



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPUASAN  
DOKTER SPESIALIS TERHADAP KOMPENSASI MEDIK  
DI RUMAH SAKIT PGI CIKINI JAKARTA TAHUN 2008**

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

Oleh:

**GERALD P.S**

**NPM: 7005050265**

**PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
PROGRAM PASCA SARJANA  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
TAHUN 2008**

**PROGRAM PASCASARJANA  
KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
Tesis, Juli 2008**

**Gerald P.S**

**Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Kepuasan Dokter Spesialis Terhadap Kompensasi Medik di Rumah Sakit PGI Cikini Jakarta Tahun 2008**

xiii + 111 halaman, 14 tabel, 7 gambar, 4 lampiran

**ABSTRAK**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik dokter di Rumah Sakit PGI Cikini. Faktor-faktor yang diteliti yaitu faktor individu terdiri dari usia, jumlah tanggungan, jenis kelamin, status pernikahan dan status kepemilikan rumah; faktor praktik meliputi lama berpraktik dan jumlah tempat praktik; dan faktor organisasi yang terdiri dari manajemen kompensasi dan dukungan pengembangan diri.

Penelitian menggunakan pendekatan kuantitatif dengan metode survei. Pengumpulan data menggunakan kuesioner yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya. Analisis data menggunakan tabulasi frekuensi sederhana, tabulasi silang, Chi-Square dan korelasi Ranks Spearman's.

Hasil analisis deskriptif menunjukkan secara umum dokter cukup puas dengan kompensasi medik yang diterimanya. Berdasarkan uji statistik, sebagian besar faktor individu tidak memiliki hubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik, terutama aspek usia, jumlah tanggungan, jenis kelamin, dan status perkawinan. Hanya faktor status kepemilikan rumah yang memiliki hubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik. Faktor praktik yang terdiri dari lama praktik dan jumlah tempat praktik tidak memiliki hubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik. Sementara untuk faktor organisasi, manajemen kompensasi memiliki hubungan signifikan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik, sedangkan dukungan pengembangan diri tidak memiliki hubungan.

Berdasarkan hasil penelitian ini, pihak manajemen rumah sakit perlu mempertimbangkan faktor kepemilikan rumah dalam upaya meningkatkan kepuasan dokter terhadap kompensasi medik dengan memberikan fasilitas pinjaman lunak untuk pembelian rumah. Selain itu, manajemen kompensasi perlu diperbaiki dengan cara mengimplementasikan sistem kompensasi yang adil dan transparan. Manajemen juga perlu mendengarkan dan mengadopsi masukan-masukan dari dokter yang konstruktif, dalam rangka memperbaiki sistem kompensasi di rumah sakit.

Daftar Pustaka: 31 (1985 – 2005)

**GRADUATE STUDY  
HOSPITAL ADMINISTRATION  
Thesis, July 2008**

**Gerald P.S**

**Determinat Factors to The Satisfaction of Specialist toward The Compensation  
Medic at PGI Cikini Hospital Jakarta 2008**

xiii + page 111, table 14, image 7, appendix 4

**ABSTRACT**

This research has purpose to perceive the factors which is related with satisfaction level toward doctor's compensation medic at PGI Cikini Hospital. Factors that have been used; individual factor consist of age, total dependent, gender, marriage status, house owner status; and practical factor comprising length of practice in the hospital and total practice clinic; and organizational factors as follows, compensation management and individual development support.

This research was using quantitative approach with survey method. Data accumulation was using questioner which is valid and reliable. Data analysis was using simple tabulation frequency, cross tabulation, Chi-Square and Ranks Spearman's correlation.

Descriptive analysis result showed that in general a doctor feeling adequate with the compensation he received; include salary satisfaction, allowance, and incentive. Based on statistic test, we able to know that for almost all individual factors have no correlation with satisfaction toward compensation medic, especially for age aspect, total dependent, gender, marriage status. House owner status was the only factor that has correlation with satisfactions toward compensation medic. For practical factor comprising length of practice in the hospital and total practice clinic, the result shows that they did not have any correlation with satisfactions toward compensation medic. Meanwhile, organizational factor which has significant correlation with satisfaction toward compensation medic was compensation management; but individual development support has not.

Based on the result of this research, therefore the hospital management needs to consider house owner status to increase the level of doctor satisfaction toward compensation medics by giving flexible loan to buy a house. Beside that, compensation management needs to be fixing by implementing fair and transparent compensation system. Hospital management also need to listen and adopting constructive advices coming from doctor, in order to increase compensation system at the hospital.

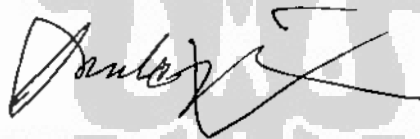
References: 31 (1985-2005)

## PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Program Pascasarjana Universitas Indonesia.

Depok, 18 Juli 2008

Pembimbing



Prof.dr. Amal C. Sjaaf, SKM, DR PH

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS MAGISTER  
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT PROGRAM  
PASCASARJANA UNIVERSITAS INDONESIA**

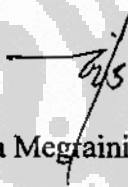
Depok, 18 Juli 2008

**Ketua**

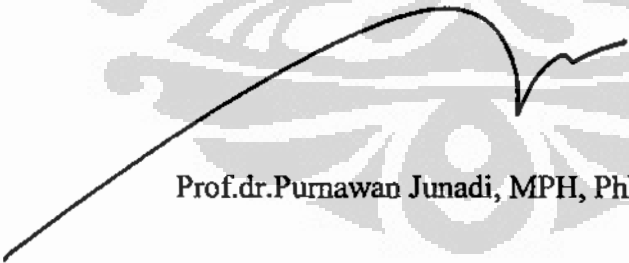


Prof.dr. Amal C. Sjaaf, SKM, DR PH

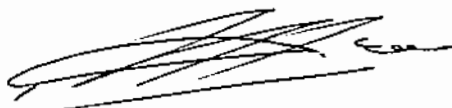
**Anggota**



Amila Megtainsi, SE, MBA



Prof.dr.Purnawan Junadi, MPH, PhD



dr. Sontang Simamora, MM, MSc

## KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena anugerah dan berkatNya penulis dapat menyelesaikan tesis ini. Adapun judul dari tesis ini adalah "FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPUASAN DOKTER SPESIALIS TERHADAP KOMPENSASI MEDIK DI RUMAH SAKIT PGI CIKINI JAKARTA TAHUN 2008" sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit.

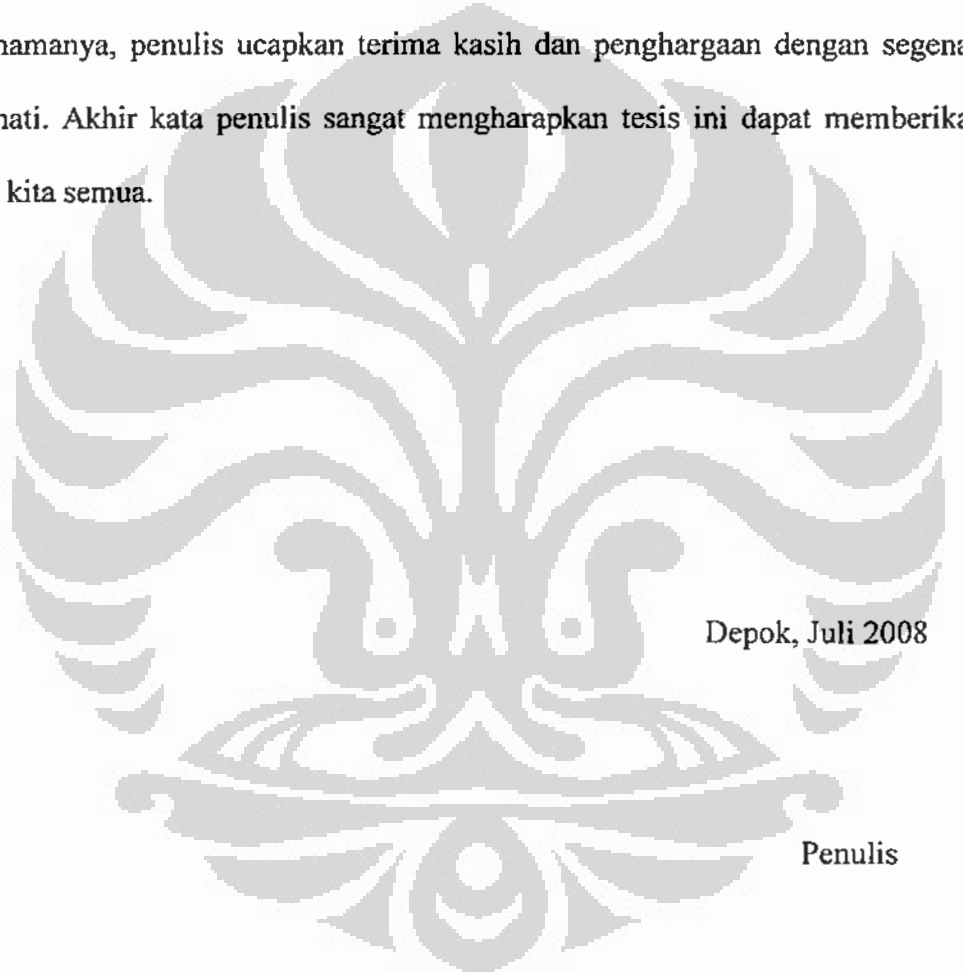
Penulis secara khusus mengucapkan terimakasih yang tulus kepada pembimbing tesis ini yaitu Prof.dr. Amal C. Sjaaf, SKM, DR PH yang telah mengarahkan dan memberi bimbingan selama penulisan tesis ini.

Kepada Ibu Amila Megraini, SE, MBA, Prof.dr.Purnawan Junadi, MPH, PhD, serta dr. Sontang Simamora, MM, MSc, penulis ucapkan terima kasih atas kesediannya sebagai Tim Penguji yang memberikan masukan dan saran-saran dalam penulisan tesis ini.

Kepada Pimpinan serta staf Rumah Sakit RS PGI Cikini penulis ucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya atas dukungannya selama ini selama penulis menjalani pendidikan dan menyelesaikan tesis ini. Juga kepada para dokter spesialis yang menjadi responden dalam tesis ini penulis ucapkan terima kasih atas kerjasamanya.

Penghargaan secara khusus penulis sampaikan kepada seluruh keluargaku, Mama dan Papa (almarhum), adik, dan istri tercinta yang telah memberi dukungan dan mendoakan penulis dengan tulus sehingga dapat menyelesaikan pendidikan.

Tidak ketinggalan, kepada siapapun yang telah membantu penulis dan tidak disebutkan namanya, penulis ucapkan terima kasih dan penghargaan dengan segenap kerendahan hati. Akhir kata penulis sangat mengharapkan tesis ini dapat memberikan manfaat bagi kita semua.



Depok, Juli 2008

Penulis

## DAFTAR ISI

	Halaman
ABSTRAK .....	ii
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR GAMBAR .....	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Masalah.....	4
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	4
1.4 Tujuan Penelitian .....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Kepuasan Kerja.....	7
2.2 Kompensasi .....	15
2.3 Manajemen Kompensasi.....	27
2.4 Kompensasi Medik.....	34
2.5 Pengembangan Diri .....	39
<b>BAB III GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT PGI CIKNI</b>	
3.1 Sejarah.....	41
3.2 Falsafah, Visi dan Misi Organisasi .....	42
3.3 Struktur Organisasi .....	43
3.4 Jenis Pelayanan .....	44
3.5 Ketenagaan.....	47



## BAB IV KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

4.1 Kerangka Konsep .....	49
4.2 Hipotesis Penelitian.....	50
4.3 Definisi Operasional.....	50

## BAB V METODOLOGI PENELITIAN

5.1 Rancangan Penelitian .....	54
5.2 Tempat dan waktu penelitian .....	54
5.3 Populasi dan Sampel .....	54
5.4 Teknik Pengambilan Data .....	55
5.5 Rencana Pengolahan Data.....	56
5.6 Rencana Penyajian Data.....	56

## BAB VI HASIL PENELITIAN

6.1 Profil Responden.....	58
6.1.1 Profil Responden Berdasarkan Usia .....	58
6.1.2 Profil Responden Berdasarkan Jumlah Tanggungan.....	59
6.1.3 Profil Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	60
6.1.4 Profil Responden Berdasarkan Status Perkawinan.....	60
6.1.5 Profil Responden Berdasarkan Kepemilikan Rumah ....	62
6.1.6 Profil Responden Berdasarkan Lama Praktik.....	62
6.1.7 Profil Responden Berdasarkan Jumlah Tempat Praktik	63
6.2 Hasil Ujicoba Instrumen .....	63
6.3 Analisis Deskriptif Variabel Penelitian.....	66
6.3.1 Analisis Deskriptif Variabel Organisasi.....	66
6.3.2 Analisis Deskriptif Variabel Kepuasan terhadap Kompensasi Medik .....	69
6.4 Pengujian Hipotesis.....	72

6.4.1 Hubungan antara Faktor Individu dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik .....	72
6.4.2 Hubungan antara Faktor Praktik dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik .....	79
6.4.3 Hubungan antara Faktor Organisasi dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik .....	82

## BAB VII PEMBAHASAN

7.1 Hubungan antara Faktor Individu dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik .....	88
7.2 Hubungan antara Faktor Praktik dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik .....	91
7.3 Hubungan antara Faktor Organisasi dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik .....	92

## BAB VIII KESIMPULAN DAN SARAN

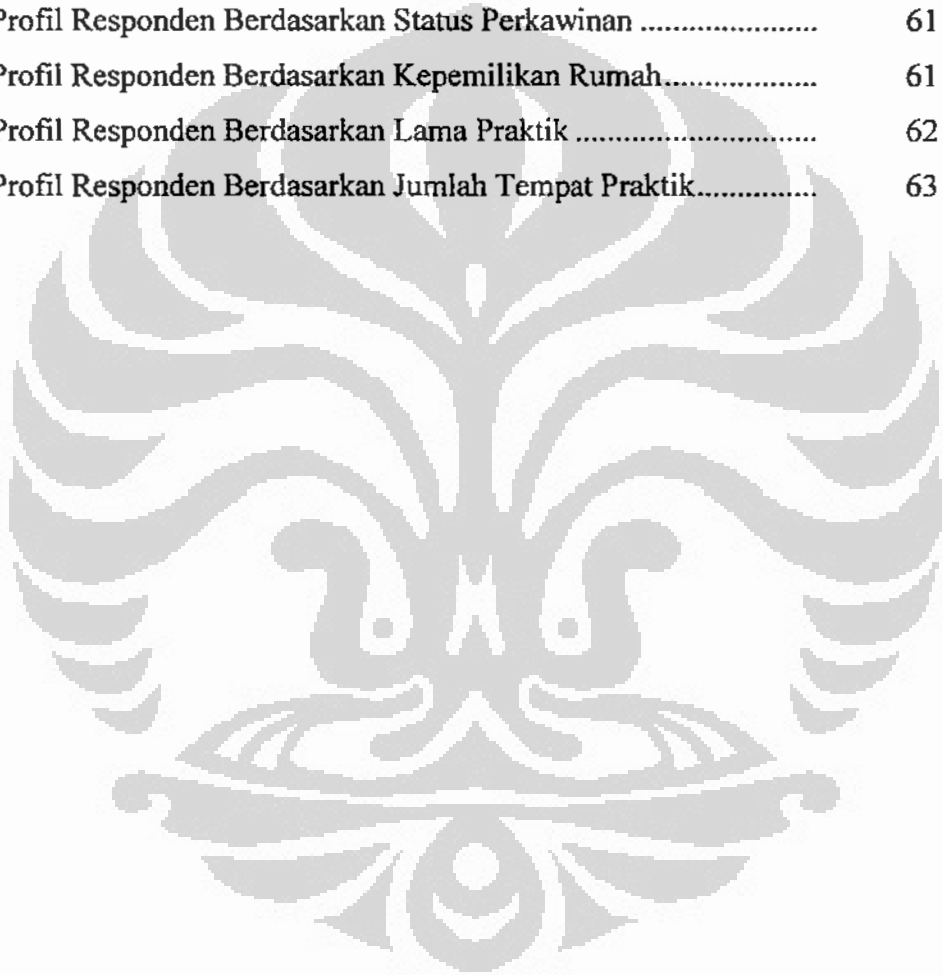
8.1 Kesimpulan.....	94
8.2 Saran.....	95

DAFTAR PUSTAKA .....	97
----------------------	----

LAMPIRAN .....	99
----------------	----

## DAFTAR GAMBAR

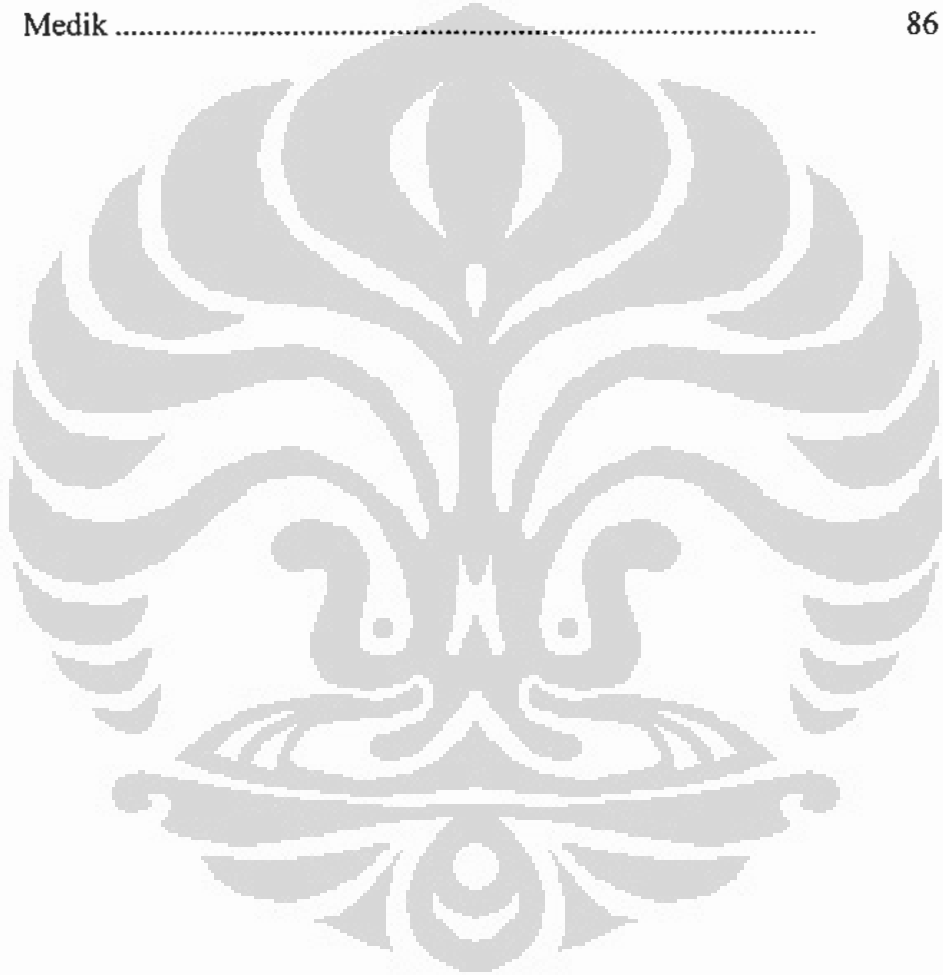
Gambar 6.1 Profil Responden Berdasarkan Usia.....	58
Gambar 6.2 Profil Responden Berdasarkan Jumlah Tanggungan .....	59
Gambar 6.3 Profil Responden Berdasarkan Jenis Kelamin .....	60
Gambar 6.4 Profil Responden Berdasarkan Status Perkawinan .....	61
Gambar 6.5 Profil Responden Berdasarkan Kepemilikan Rumah.....	61
Gambar 6.6 Profil Responden Berdasarkan Lama Praktik .....	62
Gambar 6.7 Profil Responden Berdasarkan Jumlah Tempat Praktik.....	63



## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Aspek-aspek Kepuasan Kerja .....	9
Tabel 2.2 Kekuatan dan Kelemahan Pembayaran Kapitasi Untuk Dokter.....	35
Tabel 2.3 Kekuatan Dan Kelemahan Pembayaran Gaji Bulanan Untuk Dokter	36
Tabel 3.1 Jumlah ketenagaan di RS PGI Cikini .....	47
Tabel 4.1 Operasionalisasi Variabel.....	52
Tabel 6.1 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Butir Faktor Organisasi .....	64
Tabel 6.2 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Butir Kepuasan terhadap Kompensasi Medik.....	65
Tabel 6.3 Rekapitulasi Hasil Jawaban Responden Faktor Organisasi.....	66
Tabel 6.4 Rekapitulasi Hasil Jawaban Responden Mengenai Kepuasan terhadap Kompensasi Medik .....	68
Tabel 6.5 Hasil Tabulasi Silang Hubungan antara Tingkat Usia dengan Kepuasan Terhadap Kompensasi Medik .....	73
Tabel 6.6 Hasil Tabulasi Silang Hubungan antara Jumlah Tanggungan dengan Kepuasan Terhadap Kompensasi Medik.....	74
Tabel 6.7 Hasil Tabulasi Silang Hubungan antara Jenis Kelamin dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik .....	75
Tabel 6.8 Hasil Tabulasi Silang Hubungan antara Status Perkawinan dengan Kepuasan Terhadap Kompensasi Medik .....	76
Tabel 6.9 Hasil Tabulasi Silang Hubungan antara Status Kepemilikan Rumah Dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik.....	78
Tabel 6.10 Hasil Tabulasi Silang Hubungan antara Lama Praktik Dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik.....	79
Tabel 6.11 Hasil Tabulasi Silang Hubungan antara Jumlah Tempat Praktik Dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik.....	81

Tabel 6.12	Koefisien Korelasi Hubungan antara Manajemen Kompensasi Dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik.....	83
Tabel 6.13	Kriteria Koefisien Korelasi Guilford .....	84
Tabel 6.14	Korelasi Rank Spearman's Hubungan antara Dukungan Pengembangan Diri Dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik .....	86



# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Tidak dapat dipungkiri bahwa motivasi dasar bagi kebanyakan orang dalam bekerja atau menjalankan profesinya adalah untuk mencari nafkah. Demikian pula halnya dengan profesi dokter yang umumnya menempatkan kompensasi uang sebagai hal yang penting. Di satu pihak, seorang dokter menggunakan pengetahuan, ketrampilan, tenaga dan waktunya untuk berkarya pada suatu organisasi, di lain pihak ia mengharapkan menerima imbalan tertentu. Hal ini sesuai dengan UU Praktik kedokteran pasal 50 yang menyatakan bahwa seorang dokter berhak mendapatkan imbalan jasa dalam melaksanakan pelayanan medis yang sesuai dengan standar profesi dan standar operasional yang berlaku.

Kenyataan lain yang sudah menjadi rahasia umum adalah banyak orang-orang Indonesia yang pergi ke luar negeri untuk urusan kesehatan seperti berobat atau hanya melakukan *medical chek-up*. Yang menjadi pertanyaan, mengapa mereka mesti ke luar negeri sementara di Indonesia sendiri khususnya di Jakarta sudah banyak berdiri rumah-sakit – rumah sakit besar dengan peralatan medik yang cukup canggih dan lengkap, gedung yang megah serta obat-obatan lengkap yang tidak jauh berbeda dibanding rumah sakit di negara tetangga. Apakah terdapat perbedaan dalam mutu sumber daya manusia yang menentukan mutu pelayanan kesehatan? Apakah terdapat perbedaan dalam tingkat

penghasilan dokter di Indonesia dengan dokter di negara tetangga yang kemudian mempengaruhi mutu pelayanan?

Sampai saat ini masih menjadi perdebatan, apakah mutu pelayanan dipengaruhi oleh jumlah penghasilan seorang dokter. Di Indonesia belum ada standar pendapatan untuk profesi dokter. Seperti diketahui, pendapatan dokter yang bekerja di rumah sakit pemerintah umumnya lebih rendah dibandingkan mereka yang bekerja di rumah sakit swasta. Tidak heran bila terjadi banyak fenomena rangkap merangkap pekerjaan, sebagai contoh dokter yang bekerja “*full timer*” di rumah sakit pemerintah lebih banyak menghabiskan waktunya di rumah sakit swasta dengan pertimbangan lebih banyak pendapatan yang diperolehnya di rumah sakit swasta. Sering juga kita temui perbedaan penghasilan yang mencolok diantara para dokter dengan keahlian yang sama namun bekerja di rumah sakit yang berbeda. Hal tersebut tentu saja dapat mempengaruhi kinerja dokter dan mutu pelayanan rumah sakit.

