



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK DAN KOMITMEN
TENAGA KEPERAWATAN DENGAN KINERJANYA
DI RUANG RAWAT INAP RSU MEURAXA
KOTA BANDA ACEH
TAHUN 2008**

TESIS

Oleh:

SYAIFUL BAHRI

NPM: 0606153986

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

DEPOK, 2008



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK DAN KOMITMEN
TENAGA KEPERAWATAN DENGAN KINERJANYA
DI RUANG RAWAT INAP RSU MEURAXA
KOTA BANDA ACEH
TAHUN 2008**



Oleh:

SYAIFUL BAHRI

NPM: 0606153986

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

DEPOK, 2008

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
Tesis, 17 Desember 2008

Syaiful Bahri, NPM. 0606153986

**Hubungan Karakteristik Dan Komitmen Tenaga Keperawatan Dengan
Kinerjanya Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008**

xii + 159 Halaman, 28 Tabel, 10 Gambar, 2 Lampiran

ABSTRAK

RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh adalah rumah sakit milik pemerintah yang sedang dikembangkan kembali setelah sebelumnya mengalami kerusakan total akibat bencana Tsunami. Namun dalam proses perkembangannya pada tahun 2007 justru terjadi penurunan jumlah kunjung sebesar 31,40% dari jumlah kunjungan pada tahun 2006 yang mencapai 33.319 kali kunjungan. Perlakuan perawat yang sinis dan tidak menunjukkan rasa empati pada klien berdampak pada kurangnya minat klien untuk berkunjung kembali, mengingat perlakuan tenaga keperawatan yang menunjukkan kinerja yang kurang baik.

Tenaga keperawatan sebagai sumber daya terbesar dirumah sakit sangat berperan dalam keberhasilan rumah sakit, untuk itu diperlukan tenaga keperawatan yang berkinerja tinggi. Kinerja tenaga keperawatan yang tinggi pada setiap individu di pengaruhi oleh banyak faktor, terutama dari individu itu sendiri. Karakteristik dan komitmen dari seorang tenaga keperawatan merupakan faktor dari individu yang dapat berhubungan dengan kinerja tenaga keperawatan.

Tujuan penelitian ini adalah karakteristik (umur, jenis kelamin, masa kerja, pendidikan dan status pernikahan) dan komitmen tenaga keperawatan (dimensi komitmen afektif, dimensi komitmen kelanjutan, dimensi komitmen normatif) dengan kinerjanya di ruang rawat inap RSUD Meuraxa tahun 2008. Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* dengan pendekatan kuantitatif melalui kuesioner. Sampel adalah semua tenaga keperawatan berstatus PNS berjumlah 66 orang (total sampel) di ruang rawat inap RSUD Meuraxa tahun 2008. Data yang

diperoleh dianalisis dengan analisis univariat, bivariat dengan uji *chi-square* dan multivariat dengan uji regresi logistik ganda dengan tingkat kemaknaan 0,05.

Hasil penelitian menggambarkan proporsi kinerja tenaga keperawatan dalam pelayanan keperawatan berkategori baik (63,6%). Variabel yang paling dominan berhubungan dengan kinerja tenaga keperawatan adalah umur, pendidikan dan dimensi komitmen afektif.

Berdasarkan hasil penelitian disarankan bagi pihak manajerial RSU Meuraxa untuk tetap mempertahankan suasana kerja. Ada banyak hal yang dapat dilakukan, seperti memberikan *reward* (imbalan). Imbalan yang diberikan dapat berupa bonus uang/penambahan intensif ataupun memberikan kesempatan dan beasiswa untuk melanjutkan pendidikan. Dengan demikian rasa kekeluargaan terhadap organisasi akan semakin kuat dengan menjadikan semua unsur dalam organisasi sebagai suatu *community* di mana ada nilai-nilai kebersamaan, rasa memiliki, kerjasama, berbagi, dll. Selanjutnya rasa bangga meraka untuk menceritakan pada masyarakat tentang kondisi/suasana kerja RSU Meuraxa akan timbul dengan dendirinya dan secara tidak langsung menjadi salah satu alat promosi bagi RSU Meuraxa yang efektif dalam meningkatkan kunjungan pasien/klien.

Daftar bacaan : 54 (1995 – 2008)

**UNIVERSITY OF INDONESIA
FACULTY OF PUBLIC HEALTH
STUDY PROGRAM OF HOSPITAL ADMINISTRATION
Thesis, December 17, 2008**

Syaiful Bahri, NPM. 0606153986

**Characteristic Relationship And Nurse Commitment to with its Performance
In Ward Unit Of Meuraxa Public Hospital Kota Banda Aceh In 2008.**

Xii + 159 Pages, 28 Tables, 10 Images, 2 Attachments

ABSTRACT

Meuraxa Public Hospital (RSU Meuraxa) Kota Banda Aceh is owned by government is being developed after get full damage as tsunami disaster impacted. But along its development process on 2007, the visiting patient number just decrease as 31,40% of total visits on 2006 as 33.319 visit times. Cynical nurse conduct and not give the empathy impacted to client reducing for visits back, remain the nurse conduct the negative nursing care performance.

The nurse as mostly important resource at hospital really gets role in hospital success, so for this goal the hospital required the nurse with high nursing care performance. The nurse with high nursing care performance regarding by a lot of factor, particularly the individual it self. Characteristic and commitment of the nurse constitutes factor of individual who can be engaged with nursing care performance.

The subject of this research is characteristic (age, gender, term of work, education and marital status) and nurse commitment (organization commitment, dimension of affective commitment, dimension of continuance commitment, dimension of normative commitment) with its performance in ward unit of RSU Meuraxa on 2008. This research used cross sectional design with quantitative approaching by questioners. The sample is entire nurse with PNS status there are 66 people (total sample) at RSU Meuraxa care unit on 2008. Acquired data analyzed by univariate analysis, bivariate by chi - square tests and multivariate analysis using multiple logistics regression at p value $\leq 0,05$.

The result observational figure proportion of nurse performance to nursing care to get good category (63,6%). The most variable dominant in reference to nurse performance are aged, education and dimension of affective commitment.

Base on observational result suggested to RSU Meuraxa management to keep the working atmosphere. There are many things which can be performed, as gives reward. Reward can give as bonus or intensive (money) or even give chance or scholarship to continue his education. Thus clannishing to organization will get strength by makes all organizational elements as a community, where there is cooperation value, sense of belonging, collaboration, share, etc. Then that pride should tell on society about condition/RSU Meuraxa's job atmosphere will arise by it self and at this situation indirectly become effectively as a promotion tool for RSU Meuraxa to increase patient/ client visit.

Library: 54 (1995 – 2008)





UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK DAN KOMITMEN
TENAGA KEPERAWATAN DENGAN KINERJANYA
DI RUANG RAWAT INAP RSU MEURAXA
KOTA BANDA ACEH
TAHUN 2008**



Tesis ini Diajukan Sebagai
Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

Oleh:

SYAIFUL BAHRI

NPM: 0606153986

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

DEPOK, 2008

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK DAN KOMITMEN
TENAGA KEPERAWATAN DENGAN KINERJANYA
DI RUANG RAWAT INAP RSU MEURAXA
KOTA BANDA ACEH
TAHUN 2008**

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis
Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia



Depok, 17 Desember 2008


Pembimbing

(drg. Wahyu Sulistiadi, MARS)

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

Depok, 17 Desember 2008

Ketua



(drg. Wahyu Sulistiadi, MARS)

Anggota



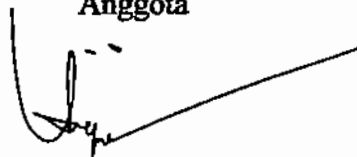
(dr. Mieke Savitri, M.Kes)

Anggota



(Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS)

Anggota



(Ir. Soetanto Pribadi, MM)

SURAT PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Syaiful Bahri
NPM : 0606153986
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Angkatan : 2006/2007
Jenjang : Magister

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

**"HUBUNGAN KARAKTERISTIK DAN KOMITMEN TENAGA
KEPERAWATAN DENGAN KINERJANYA DI RUANG RAWAT INAP
RSU MEURAXA KOTA BANDA ACEH TAHUN 2008"**

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya

Depok, 17 Desember 2008



(Syaiful Bahri)

DAFTAR RIWATAT HIDUP

Keterangan Diri

Nama Lengkap : Syaiful Bahri
Tempat/Tanggal Lahir : Banda Aceh, 10 September 1981
Agama : Islam
Status Keluarga : Anak ketujuh dari tujuh bersaudara
Status Pernikahan : Belum menikah
Alamat : Jln. Anggrek No.2 BTN Dusun Indah Desa Garot
Kecamatan Darul Imarah Kabupaten Aceh Besar
Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam
Alamat Instansi : Puskesmas Lhok Kruet Kecamatan Sampoiniet
Kabupaten Aceh Jaya Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam

Pendidikan

SD Negeri Garoet Geuceu, Aceh Besar : Lulus tahun 1993
SMP Negeri 5 Banda Aceh, Kota Banda Aceh : Lulus tahun 1996
SMU Negeri Peukan Bada, Aceh Besar : Lulus tahun 1999
Fakultas Kedokteran, Program Studi Ilmu Keperawatan
Universitas Syiah Kuala, Banda Aceh : Lulus tahun 2004

Riwayat Pekerjaan:

2006 s/d Sekarang : Staff, Puskesmas Lhok Kruet Dinas Kesehatan
Kabupaten Aceh Jaya Provinsi NAD.
2005 s/d 2006 : Field Coordinator Assistant, KANAIVASU Foundations.
2005 : Facilitator Partner, UNDP (United Nations Development
Programme)
2002 s/d 2005 : Logistics Manager, FOREST (Forum Research
Environment Treatment) Foundations.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"Sesungguhnya sudah kesulitan itu ada kemudahan, maka apabila kamu telah selesai (dari suatu urusan) kerjakanlah dengan sungguh-sungguh (urusan) yang lain. Dan hanya kepada Tuhanmulah kamu berharap."

