkan yang merasakan mendapat imbalan cukup yaitu sebanyak 7 (46,7%) menunjukkan kinerja baik. Dari hasil uji coba

statistik, diperoleh nilai $p = 1,000$, dengan demikian dapat disimpulkan bahwa imbalan tenaga perawat tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan tenaga kinerja perawat.

Tabel 6.9 : Distribusi Responden Menurut Motivasi Kerja dengan Kinerja Perawat

Motivasi Kerja	Kinerja				Total	Odds Ratio (95% CI)	P Value
	Buruk	%	Baik	%			
Rendah	12	44.4	15	55,6	27	0,509	0,429
Tinggi	11	61.1	7	38,9	18		
Jumlah	23	51.1	22	48,9	45		

Dari analisis hubungan antara motivasi kerja perawat dengan kinerja perawat diperoleh 15 orang (55,6%) perawat dengan motivasi rendah menunjukkan kinerja baik, sedangkan sebanyak 7 (38,9%) perawat dengan motivasi tinggi menunjukkan kinerja yang baik. Dari hasil uji coba statistik, diperoleh nilai $p = 0,429$ dengan demikian dapat disimpulkan bahwa antara motivasi kerja perawat dengan kinerja perawat tidak ada hubungan yang bermakna.

Tabel 6.10 : Distribusi Responden Menurut Pengembangan Diri dengan Kinerja Perawat Di RSPP

Pengembangan Diri	Kinerja				Total	Odds Ratio (95% CI)	P Value
	Buruk	%	Baik	%			
Buruk	13	41,9	18	58,1	31	0,289	0,131
Baik	10	71,4	4	28,6	14		
Jumlah	23	51,1	22	48,9	45		

Dari analisis hubungan antar pengembangan diri perawat dengan kinerja perawat didapatkan sebanyak 18 (58,1%) perawat yang merasakan pengembangan diri buruk menunjukkan kinerja baik, sedangkan sebanyak 4 (28,6%) perawat yang merasakan pengembangan diri baik menunjukkan kinerja baik. Dari hasil uji coba statistik diperoleh nilai $p = 0,131$ dengan demikian dapat disimpulkan bahwa antara pengembangan diri perawat dengan kinerja perawat tidak ada hubungan yang bermakna.

6.3 .Analisis Multivariat

Setelah didapatkan hasil uji bivariat, selanjutnya dilakukan analisis multivariat untuk mengetahui variabel mana yang paling berhubungan dengan kinerja perawat . Analisis yang dilakukan dalam penelitian ini adalah menggunakan uji regresi logistik ganda. Ada beberapa langkah yang harus dilakukan dalam uji regresi logistik.

6.3.1. Seleksi Bivariat

Sebagai langkah pertama uji regresi logistik ganda adalah melakukan seleksi bivariat untuk mengetahui p value masing-masing variabel. Tahap analisis regresi logistik sederhana digunakan untuk melihat atau menentukan variabel independen yang dapat menjadi kandidat masuk ke dalam model analisis multivariat. Variabel independen yang menjadi kandidat dan masuk kedalam model multivariat harus memenuhi syarat, yaitu nilai $p < 0,25$.

Tabel 6.11 : Variabel yang menjadi kandidat pemodelan Multivariat

No	Variabel	P Value
1	Umur	0,045
2	Jenis Kelamin	0,096
3	Pendidikan	0,974
4	Masa Kerja	0,009
5	Status Perkawinan	0,573
6	Imbalan	0,833
7	Motivasi Kerja	0,272
8	Pengembangan Diri	0,063

6.3.2. Pemodelan Multivariat

Pemodelan multivariat ini dilakukan untuk menganalisis variabel umur, pendidikan, masa kerja, imbalan, motivasi kerja dan pengembangan diri. Variabel pendidikan, imbalan, motivasi kerja oleh peneliti dimasukkan dalam pemodelan karena secara substansi dianggap penting dalam mempengaruhi kinerja. Sedangkan variabel jenis kelamin oleh peneliti tidak dimasukkan dalam pemodelan karena secara substansi tidak bervariasi dan sulit untuk diintervensi oleh manajemen. Pada saat melakukan analisis, jika hasil pemodelan ada variabel yang mempunyai p value > 0,05 maka variabel tersebut dikeluarkan dari model. Selanjutnya membandingkan perubahan nilai OR dari masing-masing variabel antara OR sebelum dengan OR setelah variabel yang p valuenya > 0,05 dikeluarkan. Jika ada variabel yang OR nya berubah > 10%, maka variabel yang sudah dikeluarkan tersebut harus dimasukkan kembali dalam pemodelan. Namun jika perubahannya < 10%, maka variabel tersebut tidak lagi dimasukkan kedalam model.

Tabel 6.12 : Parameter awal analisis multivariat nilai P value & OR

VARIABEL	Sig.	OR	95.0% C.I.for EXP(B)	
			Lower	Upper
IMBALAN	.380	.466	.085	2.558
MOTIVASI KERJA	.356	.487	.106	2.246
PENGEMBANGAN DIRI	.149	.298	.058	1.540
UMUR	.640	1.845	.142	24.056
PENDIDIKAN	.765	1.599	.074	34.680
MASA KERJA	.040	.062	.004	.883

Pada tabel diatas variabel pendidikan memiliki nilai P value paling besar (0,765) lebih besar dari 0,05, sehingga variabel tingkat pendidikan dikeluarkan dari analisis.

Tabel 6.13 : Hasil Analisis nilai OR tanpa variabel Pendidikan

VARIABEL	Sig.	OR	95.0% C.I.for EXP(B)	
			Lower	Upper
IMBALAN	.375	.462	.084	2.537
MOTIVASI KERJA	.329	.472	.104	2.134
PENGEMBANGAN DIRI	.140	.293	.057	1.500
UMUR	.607	1.948	.153	24.803
MASA KERJA	.041	.062	.004	.894

Tabel 6.14 Selisih Nilai OR Setelah Variabel Pendidikan Dikeluarkan

Variabel	OR dengan Pendidikan	OR Tanpa Pendidikan	Selisih (%)	Keterangan
IMBALAN	0.466	0.462	0,86	
MOTIVASI KERJA	0.487	0.472	3,08	
PENGEMBANGAN DIRI	0.298	0.293	1,68	
UMUR	1.845	1.948	- 5,58	
PENDIDIKAN	1.599	-	-	
MASA KERJA	0.062	0.062	0	

Dari hasil perbandingan nilai OR, ternyata perubahannya < 10% dengan demikian variabel pendidikan dikeluarkan dari model.

Langkah selanjutnya mengeluarkan variabel yang Pvaluenya > 0,05, variabel umur dikeluarkan dari model, hasilnya seperti tabel dibawah ini.

Tabel 6.15 : Tabel Hasil Analisis OR Tanpa Variabel Umur

VARIABEL	Sig.	OR	95.0% C.I. for EXP(B)	
			Lower	Upper
IMBALAN	.328	.432	.080	2.321
MOTIVASI KERJA	.355	.491	.109	2.214
PENGEMBANGAN DIRI	.160	.314	.062	1.578
MASA KERJA	.008	.105	.020	.561

Tabel 6.16 Selisih Nilai OR Tanpa Variabel Umur

Variabel	OR dengan Umur	Or Tanpa Umur	Selisih (%)	Keterangan
IMBALAN	0.462	0.432	6,49	
MOTIVASI KERJA	0.472	0.491	- 4,02	
PENGEMBANGAN DIRI	0.293	0.314	- 7,17	
UMUR	1.948	-		
MASA KERJA	0.062	0.105	- 69,35	

Pada tabel diatas terlihat bahwa ada variabel yang mengalami peningkatan lebih dari 10% maka variabel umur dimasukkan kembali kedalam analisis. Hasil analisis setelah variabel umur dimasukkan kembali

Tabel 6.17 : Hasil analisis dengan memasukkan variabel umur

VARIABEL	Sig.	OR	95.0% C.I. for EXP(B)	
			Lower	Upper
IMBALAN	.375	.462	.084	2.537
MOTIVASI KERJA	.329	.472	.104	2.134
PENGEMBANGAN DIRI	.140	.293	.057	1.500
MASA KERJA	.041	.062	.004	.894
UMUR	.607	1.948	.153	24.803

Langkah selanjutnya mengeluarkan variabel yang Pvaluenya > 0,05, variabel imbalan dikeluarkan dari model, hasilnya seperti tabel dibawah ini.