Di Indonesia sendiri terdapat berbagai jenis rumah sakit seperti rumah sakit pemerintah yang tidak mencari keuntungan, rumah sakit swasta yang tidak mencari keuntungan seperti rumah sakit keagamaan dan kemanusiaan, serta rumah sakit swasta yang mencari keuntungan. Hal ini mungkin disebabkan perbedaan profil kedua jenis rumah sakit tersebut, apakah profit atau non-profit.

Masalah imbalan jasa, saat ini dipandang sebagai salah satu tantangan yang harus dihadapi oleh manajemen suatu organisasi. Kepentingan para pekerja harus mendapat perhatian dalam arti bahwa kompensasi yang diterimanya atas jasa yang diberikan kepada organisasi harus memungkinkannya mempertahankan harkat dan martabatnya

sebagai insan yang terhormat. Di sisi lain, kepentingan organisasi harus terjamin dalam arti bahwa melalui pengerahan kemampuan, pengetahuan, ketrampilan, waktu dan tenaga para pekerjanya, organisasi dapat mencapai tujuan dan sasarannya yang pada gilirannya memungkinkan organisasi tidak hanya sekedar mempertahankan eksistensinya, melainkan juga untuk bertumbuh dan berkembang baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Dengan kata lain, suatu sistem imbalan yang baik adalah sistem yang mampu menjamin kepuasan para anggota organisasi yang pada gilirannya memungkinkan organisasi memperoleh, memelihara dan mempekerjakan sejumlah orang dengan berbagai sikap dan perilaku positif bekerja dengan produktif bagi kepentingan organisasi.

Masalah kepuasan terhadap kompensasi medik ini menjadi sebuah fenomena menarik sehingga melatarbelakangi penelitian ini disebabkan beberapa alasan. *Pertama*, kompleksnya faktor kepuasan karena tidak hanya dipengaruhi oleh faktor-faktor eksternal terutama besaran kompensasi, tetapi juga merupakan suatu perasaan yang relatif. Faktor relatif tersebut lebih dipengaruhi oleh faktor-faktor individual manusia sendiri. *Kedua*, fenomena pro dan kontra yang menganggap kompensasi mempengaruhi kinerja individu, atau sebaliknya kinerja individu yang mempengaruhi kompensasi. Hal ini menimbulkan implikasi manajerial tersendiri tentang apa yang perlu dilakukan, apakah meningkatkan kompensasi terlebih dahulu atau sebaliknya menuntut perbaikan kinerja terlebih dahulu baru diikuti meningkatnya kompensasi. *Ketiga*, masalah profesionalisme dokter. Khususnya di Indonesia, keluhan masyarakat terhadap kurang profesionalan dokter bukanlah hal baru, karena sering terekspos di media



massa. Bagi kalangan orang yang berduit, kekurangprofesionalan menimbulkan ketidakpercayaan, sehingga tidak sedikit pasien di Indonesia yang berobat di luar negeri. Hal ini tentunya juga menimbulkan citra yang kurang baik bagi masyarakat internasional tentang kualitas pelayanan medis di Indonesia. Masalahnya adalah apakah kekurangprofesionalan tersebut disebabkan oleh kurangnya kompensasi, atau faktor-faktor lainnya.

Fenomena seperti ini berkembang di banyak rumah sakit di Indonesia, termasuk RS PGI Cikini. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk mengkaji faktor-faktor yang berhubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik dokter spesialis di RS PGI Cikini.

## **1.2 Masalah**

Berdasarkan uraian pada latar belakang, maka yang menjadi masalah penelitian ini adalah belum diketahuinya gambaran tingkat kepuasan dokter spesialis di RS PGI Cikini terhadap imbalan jasa yang diterima dan faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan kepuasan tersebut.

## **1.3 Pertanyaan Penelitian**

Berdasarkan masalah yang telah dikemukakan di atas, maka dapat disusun pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1. Bagaimana gambaran kepuasan terhadap kompensasi medik dokter spesialis di RS PGI Cikini?

2. Apakah faktor individu dokter yang meliputi usia, jumlah tanggungan, jenis kelamin, status pernikahan dan status kepemilikan rumah memiliki hubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik dokter spesialis di RS PGI?
3. Apakah faktor praktik dokter yang meliputi aspek lama berpraktik dan jumlah tempat praktik memiliki hubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik dokter spesialis di RS PGI Cikini?
4. Apakah faktor organisasi yang meliputi aspek manajemen kompensasi dan dukungan pengembangan diri memiliki hubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik dokter spesialis di RS PGI Cikini?

#### **1.4 Tujuan Penelitian**

##### **1.4.1 Tujuan Umum Penelitian**

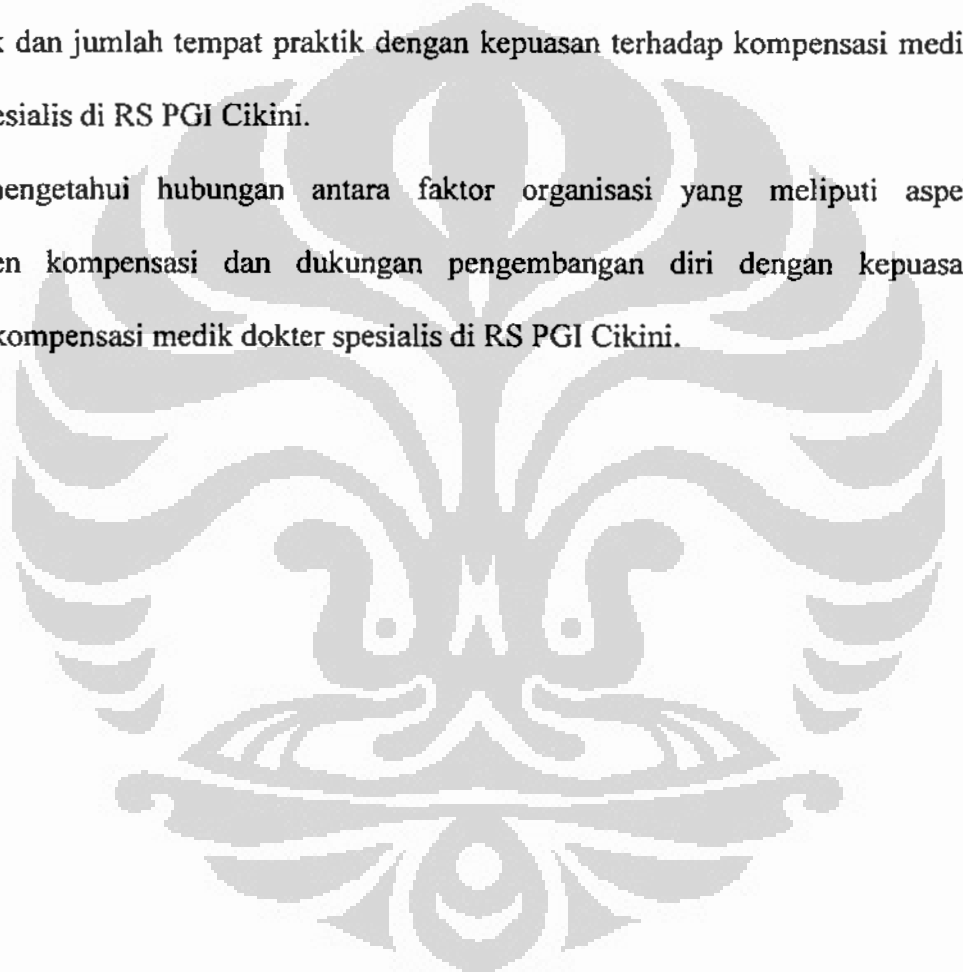
Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik dokter spesialis di Rumah Ssakit PGI Cikini.

##### **1.4.2 Tujuan Khusus Penelitian**

Berdasarkan tujuan umum penelitian di atas, maka tujuan khusus penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Untuk mengetahui dan menganalisis kepuasan terhadap kompensasi medik dokter spesialis di RS PGI Cikini.

2. Untuk mengetahui hubungan antara faktor individu dokter yang meliputi usia, jumlah tanggungan, jenis kelamin, status pernikahan dan status kepemilikan rumah dengan kepuasan terhadap kompensasi medik dokter spesialis di RS PGI Cikini.
3. Untuk mengetahui hubungan antara faktor praktik dokter yang meliputi aspek lama berpraktik dan jumlah tempat praktik dengan kepuasan terhadap kompensasi medik dokter spesialis di RS PGI Cikini.
4. Untuk mengetahui hubungan antara faktor organisasi yang meliputi aspek manajemen kompensasi dan dukungan pengembangan diri dengan kepuasan terhadap kompensasi medik dokter spesialis di RS PGI Cikini.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Kepuasan Kerja

Untuk mewujudkan kinerjanya secara optimal, seseorang memerlukan kepuasan dalam bekerja atau yang lazim disebut kepuasan kerja. Wexley dan Yukl (1977) mengartikan kepuasan kerja sebagai *“the way an employee feels about his or her job”*. Artinya, kepuasan kerja adalah cara pegawai merasakan dirinya atau pekerjaannya. Berdasarkan pendapat tersebut, maka dapat diketahui bahwa kepuasan kerja adalah perasaan yang menyokong atau tidak menyokong dalam diri pegawai yang berhubungan dengan pekerjaan maupun kondisi dirinya. Perasaan yang berhubungan dengan pekerjaan melibatkan aspek-aspek seperti upaya, kesempatan pengembangan karir, hubungan dengan pegawai lain, penempatan kerja, dan struktur organisasi. Sementara itu, perasaan yang berhubungan dengan dirinya antara lain berupa usia, kondisi kesehatan, kemampuan dan pendidikan.

Karyawan yang memiliki kepuasan tinggi dalam bekerja dicirikan oleh lima hal, yaitu: (1) percaya bahwa organisasi akan dapat memuaskan dalam jangka panjang, (2) menjaga kualitas kerjanya, (3) komitmen pada organisasi, (4) memiliki ingatan yang tinggi, dan (5) lebih produktif (Bavendam Research Incorporated, 2005).

Kemudian menurut Schermerhorn et al (1995), ada sejumlah aspek yang dapat mempengaruhi kepuasan kerja, antara lain:

a. Pekerjaan itu sendiri (*Work It self*)

Setiap pekerjaan memerlukan suatu ketrampilan tertentu. Sukar tidaknya suatu pekerjaan serta perasaan seseorang bahwa keahliannya dibutuhkan dalam melakukan pekerjaan tersebut, akan meningkatkan atau mengurangi kepuasan kerja.

b. Penyelia (*Supervision*)

Penyelia yang baik berarti mau menghargai pekerjaan bawahannya. Bagi bawahan, penyelia sering dianggap sebagai figur ayah/ibu dan sekaligus atasannya.

c. Teman sekerja (*Workers*)

Merupakan faktor yang berhubungan dengan interaksi sosial sebagai pegawai dengan atasannya dan dengan pegawai lain, baik yang sama maupun yang berbeda jenis pekerjaannya.

d. Promosi (*Promotion*)

Merupakan faktor yang berhubungan dengan ada tidaknya kesempatan untuk memperoleh peningkatan karir selama bekerja.

e. Gaji/Upah (*Pay*)

Merupakan faktor pemenuhan kebutuhan hidup pegawai yang dianggap layak atau tidak.

Spector (1997) juga mengemukakan beberapa aspek dari kepuasan kerja sebagaimana tampak pada tabel 2.1 berikut:

Tabel 2.1  
Aspek-aspek Kepuasan Kerja

Aspek	Deskripsi
Upah	Kepuasan gaji dan kenaikan gaji
Promosi	Kepuasan dengan peningkatan karir
Supervisi	Kepuasan terhadap pengawas
Kompensasi	Kepuasan dengan kompensasi yang didapat
Imbalan	Kepuasan dengan penghargaan yang didapat karena prestasi
Kondisi kerja	Kepuasan terhadap peraturan dan prosedur
Teman sekerja	Kepuasan terhadap teman sekerja
Iklim kerja	Kepuasan dengan jenis pekerjaan
Komunikasi	Kepuasan berkomunikasi dalam organisasi

Menurut Robbins (1996), ada lima hal yang dapat memengaruhi kepuasan kerja, yakni:

1. Kerja yang secara mental menantang

Karyawan cenderung menyukai pekerjaan-pekerjaan yang memberi mereka kesempatan untuk menggunakan keterampilan dan kemampuan mereka dalam mengerjakan tugas, kebebasan dan umpan balik mengenai betapa baik mereka mengerjakan. Karakteristik ini membuat kerja secara mental menantang. Pekerjaan yang terlalu kurang menantang menciptakan kebosanan, tetapi terlalu banyak menantang menciptakan frustrasi dan perasaan gagal. Pada kondisi tantangan yang sedang, kebanyakan karyawan akan mengalami kesenangan dan kepuasan.

2. Ganjaran yang pantas

Para karyawan menginginkan sistem upah dan kebijakan promosi yang mereka persepsikan sebagai adil, tidak kembar arti, dan segaris dengan pengharapan mereka. Bila upah dilihat sebagai adil yang didasarkan pada tuntutan pekerjaan, tingkat

keterampilan individu, dan standar pengupahan komunitas, kemungkinan besar akan dihasilkan kepuasan. Tentu saja, tidak semua orang mengejar uang. Banyak orang bersedia menerima baik uang yang lebih kecil untuk bekerja dalam lokasi yang lebih diinginkan atau dalam pekerjaan yang kurang menuntut atau mempunyai keleluasaan yang lebih besar dalam kerja yang mereka lakukan dan jam-jam kerja. Tetapi kunci yang manautkan upah dengan kepuasan bukanlah jumlah mutlak yang dibayarkan; yang lebih penting adalah persepsi keadilan.

### 3. Kondisi kerja yang mendukung

Karyawan peduli akan lingkungan kerja baik untuk kenyamanan pribadi maupun untuk memudahkan mengerjakan tugas. Sejumlah Studi memperlihatkan karyawan lebih menyukai keadaan sekitar fisik yang tidak berbahaya atau merepotkan. Temperatur (suhu), cahaya, kebisingan, dan faktor lingkungan lain seharusnya tidak ekstrem (terlalu banyak atau sedikit).

### 4. Rekan kerja yang mendukung

Orang-orang mendapatkan lebih daripada sekedar uang atau prestasi yang berwujud dari dalam kerja. Bagi kebanyakan karyawan, kerja juga mengisi kebutuhan akan interaksi sosial. Oleh karena itu tidaklah mengejutkan bila mempunyai rekan sekerja yang ramah dan mendukung menghantar ke kepuasan kerja yang meningkat. Perilaku atasan seorang juga merupakan determinan utama dari kepuasan. Beberapa studi menunjukkan bahwa kepuasan karyawan ditingkatkan bila penyelia langsung bersifat ramah dan dapat memahami, menawarkan pujian untuk kinerja yang baik,

mendengarkan pendapat karyawan, dan menunjukkan suatu minat pribadi pada mereka.

#### 5. Kesesuaian kepribadian dengan pekerjaan

Pada hakikatnya orang yang tipe kepribadiannya kongruen (sama dan sebangun) dengan pekerjaan yang mereka pilih seharusnya mendapatkan bahwa mereka mempunyai bakat dan kemampuan yang tepat untuk memenuhi tuntutan dari pekerjaan mereka. Dengan demikian akan lebih besar kemungkinan untuk berhasil pada pekerjaan tersebut, dan karena sukses ini, mempunyai kebolehdjian yang lebih besar untuk mencapai kepuasan yang tinggi dari dalam kerja mereka.

Menurut Sirota, Mischkind & Meltzer (2005), pekerja yang puas termotivasi oleh hal-hal berikut:

1. Perlakuan yang adil (*fair treatment*). Pekerja yang mendapatkan perlakuan yang adil dan tidak berat sebelah, antara lain dalam bidang keamanan kerja, kompensasi dan respek akan merasa puas dengan pekerjaannya.
2. Pencapaian (*achievement*). Pekerja yang mendapat kesempatan untuk melakukan pencapaian kerja yang maksimal -seperti mendapatkan kesempatan promosi, merasa bahwa keahliannya dibutuhkan dalam melakukan pekerjaan tersebut akan merasa puas/tidak puas akan pekerjaannya.
3. Pertemanan (*camaraderie*). Pertemanan yang erat antara pegawai dengan rekan kerja dan atasannya dalam melakukan kerja sama (*team work*) akan mendukung terciptanya kepuasan kerja.



Di pihak lain Harold Burt (dalam Greenberg and Baron, 1997) mengidentifikasi tiga faktor yang menimbulkan kepuasan kerja, yaitu:

1. Faktor hubungan antar karyawan, yang meliputi: hubungan antara manajer dengan karyawan, faktor fisik dan kondisi kerja, hubungan sosial diantara karyawan, sugesti dari teman sekerja, emosi dan situasi kerja.
2. Faktor individual, mencakup: sikap terhadap pekerjaan, usia orang sewaktu bekerja, jenis kelamin.
3. Faktor-faktor luar, yang meliputi: keadaan keluarga karyawan, rekreasi, pendidikan.

Bagi Megginson, Banfield, dan Matthews (2001), kepuasan individual dipengaruhi oleh tujuan utama, pendelegasian, program kerja, diklat bagi pemula, fasilitas, umpan balik, pemantauan, pengembangan, penilaian, kompensasi/ imbalan dan rencana kerja individu. Faktor yang mempengaruhi ketidakpuasan kerja yang dapat dirasakan oleh karyawan sendiri, misalnya kondisi kerja yang buruk, pekerjaan yang monoton, hubungan antar manusia yang tidak serasi, tidak adanya pengakuan prestasi kerja dan tidak diperlakukan adil oleh pimpinan.

Dari beberapa pandangan para pakar tersebut tampak bahwa kompensasi atau imbalan merupakan salah satu faktor penting yang menentukan kepuasan kerja seseorang.

Dalam hubungannya dengan imbalan, ada lima pemikiran yang mempengaruhi kepuasan kerja, yaitu (Gordon, 1992):

- a. Kepuasan dalam hubungannya dengan imbalan adalah seberapa besar kecocokan antara jumlah upah nyata yang diterima dengan jumlah upah yang seharusnya diterima menurut perasaan karyawan itu.

- b. Membandingkan dengan imbalan karyawan lain yang dianggap mempunyai beban kerja yang setara atau sejenis, jika orang lain menerima upah yang lebih rendah, maka pekerja itu akan lebih puas.
- c. Rasa puas dan tidak puas akibat upah intrinsik dan ekstrinsik yang diterima di dalam kerja berpengaruh kepada kepuasan kerja keseluruhan. Ketidakpuasan pada salah satu sektor upah (misalnya sistem perhitungan), akan diekspresikan pada pelaksanaan pekerjaan.
- d. Banyak imbalan ekstrinsik memuaskan karyawan hanya karena dia menerima lebih besar dibandingkan karyawan yang lain.

Imbalan paling penting bagi karyawan dalam menciptakan perasaan puas termasuk dalam bentuk uang, karena pembandingan yang paling umum untuk keterampilan yang telah disumbangkan melalui pelaksanaan pekerjaan pada organisasi adalah jumlah uang yang diterima. Jika individu ada ketidaksetaraan yang menimbulkan ketidakadilan, maka di dalam dirinya akan timbul suatu ketegangan. Penyesuaian terhadap ketegangan ini dilakukan oleh karyawan dengan mengubah perilakunya secara cepat, misalnya dengan bekerja tidak sepenuh hati, sebaliknya jika yang diterimanya lebih besar ia akan menjadi lebih keras.

*Human Resources Index (HRI)* (dalam Schuster, 1985) memberikan penilaian dan indikasi pada kekuatan serta kelemahan organisasi, antara lain untuk mengetahui sikap, tingkat kepuasan dan komitmen karyawan pada tujuan organisasi. Ada 15 faktor di dalam HRI yaitu:

- a. *Sistem Imbalan*. Gaji, bonus, hadiah dan imbalan nyata lainnya.

- b. *Komunikasi*. Aliran informasi vertikal, horizontal dan antar organisasi
- c. *Efektivitas organisasi*. Tingkat percaya pada semua kemampuan dan sukses organisasi. Seberapa organisasi berprestasi.
- d. *Perhatian*. Pada karyawan. Bagaimana organisasi memperlihatkan permasalahan karyawan.
- e. *Tujuan organisasi*. Seberapa mengerti tujuan organisasi, merasa bangga dan mengidentifikasi diri terhadap tujuan tersebut.
- f. *Kerjasama*. Kemampuan karyawan organisasi untuk bekerja bersama di dalam mencapai tujuan.
- g. *Kepuasan intrinsik*. Imbalan yang diterima karyawan dari prestasi kerjanya.
- h. *Struktur organisasi*. Peraturan, kebijakan, prosedur dan sistem formal.
- i. *Hubungan Kerja*. Perasaan karyawan dengan karyawan lain di dalam organisasi .
- j. *Iklim*. Atmosfer organisasi, dalam hubungannya dengan kenyamanan dorongan dan rasa senang.
- k. *Partisipasi*. Kesempatan untuk menyumbangkan ide, untuk konsultasi, mendapat informasi dan berperan dalam pengambilan keputusan.
- l. *Kerja kelompok*. Perasaan terhadap rekan-rekan sekerja dalam suatu kelompok.
- m. *Kompetensi antar kelompok*. Kemampuan memisahkan kerja dan bekerjasama dengan baik dan efektif untuk tercapainya tujuan organisasi.
- n. *Supervisi tingkat pertama*. Percaya diri yang dimiliki dalam kompetensi dan integritas supervisi tingkat pertama.

- o. *Kualitas manajemen*. Percaya diri yang dimiliki dalam kompetensi dan integritas manajemen menengah dan atas.

Dari indeks tersebut tampak bahwa kompensasi atau imbalan menempati posisi pertama, dan hal itu menunjukkan betapa vitalnya kompensasi dalam konstelasi kepuasan kerja karyawan.

## 2.2 Kompensasi

Vitalitas kompensasi bagi pekerja terkait dengan motif utama seseorang dalam bekerja yaitu untuk mendapatkan uang atau upah yang akan digunakan untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Dengan tenaga dan pikiran yang disumbangkan kepada perusahaan atau organisasi, maka pegawai akan mendapatkan upah sebagai bentuk balas jasa. Balas jasa yang diterima seorang pekerja baik berupa uang maupun bukan uang secara umum disebut dengan kompensasi. Hal ini seperti dikemukakan Handoko (2000), yang menyatakan bahwa kompensasi adalah segala sesuatu yang diterima para karyawan sebagai balas jasa untuk kerja mereka. Selain itu, kompensasi juga merupakan semua bentuk kembalian finansial, jasa-jasa berwujud, dan tunjangan-tunjangan yang diperoleh karyawan sebagai bagian dari sebuah hubungan kepegawaian (Simamora, 1995). Di pihak lain Irianto (2001) memberikan batasan kompensasi sebagai bentuk penghargaan atau *rewards*. Dengan memberi penghargaan atas hasil yang telah dicapai, kebijakan dan praktik organisasi dalam hal kompensasi dapat pula memberi penguatan perilaku pekerja yang telah memberi kontribusi positif bagi organisasi.

Menurut Dessler (1997), terdapat dua komponen kompensasi, yaitu: pembayaran keuangan langsung dalam bentuk upah, gaji, insentif, komisi, dan bonus; serta pembayaran tidak langsung dalam bentuk tunjangan keuangan seperti asuransi dan uang liburan.

Dari definisi, pengertian atau batasan di atas terlihat bahwa secara garis besar kompensasi dapat dibagi menjadi dua macam, yaitu kompensasi finansial dan kompensasi non finansial. Khususnya kompensasi finansial, menurut Simamora (1995), terdiri dari dua jenis, yakni kompensasi langsung dan kompensasi tidak langsung. Kompensasi langsung misalnya gaji dan insentif, sedang kompensasi tidak langsung adalah tunjangan. Ketiga aspek ini, yaitu: gaji/upah, tunjangan dan insentif, secara rinci dijelaskan sebagai berikut:

#### 1. Gaji atau upah

Menurut Hariandja (2005), gaji adalah balas jasa dalam bentuk uang yang diterima pegawai sebagai konsekuensi dari kedudukannya sebagai seorang pegawai yang memberikan sumbangan dalam mencapai tujuan organisasi. Atau dapat juga dikatakan sebagai bayaran tetap yang diterima seseorang dari keanggotaannya dalam sebuah organisasi.

Menurut Lawler (dalam Klass 2002), berdasarkan pada tugas yang diberikan, setiap individu ditempatkan kedalam peringkat penggajian dan penggajiannya ditentukan oleh *range salary* dalam peringkatnya.

Gaji dirancang dengan berpatokan pada nilai jabatan (*job value*) dan tingkat gaji eksternal (pasar). Nilai jabatan ditentukan melalui evaluasi jabatan yang

menunjukkan relativitas jabatan dengan jabatan-jabatan lain dalam organisasi, sedangkan tingkat gaji eksternal diketahui melalui survei gaji. Penentuan nilai jabatan didasarkan atas pengukuran faktor-faktor yang mempengaruhi nilai jabatan.