(Q.S. Al-Insyirah ayat 6-8)

Ditengah segala cobaan dan rintangan tiada henti

Aku ini kini tercapai sudah yang ku impikan

...menyimpulkanlah akhir dari suatu perjuangan

...dari suatu pengabdian

Ya ALLAH...

Karena Engkau lah yang memberikan ku kekuatan dan

kesabaran sehingga mampu mewujudkan impian ini,

ditengah cobaan dan yang harus aku hadapi Engkau lah

yang selalu bersama ku dan terus menuntun ku.

Ya Allah... Ya Allah...

Kupersembahkan karya sederhana ini kepada :

Ayahanda Usman Ibrahim dan Ibunda Rukayah janda telah

melahirkan, mengasuh dan mendidik anda untuk teguh

menghadapi berbagai masalah. Juga kepada Kakanda

Ramismiatun, Mariati (Alm), Fitriani, M. Satar, Eli Irmafitah,

dan Faizal yang telah memberikan semangat pantang

menyarah dalam mengarahi pahlawan kehidupan.

Saudara-saudara ku yang telah menjadi subada saat bencana

"TSUNAMI" melanda Nanggroe Aceh Darussalam 26 desember

2004. Semoga ALLAH memberikan ketenangan dan

ketenteraman serta diterima disisi-NYA. Amin....

Salam

Syaiful Bahri

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

Puji dan syukur kehadiran ALLAH SWT atas rahmad dan karunia-Nya yang telah memberikan kekuatan, ketabahan, kesabaran dan kesehatan sehingga penulis dapat penyusunan Tesis dengan judul **“Hubungan Karakteristik Dan Komitmen Organisasi Dengan Kinerja Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008”**. Tesis ini disusun guna memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Dosen Pembimbing, Bapak drg. **Wahyu Sulistiadi, MARS**, yang dalam kesibukannya masih berkenan meluangkan waktu membimbing dengan penuh kesabaran, membagi ilmu pengerahuan, dan memberi dorongan dalam proses menyusun tesis ini.

Disisi lain proses penyusunan tesis ini penulis banyak mandapatkan bantuan secara moril dan materil dari berbagai pihak, oleh karena itu perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setulus-tulusnya kepada:

1. Bapak Drs. Bambang Wispriyono, Apt, PhD., sebagai Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
2. Bapak dr. Adang Bachtiar, MPH, DSc., Ketua Departemen AKK dan staf yang telah memberikan kesempatan, pengarahan, bimbingan, dan bantuan kepada penulis selama mengikuti pendidikan.

3. Ibu dr. Hj. Dewi Lailawati, M.Si., selaku Direktur RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh dan Ibu Hj. Rosnita selaku, Kepala Bidang Keperawatan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengadakan penelitian.
4. Ibu dr. Mieke Savitri, M.Kes., selaku penguji yang telah bersedia meluangkan waktu untuk memberikan pengarahan, bimbingan, sumbangan pikiran dan motivasi pada penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
5. Ibu Dra, Dumilah Ayuningtyas, MARS., selaku penguji yang telah sangat banyak memberikan masukan/saran yang sangat berharga dan dukungan semangat yang beliau berikan kepada penulis.
6. Bapak Ir. Soetanto Pribadi, MM., selaku penguji luar yang telah meluangkan waktu memberikan arahan dan dukungan semangat dalam penyusunan tesis ini.
7. Seluruh Dosen FKM-UI yang telah banyak menyumbangkan ilmu dan membantu penulis sehingga selesai menempuh pendidikan di FKM-UI.
8. Bapak Iman Jaya, SKM. M.Kes., Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Jaya yang telah memberikan peluang pada penulis agar dapat melanjutkan pendidikan di Universitas Indonesia.
9. Terima Kasih kepada BRR dan Komite yang telah memberikan beasiswa kepada penulis sehingga bisa melanjutkan studi di FKM UI.
10. Bapak Hermansah Hasan, SKM, MPH., Iswadi, SKM, MKM., dr.Ade Yudistira, MARS., yang telah meluangkan waktu berdiskusi dalam penyusunan tesis ini.
11. Rekan-rekan seangkatan Program Studi KARS khususnya teman-teman dari Aceh rerutama warga kos-kosan Samijo (Kakak Yenni, Cairilina, Erna, Irmalita, Bang Faisal, Sariaman, Yusrin, Salahu, Baihaf, Ahmad, Afdal, Indra, Fadli, Zahari, Hubungan karakteristik..., Syaiful Bahri, FKM UI, 2008.

Azhari, Firdaus, Ira). Banyak sekali kenangan indah yang telah kita lalui bersama. "*project thank you*" akan kukenang selalu, menjadi sebuah memory yang sangat membuatku bahagia sewaktu bersama di Depok.

12. Semua pihak yang telah membantu penulis demi kelancaran dalam menyelesaikan pendidikan ini yang tidak dapat disebutkan satu persatu.
13. Teristimewa Ayahanda Usman Ibrahim dan Ibunda Rukiyah yang telah melahirkan, mengasuh dan mendoakan ananda untuk teguh menghadapi berbagai masalah. Juga kepada Kakanda Ramisniatun, Fitriani, Mariati (Alm), M.Jafar, Eli Irmasitah dan Faisal.

Permohonan maaf penulis sampaikan kepada semua pihak bila selama pendidikan dan penelitian ini ada hal-hal yang tidak berkenan di hati. Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh sebab itu, penulis membutuhkan bimbingan, saran, dan kritik dari berbagai pihak sehingga tesis ini dapat lebih disempurnakan. Akhir kata semoga penelitian ini dapat menjadi suatu amal ibadah dan memberikan manfaat bagi kita semua. Amin..

Depok , 17 Desember 2008

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

ABSTRAK	
HALAMAN JUDUL	
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	
LEMBAR PERSETUJUAN PENGUJI	
SURAT PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	
LEMBAR PERSEMBAHAN	
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	9
1.3 Pertanyaan Penelitian	10
1.4 Tujuan Penelitian	11
1.4.1. Tujuan Umum	11
1.4.2. Tujuan Khusus	11
1.5 Manfaat Penelitian	12
1.5.1. Manfaat Bagi Rumah Sakit Umum Meuraxa	12
1.5.2. Manfaat Bagi Tenaga Keperawatan	12
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	13
BAB 2 TINJAUAN KEPUSTAKAAN	14
2.1 Tenaga Keperawatan Di Rumah Sakit	14
2.2 Kinerja Tenaga Keperawatan Di Rumah Sakit	15
2.2.1 Definisi Kinerja	15
2.2.2 Kinerja Tenaga Keperawatan	15
2.2.3 Penilaian Kinerja Tenaga Keperawatan	17
2.3 Standar Instrumen Penilaian Kinerja Tenaga Keperawatan	23
2.3.1 Standar I: Pengkajian keperawatan	24
2.3.2 Standar II : Diaknosa Keperawatan	35
2.3.3 Standar III : Perencanaan Tindakan Keperawatan	41
2.3.4 Standar IV : Pelaksanaan Tindakan Keperawatan	48
2.3.5 Standar V: Evaluasi Tindakan Keperawatan	50
2.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja	56
2.4.1 Karakteristik	59
2.4.2 Komitmen Organisasi	65

BAB 3 GAMBARAN UMUM RSUD MEURAXA	80
3.1 Sejarah dan perkembangannya	80
3.2 Struktur RSUD Meuraxa	84
3.3 Fasilitas Yang Tersedia Di RSUD Meuraxa	84
3.4 Data Ketenagaan RSUD Meuraxa	86
3.5 Kinerja RSUD Meuraxa	88
BAB 4 KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL	96
4.1 Kerangka Teori.....	96
4.1. Kerangka Konsep	100
4.2. Definisi Operasional	101
BAB 5 METODE PENELITIAN.....	105
5.1 Disain Penelitian	105
5.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	105
5.3 Populasi dan Sampel	105
5.3.1 Populasi	105
5.3.2 Sampel	105
5.4 Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen	106
5.4.1 Uji Validitas Instrumen	106
5.4.2 Uji Reliabilitas	106
5.5 Metode Pengumpulan Data	107
5.6 Metode Pengolahan Data	107
5.6.1 Analisis Data	108
5.6.2 Analisis Univariat	108
5.6.3 Analisis Bivariat	109
5.6.4 Analisis Multivariat	109
BAB 6 HASIL PENELITIAN	111
6.1 Hasil Uji Validitas Dan Reabilitas Kuesioner Penelitian.....	111
6.2 Analisis Univariat.....	113
6.3 Analisis Bivariat	121
6.4 Analisis Multivariat	129
BAB 7 PEMBAHASAN	132
7.1 Keterbatasan Penelitian	132
7.2 Kinerja Tenaga Keperawatan	134
7.3 Hubungan Karakteristik Tenaga Keperawatan Dengan Kinerjanya	138
7.4 Hubungan Komitmen Tenaga Keperawatan Dengan Kinerjanya	144
7.5 Variabel Yang Paling Berhubungan Dengan Kinerja Tenaga Keperawatan ...	153