Tabel 6.18 : Hasil Analisis Tanpa Variabel Imbalan

VARIABEL	Sig.	OR	95.0% C.I. for EXP(B)	
			Lower	Upper
MOTIVASI	.387	.525	.122	2.257
PENGEMBANGAN DIRI	.091	.257	.053	1.245
MASA KERJA	.052	.074	.005	1.026
UMUR	.516	2.317	.184	29.250

Tabel 6.19 : Selisih Nilai OR Tanpa Variabel Imbalan

Variabel	OR Imbalan dengan	Or Imbalan Tanpa	Selisih (%)	Keterangan
IMBALAN	0.462			
MOTIVASI KERJA	0.472	0.525	- 11.23	
PENGEMBANGAN DIRI	0.293	0,257	12.28	
UMUR	1.948	2.317	- 19.94	
MASA KERJA	0.062	0.074	- 19.35	

Dari tabel diatas ada variabel yang mengalami peningkatan lebih dari 10%, maka variabel imbalan dimasukkan kembali kedalam analisis. Hasil analisis dengan memasukkan variabel imbalan sebagai berikut :

Tabel 6.20 : Hasil analisis dengan memasukkan variabel Imbalan

VARIABEL	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
			Lower	Upper
MOTIVASI KERJA	.329	.472	.104	2.134
PENGEMBANGAN DIRI	.140	.293	.057	1.500
MASA KERJA	.041	.062	.004	.894
UMUR	.607	1.948	.153	24.803
IMBALAN	.375	.462	.084	2.537

Langkah selanjutnya mengeluarkan variabel yang Pvalue-nya > 0,05, variabel motivasi kerja dikeluarkan dari model, hasilnya seperti tabel dibawah ini.

Tabel 6.21 : Hasil Analisis Tanpa Variabel Motivasi Kerja

VARIABEL	Sig.	OR	95.0% C.I.for EXP(B)	
			Lower	Upper
PENGEMBANGAN DIRI	.073	.238	.050	1.141
MASA KERJA	.052	.081	.006	1.024
UMUR	.676	1.701	.141	20.536
IMBALAN	.445	.526	.101	2.735

Tabel 6.22 : Selisih Nilai OR Tanpa Variabel Motivasi Kerja

Variabel	OR dengan Imbalan	Or Tanpa Imbalan	Selisih (%)	Keterangan
IMBALAN	0.462	0.526	- 13.85	
MOTIVASI KERJA	0.472	-	-	
PENGEMBANGAN DIRI	0.293	0.238	18.77	
UMUR	1.948	1.701	12.68	
MASA KERJA	0.062	0.081	- 30.64	

Pada tabel diatas adanya variabel yang mengalami peningkatan lebih dari 10%, maka variabel motivasi kerja dimasukkan kembali kedalam analisis. Hasil analisis variabel motivasi kerja yang dimasukkan kembali kedalam analisis sebagai berikut :

Tabel 6.23 : Hasil analisis dengan memasukkan variabel motivasi kerja

VARIABEL	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
			Lower	Upper
PENGEMBANGAN DIRI	.140	.293	.057	1.500
MASA KERJA	.041	.062	.004	.894
UMUR	.607	1.948	.153	24.803
IMBALAN	.375	.462	.084	2.537
MOTIVASI KERJA	.329	.472	.104	2.134

Langkah selanjutnya mengeluarkan variabel yang Pvaluennya > 0,05, variabel pengembangan diri dikeluarkan dari model, hasilnya sebagai berikut :

Tabel 6.24. Hasil Analisis Dengan Mengeluarkan Variabel Pengembangan Diri

VARIABEL	Sig.	OR	95.0% C.I. for EXP(B)	
			Lower	Upper
MASA KERJA	.055	.084	.007	1.055
UMUR	.783	1.411	.122	16.259
IMBALAN	.224	.373	.076	1.826
MOTIVASI KERJA	.152	.352	.084	1.469
	.018	308.740		

Tabel 6.25. Selisih Nilai OR Tanpa Variabel Pengembangan Diri

Variabel	OR dengan Pengembangan Diri	OR Tanpa Pengembangan Diri	Selisih (%)	Keterangan
IMBALAN	0.462	0.373	19.26	
MOTIVASI KERJA	0.472	0.352	25.42	
PENGEMBANGAN DIRI	0.293	-	-	
UMUR	1.948	1.411	27.57	
MASA KERJA	0.062	0.084	- 35.48	

Pada tabel diatas ada variabel yang mengalami peningkatan lebih dari 10%, maka variabel pengembangan diri dimasukkan kembali kedalam analisis. Hasil analisis variabel pengembangan diri yang dimasukkan kembali kedalam analisis sebagai berikut

Tabel 6.26. Hasil Analisis Dengan Memasukkan Kembali Variabel Pengembangan Diri

VARIABEL	Sig.	OR	95.0% C.I. for EXP(B)	
			Lower	Upper
MASA KERJA	.041	.062	.004	.894
UMUR	.607	1.948	.153	24.803
IMBALAN	.375	.462	.084	2.537
MOTIVASI KERJA	.329	.472	.104	2.134
PENGEMBANGAN DIRI	.140	.293	.057	1.500

Langkah selanjutnya mengeluarkan variabel yang Pvaluenya > 0,05, variabel masa kerja dikeluarkan dari model, hasilnya seperti tabel dibawah ini.

Tabel 6.27. Hasil Analisis Tanpa Variabel Masa Kerja

VARIABEL	Sig.	OR	95.0% C.I. for EXP(B)	
			Lower	Upper
UMUR	.058	.248	.059	1.049
IMBALAN	.567	.638	.137	2.973
MOTIVASI KERJA	.531	.644	.162	2.554
PENGEMBANGAN DIRI	.216	.380	.082	1.756

Tabel 6.28. Selisih Nilai OR Tanpa Variabel Masa Kerja

Variabel	OR dengan Masa Kerja	OR Tanpa Masa Kerja	Selisih (%)	Keterangan
IMBALAN	0.462	0.638	- 38.09	
MOTIVASI KERJA	0.472	0.644	- 36.44	
PENGEMBANGAN DIRI	0.293	0.380	- 29.69	
UMUR	1.948	0.248	87.27	
MASA KERJA	0.062	-	-	

Pada tabel diatas adanya variabel yang mengalami peningkatan lebih dari 10%, maka variabel masa kerja dimasukkan kembali kedalam analisis. Hasil analisis variabel masa kerja yang dimasukkan kembali kedalam analisis.

Hasil analisis dengan memasukkan kembali variabel masa kerja, merupakan model akhir dari pemodelan.

Tabel 6.29 : Parameter akhir analisis multivariat nilai P value & OR

VARIABEL	Sig.	OR	95.0% C.I.for EXP(B)	
			Lower	Upper
UMUR	.607	1.948	.153	24.803
IMBALAN	.375	.462	.084	2.537
MOTIVASI KERJA	.329	.472	.104	2.134
PENGEMBANGAN DIRI	.140	.293	.057	1.500
MASA KERJA	.041	.062	.004	.894

Pada hasil akhir analisis multivariat ternyata variabel yang dominan berhubungan terhadap kinerja tenaga keperawatan di lantai III B RSPP adalah variabel masa kerja dengan nilai Pvalue = 0,041.

BAB VII

PEMBAHASAN

7.1. Keterbatasan Penelitian

- a. Penelitian ini adalah penelitian *cross sectional* yang mengukur variabel dependen dan independen secara bersama-sama, sehingga hanya dapat melihat hubungan keterlibatan dan tidak dapat memberikan penjelasan penyebab sebab akibat.
- b. Sifat dari kuesioner ini adalah *self assessment* atau penilaian sendiri sehingga bersifat subjektif dan dituntut kejujuran yang tinggi dalam mengisinya. Selain itu kuesioner yang digunakan mungkin belum sempurna walaupun telah dilakukan uji coba oleh peneliti lain (Sitti Baidoeri,2003 ; Sensusiati,2003), sehingga memungkinkan masih adanya pernyataan yang kurang mengungkapkan indikator dari penelitian ini serta dapat menimbulkan bias
- c. Penilaian kinerja dilakukan oleh atasan responden dengan mengisi kuesioner untuk masing-masing responden, tidak melibatkan pasien/keluarga pasien untuk mengisi kuesioner karena pihak rumah sakit tidak mengizinkan dengan alasan menjaga privasi rumah sakit.
- d. Ruang gerak peneliti sangat terbatas karena selalu diikuti salah satu responden, untuk mengatasi hal ini peneliti melakukan observasi terhadap perawat pelaksana selama bulan April – Mei 2008, dengan mengikuti visite dokter ahli neurologi. Tenaga observer adalah peneliti sendiri. Untuk mengurangi bias

sewaktu mengadakan pengamatan, peneliti tidak memberitahukan kepada responden tentang apa yang diobservasi. Peneliti juga mengalami kesulitan dalam memperoleh data sekunder yang terkait dengan kinerja perawat, khususnya terkait dengan jobdisk/ uraian kerja perawat; dokumen tentang prosedur maupun realisasi jenjang karir .