Gaji atau upah sebagai komponen kompensasi menyangkut analisis gaji/upah di mana karyawan dibayar secara sistematis atas usaha-usaha yang mereka sumbangkan kepada perusahaan. Tujuan manajemen gaji/upah adalah pemberian penghargaan (imbalan) yang adil dan layak. Di dalam mencapai tujuan tersebut terdapat banyak masalah yang kompleks dan kait-mengait dalam fungsi balas jasa gaji/upah secara keseluruhan. Masalah-masalah tersebut meliputi tingkat, struktur dan penentuan gaji/upah individual, metode penentuan gaji/upah balas jasa tidak langsung, gaji/upah karyawan lepas (*honorer*), dan pengawasan gaji/upah. Ada sejumlah faktor yang mempengaruhi besaran gaji/upah, antara lain:

- 1) Penawaran dan permintaan tenaga kerja. Untuk pekerjaan yang membutuhkan keterampilan tinggi, dimana jumlah tenaga kerja langka, maka gaji/upah cenderung tinggi. Sedangkan untuk jabatan-jabatan yang mempunyai penawaran melimpah, gaji/upah cenderung rendah.
- 2) Organisasi buruh. Adanya serikat buruh yang kuat, membuat *bargaining position* pihak karyawan kuat, sehingga menaikkan besaran upah; demikian pula sebaliknya.
- 3) Kemampuan perusahaan untuk membayar. Bagi perusahaan gaji/upah merupakan komponen biaya produksi. Kalau kenaikan biaya produksi sampai

mengakibatkan kerugian perusahaan, perusahaan tidak akan mampu memenuhi fasilitas karyawan.

- 4) Produktivitas karyawan. Semakin tinggi prestasi karyawan, semakin besar pula gaji/upah yang akan diterima.
- 5) Biaya hidup. Di kota besar, dimana biaya hidup tinggi, biaya hidup merupakan batas penerimaan upah bagi para karyawan.
- 6) Pemerintah. Pemerintah dengan peraturan-peraturannya mempengaruhi rendahnya gaji/upah.
- 7) Konsistensi internal dan eksternal. Struktur gaji/upah yang baik dapat memenuhi syarat konsistensi internal dan eksternal. Yang dimaksudkan dengan konsistensi internal adalah bahwa pengupahan didasarkan atas prinsip keadilan di lingkungan perusahaan sendiri, sedangkan konsistensi eksternal berdasarkan keadilan dibandingkan dengan keadaan pada perusahaan-perusahaan sejenis lainnya.

Agar upah atau gaji yang diberikan kepada karyawan efektif, hendaknya diberikan tepat waktu atau tidak ditunda-tunda. Hal ini berkaitan dengan aspek frekuensi sebagaimana dikemukakan oleh Simamora (1995) bahwa pada intinya imbalan atau gaji harus diberikan secara berkala atau periodik dan diusahakan dengan sering tanpa kehilangan arti pentingnya.

Selain berkenaan dengan ketepatan waktu, kebijakan gaji yang baik juga perlu kejelasan penghitungan dan sosialisasi kepada karyawan. Hal ini selaras dengan yang diungkapkan Amstrong dan Murlis (2003: 94) bahwa terkait dengan kebijakan

imbalan, perusahaan harus mengkomunikasikan kepada karyawan dan perlunya transparansi.

## 2. Insentif

Sarwoto (1991) mendefinisikan insentif sebagai perangsang atau pendorong yang diberikan secara sengaja kepada para pekerja agar dalam dirinya timbul semangat yang lebih besar untuk berprestasi dalam organisasi. Asnawi (1999) mengemukakan bahwa insentif adalah imbalan keuangan yang dibayarkan kepada pekerja yang produksinya melebihi standar yang ditetapkan sebelumnya. Dengan demikian, insentif merupakan elemen balas jasa yang diberikan tidak tetap tergantung pada pencapaian prestasi kerja karyawan.

Menurut Knight, Miner & Crane (dalam Kraizberg dkk, 2002), ada empat tipe umum skema kompensasi insentif, yaitu:

- a. *Merit pay*, dimana karyawan diberikan penghargaan atas tingkat kinerjanya yang lebih tinggi daripada tingkat yang sudah ditetapkan sebelumnya, yang ditentukan berdasarkan kuota kuantitatif atau teknik evaluasi karyawan.
- b. *Profit sharing*, dimana suatu kesamaan atau ketidaksamaan porsi keuntungan perusahaan dibagikan kepada karyawan.
- c. *Gain sharing*, dimana porsi penghematan biaya yang sudah ditentukan sebelumnya dibagikan kepada karyawan.
- d. *Stock option*, dimana karyawan ditawarkan kesempatan untuk membeli saham perusahaan dengan harga tetap.



Insentif dapat diberikan secara beragam sesuai tujuan dan kebutuhan, misalnya:

1) Insentif untuk karyawan operasi

Rencana pekerjaan yang dibayar berdasarkan pada jumlah butir yang diproses oleh masing-masing karyawan individual dalam satu unit waktu, seperti butir-butir per jam atau per hari.

2) Insentif jangka panjang (*long-term incentives*)

Insentif jangka panjang dimaksudkan untuk memotivasi dan mengimbali manajemen puncak bagi pertumbuhan dan kesejahteraan jangka panjang perusahaan, dan menyuntikkan satu perspektif jangka panjang ke dalam keputusan-keputusan para eksekutif. Contohnya adalah program akumulasi modal.

3) Upah prestasi sebagai insentif

Upah prestasi (*merit pay*) atau kenaikan berdasar prestasi (*merit raise*) adalah peningkatan gaji apa saja yang dihadiahkan kepada seorang karyawan pada kinerja individualnya. Rencana upah prestasi tradisional mempunyai dua karaktereistik dasar, yakni: (1) peningkatan berdasar prestasi biasanya diberikan kepada karyawan pada satu waktu yang ditentukan dari tahun dalam bentuk gaji pokok yang tinggi (atau kenaikan), dan (2) kenaikan berdasar prestasi biasanya didasarkan secara eksklusif pada kinerja individual, walaupun keseluruhan level laba perusahaan bisa mempengaruhi jumlah total yang tersedia untuk kenaikan berdasarkan prestasi.

Asnawi (1999) menyebutkan bahwa tujuan insentif adalah memberikan motivasi kepada karyawan agar bekerja secara efektif bagi perusahaan yang mempekerjakan mereka. Sedangkan Nasution (1994), membagi tujuan insentif sebagai berikut:

- a) Memberikan rangsangan agar karyawan bekerja secara maksimal untuk mencapai prestasi yang tinggi.
- b) Mempertahankan karyawan yang berprestasi untuk tetap berada di perusahaan.
- c) Menumbuhkan semangat, motivasi dan kepuasan dalam bekerja.
- d) Untuk meningkatkan status sosial dan prestise karyawan.

Seperti halnya gaji/upah, insentif juga memiliki banyak manfaat baik bagi karyawan yang menerima maupun organisasi. Nawawi (1990) menyatakan bahwa manfaat (sasaran) dari pemberian insentif yang bersifat tidak langsung dan non-finansial ini antara lain adalah:

- a) Sasaran pertama ialah dalam rangka penciptaan dan pemeliharaan citra positif di mata masyarakat karena antara lain kesediaannya menunaikan berbagai kewajiban sosialnya misalnya membantu rakyat kecil yang apabila tidak dilakukan oleh organisasi akan menjadi beban pemerintah
- b) Sasaran kedua ialah sasaran organisasi yang antara lain dalam bentuk mengurangi kelelahan, mengurangi kegelisahan para karyawan, mendorong terpeliharanya keselamatan kerja, membantu dalam rekrutmen, meredam keinginan pindah dan mengurangi jumlah jam kerja lembur berkat terselesaikannya tugas pekerjaan pada waktu jam-jam kerja.

c) Sasaran ketiga ialah sasaran yang ingin dicapai oleh para karyawan seperti turunnya biaya hidup, perlindungan terhadap gejolak seperti inflasi dan perlindungan para anggota keluarga yang menjadi tanggungan karyawan yang bersangkutan. Oleh karena itu perlu digarisbawahi pentingnya pengetahuan para pengelola sistem imbalan dalam suatu organisasi tentang berbagai jenis insentif yang mungkin diberikan oleh perusahaan kepada karyawannya seperti: berbagai jenis asuransi, bantuan pengobatan, libur pada hari-hari besar, cuti tahunan, jaminan hari tua dan lain-lain.

Menurut Dessler (1997), terdapat tiga pertimbangan praktis dalam mengembangkan suatu rencana insentif yang efektif, yakni:

- 1) Walaupun tidak ada aturan yang tegas dan cepat, ada beberapa kondisi yang di dalamnya gaji/upah langsung didasarkan pada lamanya waktu di tempat kerja – bukan pada insentif – agak bisa dimengerti:
  - a) Bila unit-unit keluaran sulit dibedakan dan diukur, gaji atau upah langsung (atau barang kali satu rencana insentif kelompok) lebih tepat.
  - b) Bila karyawan tidak dapat mengontrol keluaran (seperti pada lini perakitan berirama langkah mesin), upah berdasarkan waktu adalah lebih tepat.
  - c) Bila penundaan dalam kerja sering terjadi dan di luar kontrol karyawan, adalah tidak praktis untuk mengikat upah kerja pada keluaran mereka.
  - d) Kebanyakan rencana insentif mengikat upah pada kuantitas dan bukan pada mutu dari keluaran. Bila mutu merupakan perhatian utama, upah berdasarkan waktu menjadi lebih tepat.

e) Menginstal satu rencana insentif sering menuntut suatu investasi dalam perenkayaan industrial, analisis metode, dan perhitungan biaya unit kerja. Jika kontrol yang ketat atas biaya tidak dituntut oleh kondisi bersaing, barangkali tidak bermanfaat untuk pengembangan selain hanya memasang suatu rencana insentif.

2) Beberapa pertimbangan khusus berdasarkan pikiran sehat dalam penetapan rencana:

a) Pastikanlah bahwa usaha dan imbalan itu langsung terikat. Rencana insentif hendaknya memberi imbalan pada karyawan dalam proporsi langsung terhadap peningkatan produktivitas mereka. Karyawan harus juga memahami bahwa mereka benar-benar melakukan tugas-tugas yang dituntut. Dengan demikian, standar harus dapat diperoleh, dan harus memberikan alat-alat, perlengkapan, dan pelatihan yang perlu.

b) Buatlah rencana yang dapat dipahami dan mudah dikalkulasi oleh karyawan. Karyawan hendaknya mampu mengkalkulasi dengan mudah imbalan yang akan mereka terima untuk berbagai level usaha.

c) Tetapkanlah standar yang efektif. Ini menuntut beberapa hal, di antaranya: standar hendaknya dinilai adil oleh bawahan; standar hendaknya tinggi namun masuk akal – harus ada kira-kira 50/50 peluang untuk sukses; tujuannya spesifik – ini jauh lebih efektif daripada memberitahukan seseorang untuk melakukan pekerjaan sebaik-baiknya.

- d) Jaminan standar. Pandanglah standar sebagai suatu kontrak dengan karyawan. Begitu rencana itu operasional, bagaimanapun juga harus sangat hati-hati sebelum mengurangi ukuran insentif. Nilailah pemotongan-pemotongan yang telah lama menjadi nemesis (pembahasan keadilan) dari rencana insentif.
- e) Jaminlah satu tarif pokok per jam. Khususnya untuk personil pabrik, biasanya upah pokok karyawan itu sebaiknya dijamin. Oleh karena itu, mereka akan tahu bahwa apapun yang terjadi mereka dapat sekurangnya memperoleh satu upah pokok minimum yang dijamin.
- f) Dapatkan dukungan untuk rencana ini. Keterbatasan kelompok dapat merusak rencana; dapatkan dukungan kelompok kerja untuk rencana itu sebelum dimulai.
- 3) Bahwa rencana insentif bisa paling baik dikembangkan sebagai bagian dari program membangun komitmen yang lebih komprehensif. Upah kinerja tidak dapat menggantikan manajemen yang baik. Upah kinerja seharusnya memotivasi karyawan, namun kekurangan motivasi tidak selalu berarti jahat. Instruksi yang ambigu, kurang jelasnya tujuan, seleksi dan pelatihan karyawan yang tidak memadai, tidak tersedianya alat, dan satuan tenaga kerja (atau manajemen) yang memusuhi, sekadar merupakan beberapa faktor yang menghambat kinerja. Dengan kata lain, motivasi hanya merupakan satu unsur yang menyumbang kepada kinerja yang efektif.

### 3. Tunjangan

Menurut Fliplo (1994), kompensasi dalam bentuk tunjangan adalah untuk membuat karyawan mengabdikan hidupnya pada organisasi dalam jangka panjang.

Tunjangan dapat diklasifikasikan dalam beberapa jenis, antara lain:

- a. Pembayaran untuk waktu tidak bekerja (*payment for time not worked*); mencakup periode istirahat yang dibayar, periode makan siang yang dibayar, waktu mencuci tangan dan buang air kecil, waktu ganti pakaian, waktu bersiap-siap, cuti, hari-hari libur, cuti sakit, cuti karena alasan-alasan pribadi, waktu dalam memberikan suara (dalam pemilu), dan tugas untuk menjadi juri (dalam pengadilan) yang dibayar.
- b. Perlindungan terhadap bahaya (*hazard protection*), misalnya: penyakit, keadaan cedera, hutang, pengangguran, ketidakmampuan bekerja secara tetap, usia lanjut, dan kematian.
- c. Pelayanan terhadap karyawan (*employee services*). Misalnya, perumahan, makanan, nasihat, rekreasi, dan sebagainya.
- d. Pembayaran yang dituntut oleh hukum (*legally required payments*). Misalnya, kompensasi pengangguran, asuransi kompensasi pekerja, asuransi usia lanjut dan janda yang ditinggalkan di bawah jaminan sosial, dan perawatan kesehatan.

Dalam menerapkan sistem kompensasi, tidak sama antara satu organisasi dengan organisasi lainnya. Kebijakan kompensasi yang diterapkan dalam satu organisasi pun kadang tidak konsisten. Sistem kompensasi yang baik mampu membangkitkan motivasi kerja, sehingga pada akhirnya dapat memacu prestasi kerja pegawai. Hal demikian

hanya mungkin terwujud apabila sistem kompensasinya didasarkan pada keterampilan atau prestasi kerja, diberikan secara adil dan transparan (Amstrong dan Murlis, 2003).

Pemberian kompensasi atau imbalan terhadap karyawan atau pegawai memiliki beberapa sasaran penting. Nawawi (1990) menyatakan bahwa terdapat beberapa sasaran dari suatu sistem imbalan yang efektif, yakni :

1. Menarik tenaga kerja yang memenuhi persyaratan kualitatif yang ditentukan oleh organisasi.
2. Mampu mempertahankan sumber daya manusia yang sudah terdapat dalam organisasi, dalam arti meredam keinginan para karyawan untuk pindah ke organisasi lain.
3. Menjamin penerapan prinsip keadilan dalam pemberian imbalan kepada semua karyawan.
4. Sebagai instrumen untuk membuktikan bahwa manajemen menghargai perilaku yang positif.
5. Sebagai alat untuk memperkecil biaya yang harus dikeluarkan organisasi, baik untuk kepentingan operasional karena efisiensi dan efektivitas kerja maupun untuk biaya administrasi karena terselenggaranya pengelolaan sumber daya manusia yang efektif.
6. Menjamin bahwa organisasi taat kepada berbagai peraturan perundang-undangan yang menyangkut sumber daya manusia, seperti tidak adanya perlakuan yang diskriminatif, upah dan gaji yang wajar, pembayaran upah minimum, jam kerja dan sebagainya.

7. Menumbuh suburkan saling pengertian antara para karyawan dan manajemen.
8. Menjamin efisiensi administrasi pengupahan dan penggajian.

### 2.3 Manajemen Kompensasi

Supaya kompensasi efektif diperlukan suatu manajemen kompensasi yang memadai. Terkait dengan manajemen, Rue dan Byars (1992) menyatakan bahwa manajemen merupakan sebuah bentuk pekerjaan yang mencakup pengkoordinasian sumber daya yang ada ke arah pencapaian sasaran organisasi. Pendapat lain mengatakan bahwa manajemen merupakan proses yang dilakukan oleh satu atau lebih individu untuk mengkoordinasikan aktivitas orang lain untuk mencapai tujuan-tujuan yang tidak mungkin dapat dicapai oleh tindakan seorang individu (Gonnelly, Gibson, dan Ivancevich, 1997). Jika merujuk pada dua definisi di atas, maka manajemen pada dasarnya merupakan upaya sistematis yang dapat meningkatkan pencapaian tujuan secara tepat dan hemat. Oleh karena itu, manajemen terkait dengan fungsi-fungsi manajemen yang menurut Hersey dan Blanchard (1988) terdiri atas perencanaan, pengorganisasian, pemotivasian, dan pengendalian.

Bagi Stoner, sebagaimana dikutip Handoko (1999), manajemen merupakan proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan usaha-usaha para anggota organisasi dan pengguna sumberdaya organisasi lainnya agar mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan. Pendapat lain mengatakan, manajemen adalah proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan aktivitas sebuah organisasi untuk mencapai sasaran tertentu (Jackson & Vernon, 1987).



Dari pendapat-pendapat di atas terlihat bahwa manajemen pada intinya mencakup empat hal, yaitu: perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan evaluasi. Masing-masing aspek tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

*Pertama* adalah perencanaan. Perencanaan dapat diartikan sebagai proses penetapan tujuan organisasi dan memutuskan bagaimana cara terbaik untuk mencapai tujuan tersebut (Griffin, 1997). Pada tahapan ini ada dua tugas pokok yang esensial yang perlu dikerjakan, yakni: (a) menetapkan tujuan dan (b) memutuskan cara untuk mencapai tujuan. Penetapan tujuan biasanya untuk mengantisipasi hal-hal yang mungkin terjadi di masa yang akan datang, sedangkan memutuskan cara terbaik untuk mencapai tujuan merupakan pemilihan seperangkat alternatif yang terbaik dalam mencapai tujuan tersebut. Tidak jauh berbeda dengan pendapat di atas, Handoko membagi perencanaan ini ke dalam empat tahapan, yakni (a) menetapkan tujuan, (b) merumuskan keadaan saat ini, (c) mengidentifikasi segala kemudahan dan hambatan, dan (d) mengembangkan rencana kegiatan untuk mencapai tujuan (Handoko, 1999).

*Kedua*, pengorganisasian. Pengorganisasian dapat diartikan sebagai pengelompokan aktivitas dan sumber daya yang ada ke dalam susunan yang logis (Griffin, 1997). Sesuai dengan batasan tersebut, maka pengorganisasian pada dasarnya merupakan pengelompokan kegiatan-kegiatan yang sama atau relatif sama dan sumberdaya yang ada ke dalam suatu kegiatan. Unit kegiatan dan sumberdaya tersebut kemudian dilihat kesinergisannya untuk menjadi sebuah kekuatan yang terintegrasi secara penuh. Dengan demikian masing-masing unit kegiatan dan sumber daya ini pada dasarnya merupakan bagian dari organisasi secara keseluruhan. Menggabungkan unit

kegiatan, dapat diartikan bahwa tanggung jawab dari setiap unit pelaksanaan harus dirumuskan secara tertulis dan jelas mengenai tugas dan fungsinya. Hal ini dimaksudkan agar terdapat keseimbangan antara tanggung jawab dan wewenang.

*Ketiga*, pelaksanaan. Setelah dilakukan perencanaan dan pengorganisasian, maka kegiatan selanjutnya adalah melaksanakan kegiatan yang sesuai dengan perencanaan agar tujuan dan sasaran dapat tercapai. Dalam melaksanakan suatu pekerjaan, faktor manusia menjadi pendorong maupun penghambat kelancaran tugas suatu organisasi. Dengan demikian upaya untuk menggerakkan atau memotivasi sangat dominan pengaruhnya terhadap pelaksanaan pekerjaan. Penggerak atau *motivating* merupakan pengintegrasian seluruh sumberdaya yang dimiliki dan menjadi bagian yang determinan menentukan kinerja karyawan (Hersey dan Blanchart, 1988).

*Keempat*, evaluasi. Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam manajemen. Menurut McGehee dan Thayer, yang dikutip oleh Wexley dan Yukl (1996), evaluasi memiliki dua aspek penting, yaitu: (1) untuk mengetahui sejauh mana sasaran pendidikan dan pelatihan sudah terpenuhi, dan (2) sebagai bahan perbandingan untuk mengetahui teknik pelatihan yang baik. Kegiatan evaluasi atau penilaian dapat diselenggarakan secara terus menerus, berkala, sewaktu-waktu pada saat sebelum, sedang, atau setelah suatu kegiatan dilaksanakan. Penilaian merupakan kegiatan penting untuk mengetahui apakah tujuan yang ditentukan dapat dicapai, apakah pelaksanaan program sesuai dengan rencana, dan dampak apa yang terjadi setelah program dilaksanakan. Di dalam kegiatan evaluasi tidak lepas dari kegiatan pengendalian yang diartikan untuk memantau pelaksanaan kegiatan ke arah pencapaian tujuan.

Berdasarkan kajian teori tersebut, maka dapat disarikan bahwa manajemen merupakan kecakapan dan keterampilan seseorang dalam melakukan perencanaan, (b) kemampuan mengorganisasikan, (c) kemampuan melaksanakan, dan (d) kemampuan mengevaluasi.

Terkait dengan kompensasi/imbalan, Daft (2003) menyatakan bahwa kompensasi merujuk pada: (1) semua pembayaran uang dan (2) semua barang atau komoditi yang digunakan berdasarkan nilai uang untuk memberi imbalan pegawai. Pengertian lain menunjukkan bahwa imbalan atau kompensasi adalah segala sesuatu yang diterima para karyawan sebagai balas jasa untuk kerja mereka (Handoko, 2000). Imbalan juga merupakan semua bentuk kembalian finansial, jasa-jasa berwujud, dan tunjangan-tunjangan yang diperoleh karyawan sebagai bagian dari sebuah hubungan kepegawaian (Simamora, 1995). Imbalan karyawan dirancang untuk melakukan tiga hal, yakni: untuk menarik karyawan yang cakap ke dalam organisasi, memotivasi mereka mencapai prestasi yang unggul, dan untuk menciptakan masa dinas yang panjang.

Berdasarkan pengertian-pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa pada dasarnya imbalan adalah bentuk balas jasa yang diberikan oleh perusahaan kepada pegawai atas semua jasa-jasa yang telah diberikan oleh pegawai dalam mewujudkan tujuan organisasi.

Dari penjelasan tentang manajemen dan imbalan maka manajemen imbalan dapat diartikan sebagai usaha-usaha yang mencakup perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan evaluasi dalam kaitannya dengan imbal jasa dari organisasi kepada pegawai. Secara khusus Armstrong dan Murlis (2003) mengartikan manajemen

imbangan/kompensasi sebagai penyusunan, implementasi, pemeliharaan, komunikasi dan evaluasi proses imbalan. Proses imbalan mencakup pengukuran nilai/bobot jabatan; desain dan manajemen struktur gaji; manajemen kinerja; penggajian berbasis kinerja, kompetensi atau keterampilan (gaji kontingen), ketentuan tunjangan dan pensiun karyawan; serta manajemen prosedur imbalan.

Ada sejumlah tujuan penting yang mendasari dilakukannya praktik manajemen imbalan/kompensasi sebagaimana dikemukakan oleh Amstrong dan Murlis (2003) sebagai berikut:

- a. Mendukung pencapaian strategi dan sasaran jangka pendek organisasi dengan memastikan bahwa organisasi memiliki tenaga kerja terampil, kompeten, dan berkomitmen sesuai dengan kebutuhan.
- b. Membantu untuk mengkomunikasikan nilai-nilai dan harapan (sasaran) kinerja organisasi.
- c. Mendukung manajemen dan perubahan budaya dengan menyesuaikan budaya gaji dengan budaya perusahaan, memastikan bahwa manajemen imbalan sejalan dengan budaya organisasi yang ada atau yang diinginkan dan membantu organisasi merespon perubahan. Tetapi, gaji itu sendiri, menurut Flanery dan kawan-kawan, tidak bisa mendorong perubahan atau mengarahkan proses perubahan. Penggajian tidak bisa menetapkan perubahannya seperti apa. Penggajian tidak bisa membangun nilai-nilai. Penggajian tidak bisa mengganti kepemimpinan yang efektif.