BAB 8 KESIMPULAN DAN SARAN	156
8.1 Kesimpulan	156
8.2 Saran	158

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

JUDUL	Halaman
Tabel 3.1 : Distribusi Ketenagaan Menurut Jenis Pendidikan di RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2007	86
Tabel 3.2 : Distribusi Perawat Berdasarkan Ruang dan Status Kepegawaian RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh tahun 2007	87
Tabel 3.3 : Pengunjung RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Per Tahun	88
Tabel 3.4 : Data Kunjungan Jumlah Pasien Rawat Jalan RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Per Tahun	91
Tabel 3.5 : Data Kunjungan Pasien Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Per Tahun	92
Tabel 3.6 : Data Kunjungan Pelayanan Pasien Rawat Darurat RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Per Tahun	93
Tabel 3.7 : Data Jumlah Tindak Lanjut Pelayanan Pasien IGD RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Per Tahun	94
Tabel 3.8 : Data Jumlah Pelayanan Berdasarkan Jenis Kegiatan RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Per Tahun	94
Tabel 3.9 : Indikator Pelayanan RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Per Tahun	95
Tabel 6.1 : Distribusi Statistik Deskriptif Menurut Variabel Kinerja, Umur, Masa Kerja, Komitmen Organisasi, Dimensi Komitmen Afektif, Dimensi Komitmen Kelanjutan, Dimensi Komitmen Normatif Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008	113
Tabel 6.2 : Distribusi Responden Menurut Variabel Kinerja Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008	115
Tabel 6.3 : Distribusi Responden Menurut Variabel Karakteristik Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008 .	115

Tabel 6.4 : Distribusi Responden Menurut Variabel Komitmen Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008	117
Tabel 6.5 : Distribusi Pernyataan Responden Mengenai Dimensi Komitmen Afektif Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008	118
Tabel 6.6 : Distribusi Pernyataan Responden Mengenai Dimensi Komitmen Kelanjutan Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008	119
Tabel 6.7 : Distribusi Pernyataan Responden Mengenai Dimensi Komitmen Normatif Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008	120
Tabel 6.8 : Distribusi Responden Menurut Hubungan Umur Dengan Kinerja Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008	121
Tabel 6.9 : Distribusi Responden Menurut Hubungan Jenis Kelamin Dengan Kinerja Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008	122
Tabel 6.10 : Distribusi Responden Menurut Hubungan Masa Kerja Dengan Kinerja Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008	123
Tabel 6.11 : Distribusi Responden Menurut Hubungan Pendidikan Dengan Kinerja Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008	123
Tabel 6.12 : Distribusi Responden Menurut Hubungan Status Pernikahan Dengan Kinerja Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008	124
Tabel 6.13 : Distribusi Responden Menurut Hubungan Komitmen Organisasi Dengan Kinerja Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008	125
Tabel 6.14 : Distribusi Responden Menurut Hubungan Dimensi Komitmen Afektif Dengan Kinerja Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008 .	126
Tabel 6.15 : Distribusi Responden Menurut Hubungan Dimensi Komitmen Kelanjutan Dengan Kinerja Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008 .	127

Tabel 6.16 : Distribusi Responden Menurut Hubungan Dimensi : Komitmen Normatif Dengan Kinerja Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008 .	128
Tabel 6.17 : Hasil Seleksi Variabel Untuk Analisis Multivariat Hubungan Karakteristik dan Komitmen Organisasi Dengan Kinerja Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008	129
Tabel 6.18 : Hasil Analisis Multivariat Awal Hubungan Karakteristik Dan Komitmen Organisasi Dengan Kinerja Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008 .	130
Tabel 6.19 : Hasil Analisis Multivariat Akhir Hubungan Karakteristik Dan Komitmen Organisasi Dengan Kinerja Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008 .	131



DAFTAR GAMBAR

JUDUL	Halaman
Gambar 2.1 : Hubungan Tahap Proses Keperawatan	24
Gambar 2.2 : Pengkajian dan Pemeriksaan Fisik	34
Gambar 2.3 : Proses Terjadinya Komitmen	75
Gambar 3.1 : Struktur Organisasi RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008 Perda No.07 Tahun 2000	84
Gambar 3.2 : Grafik Kunjungan Pasien RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Per Tahun	89
Gambar 3.3 : Grafik Data Kunjungan Pasien Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Per Tahun	92
Gambar 4.1 : Teori Prilaku dan Kinerja dari Gibson	96
Gambar 4.2 : Faktor-Faktor Pembentuk Komitmen Organisasi	98
Gambar 4.3 : <i>Commitment: Targets and Outcomes</i>	99
Gambar 4.4 : Kerangka Konsep Penelitian	101

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran

- 1 : Surat Permohonan Menjadi Responden Penelitian
- 2 : Kuesioner Penelitian



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Organisasi pelayanan kesehatan adalah suatu sistem terbuka yang selalu membutuhkan masukan dari lingkungannya baik itu internal maupun external. Organisasi tersebut harus tanggap terhadap apa yang sedang terjadi dan harus dapat memberikan respon agar dapat tetap eksis. Organisasi dipandang sebagai suatu kesatuan untuk menampilkan kerja dan untuk pemecahan masalah yang dihadapi. Dalam hal ini organisasi pelayanan kesehatan akan selalu hadir dalam bentuk lembaga yang bertujuan untuk menghasilkan jasa layanan kesehatan melalui aktivitas organisasi (Ilyas, 2002).

Rumah sakit sebagai suatu bentuk organisasi pelayanan kesehatan juga berfungsi sebagai tempat bernaungnya berbagai profesional medik, para medik dan non-medik secara bersama-sama menghasilkan produk jasa. Sumber daya manusia yang ada dalam organisasi rumah sakit ini memegang peran penting dalam pemberian pelayanan kesehatan. Tidak hanya keahliannya bekerja yang diharapkan akan tetapi bentuk nilai-nilai, kepercayaan dan komitmen diantara setiap pekerja terhadap rumah sakit sangat diperlukan untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas (Widayat, 2005).

Didalam dunia kerja, komitmen seseorang terhadap organisasi seringkali menjadi isu yang sangat penting. Begitu pentingnya hal tersebut, sampai-sampai beberapa organisasi berani memasukkan unsur komitmen sebagai salah satu syarat untuk memegang suatu jabatan/posisi (Kuntjoro, 2007).

Mayer and Allen, (1997) merumuskan tiga dimensi komitmen dalam berorganisasi yaitu: Pertama, *affective commitment*, berkaitan dengan hubungan emosional anggota terhadap organisasinya, identifikasi dengan organisasi dan keterlibatan anggota dengan kegiatan di organisasi. Anggota organisasi dengan *affective commitment* yang tinggi akan terus menjadi anggota dalam organisasi karena memang memiliki keinginan untuk tetap tinggal dalam organisasi. Kedua, *continuance commitment* berkaitan dengan kesadaran anggota organisasi akan mengalami kerugian jika meninggalkan organisasi. Anggota organisasi dengan *continuance commitment* yang tinggi akan terus menjadi anggota dalam organisasi karena mereka memiliki kebutuhan untuk menjadi anggota organisasi tersebut. Ketiga, *normative commitment* menggambarkan perasaan keterikatan untuk terus berada dalam organisasi. Anggota organisasi dengan *normative commitment* yang tinggi akan terus menjadi anggota dalam organisasi karena merasa dirinya harus berada dalam organisasi tersebut.

Konsep dari komitmen adalah salah satu aspek penting dari filosofi *human resource management (HRM)*. Sebagaimana yang dinyatakan oleh Guest, (1987) bahwa kebijakan HRM didesain untuk memaksimalkan integrasi organisasi, komitmen organisasi, komitmen pegawai, fleksibilitas dan kualitas kerja (Armstrong, 2003).

Komitmen terhadap organisasi merupakan suatu dimensi perilaku yang dapat digunakan untuk mengevaluasi kekuatan para tenaga sumber daya manusia untuk bertahan pada suatu rumah sakit. Membuat sumber daya manusia agar memiliki komitmen yang tinggi adalah sangat penting terutama pada perusahaan-perusahaan non-profit yang skala gajinya tidak kompetitif, seperti perusahaan jasa rumah sakit. Sumber daya manusia yang memiliki tingkat komitmen organisasi yang tinggi tidak sekedar bergabung dengan perusahaan secara fisik atau hanya mengerjakan sesuatu yang menjadi tugasnya, melainkan juga bersedia melakukan pekerjaan diluar tugasnya (Koesmono, 2007).

Menurut Robin (2001) sebuah bentuk dan nilai-nilai yang dibentuk oleh para anggotanya akan membedakan organisasi tersebut dengan organisasi-organisasi lainnya. Salah satu faktor utama yang mempengaruhi terhadap keberhasilan atau kegagalan suatu organisasi adalah sumber daya manusia. Sumber daya manusia yang profesional merupakan aset terbaik suatu organisasi sehingga komitmen mereka bekerja untuk organisasi sangat harus diperhatikan (Gaspersz, 2005).

Organisasi atau perusahaan bisnis dikelola oleh orang-orang secara kolektif. Tanpa ada orang-orang yang memiliki komitmen maka organisasi atau perusahaan tidak akan dapat berjalan. Permasalahan yang berkaitan dengan orang-orang atau karyawan kerap kali berakar dari konsep manajemen yang mengasumsikan bahwa semua orang pada hakikatnya sama dan mereka dapat di perlakukan sama. Padahal tidak ada dua orang yang betul-betul identik, dan setiap orang berbeda secara fisik, emosional, maupun psikologis. (Samsudin, 2006).

Menurut Gibson (1991) dalam Ilyas (2001) yang menyampaikan model teori kinerja dan melakukan analisis terhadap sejumlah variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu. Variabel individu merupakan sifat atau atribut individu yang dapat dilihat dan mudah diukur yang terdiri dari kemampuan dan keterampilan mental dan fisik, keluarga, tingkat sosial, pengalaman, umur, asal-usul, jenis kelamin.