Menurut Munandar (2001), penelitian dengan pengumpulan data menggunakan kuesioner memperoleh data yang sangat bersifat subyektif dan cenderung bias, hal ini disebabkan kebenaran data sangat tergantung pada keadaan kejujuran dan spontanitas jawaban responden. Bias dapat terjadi disebabkan karena

- a. Kesalahan kelembutan (*leniency error*) yaitu kecenderungan seseorang terlalu murah dalam menilai sesuatu atau orang lain.
- b. Kesalahan kekerasan (*severity error*) yaitu kecenderungan seseorang terlalu keras dalam menilai sesuatu atau orang lain.
- c. Kesalahan kecenderungan berpusat (*central tendency*) yaitu kecenderungan seseorang memberikan penilaian rata-rata dalam menilai sesuatu atau orang lain.
- d. Dampak halo (*hallo effect*) yaitu kecenderungan memberikan penilaian berdasarkan kesan-kesan global, baik atau buruk. Penilaian dari satu aspek mendominasi atau mempengaruhi penilaian dari aspek yang lain.

Sedangkan menurut Hennekens dan Buring seperti yang dikutip oleh Murti (1997) ada dua kategori bias, yaitu :

- a. Bias Seleksi, adalah kesalahan sistematis dalam pemilihan subjek, dimana pemilihan subjek menurut status variabel dependen dipengaruhi oleh status variabel

independennya, sehingga mengakibatkan distorsi penaksiran pengaruh variabel independen terhadap variabel dependennya

- b. Bias Informasi, adalah kesalahan sistematis dalam mengamati, memilih instrumen, mengukur, membuat klasifikasi, mencatat informasi, dan membuat interpretasi tentang variabel independen maupun variabel dependennya, sehingga mengakibatkan distorsi penaksiran pengaruh independen terhadap dependen.

7.2. Hasil Penelitian

7.2.1. Kinerja perawat di ruang rawat inap

Hasil penelitian didapatkan bahwa perawat yang menunjukkan kinerja baik, yaitu sebesar 46,7% . Penelitian yang dilakukan Sitti Baidoeri (2003) terhadap kinerja perawat di RS Islam Asshori Tangerang adalah 49 % perawat menunjukkan kinerja baik . Penelitian yang dilakukan oleh Masjhur (2002) di RS Ketergantungan Obat Jakarta juga menunjukkan 56,3% perawat mempunyai kinerja buruk.

Penilaian kinerja perlu didukung oleh penilaian objektif terhadap pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan yang berpedoman pada standart asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawata (Depkes RI, 1995). Form khusus ini dapat dijadikan sebagai dasar penilaian kinerja oleh atasan disamping penilaian yang dilakukan oleh rekan kerja maupun penilaian oleh pasien. Sedangkan menurut Robbins (1997), kinerja merupakan fungsi interaksi dari kemampuan, motivasi dan kesempatan.

Hasil penelitian kinerja di unit rawat inap lantai III B RSPP menunjukkan perbedaan selisih yang tipis antara perawat dengan kinerja baik dan kinerja buruk. Hasil ini dimungkinkan karena penilaian hanya dilakukan oleh 1 orang, yaitu atasan perawat (kepala ruangan) sehingga kemungkinan memberikan nilai yang terlalu tinggi atau terlalu rendah dapat terjadi .

Menurut Sumijatun (2004) untuk mendukung agar kinerja perawat menunjukkan hasil yang baik maka fungsi dari Komite Keperawatan haruslah berjalan dengan baik pula, karena komite keperawatan mempunyai fungsi sebagai konsultan, negosiator, motivator, dan problem solver. Masih menurut Sumijatun keberadaan komite keperawatan di rumah sakit sangat diperlukan untuk memfasilitasi pencapaian tujuan pelayanan antara lain : 1) Menyatukan perawat dalam penggunaan pengetahuan, ketrampilan, dan ide untuk pembuatan rencana kerja; 2) Membatasi kesenjangan antar bagian; 3) Memanfaatkan spesialisasi individu untuk pencapaian tujuan; 4) Memberikan pengalaman sosialisasi individu kedalam proses dinamika kelompok; 5) Mempercepat adanya perubahan; 6) Mengurangi kegiatan supervisi (pengendalian/pengarahan dan disiplin melalui komite); 7) Meningkatkan keharmonisan dalam bekerja serta dapat menurunkan turn over.

Selain itu untuk meningkatkan kinerja perawat di rumah sakit dapat mengacu pada pedoman pengembangan manajemen kinerja (PMK) perawat yang dikeluarkan oleh Depkes (2005), yang terdiri dari lima komponen, yaitu :

- a. Standar , merupakan komponen utama yang menjadi kunci dalam PMK .Adapun standar yang dimaksud meliputi standar profesi, Standar operasional prosedur (SOP), dan pedoman-pedoman yang digunakan oleh perawat .
- b. Uraian Tugas adalah seperangkat fungsi, tugas, dan tanggung jawab yang dijabarkan dalam suatu pekerjaan yang dapat menunjukkan jenis dan spesifikasi pekerjaan, sehingga dapat menunjukkan perbedaan antara set pekerjaan yang satu dengan yang lainnya.
- c. Indikator Kinerja, merupakan variabel untuk mengukur prestasi suatu pelaksanaan kegiatan dalam waktu tertentu. Indikator yang berfokus pada hasil asuhan keperawatan kepada pasien dan proses pelayanan disebut indikator klinis.
- d. Diskusi Refleksi Kasus (DRK), adalah suatu metoda dalam merefleksikan pengalaman klinis perawat dalam menentukan standar dan uraian tugas. DRK dilaksanakan minimal satu bulan sekali dengan tujuan untuk mengembangkan profesionalisme, membangkitkan motivasi belajar, meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan, aktualisasi diri serta menerapkan teknik asertif dalam berdiskusi tanpa menyalahkan dan memojokkan peserta diskusi.
- e. Monitoring , adalah kegiatan yang meliputi pengumpulan data dan analisis terhadap indikator kinerja yang telah disepakati yang dilaksanakan secara periodik untk memperoleh informasi sejauh mana kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan rencana.

Indikator Penerapan PMK di Rumah Sakit (Depkes 2005)

LOKASI	STRUKTUR	PROSES	OUTPUT
Rumah Sakit	<ul style="list-style-type: none"> a. Kebijakan RS yang mendukung PMK perawat b. Dukungan dari stakeholder c. Ada seorang koordinator yang bertanggung jawab dalam penerapan PMK d. Tersedia dana untuk penerapan, pelatihan dan monitoring e. Perencanaan roll out ke ruangan lain f. Semua ruangan mempunyai standar, mengembangkan uraian tugas, indikator kinerja dan diskusi refleksi kasus 	<ul style="list-style-type: none"> a. Ada kegiatan sosialisasi dan roll out ke ruangan perawatan lain b. Menyusun SOP c. Menyusun uraian tugas dan indikator kinerja klinis perawat d. Menyusun jadwal kegiatan e. Ada kegiatan DRK secara teratur tiap bulan sekali f. Adanya pendokumenta Sian g. Adanya pelati Han h. Monitoring dilakukan sesuai jadwal 	<ul style="list-style-type: none"> a. Bertambahnya ruangan yang menerapkan PMK b. Meningkatnya jumlah perawat yang ikut pelatihan c. Adanya uraian tugas tertulis setiap perawat d. Setiap pelayanan keperawatan ada SOP e. Terlaksananya DRK secara rutin f. Adanya kegiatan peningkatan ke trampilan klinis perawat g. Meningkatnya kinerja klinis perawat

7.2.2. Hubungan antara karakteristik individu dengan kinerja perawat

Pada hasil penelitian ini, hanya satu variabel yang mempunyai hubungan yang bermakna terhadap kinerja perawat, yaitu lama bekerja. Sedangkan umur, jenis kelamin, pendidikan serta status pernikahan tidak menunjukkan hubungan yang bermakna terhadap kinerja perawat.

7.2.2.1. Umur

Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa responden umur ≤ 34 tahun menunjukkan kinerja baik sebesar 61,5%, sedangkan pada umur > 34 tahun hanya 31,6% yang menunjukkan kinerja baik (tabel 6.3) .Pada uji statistik didapatkan $p = 0,092$, sehingga dapat disimpulkan tidak adanya hubungan bermakna antara umur perawat dengan kinerja. Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Robbin (1997) yang menyatakan bahwa antara usia dengan kinerja tidak ada hubungan pada hampir semua tipe pekerjaan baik profesional maupun tak profesional. Begitu juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Sitti Baidoeri (2003), Sensusiati (2003) yang menyatakan tidak adanya hubungan yang bermakna antara umur dengan kinerja perawat. Dengan demikian teori Gibson seperti yang dikutip oleh Ilyas (2001) yang menyatakan bahwa variabel individu yaitu umur mempengaruhi kinerja, juga pendapat dari Nawawi (2001), yaitu semakin bertambah usia seseorang maka semakin mampu menunjukkan kematangan jiwa, intelektual dan psikologisnya tidak terbukti dalam penelitian ini . Hal ini mungkin karena perawat dengan usia > 34 tahun telah bekerja rata-rata ≥ 10 tahun dilantai stroke center ini dimana 85% pasien memerlukan perawatan total dengan kasus yang sama sehingga dapat membuat kejenuhan bagi

perawat, selain itu diperlukan perhatian yang intensif dari perawat yang dapat dilakukan oleh perawat dengan usia lebih muda yang ternyata lebih mempunyai kesabaran dan stamina yang lebih baik.