- d. Mengarahkan dan mendukung perilaku yang diinginkan dengan menetapkan jenis perilaku yang diberi imbalan dan menetapkan cara pemberian imbalan melalui penggajian kinerja atau penggajian variabel serta proses manajemen kinerja.
- e. Mendorong kinerja bernilai lebih dengan memfokuskan pada penggajian kinerja dan skema gainsharing pada bidang-bidang yang memungkinkan dicapainya nilai lebih secara maksimal.
- f. Memajukan pengembangan berkelanjutan melalui skema gaji yang dikaitkan dengan kompetensi dan gaji berbasis keterampilan, broadbanding dan manajemen kinerja yang efektif.
- g. Bersaing dalam pasar tenaga kerja dengan memberi gaji yang kompetitif yang bisa menarik dan mempertahankan karyawan bermutu tinggi.
- h. Memotivasi semua anggota organisasi mulai dari tenaga kasar di pabrik sampai ke dewan direksi melalui kombinasi imbalan financial dan nonfinancial yang tepat.
- i. Memajukan kerja sama tim melalui penggunaan penggajian tim, dorongan untuk memiliki multi keterampilan dan dengan memberi imbalan perilaku kolaboratif.
- j. Meningkatkan fleksibilitas melalui penggantian hirarki dan struktur penggajian yang kaku dengan yang lebih luwes dari biasanya, struktur broadbanding, memfungsikan evaluasi jabatan sebagai proses untuk memenuhi kebutuhan khusus tertentu dan bukan sebagai paket yang harus diterapkan secara kaku, menghindari penggunaan skema gaji berbasis kinerja yang terlalu mekanistik, lebih menekankan penggunaan gaji variabel atau 'beresiko'dan memberi pilihan lebih banyak terhadap berbagai tunjangan.

k. Memberi nilai untuk uang dengan mengevaluasi biaya dan manfaat praktik manajemen imbalan serta memastikan bahwa praktik manajemen imbalan ini dijalankan secara efektif dari segi biaya.

l. Mencapai prinsip keadilan dengan memberi imbalan sesuai kompetensi dan kontribusi karyawan secara konsisten.

Dengan demikian, yang dimaksud dengan manajemen imbalan adalah usaha-usaha yang mencakup perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan evaluasi dalam kaitannya dengan imbal jasa dari organisasi kepada pegawai.

#### 2.4 Kompensasi Medik

Dalam konteks aspek ekonomi, dikenal tiga model pendapatan seorang dokter, yaitu:

1. Gaji, yaitu pendapatan dokter yang diterima per bulan.
2. Kapitasi. Pengertian kapitasi adalah andaikata seorang dokter bertanggung jawab terhadap 2000 orang di bawah tanggungannya dan setiap orang membayar Rp 1.000,00 per bulan (entah berobat atau tidak), maka dia akan mendapat Rp 2.000.000,00 sebagai pendapatan kapitasinya.
3. *Fee-for-service*, yakni bayaran yang diterima dokter setelah memberikan pelayanan medisnya. Pendapatan ini akan dikurangi biaya pelayanan yang dikeluarkan dokter dan pajak.

Dampak berbagai mekanisme pembayaran terhadap penggunaan dan mutu pelayanan kesehatan masih menjadi perdebatan (Rice dan Smith, 2001). Rice (1997)

menyimpulkan masih perlu berbagai penelitian untuk mengetahui dampak perubahan kebijakan pembayaran. Akan tetapi, ditemukan beberapa data awal yang menarik. Dibandingkan dengan masa *fee-for-service*, dokter yang digaji bulanan ternyata menurunkan admisi rumah sakit sebesar 13%, sedangkan dokter yang dibayar dengan model kapitasi ternyata menurunkan admisi sebesar 8%. Model pembayaran *fee-for-service* cenderung meningkatkan biaya pelayanan kesehatan seperti yang diteliti oleh Robinson (2001) dan Chan dkk (1998).

Hal penting untuk diperhatikan bahwa dalam kenyataan jarang timbul situasi yang hanya ada satu mekanisme pembayaran saja. Robinson (2001) menyatakan bahwa sebaiknya dilakukan kombinasi antara ketiga model tersebut. Dengan kombinasi ketiga model dan ditambah dengan berbagai kompensasi di luar uang, maka perilaku dokter dapat semakin dikelola.

Tabel 2.2

Kekuatan dan Kelemahan Pembayaran Kapitasi Untuk Dokter

Kekuatan	Kelemahan
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secara administratif mudah</li> <li>• Penanganan medis tidak dipengaruhi oleh keuntungan ekonomi</li> <li>• Memudahkan penyusunan anggaran belanja untuk pelayanan kesehatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokter cenderung memilih orang-orang yang tidak mempunyai risiko sakit parah atau memilih pasien yang tidak kompleks. Hal ini terkait dengan risiko keuangan yang ditanggung dokter apabila menangani pasien-pasien yang berat. Ada kemungkinan <i>supplier reduced demand</i></li> <li>• Dokter mungkin menjadi kurang melayani pasiennya, dalam bentuk cenderung tidak ramah, tergesa-gesa dan perilaku yang tidak baik. Keadaan ini diperparah apabila dokter mempunyai tanggungan yang terlalu banyak.</li> <li>• Catatan mengenai praktiknya cenderung menjadi tidak baik</li> </ul>

Kekuatan	Kelemahan
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokter tergerak untuk meminimalkan biaya penanganan medis. Keadaan ini dapat menjadi bertentangan dengan etika kedokteran apabila dokter diberi anggaran berdasarkan jumlah orang yang ada di bawah tanggungannya</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika tujuan kapitasi untuk mengurangi anggaran berjalan keterlaluhan maka pasien akan menjadi terlantar, atau terlalu mudah untuk dirujuk ke pelayanan yang lebih tinggi. Akibatnya biaya juga akan meningkat</li> </ul>



Tabel 2.3

## Kekuatan Dan Kelemahan Pembayaran Gaji Bulanan Untuk Dokter

Kekuatan	Kelemahan
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secara administratif mudah</li> <li>• Penanganan medis tidak dipengaruhi oleh keuntungan ekonomi dan sistem ini mendukung kerjasama antar dokter dalam menangani kasus sulit</li> <li>• Memudahkan penyusunan anggaran belanja untuk pelayanan kesehatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tidak mempunyai banyak pengaruh untuk mengarahkan dokter agar memberikan pelayanan yang optimal</li> <li>• Dokter mungkin menjadi kurang berminat untuk menangani pasien</li> <li>• Catatan mengenai praktik masyarakat sering menjadi tidak baik</li> </ul>

Bagi rumah sakit, kompensasi yang diberikan kepada dokter bertujuan untuk :

(1) menarik dokter agar mau bekerja; (2) mempertahankan para dokter yang baik untuk tetap bekerja; (3) meningkatkan keunggulan kompetitif; (4) memotivasi dokter bekerja lebih baik; (5) memenuhi standar legal; (6) mendukung tercapainya tujuan strategis rumah sakit.

Besar kecilnya kompensasi moneter dalam rumah sakit dapat dihubungkan dengan strategi yang ditempuh rumah sakit. Sebagai contoh sebuah rumah sakit yang ingin bergerak pada teknologi tinggi dan kasus yang kompleks, harus mampu memberi kompensasi pada sekelompok dokter sehingga mau dan mampu bekerja dalam sebuah tim. Tanpa *team work* yang baik, maka kasus dan teknologi yang kompleks sulit dikuasai. Kompensasi di sebuah rumah sakit sebenarnya terkait dengan lingkungan luar

dan lingkungan internal. Lingkungan luar yang terkait adalah peraturan perundangan yang menetapkan besarnya kompensasi. Pada karyawan non ahli, misalnya buruh, hal ini diatur oleh peraturan mengenai Upah Minimum Regional (UMR). Akan tetapi untuk tenaga ahli belum ada peraturan UMR. Faktor luar lain yang terkait adalah standarisasi pendapatan yang biasanya ditetapkan oleh *Labour Union* atau Perhimpunan Profesi. Hal inipun ternyata belum ada di Indonesia. Sampai saat ini masih sedikit Perhimpunan Dokter Ahli atau Ikatan Dokter Indonesia (IDI) yang menetapkan mengenai standar kompensasi bagi seorang dokter ahli atau dokter umum. Faktor luar lain yang terkait adalah pasar tenaga.

Kompensasi materi yang diberikan pada seorang profesional diharapkan mampu mengatasi kebutuhan hidup berupa makanan, pakaian, fasilitas transportasi, rekreasi, perumahan, pendidikan anak, jaminan hari tua, pelayanan kesehatan hingga ke cuti.

Berbagai penelitian membuktikan bahwa para dokter tidak puas dengan pendapatan yang diperoleh dari satu rumah sakit. Akibatnya para dokter, terutama dokter spesialis cenderung bekerja tidak hanya di satu rumah sakit. Berdasarkan teori utilitas maka perilaku bekerja dapat dibahas melalui pendekatan *Life-cycle* yang menunjukkan bahwa masa kerja spesialis yang relatif dimulai agak lambat, yaitu dalam usia diatas 35 tahun, berdasarkan usia lulusnya dokter spesialis. Keterlambatan ini bersifat relatif dibandingkan profesi lain, misalnya akuntan yang dapat bekerja sejak usia 23 tahun, dengan diselingi belajar MBA setahun. Sistem pendidikan dan bekerja para dokter membuat usia lulus dokter spesialis menjadi tua, misalnya sekitar 36 tahun. Pada usia ini, seorang dokter spesialis dapat dikatakan memulai hidup baru untuk pekerjaan baru.

Hal ini dapat dirasakan pada keadaan jika seorang dokter spesialis ditempatkan di sebuah tempat baru. Sementara itu, pada usia ini kebutuhan hidup sudah tinggi, termasuk kebutuhan keluarga.

Dalam hal pendapatan, gaji para dokter spesialis pemerintah relatif kecil. Dengan masa pendidikan yang panjang dan masa mulai bekerja sebagai dokter spesialis dalam usia yang cukup tinggi, maka unsur mencari tambahan pendapatan di luar gaji menjadi penting. Para dokter spesialis yang tidak puas dengan gaji pemerintah dan harus menambah kegiatan secara *fee-for-service*. Akan tetapi, disinilah kesulitan mulai timbul yaitu berapakah pendapatan yang diharapkan dari *fee-for service* karena tidak ada informasi mengenai standarisasi pendapatan.

Data mengenai jumlah dokter spesialis di Indonesia mengisyaratkan keadaan yang sangat memprihatinkan. Menurut data dari Depkes (30 Juni 1999), di Indonesia terdapat 1117 rumah sakit pemerintah dan swasta. Di dalam rumah sakit- rumah sakit tersebut bekerja 19.671 dokter terdiri dari 5971 orang dokter umum, residen 4100 orang dan spesialis berjumlah 9600 orang. Penyebaran dokter lebih banyak di Jawa dibanding dengan luar Jawa. Disamping secara geografis tidak merata, rumah sakit swasta ternyata tidak mempunyai spesialis full-timer yang cukup. Data Depkes tahun 2000 menunjukkan hal yang menarik yaitu rumah sakit swasta besar pun kekurangan spesialis yang bekerja penuh waktu. Data jumlah dan penyebaran dokter spesialis di Indonesia ini menunjukkan adanya krisis dalam produksi, pemberian insentif dan penempatan dokter spesialis.

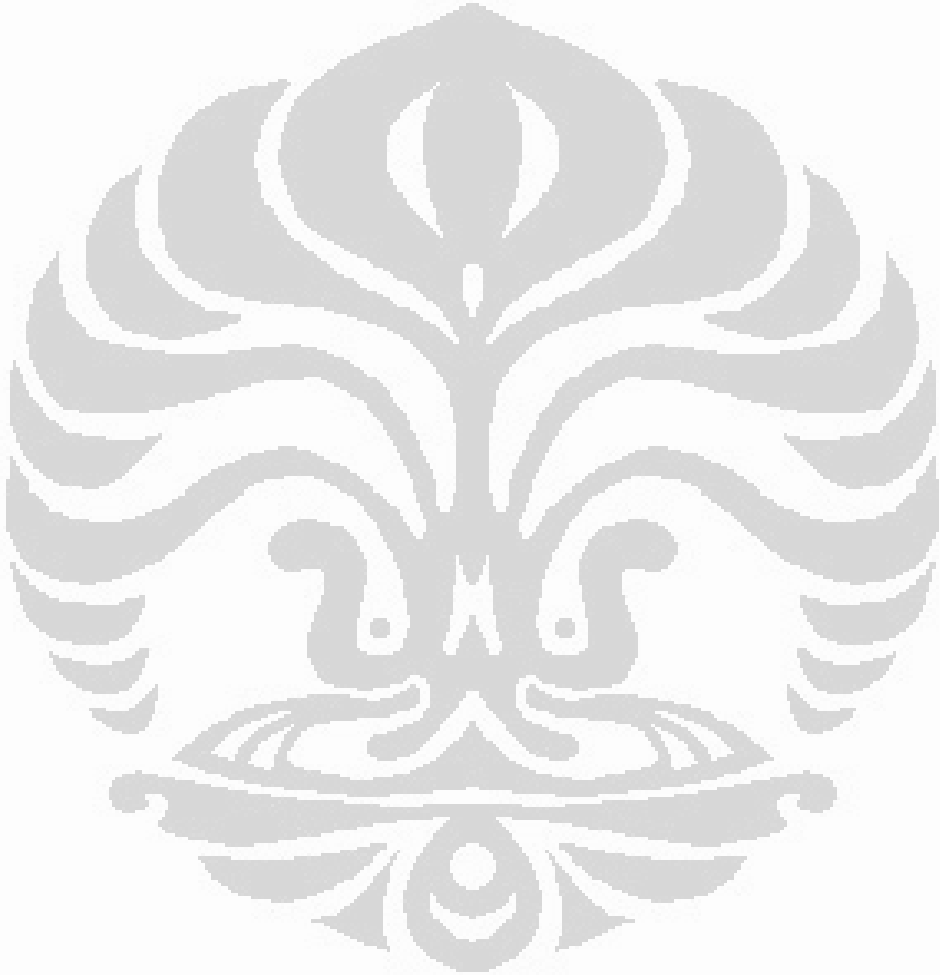
## 2.5 Pengembangan Diri

Setiap individu yang ada dalam organisasi pada umumnya membutuhkan pengembangan diri. Karena pengembangan diri merupakan kebutuhan maka hal itu akan dapat terwujud apabila diminati. Artinya, pengembangan diri akan terbangun apabila ada minat untuk mengembangkannya. Dalam konteks kehidupan organisasi, minat tersebut bisa datang secara internal dari dalam diri individu dan dapat pula atas *good will* dari individu lain sebagai representatif dari otoritas organisasi. Faktor minat menjadi penting karena minat menunjukkan perhatian pada suatu obyek yang dipandang dapat memberikan kesenangan pada diri seseorang. Sebagaimana dinyatakan Sugiarto Puradisastra bahwa minat adalah perasaan menyenangkan atau menyukai karena merasa selaras atau cocok dengan kesan yang diperoleh saat itu dan sebelumnya (Puradisastra, 1992). Ini berarti bahwa minat terbangun atas rasa senang individu terhadap obyek tertentu, termasuk pengembangan dirinya.

Pandangan yang sama juga dikemukakan oleh Slamet yang menyatakan bahwa minat adalah suatu rasa lebih suka dan rasa keterkaitan pada suatu hal aktivitas tanpa ada yang menyuruhnya (Slameto, 1993). Istilah lebih suka berarti lebih menyukai sesuatu dari yang lain, sedangkan istilah tanpa ada yang menyuruh berarti seseorang melakukan atas keinginan sendiri.

Dari uraian di atas dapat dikatakan bahwa pengembangan diri adalah suatu keadaan yang mencerminkan perhatian disertai keinginan untuk mengembangkan potensi dirinya. Menurut Soetjipto dan Kosasi (1999), peningkatan atau pengembangan potensi diri dapat dilakukan dengan cara formal melalui kegiatan mengikuti penataran,

lokakarya, seminar, atau kegiatan ilmiah lainnya. Sedangkan cara informal dapat dilakukan melalui media massa: televisi, radio, koran, dan majalah maupun publikasi lainnya.



## BAB III

### GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT PGI CIKNI

#### 3.1 Sejarah

Cikal bakal RS PGI Cikini lahir ketika pada tanggal 15 Maret 1895 Dr. C.de.Graaf dan Ny. C.de.Graaf – Kooman mendirikan "*Vereniging Voor Ziekenplegingin Indie*" atau Perkumpulan Orang Sakit di Indonesia. Kemudian dibuka Balai Pengobatan di Gang Pool (dekat istana negara) pada 1 September 1895, sebagai wadah pelayanan kesehatan. Ketika perkumpulan ini membeli istana pelukis Raden Saleh pada Juni 1897, maka kegiatan dialihkan ke gedung ini. Dan pada tanggal 12 Januari 1898, pelayanan ditingkatkan menjadi rumah sakit dan diresmikan sebagai Rumah Diakones yang pertama di Indonesia, dengan nama "*Koningin Emma Ziekenhuis Tjikini*".

Pada waktu pendudukan Jepang (1942-1945), Rumah Sakit Tjikini dijadikan rumah sakit untuk angkatan laut Jepang (Kaigun). Mulai tahun 1945 pengelolaan rumah sakit dilakukan oleh Dienst Voor Volks Gezonheid (DVG), yang sekarang adalah Departemen Kesehatan. Dan sejak 1948 diserahkan kepada Yayasan Kesehatan Kristen. Sebelum rumah sakit ini diserahkan kepada Dewan Gereja-gereja Di Indonesia (DGI), pada tanggal 11 Desember 1957, rumah sakit ini dipimpin oleh seorang dokter Indonesia yang senior yaitu Dr. H. Sinaga. DGI mengelola rumah sakit dengan membentuk Yayasan RS DGI "Tjikini"

DGI yang dibentuk pada tanggal 25 Mei 1950 oleh 29 Gereja merupakan Badan Persekutuan Oikumene dari Gereja-gereja di Indonesia. Dengan perubahan nama DGI menjadi PGI (Persekutuan Gereja-gereja di Indonesia) yang diputuskan pada Sidang Raya X pada bulan Oktober 1984 di Ambon, serta diversifikasi kegiatan pelayanan yayasan, maka disahkanlah anggaran dasar baru yayasan pada tanggal 31 Maret 1989. Nama yayasan berubah menjadi Yayasan Kesehatan Persekutuan Gereja-gereja di Indonesia Cikini, yang disingkat Yayasan Kesehatan PGI Cikini. Yayasan ini beserta seluruh kekayaannya adalah milik PGI. Pengurus yayasan diangkat dan diberhentikan oleh PGI serta bertanggungjawab atas tindakannya kepada PGI.

### **3.2 Falsafah, Visi dan Misi Organisasi**

Falsafah RS PGI Cikini adalah pelayanan kesehatan sebagai jawaban dan kesaksian iman. Visi RS PGI Cikini adalah pelayanan kesehatan holistik dengan sentuhan kasih. Sedangkan misinya adalah memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien/masyarakat/pelanggan, yang dilaksanakan berasaskan kemanusiaan berdasarkan keTuhanan Yang Maha Esa sebagai wujud jawaban dan kesaksian iman, dalam upaya pembangunan dan peningkatan derajat kesehatan yang optimal. Motto dari RS PGI Cikini adalah "Sedare Dolorem Opus Divinum Est" yang artinya meringankan penderitaan adalah pekerjaan Ilahi.

### 3.3 Struktur Organisasi

Unsur Organisasi RS PGI Cikini terdiri dari :

#### a. Direksi

Di bawah Direksi Ketua terdapat 3 Direktorat yaitu :

##### 1. Direktorat Medik yang membawahi :

- Bidang Perawatan, terdiri dari bidang pelayanan, ketenagaan, pengembangan, dan administrasi/sarana
- Instalasi Rawat Jalan
- Instalasi Gawat Darurat
- Instalasi Rawat Inap
- Instalasi Rawat Intensif
- Instalasi Bedah
- Instalasi Ginjal

##### 2. Direktorat Penunjang Medik yang membawahi :

- Instalasi Farmasi
- Instalasi Laboratorium Kesehatan
- Instalasi Radiologi
- Instalasi Gizi

##### 3. Direktorat Umum yang membawahi :

- Bidang Personalia
- Bidang Keuangan
- Bidang Penunjang Umum



b. Sekretariat terdiri dari :

- Sub Bidang Tata Usaha
- Sub Bidang Rekam Medik
- Sub Bidang Asrama
- Sub Bidang PDE
- Sub Bidang Humas
- Sub Bidang Pemasaran

### 3.4 Jenis Pelayanan

Jenis pelayanan yang dilakukan di RS PGI Cikini adalah sebagai berikut:

#### PELAYANAN MEDIS

1. Medical Check Up
2. Dokter Umum
3. Dokter Gigi
4. Dokter Spesialis/Sub-Spesialis
  - Anak
  - Bedah
  - Kebidanan dan Kandungan
  - Penyakit Dalam
  - Syaraf
  - THT
  - Mata

- Paru
- Kulit dan Kelamin
- Jantung
- Bedah Tulang
- Bedah Syaraf
- Bedah Thorax
- Alergi
- Rehabilitasi Medik
- Psikiatri
- Penyakit Dalam Ginjal Hipertensi
- Gizi
- Endokrin

#### PELAYANAN PENUNJANG

- Laboratorium Patologi Klinik
- Laboratorium Patologi Anatomi
- X-Ray (Mammografi, Radiografi)
- CT scan
- MRI
- USG
- USG Doppler
- Endoscopi

- ESWL
- Angiografi
- Bedah Laser
- Hemodialisa
- ECG
- Echocardiografi
- EEG
- TUR dan Laser Prostat
- Laparoscopi
- Farmasi

#### FASILITAS

- UGD 24 jam
- Ambulance
- Rawat Inap
- Rawat Jalan
- Balai Kesehatan Ibu dan Anak (BKIA)
- ICU/ICCU
- HCU
- Kamar Bedah
- Kamar Bersalin
- ODC (One Day Care)

### 3.5 Ketenagaan

Jumlah ketenagaan di RS PGI Cikini dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3.1  
Jumlah ketenagaan di RS PGI Cikini

No	URAIAN	JUMLAH (orang)
1	MEDIK	
	Dokter Umum	18
	Dokter Umum dengan gelar:	
	• MM	3
	• MARS	1
	• M.Kes	1
	Dokter Gigi	2
	Dokter Spesialis :	
	• Penyakit Dalam	7
	• Kebidanan	3
	• Rehabilitasi Medik	2
	• Syaraf	5
	• Anak	3
	• Bedah	3
	• Bedah Urologi	2
	• Anestesi	3
• Radiologi	2	
• Mata	1	
• THT	1	
	<b>Jumlah</b>	<b>57</b>

No	URAIAN	JUMLAH (orang)
2	KEPERAWATAN	
	• SPK/PKC/SPG	111
	• Bidan	5
	• D3 Bidan	9

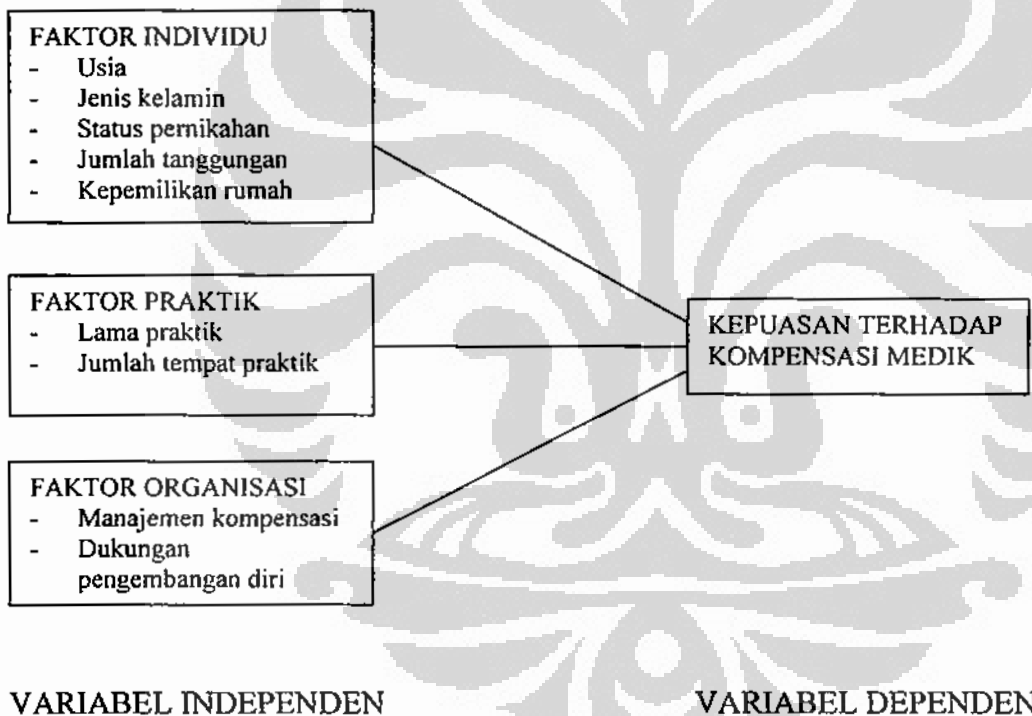
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• D3 Keperawatan</li> <li>• S1 Keperawatan</li> <li>• S2 Keperawatan</li> </ul>	301 9 1
	<b>Jumlah</b>	<b>436</b>
3	KEFARMASIAN <ul style="list-style-type: none"> <li>• SAA</li> <li>• D3</li> <li>• S1</li> <li>• S2</li> </ul>	23 3 1 1
	<b>Jumlah</b>	<b>28</b>
4	KESEHATAN MASYARAKAT (SKM)	4
5	GIZI <ul style="list-style-type: none"> <li>• SMK</li> <li>• D3</li> <li>• D4</li> </ul>	46 5 1
	<b>Jumlah</b>	<b>52</b>
6	KETERAPIAN FISIK	6
7	KETEKNISAN MEDIS <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiologi</li> <li>• Elektro Medis</li> <li>• Rekam Medis</li> <li>• Laboratorium</li> </ul>	6 2 1 25
	<b>Jumlah</b>	<b>34</b>
8	NON KESEHATAN	356
	<b>JUMLAH TOTAL</b>	<b>973</b>

## BAB IV

### KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

#### 4.1 Kerangka Konsep

Dari pembahasan di atas maka dapat dibuat suatu kerangka konsep untuk penelitian ini sebagai berikut :



## 4.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis yang akan diuji dalam penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Terdapat hubungan antara faktor individu dokter yang meliputi usia, jumlah tanggungan, jenis kelamin, status pernikahan dan status kepemilikan rumah dengan kepuasan dokter spesialis RS PGI Cikini terhadap kompensasi.
2. Terdapat hubungan antara faktor praktik dokter yang meliputi aspek lama berpraktik dan jumlah tempat praktik dengan tingkat kepuasan dokter spesialis RS PGI Cikini terhadap kompensasi.
3. Terdapat hubungan antara faktor organisasi yang meliputi aspek manajemen kompensasi dan dukungan pengembangan diri dengan tingkat kepuasan dokter spesialis RS PGI Cikini terhadap kompensasi.