Evaluasi kinerja sumber daya manusia yang berada pada suatu organisasi merupakan salah satu variabel yang penting bagi efektifitas organisasi. Dalam suatu organisasi alangkah baiknya untuk memiliki instrumen penilaian kinerja yang efektif bagi tenaga kerja profesional. Proses evaluasi kinerja karyawan ini merupakan suatu upaya yang baik dari pihak manajemen untuk meningkatkan kinerja organisasi yang efektif (Ilyas, 2002).

Ilyas (2004) memperkirakan sekitar 75% personel tenaga kesehatan di rumah sakit adalah perawat, dengan persentase tersebut dapat dilihat bahwa perawat merupakan proporsi tenaga kesehatan yang terbesar di rumah sakit. Sementara Sumiatun (2007) dalam penelitian "*Assesment* kompetensi perawat fungsional dan penerapannya yang ada di lapangan", mengungkapkan bahwa perawat merupakan tuan rumah yang selalu menunggu selama 24 jam dalam memberikan pelayanan kesehatan, yang menjadi tolak ukur baik buruknya suatu rumah sakit.

Dewasa ini perawat di rumah sakit diharapkan untuk memiliki kemauan dan kemampuan untuk mengembangkan keterampilan dan pengetahuannya dalam usaha untuk memberikan pelayanan yang berkualitas kepada pasien. Disamping itu seorang perawat juga diharapkan mampu memberikan pelayanan yang ramah,

sopan serta terampil sehingga dapat mengurangi keluhan pasien. Untuk mendukung harapan-harapan tersebut komitmen perawat terhadap organisasi atau loyalitas mereka sangatlah diperlukan, dengan demikian kemauan dan keyakinan mereka untuk bekerja semakin tinggi dan akan memberikan pelayanan kesehatan yang optimal (Koesmono, 2007).

Abubakar M.T. Suliman (2002) dalam penelitiannya *Is it Really Mediating Construct? The Mediating Role of Organizational Commitment in Work Climate Performance Relationship* yang dilakukan terhadap 1000 orang karyawan dari 20 perusahaan industri yang pengambilan sampelnya dilakukan secara random. Hasil penelitian menyimpulkan Komitmen organisasional dan 2 faktornya (*Affective commitment* dan *Continuance commitment*) memainkan peran yang berbeda dalam memediasi hubungan antara iklim kerja yang dipersepsikan karyawan dengan kinerja (Sopiah, 2008).

Selanjutnya penelitian yang dilakukan Naswati (2001) mengkorelasikan perilaku pimpinan, komitmen organisasi dan motivasi perawat dengan kinerja perawat di ruang rawat inap RSUD Kendari Sulawesi Tenggara , menyimpulkan perilaku pemimpin itu tidak menghubungkan ke arah kinerja perawat, sementara komitmen organisasi dan motivasi berhubungan secara positif ke arah kinerja perawat.

Disisi lain kinerja juga dapat dipengaruhi oleh demografi/karakteristik individu, seperti yang dikemukakan oleh Gibson (1991) dalam Ilyas (2001) yang menyampaikan model teori kinerja dan melakukan analisis terhadap sejumlah variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu. Variabel individu merupakan sifat atau atribut individu yang dapat dilihat dan mudah diukur yang

terdiri dari kemampuan dan ketrampilan mental dan fisik, keluarga, tingkat sosial, pengalaman, umur, asal-usul, jenis kelamin.

Dalam beberapa kasus, tingkat komitmen organisasi yang rendah diantara karyawan sangat berhubungan dengan tingginya tingkat absen dan *turn over*. Namun demikian bukan berarti rendahnya tingkat *turn over* menunjukkan bahwa tingkat komitmen organisasinya tinggi, karena tidak sedikit karyawan yang bertahan di perusahaan meski sebenarnya mereka mengaku tidak menyukai pekerjaannya akan tetapi tidak mau keluar kerja karena takut tidak mendapatkan pekerjaan, apalagi di tengah-tengah krisis seperti sekarang ini, hal tersebut tentunya akan berdampak pada kinerja organisasi yang dapat menuai kritikan dari pelanggan (Gendhus, 2008).

Berdasarkan evaluasi yang dilakukan oleh Departemen Dalam Negeri, selain organisasi pemerintah daerah sudah terlalu banyak, pegawai negeri sipil banyak yang nganggur, hanya mondar-mandir dan membaca koran hingga jam kerja selesai (Jawa pos, Oktober (2003) dalam Prayitno, 2004). Aktivitas yang menunjukkan nuansa kesibukan kerja hanya tampak di satuan kerja yang "ada proyeknya". Sehingga tidak salah jika ada sementara pengamat yang menyatakan bahwa Pegawai Negeri Sipil (PNS) lebih cenderung berorientasi pada proyek ketimbang melaksanakan tugas-tugas rutinnnya (Yudoyono, 2002).

Propinsi Nanggroe Aceh Darusalam (NAD) yang merupakan salah satu propinsi dengan status otonomi khusus, dikalangan PNS masih ditemukan permasalahan-permasalahan seperti masih adanya PNS yang bolos pada waktu kerja, hal ini terbukti dengan tertangkapnya PNS yang sedang berada di kedai kopi dan di pasar pada waktu jam kerja, yang bekerja seadanya

(www.serambionline.com) dan hanya mondar-mandir di dalam kantor tempat dia bekerja untuk menunjukkan sedang sibuk bekerja untuk organisasinya (Jawa Pos, 2003).

RSU Meuraxa Kota Banda Aceh merupakan rumah sakit milik pemerintah dengan tipe C yang berorientasi ke tipe B yang dinilai sangat baik dalam pemberian pelayanan terhadap masyarakat. RSU Meuraxa merupakan rumah sakit yang mengalami kerusakan total akibat musibah tsunami pada akhir tahun 2004, namun dengan adanya bantuan dari negara donor Austria dan Hongaria serta Badan Rekonstruksi dan Rehabilitasi (BRR) Nanggroe Aceh Darusalam dan Nias, RSU Meuraxa sudah mulai melakukan pembenahan kembali dan sudah memiliki bangunan dan fasilitas yang memadai yaitu dengan kapasitas 112 tempat tidur serta dilengkapi dengan fasilitas dan peralatan yang cukup berkualitas dan modern. Pengembangan RSU Meuraxa terus dilakukan sampai saat ini dengan penambahan fasilitas-fasilitas yang memadai seperti penambahan kapasitas tempat tidur, peralatan-peralatan yang berkualitas dan modern.

Tidak hanya itu untuk mendukung pengembangan rumah sakit pengembangan SDM juga turut dilakukan dengan penambahan SDM, terutama tenaga dokter dan perawat. Tenaga perawat merupakan tenaga yang paling banyak dibutuhkan untuk rumah sakit ini, penambahan tersebut dilakukan dengan penerimaan tenaga PNS baru, penerimaan tenaga honor dan penarikan tenaga-tenaga perawat yang ada pada puskesmas dalam lingkup kerja Kota Banda Aceh.

Berdasarkan hasil survey awal yang dilakukan pada bulan juni 2008 dengan metode wawancara terhadap 10 orang tenaga keperawatan (8 orang berjenis kelamin perempuan dan 2 orang laki-laki), diataranya 6 orang perawat merupakan perawat yang dimutasikan dari puskesmas dan 4 perawat lainnya yang baru diterima tahun 2007, dari 6 orang perawat yang dimutasikan tersebut, 3 orang diataranya menyatakan sebenarnya mereka tidak menginginkan untuk dimutasikan ke RSU Meuraxa karena mereka sudah merasa nyaman di tempat kerja sebelumnya, 2 orang perawat menyatakan tidak merasa nyaman bekerja di RSU Meuraxa karena sebenarnya harapan setelah dimutasi dapat melanjutkan pendidikan namun terhambat oleh birokrasi, 1 orang (10%) menyatakan sangat senang bekerja di RSU Meraxa karena memperoleh teman dan ilmu baru.

Sedangkan 4 perawat lainnya merupakan tenaga PNS baru yang diterima tahun 2007, 2 orang (20%) menyatakan sebenarnya dia tidak begitu ingin masuk PNS, dia lebih suka bekerja di *Non Government Organizations* (NGO's) karena dengan berkerja tidak berat menghasilkan banyak uang, kalau di RSU Meuraxa sangat tidak menyenangkan kerjanya melehkan tetapi hasilnya sedikit, hanya orang-orang tertentu saja yang bisa tersenyum. 2 orang (20%) lainnya menyatakan kalau masuk PNS sebenarnya yang diharapkan dapat melanjutkan pendidikan dan adanya uang pensiun.

Berdasarkan fenomena diatas, dikhawatirkan akan berdampak pada komitmen dan loyalitas tenaga keperawaatan perawat terhadap organisasi rumah sakit, sehingga akan mempengaruhi produktifitas kerja dan kinerja tenaga keperawatan dalam memberikan pelayanan pada pasien/klien yang berkunjung ke rumah sakit Meuraxa Kota Banda Aceh. Dalam penelitian ini penulis memilih

penelitian terhadap tenaga keperawatan di ruang rawat inap karena berdasarkan data kepegawaian RSUD Meuraxa tahun 2007, jumlah tenaga keperawatan yang terbanyak adalah di ruang rawat inap yaitu 121 orang tenaga keperawatan, dari 189 tenaga keperawatan yang ada, sedangkan sisanya sebanyak 68 orang tenaga keperawatan bertugas di rawat jalan.

Berdasarkan hal tersebut di atas, maka penulis ingin meneliti lebih lanjut Hubungan Karakteristik dan Komitmen organisasi Terhadap Kinerja Tenaga Keperawatan Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Tahun 2008.