7.2.2.2. Jenis kelamin X

Jenis kelamin perawat pelaksana di lantai III B RSPP ternyata wanita (95,6%) lebih banyak dari pada laki-laki (4,4%) (tabel 6.1). Hal ini juga terlihat di ruang rawat inap rumah sakit lain seperti RS Islam Asshori Tangerang oleh Sitti Baidoeri (2003); RS Mekar Sari Bekasi oleh Sensusiaty(2003) hal ini mungkin disebabkan perawat wanita lebih telaten dalam memberikan keperawatan kepada pasien. *data ≠ b'kadir*

Dari hasil analisa bivariat menunjukkan bahwa perawat pelaksana wanita mempunyai proporsi lebih besar menunjukkan kinerja baik dibandingkan perawat laki-laki (tabel 6.4) . Hal ini mungkin disebabkan oleh karena perawat wanita lebih sabar dan lebih ulet dalam menghadapi pekerjaannya.

Dari uji statistik didapatkan nilai $p = 0,489$, sehingga dapat disimpulkan tidak adanya hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan kinerja perawat di unit lantai III B RSPP . Hal ini sejalan dengan pendapat Robbin (1997) yang menyatakan tidak ada perbedaan yang bermakna dalam produktifitas pekerjaan antara wanita dan pria. Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sitti Baidoeri (2003) dan Sensusiaty (2003) yang menyatakan tidak adanya hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dan kinerja perawat. Sedangkan dalam teori Gibson seperti yang dikutip Ilyas (2001), menyatakan bahwa variabel individu, yaitu jenis kelamin mempengaruhi

kinerja. Dengan demikian teori Gibson tidak terbukti dalam penelitian ini. Hal ini diasumsikan oleh peneliti disebabkan karena jumlah perawat laki-laki dalam penelitian ini terlalu sedikit sehingga tidak mewakili kinerja laki-laki yang sebenarnya.

7.2.2.3. Pendidikan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ternyata perawat dengan latar belakang pendidikan akper hanya menunjukkan 48,8% yang mempunyai kinerja baik. Hal ini dimungkinkan ada penyebab lain yang dapat membuat kinerja tidak baik seperti imbalance, kesempatan untuk pengembangan karir dan sebagainya.

Dari uji statistik didapatkan nilai $p = 1,000$, sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan bermakna antara pendidikan dan kinerja perawat. Hasil penelitian ini sesuai dengan Sitti Baidoeri (2003), dan Sensusianti (2003) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dan kinerja perawat. Namun hasil penelitian ini tidak sejalan dengan pendapat Angraini (1999) yang mengemukakan bahwa tingkat pendidikan mempengaruhi kinerja seseorang karena semakin tinggi pendidikan, semakin mudah menerima serta mudah mengembangkan pengetahuan dan teknologi, dan dengan pendidikan seseorang dapat meningkatkan kematangan intelektualitasnya. Dalam penelitian ini teori yang dikemukakan oleh Angraini tidak terbukti, hal ini dapat disebabkan karena jumlah perawat yang berpendidikan S1 keperawatan dalam penelitian ini terlalu sedikit sehingga tidak mewakili kinerja dengan pendidikan lebih tinggi yang sebenarnya.

7.2.2.4. Masa Kerja

Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa yang lama bekerjanya ≤ 10 tahun menunjukkan kinerja baik sebesar 65,4 %, sedangkan perawat dengan lama bekerja > 10 tahun hanya menunjukkan 26,3% kinerjanya baik. Hal ini juga terlihat dari penelitian yang dilakukan oleh Masjhur (2002) dan Sitti Baidoeri (2003), yaitu perawat dengan masa kerja lebih lama menunjukkan kinerja buruk . Menurut Siagian (1999) dan Fieldman dalam Amijanti (2000), semakin lama seseorang bekerja maka semakin mahir dalam melakukan tugas-tugasnya dan menunjukkan kinerja yang lebih baik. Dari uji statistik didapat nilai $p = 0,022$, sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi baik terhadap kinerja antara tenaga perawat yang bekerja ≤ 10 tahun dengan tenaga perawat yang bekerja > 10 tahun (ada hubungan bermakna antara masa kerja dengan kinerja perawat). Di ruang lantai III B RSPP ini, perawat melayani pasien dengan perawatan total 85%, hal ini dapat menimbulkan kejenuhan bagi perawat yang bekerja > 10 tahun karena pekerjaan yang dilakukan bersifat rutin dan dilakukan berulang-ulang sehingga berdampak menurunkan kinerja selain itu hal ini juga dapat karena pada perawat dengan usia muda masih lebih energik dibandingkan dengan perawat usia lebih tua.

7.2.2.5. Status Pernikahan

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa perawat yang sudah menikah menunjukkan kinerja baik sebesar 50%, sedangkan perawat yang belum menikah hanya menunjukkan kinerja baik 33,3%. Hal ini sejalan dengan teori dari Angraini (1999)

yang menyatakan bahwa seseorang yang telah menikah lebih mempunyai tanggung jawab dan mudah merasa puas dalam pekerjaannya sehingga menunjukkan kinerja yang lebih baik. Penelitian yang dilakukan oleh Sitti Baidoeri (2003) , dan Sensusiaty (2003) menyatakan ada hubungan yang bermakna antara status pernikahan dan kinerja. Dari uji statistik pada penelitian ini didapatkan nilai $p = 1,000$, sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara status pernikahan dengan kinerja perawat di ruang rawat inap lantai III B RSPP, hal ini dapat disebabkan karena perawat yang tidak menikah dalam penelitian ini jumlahnya terlalu sedikit sehingga tidak mewakili kinerja perawat yang tidak menikah.

72.3. Hubungan antara imbalan dengan kinerja perawat

Dari hasil penelitian didapatkan perawat dengan persepsi imbalan tidak cukup menunjukkan kinerja baik 50%, sedangkan perawat dengan persepsi imbalan cukup menunjukkan kinerja baik 46,7%. Penelitian yang dilakukan oleh Sitti Baidoeri menyatakan ada hubungan yang bermakna antara imbalan dengan kinerja. Tetapi penelitian yang dilakukan oleh Masjhur didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara imbalan dengan kinerja.

Dari uji statistik pada penelitian ini didapatkan nilai $p = 1,000$, sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara imbalan dan kinerja perawat. Imbalan merupakan sesuatu yang diterima oleh personel sebagai gaji, insentif, dan tunjangan dimana penyesuaian ketiga hal tersebut sering digunakan sebagai evaluasi kinerja serta untuk memperbaiki kinerja personel (Ilyas,2002). Teori yang

dikemukakan oleh Davis dan Newstrom (1998), menyatakan bahwa imbalan merupakan faktor yang berhubungan erat dan mempengaruhi kinerja tidak terbukti. Sebagian besar responden mempunyai persepsi buruk terhadap imbalan yang diterimanya baik berupa gaji, insentif maupun tunjangan fungsional lainnya. Walaupun demikian, perawat yang merasakan imbalan yang diterima tidak cukup, menunjukkan kinerja baik sebesar 50%. Hal ini dikarenakan jika mereka tetap dapat menunjukkan kinerja yang baik maka pihak RS dapat meningkatkan gaji, insentif atau memberikan tunjangan kesehatan hari tua yang sampai saat ini belum terlaksana.

7.2.4. Hubungan antara motivasi kerja dengan kinerja perawat

Dari hasil penelitian didapatkan perawat dengan motivasi rendah ternyata tetap menunjukkan kinerja baik sebesar 55,6 %. Penelitian yang dilakukan oleh Sitti Baidoeri (2003) dan Sensusiaty (2003) adalah perawat dengan motivasi kerja tinggi menunjukkan kinerja yang tinggi pula. Hal ini juga sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Herzberg dalam Saydam (2000), yang menyatakan bahwa motivasi kerja sangat berpengaruh terhadap kinerja. Dari uji statistik didapatkan $p = 0,429$, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara motivasi kerja dengan kinerja perawat di ruang rawat inap lantai III B RSPP hal ini dapat terjadi karena perawat yang sudah lama bekerja di lantai III B ini tentunya sudah hafal dengan tugas-tugas rutinitas yang ada dan mereka melaksanakan pekerjaannya sesuai dengan SOP RSPP yang telah baku.