## 4.3 Definisi Operasional

Untuk memperjelas setiap variabel penelitian, maka perlu didefinisikan secara operasional sebagai berikut:

### 4.4.1 Faktor individu

Faktor individu adalah karakteristik pribadi yang ada dalam diri dokter yang meliputi aspek:

1. Usia, yaitu selisih tahun kelahiran responden dengan tahun penelitian.
2. Jumlah tanggungan, adalah jumlah orang yang biaya hidupnya ditanggung oleh responden

3. Jenis kelamin, yakni ciri yang membedakan antara responden laki-laki dengan perempuan
4. Status pernikahan, ialah keadaan yang menandakan apakah responden telah menikah atau belum
5. Kepemilikan rumah, yaitu status rumah yang didiami responden, apakah milik sendiri, atau kontrak

#### 4.4.2 Faktor praktik

Faktor praktik adalah aspek-aspek yang terkait dengan praktik yang dilakukan oleh dokter mencakup aspek:

1. Lama praktik, yaitu waktu yang menunjukkan lamanya responden melakukan tugas praktiknya dari awal sampai saat pengambilan kuesioner.
2. Jumlah tempat praktik, adalah banyak tempat praktik yang masih aktif dilakukan oleh dokter sampai saat pengambilan kuesioner.

#### 4.4.3 Faktor organisasi

Faktor organisasi adalah aspek-aspek yang berkenaan dengan pengaturan kompensasi dalam organisasi yang meliputi:

1. Manajemen kompensasi, yaitu tata kelola yang dilakukan oleh pihak manajemen rumah sakit dalam merumuskan kebijakan kompensasi medik.
2. Dukungan pengembangan diri, yakni dukungan yang diberikan oleh pihak manajemen rumah sakit terhadap dokter baik secara materil maupun immateril untuk meningkatkan kemampuan dokter dan pengembangan karirnya.



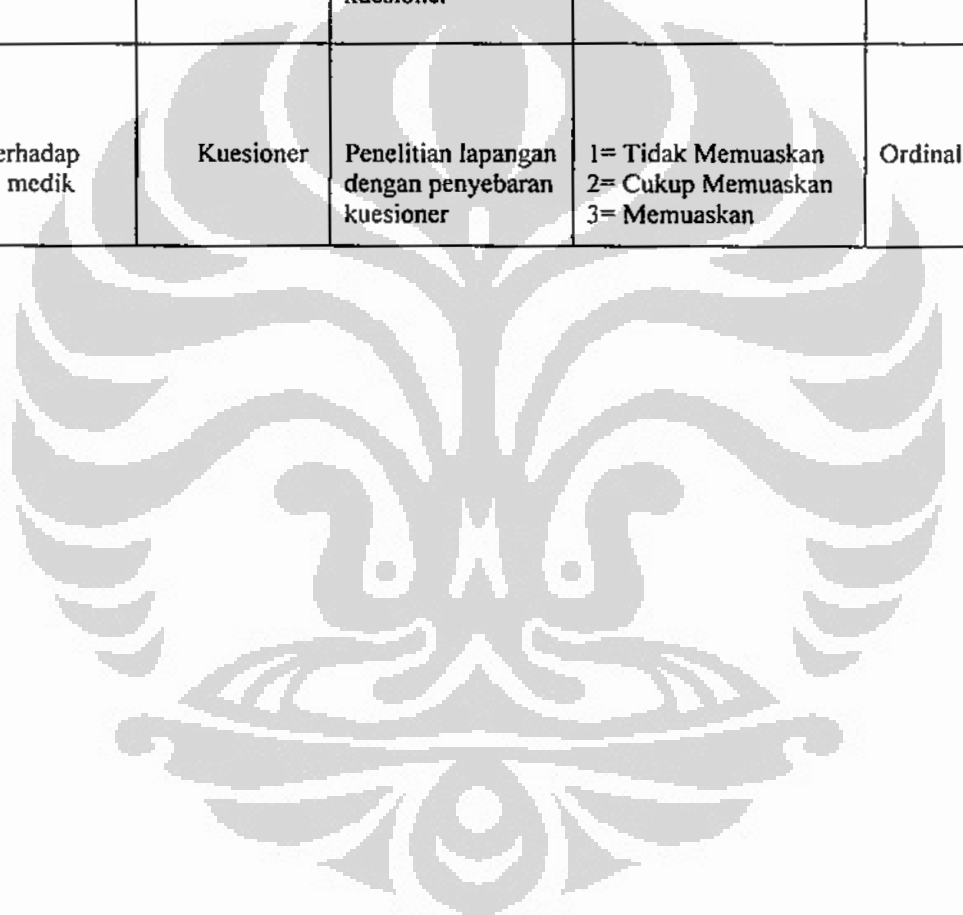
#### 4.4.4 Kepuasan terhadap kompensasi medik

Kepuasan terhadap kompensasi medik adalah kondisi emosional yang menyenangkan atau tidak menyenangkan terkait dengan kompensasi yang diterima sebagai imbal hasil kerja yang dilihat berdasarkan faktor gaji, insentif dan tunjangan.

Tabel 4.1  
Operasionalisasi Variabel

Variabel	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
<b><u>V. Bebas</u></b>				
1. Faktor individu:				
a. Usia	Kuesioner	Telaah dokumen	1= ≤ 50 tahun 2= > 50 tahun	Nominal
b. Jumlah tanggungan	Kuesioner	Telaah dokumen	1= ≤ 2 orang 2= > 2 orang	Nominal
c. Jenis Kelamin	Kuesioner	Telaah dokumen	1= Laki-laki 2= Perempuan	Nominal
d. Status pernikahan	Kuesioner	Telaah dokumen	1= Menikah 2= Belum menikah	Nominal
e. Kepemilikan rumah	Kuesioner	Telaah dokumen	1= Milik sendiri 2= Kontrak/sewa	Nominal
2. Faktor praktik:				
a. Lama praktik	Kuesioner	Telaah dokumen	1= ≤ 5 tahun 2= > 5 tahun	Nominal
b. Jumlah tempat praktik	Kuesioner	Telaah dokumen	1= ≤ 2 tempat 2= > 2 tempat	Nominal

<p>3. Faktor organisasi:</p> <p>a. Manajemen kompensasi</p> <p>b. Dukungan pengembangan diri</p>	<p>Kuesioner</p> <p>Kuesioner</p>	<p>Penelitian lapangan dengan penyebaran kuesioner</p> <p>Penelitian lapangan dengan penyebaran kuesioner</p>	<p>1= Tidak Memuaskan 2= Cukup Memuaskan 3= Memuaskan</p> <p>1= Tidak Memuaskan 2= Cukup Memuaskan 3= Memuaskan</p>	<p>Ordinal</p>
<p><b><u>V. Terikat</u></b></p> <p>Kepuasan terhadap kompensasi medik</p>	<p>Kuesioner</p>	<p>Penelitian lapangan dengan penyebaran kuesioner</p>	<p>1= Tidak Memuaskan 2= Cukup Memuaskan 3= Memuaskan</p>	<p>Ordinal</p>



## **BAB V**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **5.1 Rancangan Penelitian**

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan metode survei. Menurut Kerlinger & Lee (2000), penelitian survei adalah penelitian yang digunakan pada populasi besar maupun kecil, tetapi data yang dipelajari adalah data dari sampel yang diambil dari populasi tersebut, sehingga ditemukan kejadian-kejadian relatif, distribusi dan hubungan-hubungan antar variabel yang diteliti. Dengan kondisi demikian, maka penelitian ini menggunakan desain korelasional. Desain ini digunakan untuk mengetahui hubungan antara faktor-faktor individu, organisasi dan praktik dengan kepuasan dokter terhadap kompensasi.

#### **5.2 Tempat dan waktu penelitian**

Penelitian dilakukan di RS PGI CIKINI Jakarta sejak awal bulan Februari 2008 sampai dengan akhir bulan April 2008.

#### **5.3 Populasi dan Sampel**

Populasi penelitian adalah semua dokter spesialis yang bekerja di RS PGI Cikini yang berjumlah 32 dokter. Dalam menetapkan jumlah sampel, dalam penelitian ini didasarkan pada pendapat Arikunto (2006) yang menyatakan bahwa apabila subjeknya kurang dari 100 lebih baik diambil semuanya, sehingga penelitiannya merupakan

penelitian populasi. Selanjutnya jika subjeknya besar dapat diambil 10-15% atau 20-25% tergantung setidaknya pada: (1) kemampuan peneliti dari segi waktu, (2) sempit-luasnya pengamatan-pengamatan dari segi objek, dan (3) besar-kecilnya risiko yang ditanggung oleh peneliti. Karena dalam penelitian ini populasinya kurang dari 100, maka anggota populasi dijadikan sampel penelitian, sehingga teknik pengambilan sampelnya dengan sensus (Arikunto, 2006: 132).

#### **5.4 Teknik Pengambilan Data**

Instrumen yang digunakan untuk mengumpulkan data primer dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner dipilih sebagai instrumen penelitian, karena subyek (responden) adalah orang yang mengetahui dirinya sendiri, apa yang dinyatakan oleh subyek kepada peneliti adalah benar dan dapat dipercaya, dan interpretasi subyek tentang pertanyaan/pernyataan yang diajukan kepada subyek adalah sama dengan apa yang dimaksud oleh peneliti (Hadi, 2002). Dengan kondisi seperti itu, maka kuesioner dapat diandalkan untuk memperoleh data penelitian.

Sebelum digunakan untuk penelitian, kuesioner terlebih dahulu diuji validitas dan reliabilitasnya. Validitas terkait dengan sejauh mana ketepatan dan kecermatan alat ukur dalam melakukan fungsi ukurnya (Azwar, 2003: 24). Pada penelitian ini pengukuran validitas menggunakan perhitungan Korelasi Product Moment Pearson dengan menggunakan bantuan komputer, yaitu program SPSS Versi 14. Sementara untuk mengukur reliabilitas instrumen penelitian digunakan rumus Alpha Cronbach (Saifuddin

Azwar, 2003 : 43). Perhitungan Alpha Cronbach juga dilakukan dengan menggunakan bantuan komputer, yaitu program SPSS Versi 14.

### **5.5 Rencana Pengolahan Data**

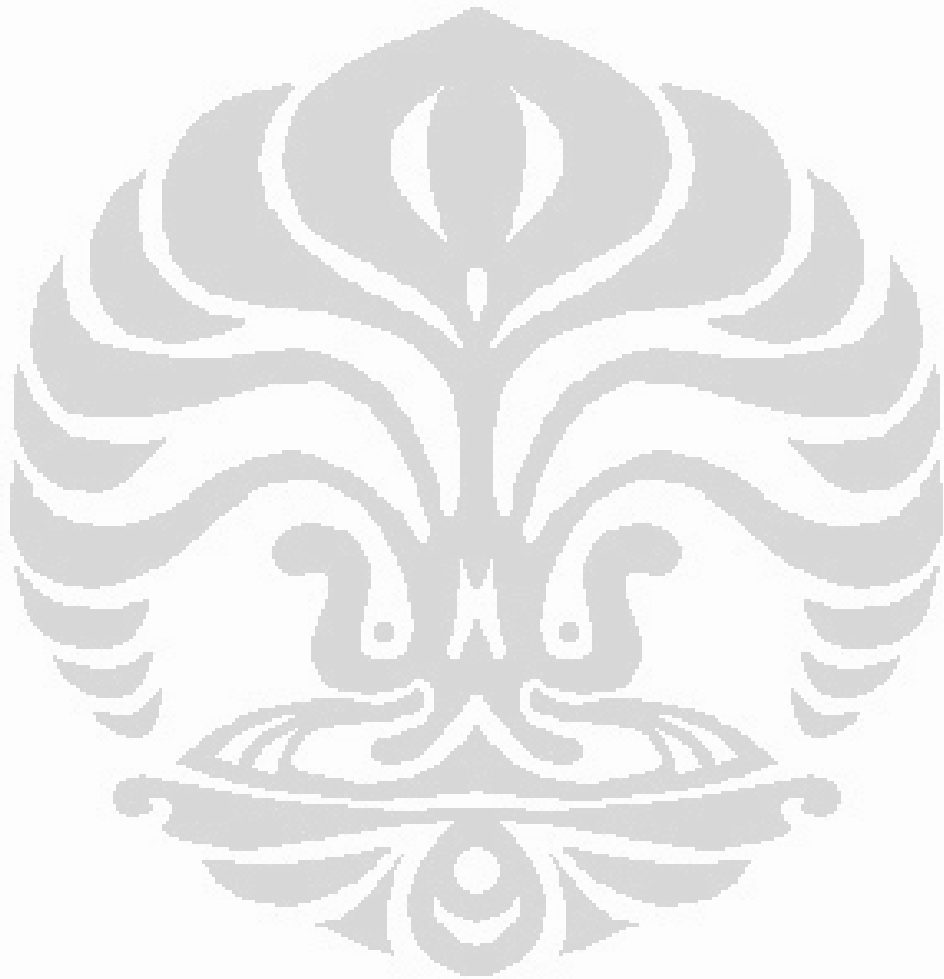
Setelah melalui proses editing dan koding, data penelitian direkam dalam cakram magnetik untuk dilakukan proses pembersihan data secara elektronik. Data yang telah teruji keabsahannya akan diolah dengan teknik-teknik sebagai berikut:

1. Distribusi frekuensi; dilakukan dengan menyajikan data dalam bentuk persentase dalam sebuah tabel untuk memperoleh gambaran dari data yang disajikan.
2. Statistitik Chi-Square; digunakan untuk menguji hubungan antara dua variabel memiliki data jenis nominal. Statistik ini untuk menguji hubungan antara faktor individu dan faktor praktik dengan kepuasan terhadap kompensasi medik.
3. Korelasi Rank Spearman's; Statistik digunakan untuk menguji hubungan dengan data yang berbentuk ordinal. Dalam hal ini digunakan untuk menguji hubungan antara faktor organisasi dengan kepuasan terhadap kompensasi medik.

### **5.6 Rencana Penyajian Data**

Penyajian data dalam penelitian ini antara lain dilakukan dalam bentuk tabel dan gambar. Tabel berisi data hasil penelitian yang dibuat sesuai dengan keperluan analisis, sehingga mempermudah dalam proses analisis data. Penyajian dalam bentuk gambar dilakukan dengan menggunakan grafik, sehingga secara visual mudah dilihat dan dibaca

maknanya. Setiap tabel dan gambar diberikan analisis secara deskriptif untuk diperoleh kesimpulannya.



## BAB VI

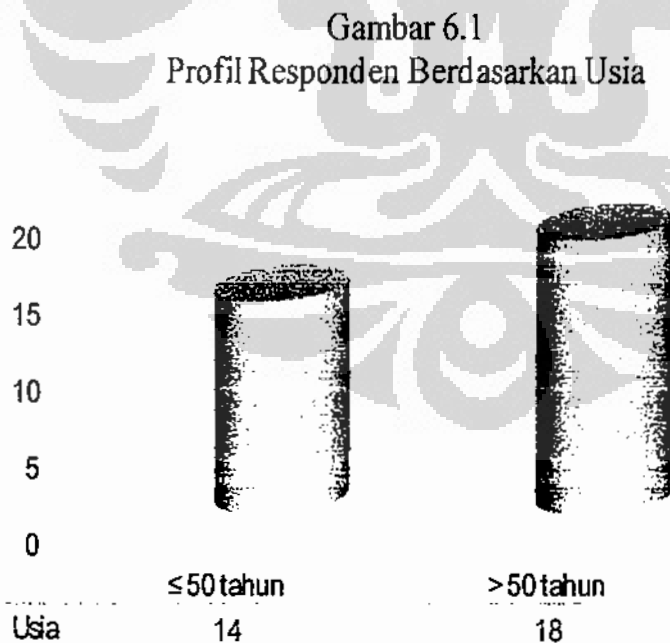
### HASIL PENELITIAN

#### 6.1 Profil Responden

Pada sub bab ini dibahas profil responden yang meliputi usia, jumlah tanggungan, jenis kelamin, status perkawinan, kepemilikan rumah, lama praktik dan jumlah tempat praktik.

##### 6.1.1 Profil Responden Berdasarkan Usia

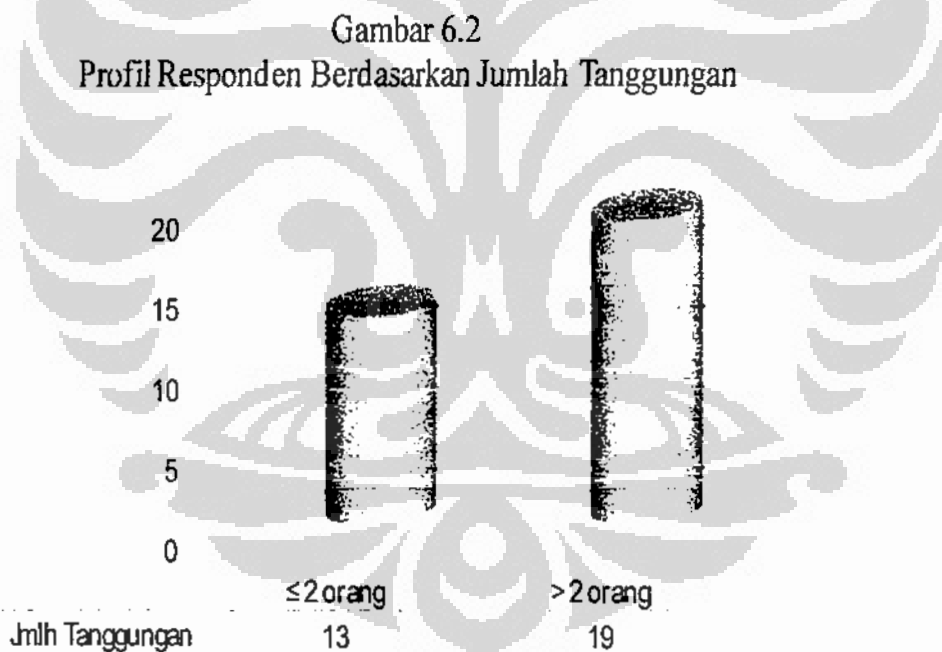
Dilihat dari tingkat usianya, distribusi frekuensi responden penelitian ini dapat dilihat pada gambar berikut.



Dilihat dari tingkat usianya, sebagian besar responden penelitian ini berusia > 50 tahun, yaitu 18 responden atau 56,3%, sedangkan yang berusia ≤ 50 tahun sebanyak 14 responden atau 53,7%

### 6.1.2 Profil Responden Berdasarkan Jumlah Tanggungan

Berdasarkan jenis kelaminnya, distribusi frekuensi responden dapat dilihat pada Gambar 6.2 berikut:

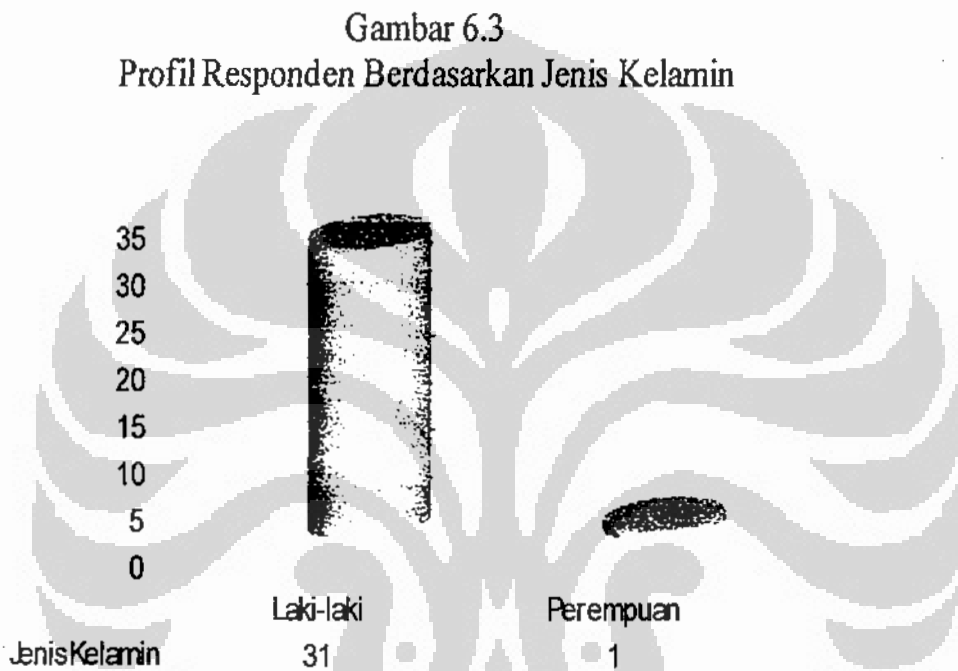


Dilihat berdasarkan jumlah tanggungannya, sebagian besar responden penelitian ini memiliki tanggungan > 2 orang, yaitu 19 responden atau 59,4%, sedangkan yang memiliki tanggungan ≤ 2 sebanyak 13 responden atau 40,6%.



### 6.1.3 Profil Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Berdasarkan jenis kelaminnya, distribusi frekuensi responden dapat dilihat pada Gambar 6.3 berikut:

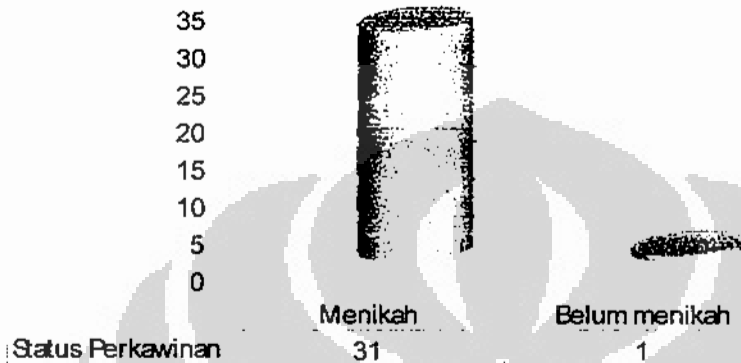


Terlihat dari grafik di atas, bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini adalah laki-laki, yaitu 31 orang atau 96,9%, sedangkan responden yang berjenis kelamin perempuan hanya 1 responden atau 3,1%.

### 6.1.4 Profil Responden Berdasarkan Status Perkawinan

Dilihat dari status perkawinan, distribusi frekuensi responden yang dijadikan sampel penelitian dapat dilihat pada gambar 6.4 berikut.

Gambar 6.4  
Profil Responden Berdasarkan Status Perkawinan

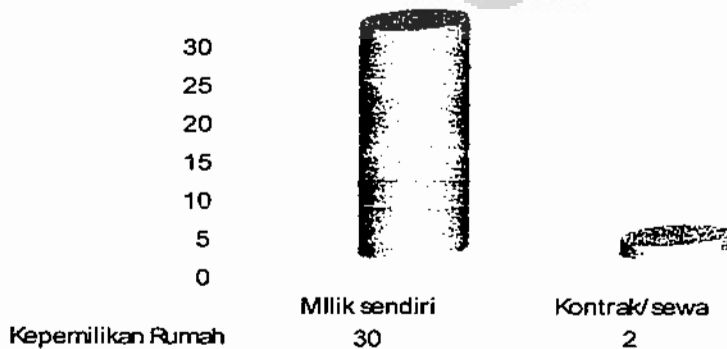


Mayoritas responden dalam penelitian ini, yaitu 31 orang atau 96,9% sudah menikah, sedangkan responden yang memiliki status belum menikah hanya 1 responden atau 3,1%.