1.2 Rumusan Masalah

RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh adalah rumah sakit milik pemerintah daerah yang sedang dikembangkan kembali setelah sebelumnya mengalami kerusakan total akibat bencana Tsunami, sekarang ini RSUD Meuraxa resmi beroperasi di tempat yang baru sejak November 2007. Guna memenuhi kebutuhan tenaga, khususnya perawat RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh, Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh melakukan mutasi PNS yang bekerja di puskesmas wilayah mereka ke RSUD Meuraxa sebanyak 40 orang dan penerimaan PNS baru sebanyak 30 orang mulai tahun 2006. Dengan bertambahnya karyawan di rumah sakit ini tentunya bertambah pula ragam/karakter orang-orang yang mengelola rumah sakit ini, tentunya mereka tidak bisa dianggap sama dari segi kualitas, kuantitas dan lainnya. Seperti yang ungkapkan oleh Samsudin (2006), tidak ada dua orang yang betul-betul identik dan setiap orang berbeda secara fisik, emosional maupun psikologis. Selanjutnya berdasarkan hasil survey pendahuluan terhadap 10 orang perawat (8 orang perempuan dan 2 orang laki-laki) diperoleh

60%, diantaranya memiliki komitmen rendah terhadap organisasi, hal ini dikhawatirkan akan berimbas pada kinerja tenaga keperawatan yang buruk dan akhirnya berdampak pada pasien/klien yang tidak merasa puas atas kinerja/pelayanan yang diberikan. Seperti yang terjadi pada bulan Juli tahun 2007, adanya pasien/klien yang kecewa atas kinerja tenaga keperawatan RSUD Meuraxa yang terlalu sinis dan tidak acuh/tidak empati dalam pelayanannya (Gade, 2008). Disisi lain jumlah kunjungan RSUD Meuraxa pada tahun 2007 mengalami penurunan sebesar 31,40% dari jumlah kunjungan pada tahun 2006 yang mencapai 33.319 kali kunjungan.

Oleh karena itu penulis ingin melihat apakah ada hubungan karakteristik dan komitmen tenaga keperawatan dengan kinerjanya di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008.



1.3 Pertanyaan Penelitian

- 1.3.1 Bagaimana gambaran kinerja dan karakteristik (umur, jenis kelamin, masa kerja, pendidikan, status pernikahan) serta komitmen tenaga keperawatan (komitmen organisasi, dimensi komitmen afektif, dimensi komitmen kelanjutan, dan dimensi komitmen normatif) di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh tahun 2008?
- 1.3.2 Apakah ada hubungan yang signifikan antara karakteristik tenaga keperawatan (umur, jenis kelamin, masa kerja, pendidikan, status pernikahan) dengan kinerjanya di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh tahun 2008?

- 1.3.3 Apakah ada hubungan yang signifikan antara komitmen tenaga keperawatan (komitmen organisasi, dimensi komitmen afektif, dimensi komitmen kelanjutan, dan dimensi komitmen normatif) dengan kinerjanya di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh tahun 2008?
- 1.3.4 Variabel apa yang paling dominan dari karakteristik tenaga keperawatan (umur, jenis kelamin, masa kerja, pendidikan, status pernikahan) dan komitmen tenaga keperawatan (komitmen organisasi, dimensi komitmen afektif, dimensi komitmen kelanjutan, dan dimensi komitmen normatif) yang paling berhubungan dengan kinerja di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh tahun 2008?

1.4 Tujuan Penelitian



1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan karakteristik dan komitmen tenaga keperawatan dengan kinerjanya di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh tahun 2008.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Diketuainya gambaran kinerja dan karakteristik (umur, jenis kelamin, masa kerja, pendidikan, status pernikahan) serta komitmen tenaga keperawatan (komitmen organisasi, dimensi komitmen afektif, dimensi komitmen kelanjutan, dan dimensi komitmen normatif) di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh tahun 2008.

2. Diketuainya hubungan antara karakteristik tenaga keperawatan (umur, jenis kelamin, masa kerja, pendidikan, status pernikahan) dengan kinerjanya di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh tahun 2008.
3. Diketuainya hubungan antara komitmen tenaga keperawatan (komitmen organisasi, dimensi komitmen afektif, komitmen kelanjutan, dan komitmen normatif) dengan kinerjanya di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh tahun 2008.
4. Diketuainya hubungan karakteristik tenaga keperawatan (umur, jenis kelamin, masa kerja, pendidikan, status pernikahan) dan komitmen tenaga keperawatan (komitmen organisasi, dimensi komitmen afektif, dimensi komitmen kelanjutan, dimensi komitmen normatif) yang paling dominan berhubungan dengan kinerja di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh tahun 2008.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Rumah Sakit Umum Meuraxa

Diharapkan dapat memperoleh gambaran kinerja, karakteristik (umur, jenis kelamin, masa kerja, pendidikan, status pernikahan) dan komitmen organisasi tenaga keperawatan, diketahui pula hubungan dan faktor yang paling dominan hubungan antar keduanya. Dari hasil penelitian ini dapat dijadikan masukan informasi dan kajian bagi *stakeholders* rumah sakit untuk dapat menentukan tindakan yang tepat dan langkah-langkah yang harus dilakukan untuk meningkatkan pelayanan keperawatan yang berkualitas.

1.5.2 Bagi Tenaga Keperawatan.

Diharapkan tenaga perawat dapat mengetahui bahwa komitmen terhadap organisasi mutlak harus ditanamkan mengingat profesi keperawatan adalah ujung tombak terdepan dalam pemberian pelayanan keperawatan kepada pasien/klien yang dapat berdampak langsung terhadap baik buruknya kualitas pelayanan suatu rumah sakit.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional study* dengan pendekatan kuantitatif untuk mengetahui gambaran kinerja tenaga keperawatan berdasarkan tindakan asuhan keperawatan (pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi) dilakukan menggunakan kuesioner (*self assessment*). Untuk memperoleh gambaran karakteristik (umur, jenis kelamin, masa kerja, pendidikan, status pernikahan) dan komitmen organisasi yang ditinjau dari dimensi komitmen afektif, komitmen kelanjutan, dan komitmen normatif juga digali melalui kuesioner (*self assessment*). Penelitian ini dilakukan pada bulan September 2008 di RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh yang difokuskan pada tenaga keperawatan yang bekerja pada unit rawat inap untuk mengetahui gambaran karakteristik, komitmen dan kinerjanya, selanjutnya menghubungkan variabel-variabel tersebut.

BAB 2

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

2.1 Tenaga Keperawatan di Rumah Sakit

Tenaga profesi keperawatan merupakan salah satu profesi luhur bidang kesehatan. Pengertian pelayanan keperawatan sesuai *world health organizations* (WHO) *Expert Committee on Nursing* (1982) adalah gabungan dari ilmu kesehatan dan seni melayani/merawat (*care*), suatu gabungan humanistik dari ilmu pengetahuan, filosofi keperawatan, kegiatan klinik, komunikasi dan ilmu sosial. Hal ini dipertegas lagi dalam WHO *Expert Committee on Nursing* (1996) yang menyatakan bahwa keperawatan adalah ilmu dan seni yang berjalan sekaligus. Sisebutkan juga bahwa pelayanan keperawatan bertugas membantu individu, keluarga dan kelompok untuk mencapai potensi optimalnya di bidang fisik, mental dan sosial dalam ruang lingkup kehidupan dan pekerjaannya (Aditama, 2003).

Tenaga keperawatan adalah salah satu profesi di rumah sakit yang berperan penting dalam penyelenggaraan upaya menjaga mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Pada standar tentang evaluasi dan pengendalian mutu dijelaskan bahwa pelayanan keperawatan menjamin adanya asuhan keperawatan yang bermutu tinggi dengan terus-menerus melibatkan diri dalam program pengendalian mutu di rumah sakit. Dalam hal ini dapat ditambahkan bahwa sejak lebih dari 100 tahun yang lalu, perawat legendaris Florence Nightingale telah menyatakan bahwa *hospital should not harm the patients* dan di tahun 1859 ia

menyatakan bahwa pelayanan keperawatan bertujuan untuk *put patient in the best condition for nature to act upon him*. Hal ini menunjukkan kepedulian yang mendalam dari seorang perawat terhadap pasien yang ditanganinya di rumah sakit.

2.2 Kinerja Tenaga Keperawatan di Rumah Sakit.

2.2.1 Definisi kinerja.

Menurut Nawawi, (2005) Kinerja adalah hasil pelaksanaan saat bekerja, baik bersifat fisik/material maupun non-fisik/non-material. Kinerja merupakan istilah yang berasal dari kata *job performance* atau *actual performance* (prestasi kerja atau prestasi sesungguhnya yang dicapai seseorang). Sedangkan menurut Mangkunegara, (2007) Kinerja karyawan (prestasi kerja) adalah hasil kerja kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seseorang karyawan dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya. Dari beberapa definisi diatas maka dapat disimpulkan bahwa kinerja merupakan hasil keluaran kerja yang dilakukan karyawan dalam melaksanakan tugas yang sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya.

2.2.2 Kinerja tenaga keperawatan

James Willan, buku *Hospital Management* (1990) dalam Aditama (2003), menyebutkan bahwa *Nursing Department* di rumah sakit mempunyai beberapa tugas, seperti: (1) memberikan pelayanan keperawatan pada pasien, baik untuk kesembuhan ataupun pemulihan status fisik dan mentalnya; (2) memberikan pelayanan lain bagi kenyamanan dan keamanan pasien, seperti penataan tempat tidur dan lain-lain; (3) melakukan tugas-tugas administratif; (4)

menyelenggarakan pendidikan keperawatan berkelanjutan; (5) melakukan berbagai penelitian/riset untuk senantiasa meningkatkan mutu pelayanan keperawatan; dan (6) berpartisipasi aktif dalam program pendidikan bagi para calon perawat.