7.2.5. Hubungan antara pengembangan diri dengan kinerja perawat.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa yang merasakan kurang mendapat kesempatan untuk mengembangkan diri menunjukkan kinerja baik, yaitu sebesar 58,1%. Dari penelitian yang dilakukan oleh Sensusiaty (2003), dan Sitti Baidoeri diperoleh data bahwa perawat yang memperoleh kesempatan untuk mengembangkan diri, menunjukkan kinerja yang baik. Hal ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Flippo (1996), bahwa pengembangan diri berhubungan dengan peningkatan kinerja seseorang, dimana karyawan yang diberikan kesempatan untuk pengembangan dirinya melalui peningkatan ketrampilan, pendidikan dan ketrampilan di bidang tertentu, akan semakin baik kinerjanya. Dari hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,131$, sehingga dapat disimpulkan bahwa antara pengembangan diri perawat dengan kinerja perawat tidak ada hubungan yang bermakna. Hal ini dapat terjadi karena perawat pelaksana di unit stroke ini hampir seluruhnya mempunyai masa kerja > 5 tahun, sehingga dengan sendirinya mereka sudah hafal dengan pekerjaan rutin sehari-harinya dalam menerapkan asuhan keperawatan melayani pasien stroke. Karena mereka bekerja dengan kondisi pasien yang sama serta prosedur yang sama pula dengan sendirinya kinerjanya juga baik.

7.2.6. Variabel yang berpengaruh terhadap kinerja perawat

Untuk menentukan faktor yang berpengaruh terhadap kinerja perawat, dilakukan analisis multivariat regresi logistik. Hasil analisis multivariat pada penelitian ini menunjukkan bahwa ternyata variabel masa kerja yang berpengaruh terhadap

kinerja perawat. Menurut Fieldman dalam Amijanti (2000), yang menyatakan bahwa seorang pekerja yang senantiasa diberi rangsangan dengan cara kerja yang baru dan kreatif akan mudah mengingatnya, untuk kemudian dijadikan pola kerja keseharian. Pada umumnya semakin lama seseorang dalam pengalaman kerjanya, akan semakin terampil dalam melaksanakan pekerjaannya. Pada profesi keperawatan, disiplin ilmu keperawatan haruslah dipraktekkan, sehingga pengalaman kerja menjadi sangat penting bagi perawat. Dari uji statistik didapat nilai $p = 0,041$, sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi baik terhadap kinerja antara tenaga perawat yang bekerja ≤ 10 tahun dengan tenaga perawat yang bekerja > 10 tahun (ada hubungan bermakna antara masa kerja dengan kinerja perawat). Gillies dalam Ilyas (2002) berpendapat pada masa dibawah satu tahun kerja, seseorang masih pada tahap penyesuaian diri pada pekerjaannya. Antara satu sampai tiga tahun kerja, seseorang sudah dapat menyesuaikan diri dengan pekerjaannya. Pada masa kerja antara tiga sampai lima tahun seseorang sudah menguasai pekerjaannya dengan baik sedangkan pada masa kerja diatas lima tahun sudah mulai membentuk kebijakan-kebijakan dan program rumah sakit.

BAB VIII

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1. Kesimpulan

8.1.1. Dari 45 tenaga perawat di lantai III B RSPP yang menjadi responden, 46,7% yang menunjukkan kinerja baik.

8.1.2. Dari hasil analisis bivariat, variabel yang mempunyai hubungan bermakna dengan kinerja perawat di ruang lantai III B RSPP adalah variabel masa kerja. Sedangkan variabel lainnya, yaitu variabel umur, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, imbalan, motivasi kerja, dan pengembangan diri tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan kinerja.

8.1.3. Dari hasil analisis multivariat dengan menggunakan uji regresi logistik ganda didapatkan variabel yang dominan hubungannya terhadap kinerja perawat adalah variabel masa bekerja. Dengan demikian dapat disimpulkan seseorang dengan masa kerja ≤ 10 tahun akan memiliki peluang kinerja lebih baik.

8.2. Saran

Kepada pimpinan rumah sakit hendaknya memberlakukan reward dan punishment dengan jelas antara lain ;

a. Reward :

1. Membuat sistem penggajian dengan berbasis pada gradasi gaji pokok yang dihubungkan dengan golongan dan masa kerja

2. Membuat sistem pemberian insentif, yang memacu motivasi dalam memberikan pelayanan kesehatan. Hal ini berarti perawat dengan bobot dan kinerja yang baik akan mendapat insentif lebih tinggi dibanding dengan perawat yang menunjukkan kinerja kurang baik
3. Memberikan insentif sistem lembur yang sesuai dengan ketentuan dari Depnaker
4. Pemberian sistem bonus yang dibagikan pada akhir tahun berdasarkan pembagian perunit.

b. Hak Normatif lain seperti yang telah ditetapkan oleh Depnaker, yaitu ;

1. Jaminan pelayanan kesehatan
2. Jaminan keselamatan kerja
3. Jaminan hari tua/ pensiun
4. Jaminan kematian.

c. Membuat kebijakan tentang sistem pemberian penghargaan dan pengembangan diri bagi tenaga perawat yang berprestasi dan memiliki kinerja baik, berdasarkan prinsip keadilan, kewajaran dan objektif, misalnya ucapan terima kasih, bonus, sertifikat, pemasangan foto karyawan yang menunjukkan kinerja baik setiap bulannya dan lain sebagainya. Sedangkan untuk pengembangan diri dapat berupa promosi jabatan, kemudahan dalam kenaikan pangkat, beasiswa untuk melanjutkan pendidikan formal

d. Mengoptimalkan peran komite keperawatan dengan cara :

1. Membentuk sub komite mutu asuhan keperawatan

2. Membentuk sub komite etik

3. Menganalisa kebutuhan perawat dalam hal ketrampilan dan pengetahuan asuhan keperawatan.

e. Melaksanakan penjenjangan karir antara lain dengan ;

1. Menciptakan sistem penilaian prestasi kerja baik secara umum maupun khusus di seluruh unit keperawatan

2. Tour of duty artinya seseorang akan berotasi memegang sebuah jabatan dalam rangka menghindari kejenuhan, proses pematangan, kebutuhan sumber daya manusia unit lain.

f. Menerapkan standar pedoman pengembangan manajemen kinerja perawat yang telah ditetapkan oleh Depkes, yang terdiri dari lima komponen antara lain ;

1. Standar , merupakan komponen utama yang menjadi kunci dalam PMK .Adapun standar yang dimaksud meliputi standar profesi, Standar operasional prosedur (SOP), dan pedoman-pedoman yang digunakan oleh perawat .

2. Uraian Tugas adalah seperangkat fungsi, tugas, dan tanggung jawab yang dijabarkan dalam suatu pekerjaan yang dapat menunjukkan jenis dan spesifikasi pekerjaan, sehingga dapat menunjukkan perbedaan antara set pekerjaan yang satu dengan yang lainnya.

3. Indikator Kinerja, merupakan variabel untuk mengukur prestasi suatu pelaksanaan kegiatan dalam waktu tertentu. Indikator yang berfokus pada hasil asuhan keperawatan kepada pasien dan proses pelayanan disebut indikator klinis.

4. Diskusi Refleksi Kasus (DRK), adalah suatu metoda dalam merefleksikan pengalaman klinis perawat dalam menentukan standar dan uraian tugas. DRK dilaksanakan minimal satu bulan sekali dengan tujuan untuk mengembangkan profesionalisme, membangkitkan motivasi belajar, meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan, aktualisasi diri serta menerapkan teknik asertif dalam berdiskusi tanpa menyalahkan dan memojokkan peserta diskusi.

5. Monitoring , adalah kegiatan yang meliputi pengumpulan data dan analisis terhadap indikator kinerja yang telah disepakati yang dilaksanakan secara periodik untuk memperoleh informasi sejauh mana kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan rencana.

g. Punishment : Pembinaan terstruktur bagi perawat yang tidak menjalankan prosedur dengan benar atau memiliki kinerja kurang baik/buruk . Pembinaan ini memiliki derajat atau gradasi berupa sanksi yang dapat dimulai dari : pembinaan/teguran secara lisan ; peringatan/surat teguran secara tertulis 1, 2, 3 ; rotasi/mutasi internal ; skorsing ; PHK/dikeluarkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, Tjandra Yoga, 2003.
Manajemen Administrasi Rumah Sakit. Penerbit Universitas Indonesia, Jakarta
- Amijanti R, 2000.
Hubungan Nilai-Nilai Pribadi dengan Keterikatan Organisasi. Tesis Program Kekhususan Psikologi Industri dan Organisasi, Pasca Sarjana Fakultas Psikologi Universitas Indonesia, Depok
- Anggraini K, 1999
Perilaku Perawat Profesional, Salemba Medika, Jakarta
- As'ad, M, 1996
Psikologi Industri, Edisi ke empat, Liberty Yogyakarta
- Aswar, A, 1997
Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan, Edisi Pertama, Yayasan Penerbit IDI Jakarta.
- Baidoeri Sitti, 2003
Hubungan antara karakteristik individu, motivasi kerja perawat dan kinerja perawat di ruang rawat inap RS Islam Asshobirin, Tangerang, Program Pasca Sarjana Kajian Administrasi RS, UI Depok
- Barbara Kozier; Kathleen B K; Janice Hayes; Glenora Erb 2005
Professional Nursing Practice; Concepts and Perspectives, Upper Saddle River, New Jersey
- Barry Cushway ; Derek Lodge, 1998
Organisational Behavior and Design, Saunders Company
- Burgess, 1988
Management Note for Students in Advanced Nursing Courses. Cumberland College of Health Science, Cumberland, Sydney