### 6.1.5 Profil Responden Berdasarkan Kepemilikan Rumah

Kondisi data responden berdasarkan status kepemilikan rumah terlihat pada Gambar 6.5.

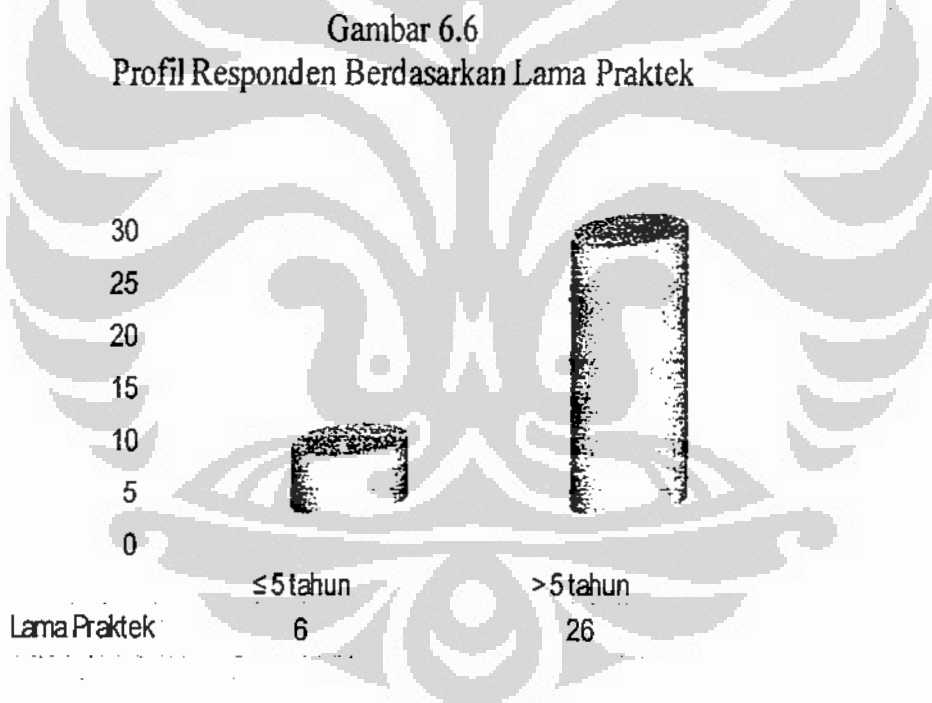
Gambar 6.5  
Profil Responden Berdasarkan Kepemilikan Rumah



Untuk status kepemilikan rumah, responden penelitian ini mayoritas sudah memiliki rumah sendiri, yaitu 30 orang 93,8%, sedangkan yang masih menyewa atau mengontrak rumah 2 responden atau 6,2%.

### 6.1.6 Profil Responden Berdasarkan Lama Praktik

Berdasarkan lamanya praktik, distribusi frekuensi responden tampak pada gambar berikut.

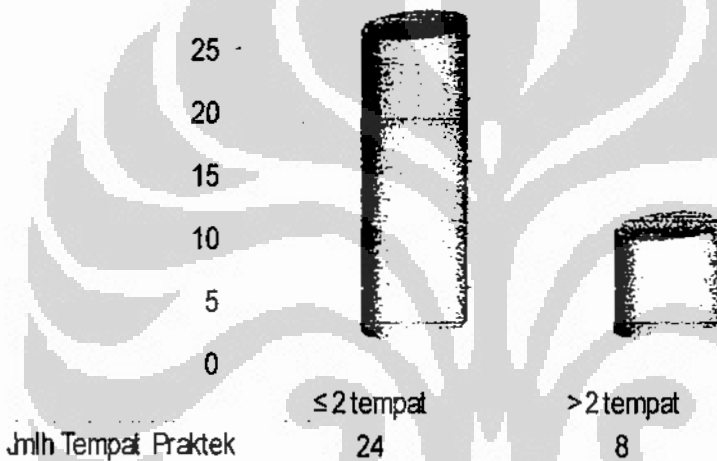


Sebagian besar dari responden (26 orang atau 81,3%) yang dilibatkan dalam penelitian ini memiliki lama praktik >5 tahun. Sementara itu, responden yang telah melakukan praktik selama ≤ 5 tahun sebanyak 6 orang atau 18,7%.

### 6.1.7 Profil Responden Berdasarkan Jumlah Tempat Praktik

Berdasarkan jumlah tempat praktik, distribusi frekuensi responden tampak pada tabel berikut.

Gambar 6.7  
Profil Responden Berdasarkan Jumlah Tempat Praktek



Sebagian besar dari responden (24 orang atau 75%) yang dilibatkan dalam penelitian ini hanya memiliki  $\leq 2$  tempat praktik, sedangkan responden yang memiliki  $> 2$  tempat praktik sebanyak 8 orang atau 25%.

### 6.2 Hasil Ujicoba Instrumen

Untuk memperoleh data penelitian yang sah, kuesioner yang digunakan untuk mengumpulkan data penelitian diuji validitas dan reliabilitasnya. Uji validitas bertujuan untuk mengetahui sejauh mana ketepatan dan kecermatan alat ukur dalam melakukan fungsi ukurnya. Karena data yang diperoleh dari penyebaran kuesioner yang didesain

dengan skala Likert adalah data ordinal, maka uji validitas menggunakan rumus Korelasi Spearman Rho, sedangkan untuk pengujian reliabilitas menggunakan rumus Spearman Brown. Reliabilitas digunakan untuk melihat sejauh mana alat ukur dapat memberikan hasil yang relatif tidak berbeda bila dilakukan pengukuran kembali terhadap gejala yang sama pada saat yang berbeda. Dalam penelitian ini variabel yang pengumpulan datanya menggunakan kuesioner adalah variabel faktor organisasi dan kepuasan terhadap kompensasi medik, sehingga hanya dua variabel tersebut yang perlu diuji validitas dan reliabilitasnya. Sementara untuk variabel faktor individu dan faktor praktik adalah data sekunder dan bukan berupa instrumen kuesioner, sehingga tidak perlu dilakukan ujicoba.

Tabel 6.1

*Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Butir Faktor Organisasi*

No. Butir	r hitung	r tabel ( $\alpha = 0,05$ )	Keterangan
1	0,743	0,349	Valid
2	0,878	0,349	Valid
Koefisien Spearman Brown	0,576		Reliabilitas sedang

Dari hasil perhitungan di atas, terlihat untuk item faktor organisasi, yang terdiri dari dua item, pernyataan keduanya adalah valid, karena nilai r hitung yang diperoleh lebih besar dari r tabelnya (0,349). Sementara untuk uji reliabilitas diperoleh koefisien Spearman Brown sebesar 0,576. Nilai koefisien reliabilitas yang diperoleh cukup, sehingga menunjukkan reliabilitas sedang.

Tabel 6.2

**Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Butir Kepuasan  
terhadap Kompensasi Medik**

No. Butir	r hitung	r tabel ( $\alpha = 0,05$ )	Keterangan
1	0,623	0,349	Valid
2	0,563	0,349	Valid
3	0,567	0,349	Valid
4	0,549	0,349	Valid
5	0,685	0,349	Valid
6	0,588	0,349	Valid
7	0,650	0,349	Valid
8	0,758	0,349	Valid
9	0,515	0,349	Valid
10	0,562	0,349	Valid
11	0,692	0,349	Valid
12	0,669	0,349	Valid
Koefisien Spearman Brown	0,797		Reliabilitas tinggi

Untuk variabel kepuasan terhadap kompensasi medik, dari 12 butir pernyataan diketahui semua butir adalah valid. Sementara untuk uji reliabilitas diperoleh koefisien reliabilitas sebesar 0,797. Nilai koefisien reliabilitas yang diperoleh cukup besar, sehingga dapat disimpulkan bahwa instrumen kepuasan terhadap kompensasi medik memiliki reliabilitas yang tinggi.

### 6.3 Analisis Deskriptif Variabel Penelitian

Berikut ini dilakukan analisis deskriptif untuk data yang pengumpulan datanya dengan menggunakan kuesioner, yaitu untuk faktor organisasi dan kepuasan terhadap kompensasi medik. Analisis deskriptif ini diperlukan untuk mengetahui tanggapan responden atas kuesioner yang telah diberikan.

#### 6.3.1 Analisis Deskriptif Variabel Organisasi

Sebagai gambaran untuk mengetahui persepsi responden terhadap faktor organisasi, berikut ini disajikan rekapitulasi hasil jawaban responden untuk masing-masing butir pernyataan yang diperoleh dari hasil penyebaran kuesioner.

Tabel 6.3  
Rekapitulasi Hasil Jawaban Responden Faktor Organisasi

No	Butir Pernyataan	M		CM		TM	
		f	%	f	%	f	%
1	Pola manajemen kompensasi medik yang diterapkan RS PGI	2	6,3	26	81,2	4	12,5
2	Dukungan manajemen RS PGI terhadap pengembangan diri para dokter	4	12,5	23	71,9	5	15,6

Berdasarkan hasil rekapitulasi jawaban responden di atas, terlihat untuk aspek manajemen kompensasi secara umum responden menyatakan cukup memuaskan (81,2%) yang diikuti dengan tidak memuaskan (12,5%) dan memuaskan (6,3%). Hasil ini menunjukkan bahwa secara umum dokter merasa cukup puas dengan pola manajemen kompensasi yang diterapkan dalam organisasi.

Tabel 6.4

Rekapitulasi Hasil Jawaban Responden Mengenai Kepuasan terhadap Kompensasi Medik

No	Butir Pernyataan	M		CM		TM	
		f	%	f	%	f	%
1	Jumlah gaji yang diberikan RS PGI memuaskan.	0	0,0	20	62,5	12	37,5
2	Kontribusi gaji yang diberikan RS PGI terhadap kehidupan keluarga.	0	0,0	15	46,9	17	53,1
3	Gaji yang diberikan RS PGI memuaskan Bapak/Ibu sebagai motivator kerja.	2	6,2	11	34,4	19	59,4
4	Kenaikan gaji berkala yang diberikan RS PGI.	2	6,2	16	50,0	14	43,8
5	Insentif yang diberikan RS PGI.	2	6,2	22	68,8	8	25,0
6	Kontribusi insentif yang diberikan RS PGI terhadap kehidupan keluarga.	1	3,0	20	62,5	11	34,4
7	Insentif yang diberikan RS PGI memuaskan dalam menunjang kinerja.	2	6,2	20	62,5	10	31,3
8	Kenaikan insentif yang diberikan RS PGI.	2	6,2	19	59,4	11	34,4
9	Tunjangan yang diberikan RS PGI.	0	0,0	25	78,1	7	21,9
10	Tunjangan yang diberikan RS PGI memuaskan keluarga.	0	0,0	16	50,0	16	50,0
11	Tunjangan yang diberikan RS PGI dalam menunjang kinerja terbaik.	1	3,1	23	71,9	8	25,0
12	Kenaikan tunjangan secara berkala yang diberikan RS PGI.	1	3,1	21	65,6	10	31,3



Pada butir pertama terlihat bahwa sebagian besar responden (62,5%) menjawab cukup memuaskan, dan diikuti jawaban tidak memuaskan (37,5%). Dari hasil tersebut terlihat sebagian besar responden menjawab cukup memuaskan, sehingga memperlihatkan bahwa secara umum responden merasa cukup puas dengan gaji yang diterimanya. Namun demikian, responden yang menjawab tidak memuaskan cukup banyak, sehingga memperlihatkan pula bahwa masih cukup banyak pula responden yang merasa tidak puas dengan gaji yang diterima.

Kedua, yaitu mengenai kontribusi gaji terhadap kehidupan keluarga. Dari jawaban responden diketahui mayoritas jawabannya adalah 53,1% menjawab tidak memuaskan, dan diikuti dengan jawaban cukup memuaskan (46,9%). Hal ini memperlihatkan bahwa sebagian besar responden merasa tidak puas dengan kontribusi gaji yang diberikan untuk keluarganya. Walaupun demikian, cukup banyak pula responden yang mempersepsikan cukup memuaskan.

Ketiga, yaitu mengenai persepsi gaji apakah bisa menjadi motivator dalam bekerja. Hasil jawaban responden yang diperoleh adalah 6,2% menjawab memuaskan, 34,4% menjawab cukup memuaskan dan 59,4% menjawab tidak memuaskan. Dari hasil jawaban tersebut terlihat sebagian besar responden menyatakan tidak memuaskan, sehingga menunjukkan bahwa umumnya responden tidak mempersepsikan bahwa gajinya dapat menjadi motivator dalam bekerja. Meskipun demikian, cukup banyak pula responden yang mempersepsikan bahwa gaji yang diterima cukup dapat menjadi motivator dalam bekerja.

Keempat, kenaikan gaji berkala. Hasil jawaban yang diperoleh adalah 6,2% menyatakan memuaskan, 50% cukup memuaskan dan 43,8% menjawab tidak memuaskan. Dari jawaban terselihat bahwa kebanyakan responden merasa cukup puas dengan kenaikan gaji secara berkala. Tetapi masih banyak pula responden yang menilai tidak memuaskan kenaikan gaji secara berkala yang diterimanya.

Kelima, insentif yang diberikan rumah sakit. Hasil jawaban responden adalah 6,2% menjawab memuaskan, 68,8% menjawab cukup memuaskan dan 25% menjawab tidak memuaskan. Hasil ini memberikan informasi bahwa kebanyakan dari responden merasa cukup puas dengan insentif yang diterimanya dari rumah sakit. Meskipun kebanyakan cukup puas, namun responden yang merasa tidak puas juga cukup banyak.

Keenam, kontribusi insentif terhadap kehidupan keluarga. Untuk item ini jawaban yang diperoleh yaitu 3,1% menjawab memuaskan, 62,5% menjawab cukup memuaskan dan 34,4% menjawab tidak memuaskan. Hasil jawaban tersebut memperlihatkan bahwa secara umum responden merasa cukup puas dengan kontribusi insentif bagi kehidupan keluarga.

Ketujuh, insentif yang diberikan memuaskan dalam menunjang kinerja. Jawaban yang diperoleh untuk item ini adalah 6,2% menjawab memuaskan, 62,5% menjawab cukup memuaskan dan 31,3% menjawab tidak memuaskan. Hasil jawaban tersebut memberikan informasi bahwa pada umumnya responden merasa cukup puas dengan insentif dalam menunjang kinerja. Walaupun begitu, dari jawaban yang diperoleh juga masih terlihat cukup banyak responden yang merasa tidak puas.

Kedelapan, kenaikan tarif insentif yang diberikan rumah sakit. Jawaban yang diperoleh adalah 6,2% menjawab memuaskan, 59,4% menjawab cukup memuaskan dan 34,4% menjawab tidak memuaskan. Hasil jawaban tersebut mengindikasikan bahwa kebanyakan responden merasa cukup puas dengan kenaikan insentif. Dari jawaban yang diperoleh juga memperlihatkan masih adanya 34,4% responden yang menjawab tidak puas, sehingga menunjukkan bahwa masih cukup banyak pula responden yang merasa tidak puas dengan kenaikan insentif.

Kesembilan, tunjangan yang diberikan rumah sakit. Jawaban yang diperoleh untuk item ini adalah 78,1% menyatakan cukup memuaskan dan 21,9% menyatakan tidak memuaskan. Dari jawaban ini maka dapat disimpulkan bahwa secara umum responden merasa puas dengan tunjangan yang diberikan rumah sakit.

Kesepuluh, tunjangan yang diberikan rumah sakit memuaskan keluarga. Untuk butir ini yang menyatakan tidak memuaskan dan cukup memuaskan masing-masing 50%, sehingga memperlihatkan bahwa persepsi yang cukup berimbang antara yang cukup dan tidak puas.

Kesebelas, tunjangan yang diberikan rumah sakit dalam menunjang kinerja. Hasil jawaban yang diperoleh untuk butir ini adalah 3,1% menjawab memuaskan, 71,9% menjawab cukup memuaskan dan 25% menjawab tidak memuaskan. Berdasarkan hasil jawaban ini maka dapat disimpulkan bahwa secara umum responden merasa cukup puas dengan tunjangan yang diberikan rumah sakit.

Keduabelas, kenaikan tunjangan secara berkala. Hasil jawaban yang diperoleh untuk butir ini adalah 3,1% menjawab memuaskan, 65,6% menjawab cukup

memuaskan, dan 31,3% menjawab tidak memuaskan. Berdasarkan hasil jawaban ini, maka dapat disimpulkan bahwa mayoritas responden merasa cukup puas dengan kenaikan tunjangan secara berkala yang diterimanya.

Dari hasil di atas, terlihat sebagian besar butir memperoleh jawaban memuaskan dari responden, yang memperlihatkan bahwa secara umum dokter merasa cukup puas dengan kompensasi medik yang diberikan rumah sakit.

## **6.4 Pengujian Hipotesis**

Berikut ini diuraikan hasil perhitungan statistik untuk pengujian hipotesis. Hasil perhitungan data dilakukan menggunakan program SPSS versi 15.

### **6.4.1 Hubungan antara Faktor Individu dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik**

Faktor individu dalam penelitian ini terdiri dari usia, jumlah tanggungan dalam keluarga, jenis kelamin, status perkawinan dan kepemilikan rumah. Dalam hal ini ingin diketahui apakah kelima faktor tersebut berhubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik. Berikut ini adalah uraian rinci hasil analisis statistik dari masing-masing faktor tersebut.

#### **6.4.1.1 Hubungan antara Tingkat Usia dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik**

Di bawah ini adalah hasil tabulasi silang hubungan antara tingkat usia dengan kepuasan terhadap kompensasi medik yang terdiri dari distribusi frekuensi dan nilai Chi-Square.

Tabel 6.5

Hasil Tabulasi Silang Hubungan antara Tingkat Usia dengan Kepuasan Terhadap Kompensasi Medik

	Kepuasan terhadap kompensasi medik				Total		P value
	Tidak memuaskan		Memuaskan		n	%	
	n	%	n	%			
Usia							
• ≤ 50 tahun	4	28,6	10	71,4	14	100	0,419
• > 50 tahun	3	16,7	15	83,3	18	100	

Dari tabel 6.5 di atas terlihat adanya perbedaan pada tingkat kepuasan dari kelompok usia. Persentase responden berusia > 50 tahun yang menyatakan puas terhadap kompensasi medik sebesar 83,3% dibanding persentase responden yang berusia ≤ 50 tahun sebesar 71,4%. Tetapi perbedaan tersebut tidak bermakna secara statistik ( $p > 0,05$ ).

Hasil ini memberikan pengertian bahwa semakin tua usia dokter tidak akan berimplikasi pada kepuasan terhadap kompensasi medik yang lebih tinggi. Sebaliknya, semakin muda dokter juga tidak menyebabkan dokter lebih tinggi kepuasannya terhadap kompensasi medik.

#### 6.4.1.2 Hubungan antara Jumlah Tanggungan dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik

Berikut ini adalah hasil tabulasi silang hubungan antara jumlah tanggungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik yang terdiri dari distribusi frekuensi dan nilai Chi-Square.

Tabel 6.6

Hasil Tabulasi Silang Hubungan antara Jumlah Tanggungan dengan Kepuasan Terhadap Kompensasi Medik

	Kepuasan terhadap kompensasi medik				Total		P value
	Tidak memuaskan		Memuaskan		n	%	
	n	%	n	%			
Jumlah Tanggungan							
• ≤ 2 orang	3	23,1	10	76,9	13	100	0,892
• > 2 orang	4	21,1	15	78,9	19	100	

Berdasarkan tabel di atas terlihat kecenderungan yang sama dalam hal kepuasan terhadap kompensasi medik dilihat berdasarkan jumlah tanggungannya. Hal ini terlihat dari responden dalam setiap kategori jumlah tanggungan, baik  $\leq 2$  orang maupun  $> 2$  orang, yang umumnya merasa puas dengan kompensasi medik yang diterima.

Setelah dilakukan uji Chi Square ternyata nilai  $p > 0,05$ , sehingga dapat disimpulkan bahwa jumlah tanggungan tidak memiliki hubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik. Hasil ini memberikan pengertian bahwa semakin banyak

jumlah tanggungan dalam keluarga tidak akan berimplikasi pada kepuasan terhadap kompensasi medik. Sebaliknya, semakin kecil jumlahnya, juga tidak menyebabkan dokter lebih tinggi kepuasannya terhadap kompensasi medik.

### 6.4.1.3 Hubungan antara Jenis Kelamin dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik

Berikut ini merupakan hasil tabulasi silang hubungan antara jenis kelamin dengan kepuasan terhadap kompensasi medik yang terdiri dari distribusi frekuensi dan nilai Chi-Square.

Tabel 6.7

Hasil Tabulasi Silang Hubungan antara Jenis Kelamin dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik

	Kepuasan terhadap kompensasi medik				Total		P value
	Tidak memuaskan		Memuaskan		n	%	
	n	%	n	%			
Jenis Kelamin							
• Laki-laki	7	22,6	24	77,4	31	100	0,591
• Perempuan	0	0	1	100	1	100	

Dari tabel 6.7 di atas terlihat adanya perbedaan pada tingkat kepuasan dari kelompok jenis kelamin. Persentase responden berjenis kelamin laki-laki yang menyatakan puas terhadap kompensasi medik sebesar 77,4% dibanding persentase

responden yang berjenis kelamin perempuan sebesar 100%. Tetapi perbedaan tersebut tidak bermakna secara statistik ( $p > 0,05$ ). Hasil ini memberikan pengertian bahwa antara laki-laki dan perempuan tidak menunjukkan perbedaan dalam hal kepuasan terhadap kompensasi medik.

#### 6.4.1.4 Hubungan antara Status Perkawinan dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik

Berikut ini adalah hasil tabulasi silang hubungan antara status perkawinan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik yang terdiri dari distribusi frekuensi dan nilai Chi-Square.

Tabel 6.8

Hasil Tabulasi Silang Hubungan antara Status Perkawinan dengan Kepuasan Terhadap Kompensasi Medik

	Kepuasan terhadap kompensasi medik				Total		P value
	Tidak memuaskan		Memuaskan		n	%	
	n	%	n	%			
Status Perkawinan							
• Menikah	6	19,4	25	80,6	31	100	0,055
• Belum menikah	1	100	0	0	1	100	



Berdasarkan tabel di atas terlihat persentase responden yang telah menikah memiliki kecenderungan yang tinggi dalam tingkat kepuasan dimana sebesar 80,6% responden yang menikah menjawab puas terhadap kompensasi medik yang diterimanya. Sedangkan pada responden yang belum menikah cenderung tidak puas terhadap kompensasi medik yang diterimanya. Namun perlu dicermati pula bahwa jumlah responden yang belum menikah hanya 1 orang atau 3,1% dari seluruh jumlah responden.

Dari hasil perhitungan Chi Square diperoleh nilai  $p > 0,05$ , sehingga dapat disimpulkan bahwa status perkawinan tidak memiliki hubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik. Hasil ini memberikan pengertian bahwa antara yang sudah menikah dan yang belum menikah tidak menunjukkan perbedaan dalam kepuasan terhadap kompensasi medik.

#### **6.4.1.5 Hubungan antara Status Kepemilikan Rumah dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik**

Berikut disajikan hasil tabulasi silang hubungan antara status kepemilikan rumah dengan kepuasan terhadap kompensasi medik yang meliputi distribusi frekuensi dan nilai Chi-Square.

Tabel 6.9

Hasil Tabulasi Silang Hubungan antara Status Kepemilikan Rumah Dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik

	Kepuasan terhadap kompensasi medik				Total		P value
	Tidak memuaskan		Memuaskan		n	%	
	n	%	n	%			
Status Rumah							
• Milik sendiri	5	16,7	25	83,3	30	100	<b>0,006</b>
• Sewa/kontrak	2	100	0	0	2	100	

Dari tabel di atas terlihat adanya kecenderungan yang berbeda dalam hal kepuasan terhadap kompensasi medik dilihat berdasarkan status kepemilikan rumah. Diketahui dokter yang sudah memiliki rumah rata-rata merasa puas yaitu sebesar 83,3%, sedangkan yang status rumahnya masih kontrak atau sewa tingkat kepuasannya 0%.

Berdasarkan hasil perhitungan Chi Square nilai  $p < 0,05$  yang berarti status kepemilikan rumah memiliki hubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik. Dengan demikian status rumah yang sudah menjadi milik sendiri memberikan dampak terhadap kepuasan dokter atas kompensasi medik.

## 6.4.2 Hubungan antara Faktor Praktik dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik

Faktor praktik dalam penelitian ini terdiri dari lama praktik dan jumlah tempat praktik. Dalam hal ini ingin diketahui apakah kedua faktor tersebut berhubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik. Berikut ini adalah uraian rinci hasil analisis statistik dari masing-masing faktor tersebut.