Untuk dapat melakukan tugas-tugas di atas, maka *Nursing Department* di rumah sakit perlu memperhatikan beberapa hal, seperti:

1. Mengupayakan semaksimal mungkin kesembuhan seorang pasien sehingga pasien tersebut mendapat derajat kesehatan yang sebaik-baiknya.
2. Sepanjang keadaan memungkinkan, mengikutsertakan keluarga pasien dalam proses perawatan, misalnya memberi makan atau mengganti baju
3. Mengelompokkan pasien berdasar berat ringannya penyakit, sehingga kelompok pasien yang relatif lebih berat dapat ditempatkan tidak jauh dari *nurse station* dan relatif mendapat perhatian yang lebih besar.

John Griffith (1987) dalam Aditama (2003) menyatakan bahwa kegiatan keperawatan di rumah sakit dapat dibagi menjadi keperawatan klinik dan manajemen keperawatan. Kegiatan keperawatan klinik antara lain terdiri dari:

1. Pelayanan keperawatan personal (*personal nursing care*), yang antara lain berupa pelayanan keperawatan umum dan atau spesifik untuk sistem tubuh tertentu, pemberian motivasi dan dukungan emosi pada pasien, pemberian obat, dan lain-lain.
2. Berkomunikasi dengan dokter dan petugas penunjang medik, mengingat perawat selalu berkomunikasi dengan pasien setiap waktu sehingga merupakan petugas yang seyogyanya paling tahu tentang keadaan pasien.

Berbagai hal tentang keadaan pasien ini perlu dikomunikasikan dengan dokter atau petugas lain.

3. Menjalin hubungan dengan keluarga pasien. Komunikasi yang baik dengan keluarga/kerabat pasien akan membantu proses penyembuhan pasien itu sendiri. Keluarga perlu mendapat kejelasan-sampai batas tertentu-tentang keadaan si pasien, dan berpartisipasi aktif dalam proses penyembuhannya
4. Menjaga lingkungan bangsal tempat perawatan. Dalam hal ini perlu diingatkan bahwa dulu Florence Nightingale dan teman-temannya secara langsung mengepel dan menyikat lantai bangsal perawatan tempat mereka bekerja. Kini situasinya mungkin telah berubah, tetapi perawat tetap bertanggung jawab terhadap lingkungan bangsal perawatan pasien, baik lingkungan fisik, mikrobiologik, keamanan, dan lain-lain.
5. Melakukan penyuluhan kesehatan dan upaya pencegahan penyakit. Program ini dapat dilakukan pada pasien dengan materi spesifik sesuai penyakit yang dideritanya. Tetapi, dapat juga diberikan pada pengunjung rumah sakit secara umumnya, bahkan masyarakat di luar dinding rumah sakit sekalipun.

2.2.3 Penilaian kinerja tenaga keperawatan

Mengginson, (1998) dalam Mangkunegara, (2007) penilaian prestasi kerja (*performance appraisal*) adalah suatu proses yang digunakan pimpinan untuk menentukan apakah seseorang karyawan melakukan pekerjaan sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya. Selanjutnya Mangkunegara, (2007) menyebutkan penilaian kinerja adalah penilaian yang dilakukan secara sistematis untuk mengetahui hasil pekerjaan karyawan dan kinerja organisasi. Disamping itu, juga untuk menentukan kebutuhan pelatihan kerja secara tepat, memberikan

tanggung jawab yang sesuai kepada karyawan sehingga dapat melaksanakan pekerjaan yang lebih baik dimasa mendatang dan sebagai dasar untuk menentukan kebijakan dalam hal promosi jabatan atau penentuan imbalan.

Nawawi, (2005) menyimpulkan beberapa identifikasi yang penting dalam penilaian kinerja. Identifikasi pertama, penilaian kinerja hanya dapat dilakukan pada kegiatan-kegiatan dalam pelaksanaan pekerjaan yang terlihat atau dapat diamati, pada saat pekerja melaksanakan tugas-tugasnya. Dalam batas waktu tertentu dapat juga diketahui dari penuturan pekerja yang dinilai mengenai pekerjaan yang sudah dilaksanakannya. Sifatnya menjadi terbatas, karena tergantung pada ingatan, kejujuran untuk mengatakan yang sebenarnya, dan tingkat kemampuan/persepsi tentang tugas-tugasnya untuk dituturkan secara lisan. Sehubungan dengan itu berarti juga Penilaian Kinerja sulit dan bahkan tidak dapat mengetahui/mengungkapkan proses mental (seperti kualitas berpikir) yang berlangsung di dalam diri pekerja yang dinilai.

Identifikasi yang kedua menunjukkan bahwa penilaian kinerja terikat pada tenggang waktu yang terbatas yang disebut "periode penilaian (*appraisal period*). Periode tersebut berlangsung sejak awal dilakukannya observasi atau interviu, sampai selesai menyusun laporan berupa reuiu pelaksanaan pekerjaan oleh seorang pekerja sebagai hasilnya. Dengan demikian seperti dikatakan di atas berarti pelaksanaan pekerjaan sebelumnya, tidak dapat diungkapkan dan jika diungkapkan sangat tergantung pada ingatan, kejujuran, tingkat persepsi dan kemampuan menetukannya secara lisan.

Identifikasi ketiga berkenaan dengan hasil penilaian kinerja, yang hanya bermanfaat bilamana mampu memberikan gambaran tentang kekurangan dan

kelebihan pekerja dalam melaksanakan tugas-tugasnya. Kelebihan dan kekurangan itu hanya dapat diketahui jika hasil penilaian kinerja dibandingkan dengan tolok ukur berupa standar pekerjaan yang relevan. Dengan demikian dapat dilakukan tindak lanjutnya dengan melaksanakan kegiatan manajemen SDM lainnya, dalam rangka mempertahankan kelebihan dan memperbaiki kekurangan pekerja dalam melaksanakan tugas-tugasnya. Tanpa dilakukan tindak lanjut (*follow up*), hasil penilaian kinerja menjadi sia-sia, karena waktu, tenaga dan dana untuk melaksanakannya sekedar menjadi pemborosan. Misalnya penilaian kinerja menyimpulkan bahwa kelemahan/kekurangan seorang pekerja dalam melaksanakan tugas-tugasnya, memerlukan kegiatan pelatihan. Apabila tindak lanjut itu tidak dapat dilakukan, berarti penilaian kinerja tidak memberi manfaat bagi perwujudan pekerjaan yang kompetitif di masa mendatang.

Identifikasi keempat bahwa penilaian kinerja merupakan bagian dari keseluruhan kegiatan manajemen pelaksanaan pekerjaan, bukan sekedar bagian kegiatan manajemen SDM. Dengan kata lain hasilnya dapat dipergunakan untuk berbagai tujuan organisasi/perusahaan. Misalnya tidak saja untuk meningkatkan kemampuan pekerja melakukan kegiatan pemasaran produknya, tetapi mungkin pula harus mengubah dan memperbaiki cara pemasaran yang menjadi tugas pokok manajer pemasaran. Demikian pula dalam proses produksi yang tidak saja harus dilakukan untuk memperbaiki dan meningkatkan cara melaksanakan pekerjaan, tetapi mungkin pula mencakup prosedur dan mekanisme pekerjaan sejak pengadaan bahan baku, penyimpanan/penggudangan, pendistribusian sampai pada dihasilkannya suatu produk, khususnya berupa barang. Dengan demikian berarti penilaian kinerja harus berorientasi pada masa depan

organisasi/perusahaan secara keseluruhan. Sedang dari sudut manajemen SDM orientasi masa depan diartikan bahwa hasil Penilaian Kinerja harus dapat dipergunakan untuk membantu pekerja mewujudkan potensinya yang terbaik dan digunakan secara maksimal dalam memberikan kontribusi bagi tercapainya tujuan organisasi/perusahaan.

Identifikasi kelima atau terakhir bahwa penilaian kinerja berhubungan dengan pelaksanaan pekerjaan yang bersifat kompleks. Oleh karena itu memerlukan tingkat kecermatan yang tinggi, yang bilamana dilaksanakan secara profesional, hasilnya akan berguna sebagai umpan balik bagi banyak bidang kerja lainnya, yang tidak sekedar mengenai pekerjaan yang langsung berhubungan dengan produk lini. Dengan kata lain hasilnya dapat digunakan pula untuk melaksanakan tugas-tugas administratif sebagai penunjang secara efektif dan efisien. Misalnya untuk pengembangan karier termasuk promosi dan pemindahan, pembayaran upah/gaji dan kompensasi tidak langsung lainnya, reviu strategi bisnis dan lain-lain. Oleh karena itulah dikatakan di atas bahwa penilaian kinerja perlu dan harus dilakukan secara profesional, yang berarti harus didesain tidak saja dengan memperhatikan aspek-aspek teknis suatu pekerjaan, tetapi juga memperhatikan secara serius aspek-aspek sosialnya. Di satu pihak berarti menyentuh penilaian mengenai pengetahuan dan keterampilan/keahlian dalam melaksanakan pekerjaan. Sedang di pihak lain berkenaan dengan sikap dan hubungan kerja yang bersifat formal dan informal, yang memungkinkan diciptakannya jaringan kerja (*net-work*) yang berfungsi maksimal bagi pencapaian tujuan bisnis perusahaan/organisasi secara maksimal.