- Chusid, Joseph G, 1996
Neuro Anatomi Korelatif dan Neurologi Fungsional, Gajah Mada University
Press, Yogyakarta
- Delisa, J A 1998
Rehabilitation Medicine ; Principles and Practice, Pennsylvania
- Depkes RI, 2005
Pedoman Pengembangan Manajemen Kinerja Perawat Dan Bidan
- Dessler Gary, 2003
Human Resource Management, Upper Saddle River, New Jersey
- Flippo, 1996
Manajemen Personalia, Edisi VI, Jilid I Erlangga, Jakarta
- Gibson, J L, 1989
Organization, terjemahan Erlangga, Jakarta
- Gillies, D A 1989
Nursing Management a System Approach, W B Saunders
- Halsted, S Lauro, 1998
Medical Rehabilitation, Terjemahan Erlangga, Jakarta
- Handoko, T H 1995
Manajemen Personalia & SDM, BPFE Yogyakarta
- Hastono, S P, 2007
Analisa Data Kesehatan, FKM UI Jakarta
- Hidayat Alimul Azis A, 2007
Konsep Dasar Keperawatan, Salemba Medika Jakarta
- Ilyas Yaslis, 2002
Kinerja, Teori, Penilaian dan Penelitian, Pusat Kajian Ekonomi FKM, UI Depok
- Ilyas Yaslis 2004
Perencanaan SDM Rumah Sakit, FKM UI

Jorgensen ,1995

The Effect of a Stroke Unit, A Journal of Cerebral Circulation American Heart Association

Maslow, A H 1999

Motivasi & Kepribadian, Terjemahan Pustaka Binawan, Perssindo Jakarta

Masjhur Fauzy, 2002

Hubungan kepuasan kerja dan karakteristik individu dengan kinerja perawat di RS ketergantunagn Obat Jakarta, Tesis program Pasca Sarjana FKM UI

Munandar,A Sunyoto,2001

Psikologi Industri dan Organisasi, UI, Press, Jakarta

Murti, Bhisma, 1997

Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi, Gajah Mada University Press, Yogyakarta.

Nursalam Nurs M, 2007

Manajemen Keperawatan, Salemba Medika, Jakarta

Perdossi cabang Jakarta, 2000

Simposium Manajemen Stroke, Hotel Acasia Jakarta

Robbins, J J, 1997

Education Handbook for Health Personal, WHO, Genewa

Sensusiati,2003

Faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja perawat di rawat inap RS Mekar Sari Bekasi, Tesis Program Pasca Sarjana Kajian Administrasi RS, UI Depok

Siagian S P, 1989

Bunga Rampai, Manajemen modern, Edisi delapan, Gunung Agung, Jakarta

Syamsuddin, Herman, 1998

Sistim Pelayanan di RS Pada Layanan Khusus, Salemba Medika, Jakarta

Sywi, G B Roslinda, 2000

Analisis Segmen Pasar Terhadap Pelayanan Stroke, Salemba Medika, Jakarta

Sullivan J Eleanor; Decker J Phillip, 1989

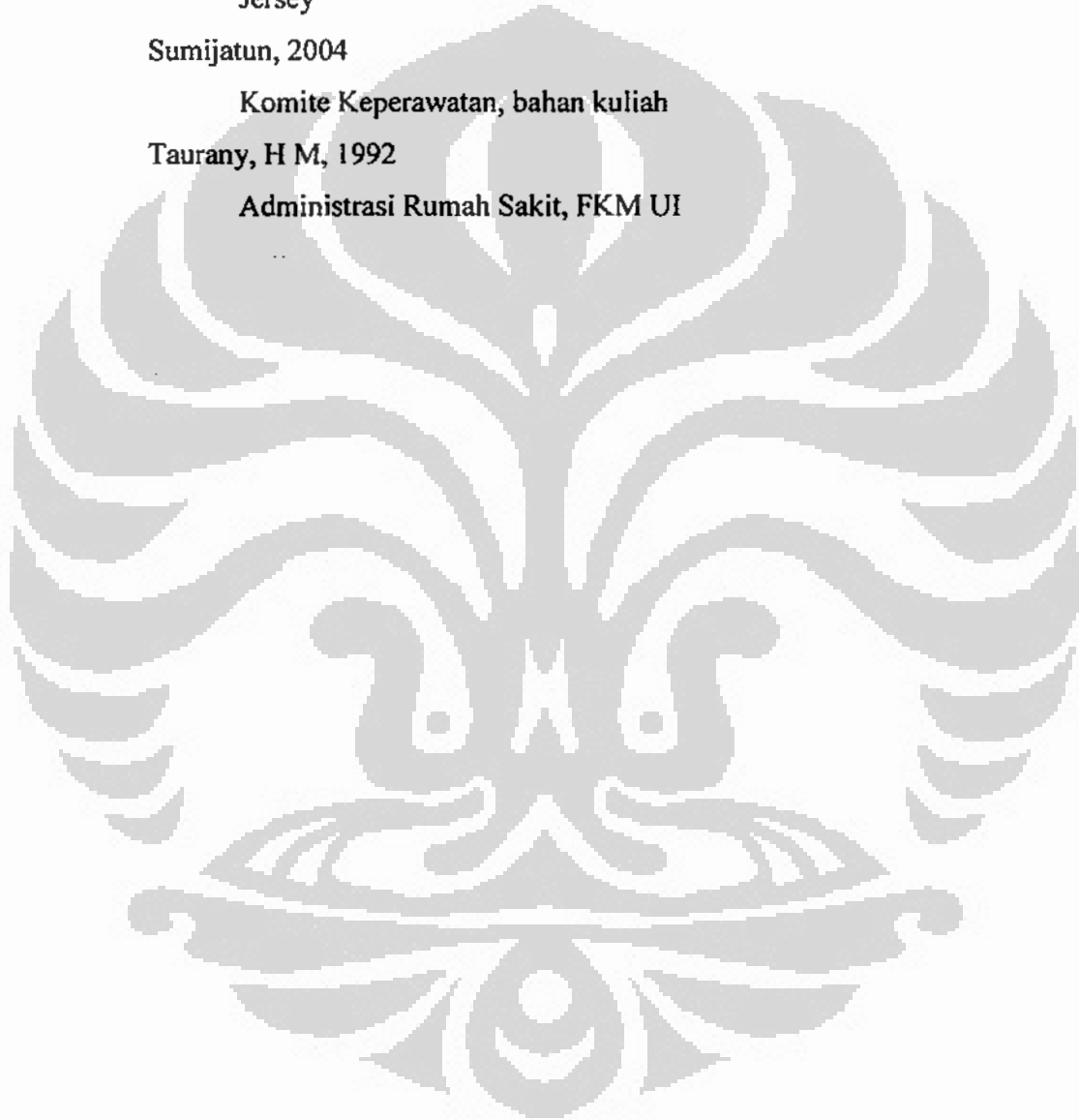
Effective leadership and Management in Nursing, Upper Saddle River, New Jersey

Sumijatun, 2004

Komite Keperawatan, bahan kuliah

Taurany, H M, 1992

Administrasi Rumah Sakit, FKM UI



PENJELASAN TENTANG PENELITIAN DAN PERSETUJUAN RESPONDEN

Judul Penelitian : "Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat di Unit Stroke Lantai III B di Rumah Sakit Pusat Pertamina Jakarta"

Saya, Erwina A Nurul, NPM 0606022164, Mahasiswa Program Pasca Sarjana Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, bermaksud mengadakan penelitian untuk menganalisa antara karakteristik perawat dengan kinerja perawat pelaksana di Unit Stroke Lantai III B Rumah Sakit Pusat Pertamina . Data yang diperoleh akan direkomendasikan sebagai landasan untuk meningkatkan pelayanan keperawatan khususnya dan pelayanan kesehatan rumah sakit secara umum.

Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan sesuatu yang berdampak negatif terhadap perawat maupun institusi. Peneliti menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara menjamin kerahasiaan identitas dan data yang diperoleh baik didalam pengumpulan data, pengolahan data maupun dalam penyajian laporan.

Melalui penjelasan singkat ini, peneliti sangat mengharapkan partisipasi dari seluruh perawat pelaksana dilantai III B RSPP. Atas kesediaan dan partisipasi para perawat dalam penelitian ini, saya mengucapkan terimakasih yang sedalam-dalamnya

LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah membaca penjelasan diatas, dan mendapat jawaban terhadap pertanyaan yang saya ajukan mengenai penelitian ini, saya memahami tujuan dan manfaat penelitian ini. Saya mengerti bahwa penelitian ini akan menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden, dan saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya. Saya mengetahui bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit .

Dengan ditandatanganinya surat persetujuan ini, maka saya menyatakan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Jakarta, Mei 2008

Responden

KUESIONER

Petunjuk : Berilah tanda cek (✓) pada kolom pilihan jawaban yang tersedia

SS : Sangat Setuju artinya apabila saudara berpendapat bahwa pernyataan tersebut sangat sesuai dengan apa yang saudara rasakan.