### 6.4.2.1 Hubungan antara Lama Praktik dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik

Di bawah ini adalah hasil tabulasi silang hubungan antara lama praktik dengan kepuasan terhadap kompensasi medik yang terdiri dari distribusi frekuensi dan nilai Chi-Square.

Tabel 6.10

Hasil Tabulasi Silang Hubungan antara Lama Praktik Dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik

	Kepuasan terhadap kompensasi medik				Total		P value
	Tidak memuaskan		Memuaskan		n	%	
	n	%	n	%			
Lama Praktik							
• ≤ 5 tahun	1	16,7	5	83,3	6	100	0,732
• > 5 tahun	6	23,1	20	76,9	26	100	

Dari tabel tabulasi silang di atas terlihat adanya kecenderungan perbedaan dalam hal kepuasan terhadap kompensasi medik dilihat berdasarkan lama praktik. Hal ini terlihat dari jumlah responden dengan lama praktik  $\leq 5$  tahun yang puas terhadap kompensasi medik sebesar 83,3% sedangkan responden dengan lama praktik  $> 5$  tahun yang puas terhadap kompensasi medik sebesar 76,9% .

Berdasarkan hasil perhitungan Chi Square diperoleh nilai  $p > 0,05$  yang berarti lama praktik tidak berhubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik. Hasil ini memberikan pengertian bahwa semakin lama praktik dokter di rumah sakit tidak akan berimplikasi pada kepuasan terhadap kompensasi medik yang lebih tinggi.

#### **6.4.2.2 Hubungan antara Jumlah Tempat Praktik dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik**

Berikut ini adalah hasil tabulasi silang hubungan antara jumlah tempat praktik dengan kepuasan terhadap kompensasi medik yang terdiri dari distribusi frekuensi dan nilai Chi-Square.

Tabel 6.11

Hasil Tabulasi Silang Hubungan antara Jumlah Tempat Praktik Dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik

	Kepuasan terhadap kompensasi medik				Total		P value
	Tidak memuaskan		Memuaskan		n	%	
	n	%	n	%			
Jumlah Tempat Praktik							
• $\leq 2$ tempat	6	25,0	18	75,0	24	100	0,459
• $> 2$ tempat	1	12,5	7	87,5	8	100	

Berdasarkan tabel di atas terlihat kecenderungan perbedaan dalam hal kepuasan terhadap kompensasi medik dilihat berdasarkan jumlah tempat praktik. Responden yang memiliki jumlah praktek  $\leq 2$  yang puas terhadap kompensasi medik sebesar 75% sedangkan responden dengan jumlah tempat praktek  $> 2$  yang puas terhadap kompensasi medik sebesar 87,5%.

Namun setelah dilakukan perhitungan Chi Square diperoleh nilai  $p > 0,05$  sehingga dapat disimpulkan bahwa jumlah tempat praktik tidak memiliki hubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik. Hasil ini memberikan pengertian bahwa semakin banyak jumlah tempat praktik tidak akan berimplikasi pada kepuasan terhadap kompensasi medik.

### **6.4.3 Hubungan antara Faktor Organisasi dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik**

Faktor organisasi dalam penelitian ini terdiri dari dua aspek, yaitu manajemen kompensasi dan dukungan pengembangan diri. Dalam hal ini ingin diketahui apakah kedua faktor tersebut berhubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik. Tidak seperti pada bagian sebelumnya, untuk menguji hubungan antara faktor organisasi dengan kepuasan terhadap kompensasi digunakan korelasi Rank Spearman's. Hal ini mengingat data yang diperoleh untuk faktor organisasi adalah jenis data ordinal yang diperoleh dari kuesioner. Berikut ini adalah uraian rinci hasil analisis statistik dari masing-masing faktor tersebut.

#### **6.4.3.1 Hubungan antara Manajemen Kompensasi dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik**

Output SPSS yang terdiri dari koefisien korelasi Rank Spearman's dan *p value* untuk menguji hubungan antara manajemen kompensasi dengan kepuasan terhadap kompensasi medik adalah sebagai berikut.

Tabel 6.12

**Koefisien Korelasi Hubungan antara Manajemen Kompensasi  
Dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik**

**Correlations**

			Kepuasan terhadap kompensasi medik
Spearman's rho	Manajemen kompensasi	Correlation Coefficient	.461 **
		Sig. (2-tailed)	.008
		N	32
	Kepuasan terhadap kompensasi medik	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.
		N	32

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Koefisien korelasi yang menunjukkan hubungan antara manajemen kompensasi dengan kepuasan terhadap kompensasi medik yaitu sebesar 0,461. Koefisien korelasi yang diperoleh adalah positif sehingga memberikan makna bahwa semakin baik manajemen kompensasi, semakin tinggi kepuasan terhadap kompensasi medik pegawai. Untuk mengetahui apakah hubungan antara manajemen kompensasi dengan kepuasan terhadap kompensasi medik terkategori lemah, sedang, kuat atau kategori lainnya digunakan kriteria Guilford (1956) sebagai berikut:

Tabel 6.13

## Kriteria Koefisien Korelasi Guilford

Koefisien Korelasi	Kategori Hubungan
< 0,20	Sangat kecil dan bisa diabaikan
0,20 - < 0,40	Tidak erat
0,40 - < 0,70	Cukup erat
0,70 - < 0,90	Erat
0,90 - < 1,00	Sangat erat
1,00	Sempurna

Koefisien korelasi Spearman Rank yang diperoleh untuk hubungan antara manajemen kompensasi dengan kepuasan terhadap kompensasi medik sebesar 0,461. Nilai ini berada pada interval antara 0,40 – < 0,70, sehingga dengan mengacu pada kriteria Guilford, koefisien korelasi tersebut menunjukkan hubungan yang cukup erat. Dengan demikian kategori hubungan antara manajemen kompensasi dengan kepuasan terhadap kompensasi medik tergolong cukup erat. Untuk mengetahui apakah hubungan antara manajemen kompensasi dengan kepuasan terhadap kompensasi medik dengan koefisien korelasi 0,461 signifikan atau tidak, digunakan uji t dan membandingkannya dengan t tabel. Selain dengan t hitung, signifikansi hubungan juga dapat dilihat dari nilai *p value*. Karena Output SPSS tidak menampilkan hasil perhitungan uji t, maka untuk mendapatkan nilai t perlu dihitung secara manual dengan rumus berikut:



$$\begin{aligned}
 t_{hit} &= r_s \sqrt{\frac{n-2}{1-r_s^2}} \\
 &= 0,461 \sqrt{\frac{32-2}{1-0,461^2}} \\
 &= 2,85
 \end{aligned}$$

Dari hasil perhitungan tersebut diketahui nilai *t* hitung yang diperoleh adalah 2,85 dan nilai *t* tabel untuk *df* 30 sebesar 2,042. Sementara nilai *p value* sebagaimana ditunjukkan dalam output SPSS nilainya sebesar 0,000. Dari hasil tersebut terlihat nilai *t* hitung > *t* tabel dan *p value* (0,000) < 0,05. Dengan hasil demikian maka dapat disimpulkan bahwa manajemen kompensasi memiliki hubungan signifikan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik.

#### **6.4.3.2 Hubungan antara Dukungan Pengembangan Diri dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik**

Output SPSS yang terdiri dari koefisien korelasi Rank Spearman's dan *p value* untuk menguji hubungan antara dukungan pengembangan diri dengan kepuasan terhadap kompensasi medik disajikan pada tabel berikut.

Tabel 6.14

Korelasi Rank Spearman's Hubungan antara Dukungan Pengembangan Diri  
Dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik

## Correlations

		Kepuasan terhadap kompensasi medik	
Spearman's rho	Dukungan pengembangan diri	Correlation Coefficient	.349
		Sig. (2-tailed)	.051
		N	32
	Kepuasan terhadap kompensasi medik	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.
		N	32

Berdasarkan hasil perhitungan sebagaimana terlihat dalam output SPSS di atas, diketahui nilai koefisien korelasi yang menunjukkan hubungan antara dukungan pengembangan diri dengan kepuasan terhadap kompensasi medik adalah 0,349. Merujuk pada kriteria Guilford, maka koefisien korelasi sebesar 0,349 secara kualitatif tergolong dalam hubungan yang tidak erat. Korelasi yang diperoleh positif sehingga semakin baik dukungan pengembangan diri, maka akan semakin tinggi kepuasan terhadap kompensasi medik. Untuk mengetahui apakah hubungan tersebut signifikan atau tidak maka digunakan uji t dengan perhitungan sebagai berikut:

$$\begin{aligned}
 t_{ht} &= r_s \sqrt{\frac{n-2}{1-r_s^2}} \\
 &= 0,349 \sqrt{\frac{32-2}{1-0,349^2}} \\
 &= 2,04
 \end{aligned}$$

Nilai  $t$  hitung dari hasil perhitungan tersebut adalah 2,04, sedangkan nilai  $t$  tabel untuk  $df$  30 yaitu sebesar 2,042. Selain dapat dilihat dari nilai  $t$  hitung, untuk mengetahui signifikansi koefisien korelasi juga dapat dilihat dari  $p$  value. Dari hasil perhitungan tersebut terlihat nilai  $t$  hitung  $< t$  tabel dan  $p$  value (0,051)  $>$  0,05. Hal ini berarti pengembangan diri tidak memiliki hubungan signifikan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik.



## **BAB VII**

### **PEMBAHASAN**

Setelah di atas dilakukan hasil analisis data untuk uji hipotesis, maka berikut ini dilakukan pembahasannya untuk masing-masing faktor

#### **7.1 Hubungan antara Faktor Individu dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik**

Hasil analisis data memperlihatkan bahwa dari lima aspek pada faktor individu, hanya satu yang memiliki hubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik, yaitu aspek status kepemilikan rumah. Sementara untuk aspek usia, jumlah tanggungan, jenis kelamin, dan status perkawinan tidak memiliki hubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik.

Faktor usia tidak memiliki hubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik disebabkan karena semua dokter, baik yang usianya masih muda maupun yang sudah tua, pada dasarnya memiliki harapan yang sama tentang kompensasi. Semua dokter menginginkan kompensasi yang diterimanya dapat memenuhi kebutuhan hidup. Selain itu, kepuasan terhadap kompensasi merupakan suatu hal relatif, sehingga tidak bisa digeneralisasi dari tingkat usia. Bagi dokter yang sudah tua tidak ada jaminan mendapatkan kompensasi yang lebih besar jika dibandingkan dengan yang masih muda, karena tergantung pada jabatan dan kompetensinya. Dokter yang sudah tua belum tentu memiliki kebutuhan hidup yang lebih besar jika dibandingkan dengan yang masih muda,

karena tergantung pada gaya hidup dan kepribadian yang dimiliki masing-masing dokter.

Jumlah tanggungan juga tidak berhubungan dengan kepuasan dokter terhadap kompensasi medik. Hal itu dapat disebabkan oleh karakteristik relativitas dari kepuasan, yang bisa dipersepsikan secara berbeda-beda oleh setiap orang meskipun mendapatkan hal yang sama. Itu juga berlaku dalam hal kompensasi yang diterima dokter, yang akan dipersepsikan secara berbeda-beda dan tergantung pada banyak faktor internal individu.

Jenis kelamin tidak memiliki hubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik. Hal ini dapat disebabkan perbedaan jender di tempat kerja tidak memiliki kaitan langsung dengan kepuasan. Sebagai faktor alamiah, jender telah memiliki karakteristiknya sendiri-sendiri. Bagi organisasi atau perusahaan yang berlaku adil dan tidak menjadikan jender sebagai sumber diskriminasi, maka setiap kebijakan yang dikeluarkan akan memberikan dampak yang sama bagi anggota organisasinya.

Status perkawinan juga diketahui tidak memiliki hubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik. Sama halnya dengan faktor-faktor lainnya, secara logika aspek ini juga tidak berhubungan dengan kepuasan seseorang. Hal ini mengingat status perkawinan merupakan suatu faktor di luar lingkungan organisasi yang tidak ada kaitannya langsung dengan kepuasan. Tidak ada jaminan bagi dokter yang sudah menikah akan merasa lebih puas dengan kompensasi yang diterimanya, atau sebaliknya bagi dokter yang belum menikah, karena keduanya sama-sama memiliki kebutuhan yang harus dipenuhi dengan tingkatan yang relatif.

Kepemilikan rumah merupakan salah satu faktor individu yang berhubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik. Dokter yang sudah memiliki rumah sendiri diketahui lebih puas jika dibandingkan dengan dokter yang menyewa atau mengontrak rumah. Kondisi ini dapat disebabkan karena belum mempunya dokter untuk membeli rumah baik secara kredit maupun tunai, sehingga dokter harus sering-sering pindah tempat tinggal. Situasi seperti itu sangat merepotkan bagi dirinya. Belum memiliki rumah sendiri dapat disebabkan oleh kompensasi yang tidak berimbang dengan pengeluarannya, sehingga dokter sangat berharap terhadap peningkatan kompensasi, baik berupa keinginan peningkatan gaji, insentif maupun tunjangan. Ketika harapan-harapan tersebut tidak terpenuhi, maka merupakan suatu hal yang wajar jika dokter merasa tidak puas. Memiliki rumah sendiri merupakan keinginan semua orang, dan kompensasi dari perusahaan atau organisasi tempatnya bekerja merupakan satu-satunya harapan yang mungkin dapat mewujudkannya.

Adanya hubungan antara kepemilikan rumah dengan kepuasan terhadap kompensasi medik tersebut juga terkait dengan faktor kepemilikan rumah yang merupakan kebutuhan dasar manusia. Seperti dijelaskan dalam teori motivasi yang dikemukakan oleh Maslow (dalam Umar, 1998: 37) bahwa manusia memiliki sejumlah kebutuhan yang diklasifikasikan menjadi lima tingkatan kebutuhan (*hierarchy of needs*), yaitu kebutuhan fisiologis, rasa aman, sosial, harga diri, dan aktualisasi diri. Dari teori ini terlihat kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan mendasar yang menjadi prioritas utama untuk dipenuhi oleh setiap individu. Kebutuhan fisiologis sering diidentikan dengan kebutuhan yang bersifat materi atau kadang kala disebut kebutuhan primer.

Pangan, sandang, dan papan merupakan contoh dari kebutuhan fisiologis. Oleh karena itu, faktor kepemilikan rumah merupakan kebutuhan dasar manusia sehingga selalu mendapatkan prioritas dalam pemenuhannya. Dengan demikian wajar, sehingga seseorang telah mampu memiliki rumah sendiri akan merasa lebih puas dalam hidupnya. Kenyataan menunjukkan bahwa kebutuhan fisiologis tidak pernah berhenti pada titik tertentu, sehingga pemuasannya pun tidak pernah tuntas.

Selain teori motivasi Maslow, teori *Existence Relatedness and Growth (ERG)* dari Alderfer salah satunya juga menekankan terpenuhinya kebutuhan pokok (makan, perlindungan dan uang) yang menjadi sumber motivasi. Dalam teori ini disebut sebagai kebutuhan akan keberadaan (*existence*). Kelompok eksistensi sebagai kebutuhan berkaitan dengan pemuasan kebutuhan materi yang diperlukan dalam mempertahankan eksistensi seseorang, yang kalau dikaitkan dengan teori Maslow termasuk pada kebutuhan fisiologis dan keamanan.

## **7.2 Hubungan antara Faktor Praktik dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik**

Hasil pengujian statistik menunjukkan bahwa dari dua aspek pada faktor praktik, keduanya tidak memiliki hubungan signifikan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik. Kedua aspek dalam faktor praktik ini adalah lama praktik dan jumlah tempat praktik.

Aspek lama praktik dalam kenyataannya memang tidak bisa dijadikan ukuran tingkat kepuasan seseorang terhadap kompensasi. Lama praktik ini juga bukan sebagai

satu-satunya ukuran penentuan besarnya kompensasi di rumah sakit, karena masih ada faktor penting lainnya, seperti *skill* dan jabatan. Hal ini juga tidak terlepas pula oleh faktor relativitas dalam mempersepsi kompensasi yang diterima.

Aspek jumlah tempat praktik juga diketahui tidak berhubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik. Ada konsekuensi negatif tersendiri bagi dokter yang memiliki banyak tempat praktik, antara lain meningkatnya stres kerja akibat harus mengatur jadwal yang padat dan kemungkinan lebih banyaknya masalah yang harus dihadapi. Dari sisi finansial mungkin akan memperoleh kompensasi yang lebih besar, namun hal itu belum tentu menjamin dirinya dapat merasa puas dengan pendapatan-pendapatan yang diperolehnya. Bagi dokter yang melakukan praktik di banyak tempat ini tentunya juga memiliki kebutuhan dan keinginan-keinginan yang lebih besar, sehingga harus bekerja ekstra untuk memenuhinya.

### **7.3 Hubungan antara Faktor Organisasi dengan Kepuasan terhadap Kompensasi Medik**

Hasil pengujian statistik menunjukkan bahwa dari dua aspek pada faktor organisasi, faktor manajemen kompensasi yang memiliki hubungan signifikan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik Sementara untuk faktor dukungan pengembangan diri tidak memiliki hubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik.

Aspek manajemen kompensasi yang berhubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik ini dapat dipahami. Hal ini disebabkan manajemen kompensasi merupakan sumber kebijakan dalam penetapan kompensasi. Oleh karena itu, jika



manajemennya buruk, secara otomatis akan berdampak buruk pula terhadap kebijakan kompensasi. Praktik-praktik manajemen kompensasi yang curang, tidak adil dan tidak transparan, tentu akan menimbulkan kekecewaan di kalangan dokter dan akhirnya akan menimbulkan ketidakpuasan. Sebaliknya, jika penetapan kompensasi dilakukan dengan manajemen yang baik, tentu akan menghasilkan sebuah kebijakan yang dapat memuaskan semua pihak.

Sementara untuk aspek dukungan pengembangan diri diketahui tidak memiliki hubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik. Kondisi ini dapat disebabkan tidak adanya kaitan langsung antara dukungan pengembangan diri dengan faktor kompensasi. Kalaupun ada, pengaruhnya adalah jangka panjang, yaitu setelah dokter memiliki keahlian yang lebih baik sehingga meningkat jabatannya. Dengan meningkatnya jabatan, secara otomatis akan diikuti dengan peningkatan kompensasi, sehingga memungkinkan dokter dapat memenuhi kebutuhannya secara lebih baik.

## BAB VIII

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 8.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan yang telah dipaparkan pada Bab VI, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Secara umum dokter spesialis merasa cukup puas dengan kompensasi medik yang diterimanya, baik kepuasan terhadap aspek gaji, tunjangan maupun insentif. Hanya saja ada beberapa hal yang dirasakannya tidak memuaskan, terutama mengenai kontribusi gaji dalam mendukung kehidupan keluarga, gaji yang dapat menjadi motivator dalam bekerja, dan tunjangan keluarga.
2. Sebagian besar faktor individu tidak memiliki hubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik, terutama untuk aspek usia, jumlah tanggungan, jenis kelamin, dan status perkawinan. Hanya faktor status kepemilikan rumah yang memiliki hubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik. Dengan demikian secara umum faktor individu tidak berhubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik.
3. Faktor praktik yang terdiri dari lama praktik dan jumlah tempat praktik tidak memiliki hubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik. Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada jaminan lebih puas bagi dokter spesialis terhadap kompensasi medik dengan semakin lama praktik dan semakin banyaknya tempat praktik.

4. Faktor organisasi yang memiliki hubungan signifikan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik adalah manajemen kompensasi, sedangkan dukungan pengembangan diri tidak memiliki hubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik. Hasil ini menunjukkan bahwa semakin baik implementasi manajemen kompensasi, maka semakin tinggi kepuasan terhadap kompensasi medik.

## 8.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas, maka saran yang perlu ditindaklanjuti adalah sebagai berikut:

1. Berdasarkan temuan yang menunjukkan bahwa aspek status kepemilikan rumah berhubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik, maka pihak manajemen rumah sakit perlu mempertimbangkan faktor tersebut dalam upaya meningkatkan kepuasan dokter spesialis terhadap kompensasi medik. Dari data yang ada hanya sedikit jumlah dokter spesialis yang belum memiliki rumah sendiri. Oleh karena itu, pihak manajemen perlu mendata para dokter yang belum memiliki rumah agar diberikan fasilitas pinjaman lunak untuk pembelian rumah.
2. Manajemen kompensasi diketahui memiliki hubungan dengan kepuasan terhadap kompensasi medik, sehingga faktor ini harus diperbaiki sebagai upaya untuk meningkatkan kepuasan terhadap kompensasi medik. Caranya yaitu dengan mengimplementasikan sistem kompensasi yang adil dan transparan. Berkenaan dengan hal ini, para dokter atau perwakilannya perlu dilibatkan dalam proses pengambilan keputusan terkait dengan kebijakan kompensasi. Manajemen juga perlu

mendengarkan dan mengadopsi masukan-masukan dari dokter yang konstruktif, dalam rangka memperbaiki sistem kompensasi di rumah sakit.

3. Perlunya dilakukan penelitian lanjutan dengan melibatkan jumlah sampel yang lebih besar dan tidak hanya melibatkan satu rumah sakit, namun perlu melibatkan beberapa rumah sakit, sehingga dapat diperoleh hasil generalisasi yang lebih luas.



## DAFTAR PUSTAKA

- Amstrong, Michael dan Helen Murlis, *Manajemen Imbalan: Strategi dan Praktik Remunerasi*, Terjemahan Sofyan Cikmat. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama, 2003.
- Asnawi, Sahlan, *Aplikasi Psikologi dalam Manajemen Sumber Daya Manusia Perusahaan*, Jakarta : Pusgrafin, 1999.
- Bavendam Research Incorporated, *Managing Job Satisfaction* <http://www.employeesatisfaction.com/>, 2005.
- Daft, Richard L., *Management*, Ohio: Thomson-South-Western, 2003.
- Dessler, Gary, *Human Resource Management, Manajemen Sumber Daya Manusia*, Jilid 1. Alih Bahasa: Benyamin Molan. Jakarta: Prenhallindo, 1997.
- Flippo, Edwin B. dan Moh. Masud, *Manajemen Personalia*. Jakarta: Erlangga, 1994.
- Greenberg, Jerald and Robert A. Baron, *Behavior in Organizations*, United States of America: Prentice Hall, Inc. 1997.
- Griffin, Ricky W., *Management*, New Delhi: A.I.T.B.S.Publisher, 1997.
- Guiltinan, P Joseph and W Gordon . Paul, *Marketing Management : Strategies and Programs*, 3<sup>rd</sup> ed, Singapore : Mc Graw Hill, 1992.
- Handoko, T. Hani, *Manajemen*, Yogyakarta: BPFE, 1999.
- , *Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia*. Edisi 2. Yogyakarta: BPFE, 2000.
- Hersey, Paul, and Blanchard, Keneth, *Management of Organization Behavior*, Singapore: Prentice Hall, Inc, 1988.
- Irianto, Jusuf, *Tema-tema Pokok Manajemen Sumber Daya Manusia*, Surabaya: Insan Cendekia, 2001.
- Jackson, John H. dan Vernon A. Musselman, *Bussines*. New Jersey: Prentice-Hall, 1987.
- Klass, B.S., Compensation in the Jobless Organization. *Human Resource Management Review*. 12, 43-61, 2002.
- Kraizberg, E., Tziner, A., & Weisber, J., Employee Stock Options: Are They Indeed Superior To Other Incentive Compensation Schemes? *Journal of Business and Psychology*. Vol. 16, (3), 383-390, 2002.
- Megginson, David, Paul Banfield, and Jenifer Joy Matthews, *Human Resources Development*, New Delhi: Kogan Page India PVT LTd., 2001.

- Nasution, M., *Manajemen Personalia*. Jakarta: Penerbit Djembatan, 1994.
- Nawawi, Hadari, *Administrasi Personil untuk Peningkatan Produktivitas Kerja*, Jakarta: CV Haji Masagung, Jakarta, 1990.
- Robbins, Stephen, *Perilaku organisasi*. terjemahan: Haryana Puja Atmaja. Jakarta: PT. Prenhallindo, 1996.
- Rue, Leslie W., dan Lloyd L. Byars, *Management: Skills and Application* (Boston: Richard D. Irwin, Inc., 1992).
- Sarwoto, *Dasar-dasar Organisasi dan Manajemen*. Jakarta: Ghalia Indonesia, 1991.
- Schermerhorn, Jr., *Management*, 5<sup>th</sup> edition, Newyork: Wiley, 1995.
- Schuster, Fred E., *Human Resources Management: Concept, Cases and Reading*, Englewood Cliff: Prentice Hall, 1985.
- Simamora, Henry, *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: STIE YKPN, 1995.
- Sirota, David Louis A. Mischkind, Michael Irwin Meltzer, *The Enthusiastic Employee*, New Jersey; Wharton School Publishing, 2005.
- Spector, Paul E., *Job Satisfaction*, USA: SAGE Pub.,Inc. 1997.
- Wexley, Kenneth N., and Gary A. Yukl, *Perilaku Organisasi dan Psikologi Personalia*, Jakarta: PT. Rineka Cipta, 1996.