Penilaian kinerja merupakan alat yang paling dapat dipercaya oleh manajer perawat dalam mengontrol tenaga keperawatan dan produktifitasnya. (Swanburg, 2000). Proses penilaian kinerja dapat digunakan secara efektif dalam mengarahkan perilaku pegawai, dalam rangka menghasilkan jasa keperawatan dalam kualitas dan volume yang tinggi. Perawat manajer dapat menggunakan proses operasional kinerja untuk mengatur arah kerja dalam memilih, melatih, membimbing perencanaan karier, serta memberi penghargaan kepada perawat yang berkompetan (Nursalam, 2007).

Dalam merencanakan sistem penilaian kerja perawat, manajer perawat sebaiknya menetapkan orang yang bertanggung jawab untuk mengevaluasi setiap pekerjaan. Idealnya setiap supervisor pegawai terdekat hendaknya mengevaluasi pelaksanaan kerjanya, dimana satu orang mengevaluasi kerja rekannya secara akurat, keduanya harus selalu mengadakan kontak langsung dan diperpanjang sehingga penilaian memiliki kesempatan untuk menganalisis sampel yang memadai dari seluruh aspek dari pelaksanaan kerja perawat (Nursalam, 2007).

Menurut Gillies, (1996) untuk mengevaluasi staf perawat secara tepat dan adil, manajer sebaiknya mengamati prinsip-prinsip tertentu, diantaranya;

1. Evaluasi kerja sebaiknya didasarkan pada standar pelaksanaan kerja, dan orientasi tingkah laku untuk posisi yang ditempati.
2. Sampel tingkahlaku perawat yang cukup representatif sebaiknya diamati dalam rangka evaluasi pelaksanaan kerjanya. Perhatian harus diberikan untuk mengevaluasi tingkah laku konsistennya guna menghindari hal-hal yang tidak diinginkan.

3. Perawat hendaknya diberi salinan deskripsi kerjanya, standar pelaksanaan kerja. Dan evaluasi kerjanya untuk peninjauan ulang sebelum pertemuan evaluasi, sehingga baik perawat maupun supervisor dapat mendiskusikan evaluasi dari kerangka kerja yang sama.
4. Didalam menuliskan penilaian pelaksanaan kinerja perawat, manajer sebaiknya menunjukkan segi-segi dimana pelaksanaan kerja itu bisa memuaskan dan perbaikan apa yang diperlukan.
5. Jika diperlukan, manajer sebaiknya menjelaskan area mana yang akan diprioritaskan, seiring dengan usaha perawat untuk meningkatkan pelaksanaan kerja.
6. Pertemuan evaluasi sebaiknya dilakukan pada waktu yang cocok bagi perawat dan manajer dan diskusi evaluasi sebaiknya dilakukan dalam waktu yang cukup baik keduanya.
7. Baik laporan evaluasi maupun pertemuan sebaiknya disusun dengan terencana, sehingga perawat tidak merasa kalau pelaksanaan kerjanya sedang dianalisis.

Dalam proses pemberian umpan balik ini, atasan dan bawahan perlu membicarakan cara-cara untuk memperbaiki kelemahan yang telah diketahui untuk meningkatkan prestasi pada periode berikutnya.

Menurut Nursalam, (2007) Berbagai macam alat ukur telah digunakan dalam penelitian pelaksanaan kerja karyawan keperawatan. Agar efektif, alat evaluasi sebaiknya dirancang untuk mungurangi bias, meningkatkan objektivitas, serta menjamin keabsahan dan ketahanan. Setiap supervisor menunjukkan beberapa tingkatan bias dalam evaluasi kerja bawahan. Beberapa supervisor

biasanya menilai pelaksanaan kerja perawat laki-laki terlalu tinggi, dan beberapa supervisor yang lain biasanya juga meremehkan pelaksanaan kerja perawat asing. Beberapa di antaranya, menaksir terlalu tinggi pengetahuan dan keterampilan dari setiap perawat itu, termasuk juga dalam hal kerapian dan kesopanan.

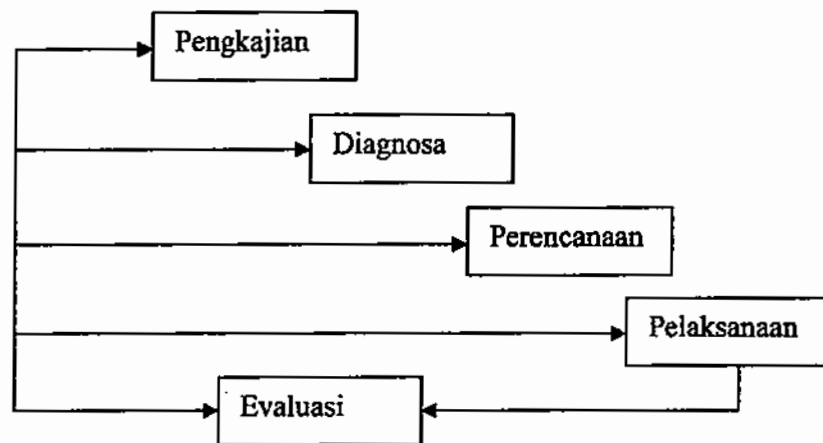
Menurut Henderson, (1984) dalam Nursalam, (2007) Jenis alat evaluasi pelaksanaan kerja perawat yang umum digunakan ada lima, yaitu; laporan bebas, pengurutan yang sederhana, *checklist* pelaksanaan kerja, penilaian grafik, dan perbandingan pilihan yang dibuat-buat. *Checklist* pelaksanaan kerja, yang terdiri atas daftar kriteria pelaksanaan kerja untuk tugas yang paling penting dalam deskripsi kerja karyawan, dengan lampiran formulir di mana penilai dapat menyatakan apakah bawahan dapat memperlihatkan tingkah laku yang diinginkan atau tidak



2.3 Standar Instrumen Penilaian Kinerja Tenaga Keperawatan.

Dalam menilai kualitas pelayanan keperawatan kepada klien, digunakan standar praktik keperawatan yang merupakan pedoman bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Standar praktik keperawatan telah dijabarkan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), (2000) yang mengacu dalam tahapan proses keperawatan, yang meliputi; Pengkajian, Diagnosis, Perencanaan, Implementasi, dan Evaluasi.

Gambar 2.1
Hubungan Tahap Proses Keperawatan



Penjelasan tahapan proses keperawatan tersebut akan dijelaskan pada pembahasan berikut ini;

2.3.1 Standar I: Pengkajian keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Iyer, 1996). Tahap pengkajian merupakan dasar utama dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu. Oleh karena itu pengkajian yang akurat, lengkap, sesuai dengan kenyataan, kebenaran data sangat penting dalam merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan respon individu, sebagaimana yang telah ditentukan dalam standar praktik keperawatan dari ANA (*American Nursing Association*) (dalam Nursalam, 2001)

Pengkajian keperawatan data dasar yang komprehensif adalah kumpulan data yang berisikan mengenai status kesehatan klien, kemampuan

klien untuk mengelola kesehatan dan keperawatannya terhadap dirinya sendiri, dan harus konsultasi dari medis (terapis) atau profesi kesehatan lainnya (Taylor, Lillis & LeMone, 1996). Data fokus keperawatan adalah data tentang perubahan-perubahan atau respon klien terhadap kesehatan dan masalah kesehatannya serta hal-hal yang mencakup tindakan yang dilaksanakan kepada klien (dalam Nursalam, 2001).

2.3.1.1 Fokus Pengkajian keperawatan

Dalam menyusun pengkajian keperawatan tidak sama dengan pengkajian medis, meskipun kadang-kadang hasil pengkajian keperawatan dapat mendukung identifikasi diagnosa medis. Pengkajian medis difokuskan pada keadaan patologis, sedangkan pengkajian keperawatan ditujukan pada respon klien terhadap masalah-masalah kesehatan yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Misalnya, dapatkah klien melakukan aktifitas sehari-hari? sehingga fokus pengkajian klien adalah respon klien yang nyata maupun potensial terhadap masalah-masalah aktifitas harian. (Nursalam, 2001).

Pada pengkajian fokus, perawat perlu menambahkan pertanyaan atau pemeriksaan fisik lebih lanjut untuk memastikan data-data yang mendukung terhadap diagnosa keperawatan yang diduga timbul. Penyusunan data sebagai indikator dari data yang mendukung diagnosa keperawatan adalah suatu kegiatan kognitif yang kompleks dan bahkan pengelompokkan data fokus adalah sesuatu yang sulit. (Nursalam, 2001).

1. Pengumpulan Data

a. Tipe data

Ada 2 tipe data pada pengkajian: Data subyektif dan Data obyektif. Data subyektif adalah data yang didapatkan dari klien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian. Informasi tersebut tidak dapat ditentukan oleh perawat secara independen tetapi melalui suatu interaksi atau komunikasi. Data subyektif sering didapatkan dari riwayat keperawatan termasuk persepsi klien, perasaan, dan ide tentang status kesehatannya. Misalnya, penjelasan klien tentang nyeri, lemah, frustrasi, malu atau malu. Informasi yang diberikan sumber lainnya, misalnya dari keluarga, konsultan, dan tenaga kesehatan lainnya juga dapat sebagai data subyektif jika didasarkan pada pendapat klien (Iyer, 1996).

Data obyektif data adalah data yang dapat diobservasi dan diukur (Iyer, 1996). Informasi tersebut biasanya diperoleh melalui "senses": 2S (*sight, smell*) dan HT (*Hearing dan Touch atau taste*) selama pemeriksaan fisik. Contoh data obyektif: frekwensi pernapasan, tekanan darah, edema dan berat badan.