S : Setuju artinya apabila saudara berpendapat bahwa pernyataan tersebut sesuai dengan apa yang saudara rasakan.

TS : Tidak Setuju artinya apabila saudara berpendapat bahwa pernyataan tersebut tidak sesuai dengan apa yang saudara rasakan

STS : Sangat Tidak Setuju artinya apabila saudara berpendapat bahwa pernyataan tersebut sangat tidak sesuai dengan apa yang saudara rasakan.

A. IMBALAN :

NO	PERNYATAAN	SS	S	TS	STS
1	Gaji yang saya terima sesuai dengan profesi saya				
2	Gaji yang saya terima sudah sesuai dengan beban pekerjaan yang diberikan kepada saya.				
3	Gaji yang saya terima sudah sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepada saya				
4	Gaji yang saya terima sudah sesuai dengan tingkat pendidikan saya				
5	Gaji yang saya terima sudah sesuai dengan kemampuan dan pengalaman kerja saya				
6	Gaji yang saya terima sudah sesuai dengan waktu kerja yang digunakan				
7	Tunjangan fungsional yang saya terima saat ini sesuai dengan jabatan saya				
8	Insentif yang saya terima saat ini tidak sesuai dengan kinerja saya				
9	Gaji yang saya terima sudah sesuai dengan masa kerja saya				
10	Sistem pemberian insentif disamaratakan dan tidak berdasarkan kinerja perorangan.				

B. MOTIVASI KERJA :

NO	PERNYATAAN	SS	S	TS	STS
1	Saya menyukai tugas-tugas pokok yang diberikan				
2	Peran sebagai perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien di rumah sakit sangat penting				
3	Saya senang melaksanakan kegiatan keperawatan karena sesuai dengan keahlian profesi saya				
4	Saya bekerja sebagai perawat untuk mendapatkan pengakuan sebagai individu yang dapat dihargai orang lain				
5	Penghasilan saya sebagai perawat tidak dapat mencukupi kebutuhan hidup				
6	Setiap pekerjaan ditempat saya bekerja sudah memiliki standar prosedur yang jelas yang menjadi acuan saya dalam bekerja				
7	Saya dihargai oleh pimpinan karena prestasi kerja saya				
8	Uraian tugas untuk perawat tidak perlu dirinci				
9	Tugas yang diberikan kepada saya tidak sesuai dengan kemampuan yang saya miliki				
10	Menurut saya, tugas-tugas yang diberikan kepada saya merupakan beban yang cukup berat				
11	Alat medis yang ada ditempat saya bekerja sangat menunjang kegiatan saya dalam bekerja				
12	Jumlah tenaga perawat di ruang rawat inap dimana saya bekerja kurang				
13	Jumlah tenaga pekarya ditempat saya bekerja kurang				
14	Di rumah sakit tempat saya bekerja, sudah ada kejelasan jenjang karir				
15	Sistem pemberian insentif mendorong saya untuk bekerja dengan lebih baik				
16	Jaminan kesehatan yang diberikan oleh RSPP sudah sesuai dengan harapan perawat				

C. PENGEMBANGAN DIRI

NO	PERNYATAAN	SS	S	TS	STS
1	Hasil kerja saya selalu dinilai oleh atasan saya untuk promosi jabatan				
2	Rumah sakit memberikan kesempatan mengikuti pendidikan formal				
3	Saya sering mendapatkan kesempatan mengikuti pelatihan untuk meningkatkan ketrampilansaya				
4	Sistem promosi jabatan yang dilakukan oleh rumah sakit berdasarkan prestasi kerja				
5	Atasan selalu memberikan dorongan untuk berprestasi dalam pengembangan karir				
6	Peraturan di RS ini membuat saya lebih produktif				
7	Pelaksanaan sistem kenaikan pangkat/jabatan saat ini sesuai dengan pendidikan dan masa kerja				
8	Saya puas dengan objektifitas pengawas dalam menilai tugas-tugas selama ini				
9	Saya puas dengan objektifitas dalam pelaksanaan promosi yang diberlakukan saat ini				
10	Rumah sakit memberikan otonomi/kebebasan dalam menyelesaikan pekerjaan				

D. KINERJA PERAWAT :

(Diisi oleh Atasan / Kepala Ruangan)

Petunjuk : berilah tanda cek(√) pada kolom pilihan jawaban yang tersedia di sebelah pernyataan sesuai dengan yang saudara ketahui