## LAMPIRAN

### DATA RESPONDEN

1. Nama/Inisial : .....

2. Umur : .....

3. Jumlah Tanggungan : .....

4. Jenis Kelamin :  
a. Laki-Laki  
b. Perempuan

5. Status Perkawinan :  
a. Menikah  
b. Belum menikah

6. Status Rumah :  
a. Milik sendiri  
b. Kontrak/sewa

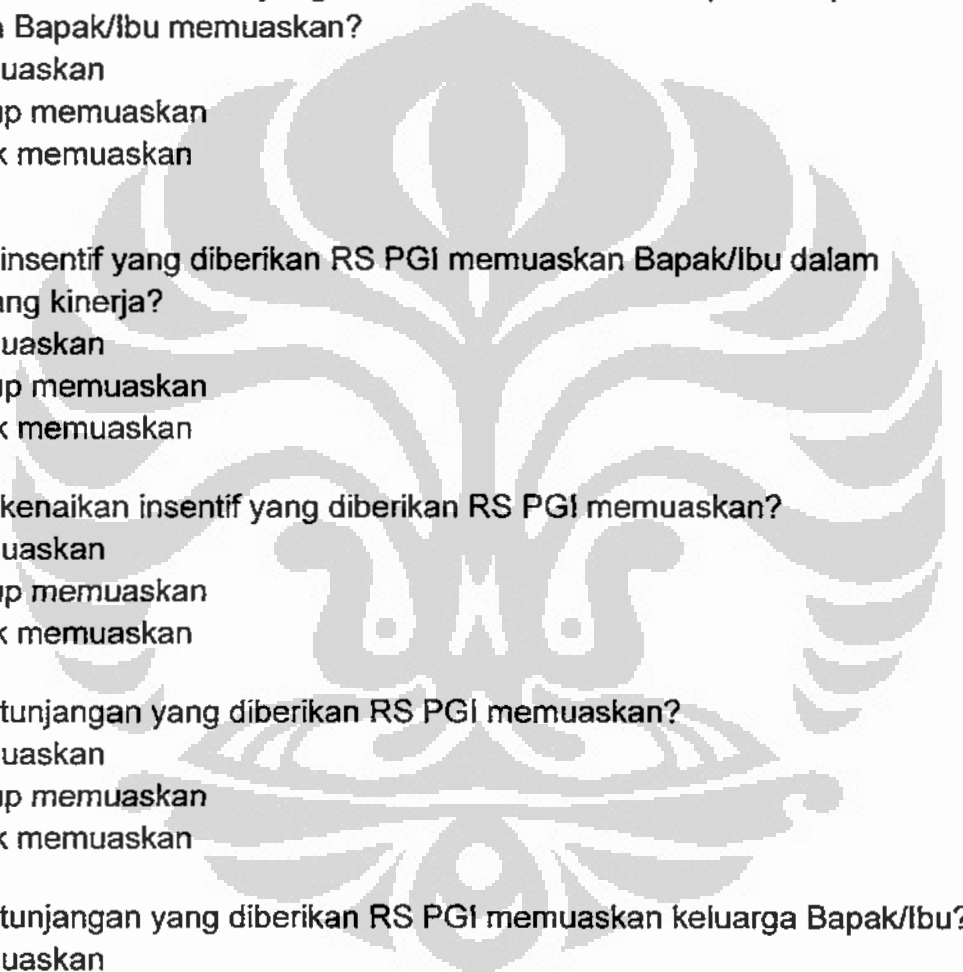
7. Lama praktik di RS PGI Cikini:  
a. < 1 tahun  
b. 1-5 tahun  
c. > 5 tahun

8. Jumlah tempat praktik selain di RS PGI Cikini:  
a. 1 tempat  
b. 2 tempat  
c. > 2 tempat

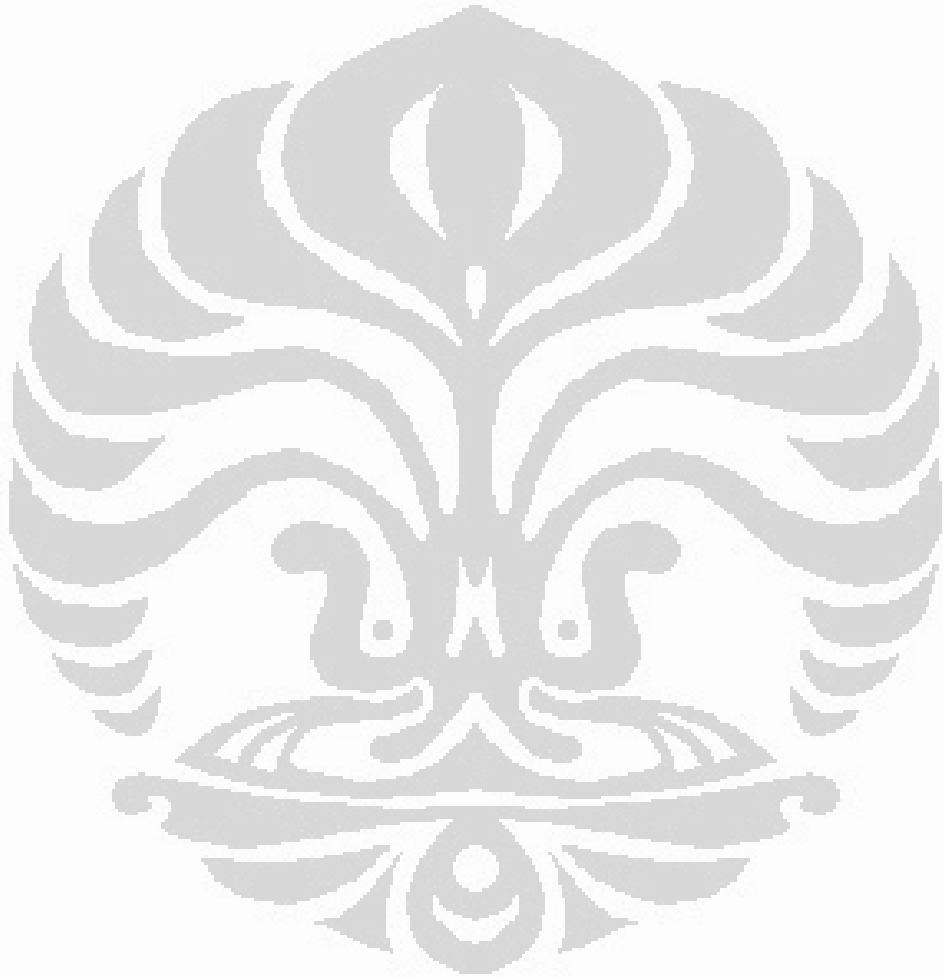
## KUESIONER

1. Apakah pola manajemen kompensasi medik yang diterapkan RS PGI memadai?
  - a. Memadai
  - b. Cukup memadai
  - c. Tidak memadai
2. Bagaimana dukungan manajemen RS PGI terhadap pengembangan diri para dokter?
  - a. Besar
  - b. Cukup
  - c. Kurang
3. Apakah jumlah gaji yang diberikan RS PGI memuaskan?
  - a. Memuaskan
  - b. Cukup memuaskan
  - c. Tidak memuaskan
4. Bagaimana kontribusi gaji yang diberikan RS PGI terhadap kehidupan keluarga?
  - a. Memuaskan
  - b. Cukup memuaskan
  - c. Tidak memuaskan
5. Apakah gaji yang diberikan RS PGI memuaskan Bapak/Ibu sebagai motivator kerja?
  - a. Memuaskan
  - b. Cukup memuaskan
  - c. Tidak memuaskan
6. Apakah kenaikan gaji berkala yang diberikan RS PGI memuaskan?
  - a. Memuaskan
  - b. Cukup memuaskan
  - c. Tidak memuaskan



- 
7. Apakah insentif yang diberikan RS PGI memuaskan?
    - a. Memuaskan
    - b. Cukup memuaskan
    - c. Tidak memuaskan
  8. Apakah kontribusi insentif yang diberikan RS PGI terhadap kehidupan keluarga Bapak/Ibu memuaskan?
    - a. Memuaskan
    - b. Cukup memuaskan
    - c. Tidak memuaskan
  9. Apakah insentif yang diberikan RS PGI memuaskan Bapak/Ibu dalam menunjang kinerja?
    - a. Memuaskan
    - b. Cukup memuaskan
    - c. Tidak memuaskan
  10. Apakah kenaikan insentif yang diberikan RS PGI memuaskan?
    - a. Memuaskan
    - b. Cukup memuaskan
    - c. Tidak memuaskan
  11. Apakah tunjangan yang diberikan RS PGI memuaskan?
    - a. Memuaskan
    - b. Cukup memuaskan
    - c. Tidak memuaskan
  12. Apakah tunjangan yang diberikan RS PGI memuaskan keluarga Bapak/Ibu?
    - d. Memuaskan
    - e. Cukup memuaskan
    - f. Tidak memuaskan
  13. Apakah tunjangan yang diberikan RS PGI memuaskan Bapak/Ibu dalam menunjang kinerja terbaik?
    - a. Memuaskan
    - b. Cukup memuaskan
    - c. Tidak memuaskan

14. Apakah kenaikan tunjangan secara berkala yang diberikan RS PGI memuaskan?
- a. Memuaskan
  - b. Cukup memuaskan
  - c. Tidak memuaskan



## Crosstabs

### Usia \* Kepuasan terhadap kompensasi medik

Crosstab

		Kepuasan terhadap kompensasi medik			
		Tidak memuaskan	Cukup memuaskan	Total	
Usia	21 - 30 th	Count	0	1	1
		Expected Count	.2	.8	1.0
		% within Kepuasan terhadap kompensasi medik	.0%	4.0%	3.1%
		% of Total	.0%	3.1%	3.1%
31 - 40 th	Count	2	1	3	
	Expected Count	.7	2.3	3.0	
	% within Kepuasan terhadap kompensasi medik	28.6%	4.0%	9.4%	
	% of Total	6.3%	3.1%	9.4%	
41 - 50 th	Count	2	8	10	
	Expected Count	2.2	7.8	10.0	
	% within Kepuasan terhadap kompensasi medik	28.6%	32.0%	31.3%	
	% of Total	6.3%	25.0%	31.3%	
> 50 th	Count	3	15	18	
	Expected Count	3.9	14.1	18.0	
	% within Kepuasan terhadap kompensasi medik	42.9%	60.0%	56.3%	
	% of Total	9.4%	46.9%	56.3%	
Total	Count	7	25	32	
	Expected Count	7.0	25.0	32.0	
	% within Kepuasan terhadap kompensasi medik	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	21.9%	78.1%	100.0%	

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.108 <sup>a</sup>	3	.250
Likelihood Ratio	3.573	3	.311
Linear-by-Linear Association	.977	1	.323
N of Valid Cases	32		

a. 6 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .22.

### Jumlah tanggungan \* Kepuasan terhadap kompensasi medik

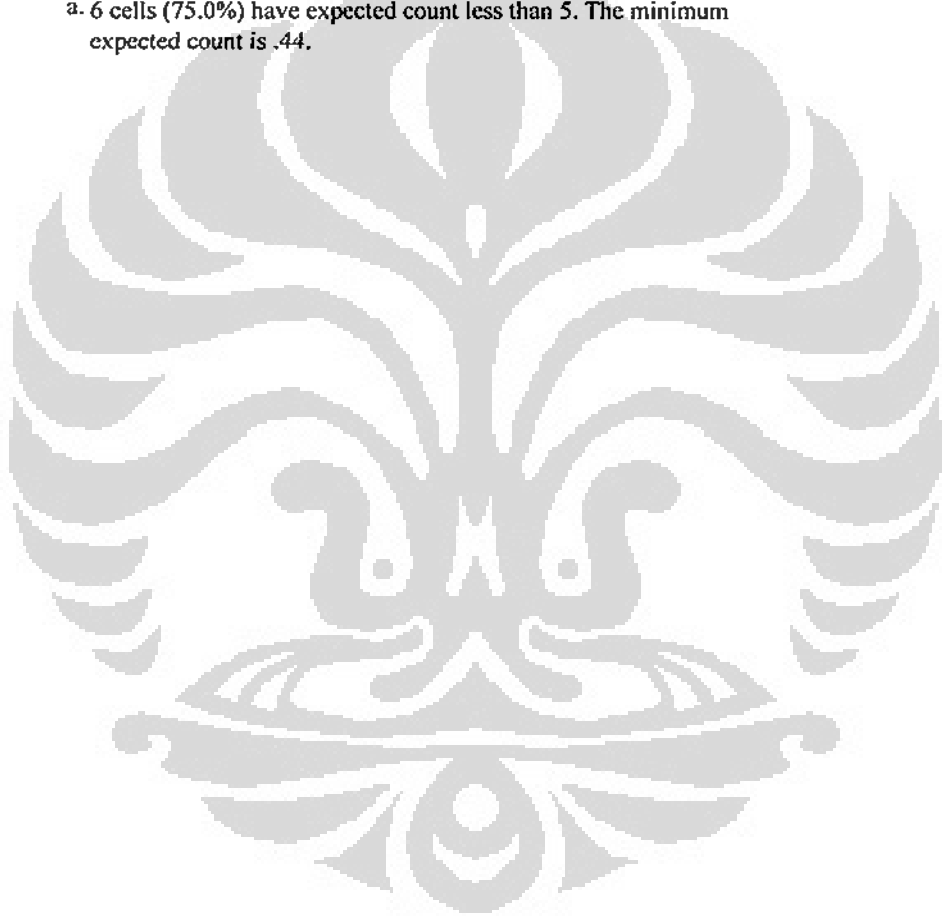
#### Crosstab

		Kepuasan terhadap kompensasi medik		Total	
		Tidak memuaskan	Cukup memuaskan		
Jumlah tanggungan	1 orang	Count	0	2	2
		Expected Count	.4	1.6	2.0
		% within Kepuasan terhadap kompensasi medik	.0%	8.0%	6.3%
		% of Total	.0%	6.3%	6.3%
2 orang	Count	3	8	11	
	Expected Count	2.4	8.6	11.0	
	% within Kepuasan terhadap kompensasi medik	42.9%	32.0%	34.4%	
	% of Total	9.4%	25.0%	34.4%	
3 orang	Count	3	10	13	
	Expected Count	2.8	10.2	13.0	
	% within Kepuasan terhadap kompensasi medik	42.9%	40.0%	40.6%	
	% of Total	9.4%	31.3%	40.6%	
4 orang	Count	1	5	6	
	Expected Count	1.3	4.7	6.0	
	% within Kepuasan terhadap kompensasi medik	14.3%	20.0%	18.8%	
	% of Total	3.1%	15.6%	18.8%	
Total	Count	7	25	32	
	Expected Count	7.0	25.0	32.0	
	% within Kepuasan terhadap kompensasi medik	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	21.9%	78.1%	100.0%	

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.854 <sup>a</sup>	3	.837
Likelihood Ratio	1.278	3	.734
Linear-by-Linear Association	.000	1	.987
N of Valid Cases	32		

a. 6 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .44.



## Jenis kelamin \* Kepuasan terhadap kompensasi medik

Crosstab

			Kepuasan terhadap kompensasi medik		Total
			Tidak memuaskan	Cukup memuaskan	
Jenis kelamin	Laki - laki	Count	7	24	31
		Expected Count	6.8	24.2	31.0
		% within Kepuasan terhadap kompensasi medik	100.0%	96.0%	96.9%
		% of Total	21.9%	75.0%	96.9%
	Perempuan	Count	0	1	1
		Expected Count	.2	.8	1.0
		% within Kepuasan terhadap kompensasi medik	.0%	4.0%	3.1%
		% of Total	.0%	3.1%	3.1%
Total	Count	7	25	32	
	Expected Count	7.0	25.0	32.0	
	% within Kepuasan terhadap kompensasi medik	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	21.9%	78.1%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.289 <sup>b</sup>	1	.591
Continuity Correction <sup>a</sup>	.000	1	1.000
Likelihood Ratio	.503	1	.478
Linear-by-Linear Association	.280	1	.597
N of Valid Cases	32		

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .22.

## Status perkawinan \* Kepuasan terhadap kompensasi medik

Crosstab

			Kepuasan terhadap kompensasi medik		Total
			Tidak memuaskan	Cukup memuaskan	
Status perkawinan	Menikah	Count	6	25	31
		Expected Count	6.8	24.2	31.0
		% within Kepuasan terhadap kompensasi medik	85.7%	100.0%	96.9%
		% of Total	18.8%	78.1%	96.9%
	Belum menikah	Count	1	0	1
		Expected Count	.2	.8	1.0
		% within Kepuasan terhadap kompensasi medik	14.3%	.0%	3.1%
		% of Total	3.1%	.0%	3.1%
Total	Count	7	25	32	
	Expected Count	7.0	25.0	32.0	
	% within Kepuasan terhadap kompensasi medik	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	21.9%	78.1%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.687 <sup>b</sup>	1	.055
Continuity Correction <sup>a</sup>	.478	1	.489
Likelihood Ratio	3.158	1	.076
Linear-by-Linear Association	3.571	1	.059
N of Valid Cases	32		

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .22.

## Status rumah \* Kepuasan terhadap kompensasi medik

Crosstab

			Kepuasan terhadap kompensasi medik		Total
			Tidak memuaskan	Cukup memuaskan	
Status rumah	Milik sendiri	Count	5	25	30
		Expected Count	6.6	23.4	30.0
		% within Kepuasan terhadap kompensasi medik	71.4%	100.0%	93.8%
		% of Total	15.6%	78.1%	93.8%
	Kontrak/sewa	Count	2	0	2
		Expected Count	.4	1.6	2.0
		% within Kepuasan terhadap kompensasi medik	28.6%	.0%	6.3%
		% of Total	6.3%	.0%	6.3%
Total	Count	7	25	32	
	Expected Count	7.0	25.0	32.0	
	% within Kepuasan terhadap kompensasi medik	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	21.9%	78.1%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.619 <sup>b</sup>	1	.006
Continuity Correction <sup>a</sup>	3.523	1	.061
Likelihood Ratio	6.587	1	.010
Linear-by-Linear Association	7.381	1	.007
N of Valid Cases	32		

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .44.



## Lama praktik di RS PGI Cikini \* Kepuasan terhadap kompensasi medik

Crosstab

		Kepuasan terhadap kompensasi medik			
		Tidak memuaskan	Cukup memuaskan	Total	
Lama praktik di RS PGI Cikini	< 1 th	Count	1	1	2
		Expected Count	.4	1.6	2.0
		% within Kepuasan terhadap kompensasi medik	14.3%	4.0%	6.3%
		% of Total	3.1%	3.1%	6.3%
	1 - 5 th	Count	0	4	4
		Expected Count	.9	3.1	4.0
		% within Kepuasan terhadap kompensasi medik	.0%	16.0%	12.5%
		% of Total	.0%	12.5%	12.5%
	> 5 th	Count	6	20	26
		Expected Count	5.7	20.3	26.0
		% within Kepuasan terhadap kompensasi medik	85.7%	80.0%	81.3%
		% of Total	18.8%	62.5%	81.3%
Total	Count	7	25	32	
	Expected Count	7.0	25.0	32.0	
	% within Kepuasan terhadap kompensasi medik	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	21.9%	78.1%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.068 <sup>a</sup>	2	.356
Likelihood Ratio	2.757	2	.252
Linear-by-Linear Association	.035	1	.851
N of Valid Cases	32		

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .44.

## Jumlah tempat praktik \* Kepuasan terhadap kompensasi medik

Crosstab

			Kepuasan terhadap kompensasi medik		Total
			Tidak memuaskan	Cukup memuaskan	
Jumlah tempat praktik	1 tempat	Count	6	10	16
		Expected Count	3.5	12.5	16.0
		% within Kepuasan terhadap kompensasi medik	85.7%	40.0%	50.0%
		% of Total	18.8%	31.3%	50.0%
	2 tempat	Count	0	8	8
		Expected Count	1.8	6.3	8.0
		% within Kepuasan terhadap kompensasi medik	.0%	32.0%	25.0%
		% of Total	.0%	25.0%	25.0%
	> 2 tempat	Count	1	7	8
		Expected Count	1.8	6.3	8.0
		% within Kepuasan terhadap kompensasi medik	14.3%	28.0%	25.0%
		% of Total	3.1%	21.9%	25.0%
Total	Count	7	25	32	
	Expected Count	7.0	25.0	32.0	
	% within Kepuasan terhadap kompensasi medik	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	21.9%	78.1%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.937 <sup>a</sup>	2	.085
Likelihood Ratio	6.422	2	.040
Linear-by-Linear Association	2.722	1	.099
N of Valid Cases	32		

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.75.

## Korelasi Rank Spearman's

### Correlations

			Manajemen kompensasi	Kepuasan terhadap kompensasi medik
Spearman's rho	Manajemen kompensasi	Correlation Coefficient	1.000	.461**
		Sig. (2-tailed)		.008
		N	32	32
	Kepuasan terhadap kompensasi medik	Correlation Coefficient	.461**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.008	.
		N	32	32

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

### Correlations

			Dukungan pengembangan diri	Kepuasan terhadap kompensasi medik
Spearman's rho	Dukungan pengembangan diri	Correlation Coefficient	1.000	.349
		Sig. (2-tailed)	.	.051
		N	32	32
	Kepuasan terhadap kompensasi medik	Correlation Coefficient	.349	1.000
		Sig. (2-tailed)	.051	.
		N	32	32

NO	Skor Hasil Penelitian Faktor Individu (X1)				
	Usia	Jumlah Tanggungan	Jenis Kelamin	Status Perkawinan	Status Rumah
1	4	2	1	1	1
2	5	3	1	1	1
3	5	2	1	1	1
4	5	3	1	1	1
5	5	4	1	1	1
6	5	3	1	1	1
7	5	3	1	1	1
8	4	2	1	1	1
9	4	1	1	1	1
10	2	1	2	1	1
11	5	3	1	1	1
12	5	2	1	1	1
13	4	2	1	1	1
14	5	3	1	1	1
15	5	4	1	1	1
16	5	3	1	1	1
17	5	3	1	1	1
18	3	2	1	1	1
19	5	3	1	1	1
20	5	2	1	1	1
21	5	4	1	1	1
22	3	2	1	2	2
23	4	4	1	1	1
24	4	4	1	1	1
25	5	3	1	1	1
26	5	3	1	1	1
27	3	3	1	1	1
28	5	4	1	1	1
29	4	2	1	1	2
30	4	2	1	1	1
31	4	3	1	1	1
32	4	2	1	1	1
Σ	141	87	33	33	34

No	Skor Hasil Penelitian Faktor Praktik (X2)	
	Lama Praktik di RS PGI Cikini	Jumlah Tempat Praktik
1	2	1
2	3	1
3	3	2
4	3	1
5	3	1
6	3	1
7	3	3
8	3	2
9	3	1
10	1	1
11	3	2
12	3	3
13	2	2
14	3	2
15	3	3
16	3	3
17	3	1
18	2	1
19	3	3
20	3	3
21	3	2
22	1	1
23	3	1
24	3	3
25	3	2
26	3	2
27	3	1
28	3	3
29	3	1
30	3	1
31	2	1
32	3	1
$\Sigma$	88	56

NO	Skor Hasil Penelitian Faktor Organisasi (X3)	
	X <sub>1_01</sub>	X <sub>1_02</sub>
1	2	2
2	2	2
3	2	2
4	2	2
5	2	2
6	2	2
7	2	2
8	1	1
9	2	3
10	2	2
11	2	1
12	1	1
13	2	3
14	2	1
15	2	3
16	3	3
17	2	2
18	2	2
19	2	2
20	2	1
21	2	2
22	1	2
23	1	2
24	2	2
25	2	2
26	3	2
27	2	2
28	2	2
29	2	2
30	2	2
31	2	2
32	2	2
Σ	62	63

NO	Skor Hasil Penelitian Variabel Kepuasan Terhadap Kompensasi Medik (Y)												
	Y_01	Y_02	Y_03	Y_04	Y_05	Y_06	Y_07	Y_08	Y_09	Y_10	Y_11	Y_12	Rata-rata Y
1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	22
2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	19
3	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	18
4	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	15
5	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	20
6	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	16
7	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	18
8	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	20
9	2	2	3	2	3	3	3	2	2	2	2	3	29
10	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	22
11	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	18
12	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	13
13	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	21
14	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	23
15	2	2	2	3	3	2	3	3	2	2	2	2	28
16	2	2	3	3	2	2	2	3	2	2	3	2	28
17	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	21
18	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	21
19	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	19
20	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	21
21	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	20
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
24	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24
25	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	22
26	2	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	20
27	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	15
28	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	21
29	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	16
30	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24
31	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	20
32	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	20
Σ	52	47	47	52	58	54	56	55	57	48	57	55	638