S : Selalu

J : Jarang

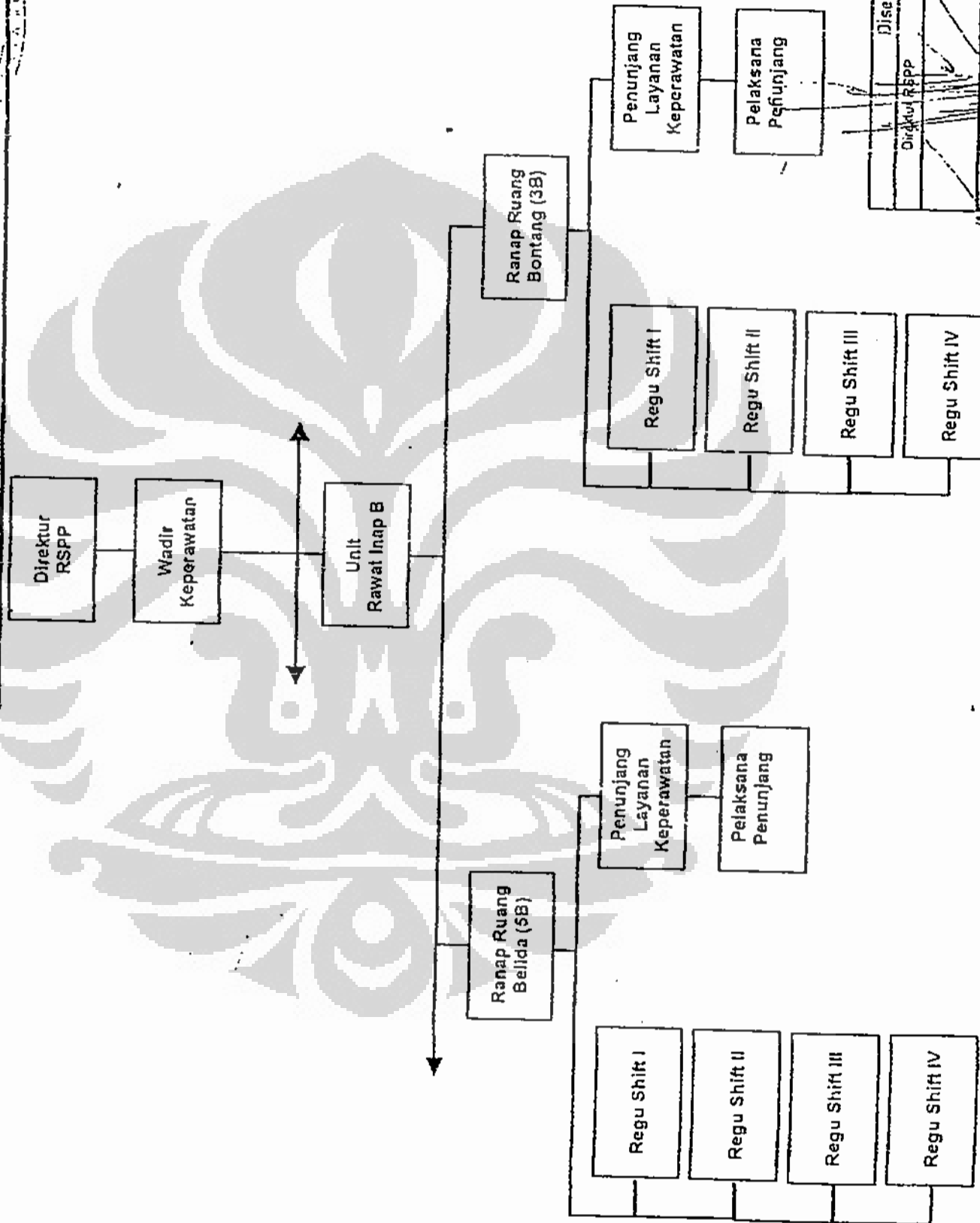
TS: Tidak Selalu

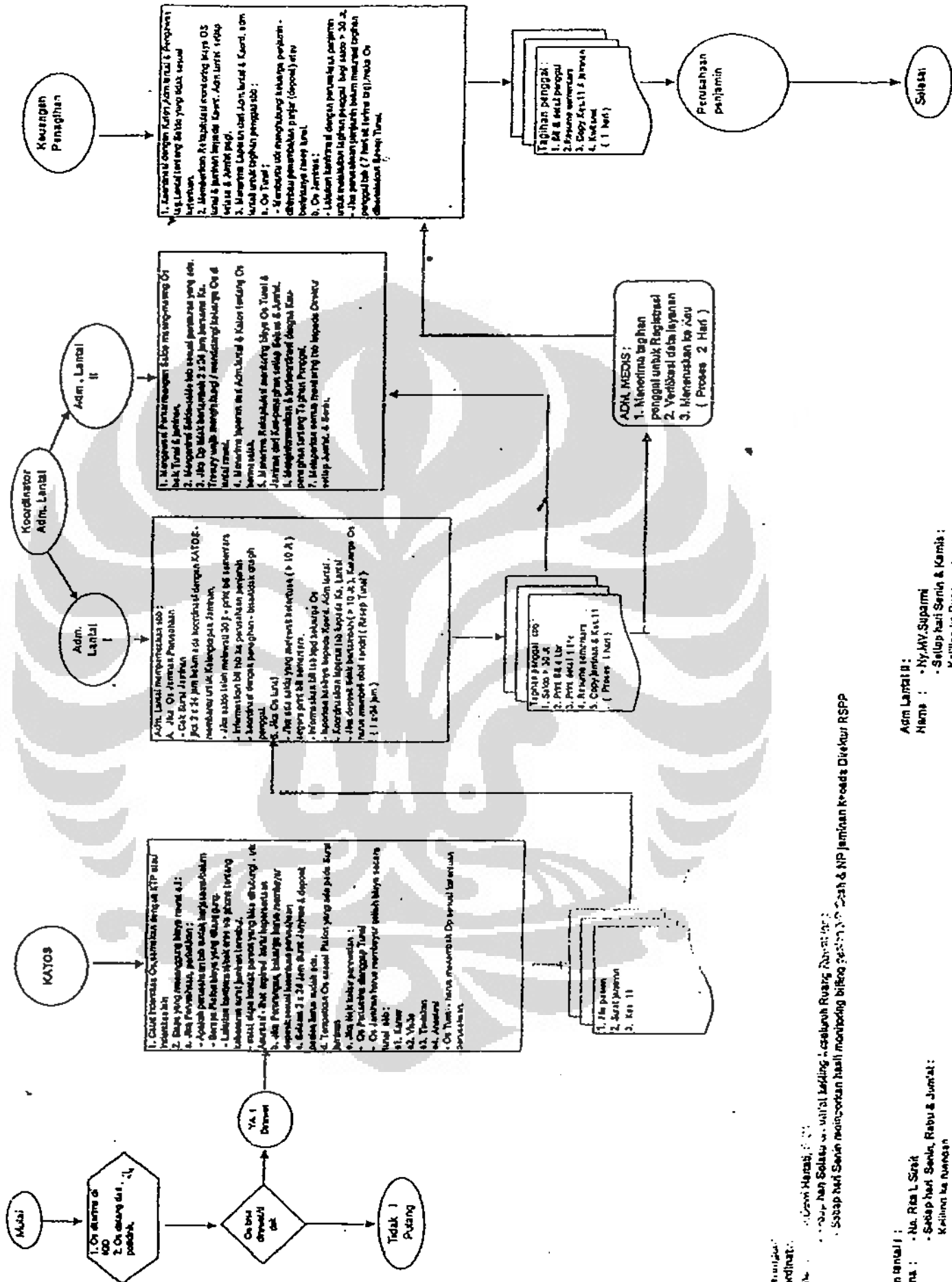
NO	PERNYATAAN	S	J	TS
1	Perawat membuat pengkajian setiap pasien baru masuk			
2	Melakukan perumusan masalah yang ditunjang oleh data yang telah dikumpulkan			
3	Membuat diagnosa keperawatan			
4	Menentukan prioritas masalah, terutama yang mengancam kehidupan pasien			
5	Membuat rencana tindakan keparawatan sesuai dengan SOP			
6	Melakukan rencana tindakan kolaborasi sesuai SOP			
7	Melakukan tindakan dengan melibatkan pasien/keluarga pasien(informed consent)			
8	Melakukan konseling terhadap pasien dan keluarganya			
9	Melakukan evaluasi terhadap setiap tindakan keperawatan			
10	Membuat catatan asuhan keperawatan pada setiap pasien tanpa bantuan orang lain.			
11	Membuat catatan asuhan keperawatan segera setelah tindakan dilaksanakan			
12	Datang tepat waktu yang telah ditentukan			
13	Sering melakukan kesalahan dalam pekerjaannya			
14	Pengetahuan dan pengertian tentang tugasnya masih kurang			
15	Sangat lamban memahami sesuatu,penjelasan harus diulang-ulang dan sangat sulit menyesuaikan diri dengan tugas yang baru			



**STRUKTUR ORGANISASI
RUMAH SAKIT PUSAT PERTAMINA
PT PERTAMINA BINA MEDIKA**

Lampiran: Surat-Keputusan Direksi
Nomor: 221/80000/2007-S8
Tanggal: 30 Maret 2007

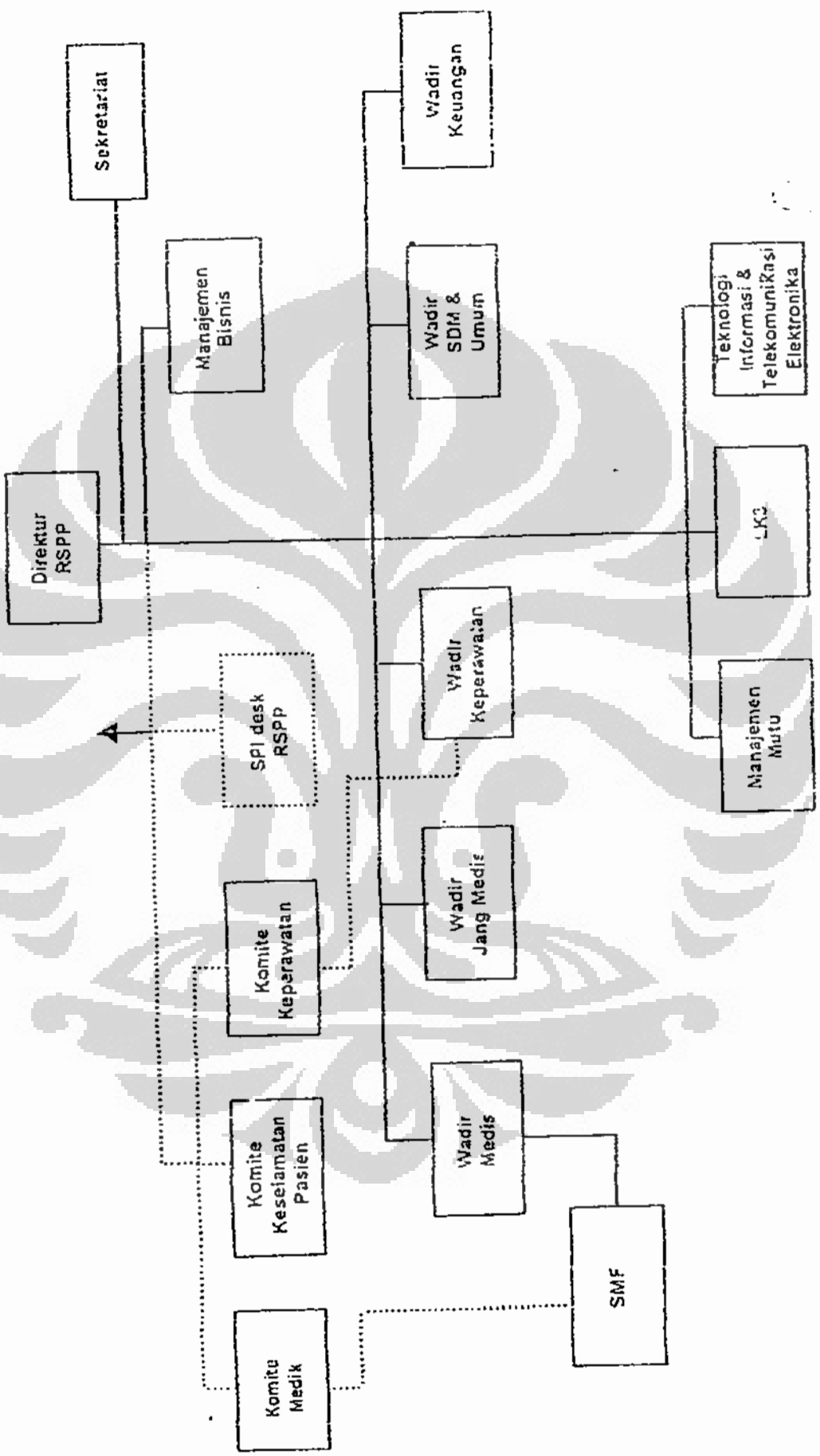




Adm Lantai II :
Nama : Ny. MY. Suparmi
- Selip hari Senin & Kamis
- Selasa & Rabu

Adm Lantai I :
Nama : Ny. Rita L. Srit
- Selip hari Senin, Rabu & Jumat
- Selasa & Kamis

DIREKTUR UTAMA PERTAMEDIKA



5 W 0