Adapun fokus pengumpulan data meliputi; Status kesehatan sebelumnya dan sekarang, pola koping sebelumnya dan sekarang, fungsi status sebelumnya dan sekarang, respon terhadap terapi medis dan tindakan keperawatan, resiko untuk masalah potensial, hal-hal yang menjadi dorongan atau kekuatan klien, karakteristik data. Pengumpulan data klien memiliki karakteristik: (1) lengkap, (2) akurat, (3) nyata dan, (4) relevan. (Nursalam, 2001).

2. Sumber data.

Menurut Nursalam, (2001) dalam pengumpulan data dapat diperoleh dari berbagai sumber, meliputi:

a. Klien

Klien adalah sumber utama data (primer) dan perawat dapat menggali informasi yang sebenarnya mengenai masalah kesehatan klien. Banyak klien yang senang memberikan informasi kepada perawat, jika klien mengetahui bahwa informasi yang disampaikan akan membantu memecahkan masalahnya. Untuk kelancaran dalam mendapatkan data yang benar, perawat harus mampu mengidentifikasi masalah ataupun kesulitan-kesulitan klien. Misalnya, klien tidak mampu berkomunikasi secara adekuat: kesadaran menurun, rasa nyeri, dan ketakutan.

Jika perawat mendapatkan data atau informasi yang berbeda dari keadaan fisik atau perilaku klien, maka perawat harus mengkonfirmasi data tersebut kepada sumber yang lain, jika diperlukan. Misalnya, hal ini dapat terjadi pada klien dengan gangguan mental.

b. Orang terdekat.

Informasi dapat diperoleh dari orang tua, suami atau istri, anak atau teman klien, jika klien mengalami gangguan keterbatasan dalam berkomunikasi ataupun kesadaran yang menurun. Hal ini dapat terjadi pada klien anak-anak, dimana informasi diperoleh dari ibu atau yang menjaga anak selama di rumah sakit.

c. Catatan klien.

Catatan klien ditulis oleh anggota tim kesehatan dapat dipergunakan sebagai sumber informasi di dalam riwayat keperawatan. Untuk menghindari pengulangan yang tidak perlu, sebelum mengadakan interaksi kepada klien, perawat hendaknya membaca catatan klien terlebih dahulu. Hal ini akan membantu perawat dalam memfokuskan pengkajian keperawatan dan memperluas informasi yang diperoleh dari klien.

d. Riwayat penyakit.

Pemeriksaan fisik (*Physical examination*) dan catatan perkembangan merupakan riwayat penyakit yang diperoleh dari terapis. Informasi yang diperoleh adalah hal-hal yang difokuskan pada identifikasi patologi dan untuk menentukan rencana tindakan medis.

e. Konsultasi.

Kadang-kadang terapis memerlukan konsultasi dengan anggota tim kesehatan spesialis, khususnya dalam menentukan diagnosa medis atau dalam merencanakan dan melakukan tindakan medis. Informasi tersebut dapat diambil guna membantu menegakkan diagnosa medis.

f. Hasil pemeriksaan diagnostik.

Hasil-hasil pemeriksaan laboratorium dan tes diagnostik, dapat digunakan perawat sebagai data obyektif yang dapat disesuaikan dengan masalah kesehatan klien. Hasil pemeriksaan diagnostik dapat membantu terapis untuk menetapkan diagnosa medis. Bagi perawat dapat membantu mengevaluasi keberhasilan dari tindakan keperawatan.

g. Catatan medis dan anggota tim kesehatan lainnya.

Anggota tim kesehatan lain, adalah para personil yang berhubungan dengan klien, dan memberikan tindakan, mengevaluasi, dan mencatat hasil pada status klien. Catatan kesehatan terdahulu dapat dipergunakan sebagai sumber informasi yang dapat mendukung rencana tindakan perawatan.

h. Perawat lain.

Jika klien adalah rujukan dari pelayanan kesehatan lain, maka perawat harus meminta informasi kepada perawat yang telah merawat klien sebelumnya. Hal ini dimaksudkan untuk kesinambungan dari tindakan keperawatan yang telah diberikan.

i. Kepustakaan.

Untuk memperoleh data dasar klien yang komprehensif, perawat dapat membaca literatur yang berhubungan dengan masalah klien. Memperoleh literatur sangat membantu perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang benar dan tepat.

3. Metode Pengumpulan Data

Menurut Nursalam, (2001) ada tiga metode yang digunakan dalam pengumpulan data pada tahap pengkajian: Komunikasi yang efektif; Observasi; dan Pemeriksaan fisik. Teknik tersebut sangat bermanfaat bagi perawat dalam pendekatan kepada klien secara rasional, sistematis dalam mengumpulkan data, merumuskan diagnosa keperawatan dan merencanakannya.

a. Komunikasi.

Semua interaksi perawat dengan klien adalah berdasarkan komunikasi. Istilah komunikasi terapeutik adalah suatu teknik dimana usaha mengajak klien dan keluarga untuk bertukar pikiran dan perasaan. Teknik tersebut mencakup keterampilan secara verbal maupun nonverbal, empati dan rasa kepedulian yang tinggi. Teknik verbal meliputi pertanyaan terbuka atau tertutup, menggali jawaban dan memvalidasi respon klien. Teknik nonverbal meliputi mendengarkan secara aktif, diam, sentuhan dan kontak mata (Nursalam, 2001).

Komunikasi keperawatan biasanya digunakan untuk memperoleh riwayat keperawatan. Riwayat keperawatan merupakan data yang khusus dan data ini harus dicatat, sehingga rencana tindakan perawatan dapat dibuat sesuai dengan kebutuhan klien. Riwayat keperawatan sebaiknya segera didapatkan begitu klien masuk rumah sakit, karena riwayat tersebut akan memudahkan perawat dalam mengidentifikasi kemampuan dan kelemahan klien, resiko terjadinya gangguan fungsi kesehatan dan masalah-masalah keperawatan yang aktual maupun potensial (Gordon, 1982 dalam Nursalam, 2001).

Mendengarkan secara aktif merupakan suatu hal yang penting dalam pengumpulan data tetapi juga merupakan sesuatu yang sulit untuk dipelajari. Unsur-unsur yang penting dalam mendengarkan secara aktif meliputi (Nursalam, 2001) :

- 1) Memperhatikan pesan yang disampaikan dan menghubungkannya dengan yang sedang dipikirkan

- 2) Mengurangi hambatan-hambatan
- 3) Posisi duduk yang sesuai (berhadapan, jarak yang sesuai, cara duduk, dan lain-lain)
- 4) Menghindarkan terjadinya interupsi
- 5) Mendengarkan penuh dengan perasaan terhadap setiap yang dikatakan klien
- 6) Memberikan kesempatan untuk istirahat kepada klien

Wawancara adalah menanyakan atau tanya jawab yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi klien dan merupakan suatu komunikasi yang direncanakan. Untuk itu kemampuan komunikasi kepada klien sangat dibutuhkan dalam memperoleh data klien yang diperlukan. Ada empat tahap dalam wawancara: Persiapan, Pembukaan atau Perkenalan, Isi atau Tahap kerja, dan Terminasi.

Wawancara dapat dilaksanakan dimana saja, di rumah sakit, klinik, *nursing home* dan, atau rumah klien. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam komunikasi adalah sebagai berikut: (Nursalam, 2001)

- 1) Fokus wawancara adalah klien, perawat harus menunjukkan karakteristik dan terlibat, memanggil nama klien, menggunakan kontak mata, dan menghindari perdebatan dengan klien.
- 2) Mendengarkan klien dengan penuh perhatian, menggunakan refleksi dan penjelasan, agar klien dapat mengerti dan memahami
- 3) Menanyakan masalah yang dirasakan klien paling utama dan menggunakan kata-kata yang mudah dimengerti oleh klien. Jika klien

tidak mampu untuk meneruskan komunikasi perawat dapat mengakhiri dan membuat perjanjian untuk pertemuan berikutnya.

- 4) Gunakan pertanyaan tertutup (*closed ended questions*) untuk memperoleh informasi yang spesifik dan gunakan "*open ended questions*" jika memerlukan informasi yang memerlukan penjelasan atau uraian dari klien. Pertanyaan-pertanyaan tersebut sangat bermanfaat dalam memvalidasi atau klarifikasi informasi yang kurang jelas.
- 5) Diam, jika diperlukan, akan memberikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaannya tanpa harus terpotong oleh pertanyaan perawat yang terus-menerus.
- 6) Sentuhan. Teknik ini diperlukan jika situasi dan kondisi memungkinkan. Tujuan sentuhan dalam komunikasi adalah untuk memberikan dorongan spiritual, merasa diperhatikan, dan mempunyai teman. Kegiatan ini biasanya bisa dilakukan pada klien-klien yang mempunyai masalah depresi yang berat dan memerlukan rasa "tidak ditinggalkan". Akan tetapi aplikasi teknik tersebut harus hati-hati dan selalu memperhatikan norma, budaya dan agama dari klien.

Terminasi, Tahap akhir dalam wawancara adalah penutupan atau terminasi. Pada tahap ini perawat mempersiapkan wawancara untuk penutupan, misal "*Pak Jon kita akan menyelesaikan pembicaraan kita ini dalam waktu 3 menit lagi*": Untuk itu klien harus mengetahui kapan wawancara berakhir dan tujuan dari wawancara pada awal pengenalan, sehingga diharapkan pada akhir wawancara perawat dan klien mampu

menilai keberhasilan dan dapat mengambil kesimpulan bersama. Jika diperlukan, perawat perlu membuat perjanjian lagi untuk pertemuan lebih lanjut.

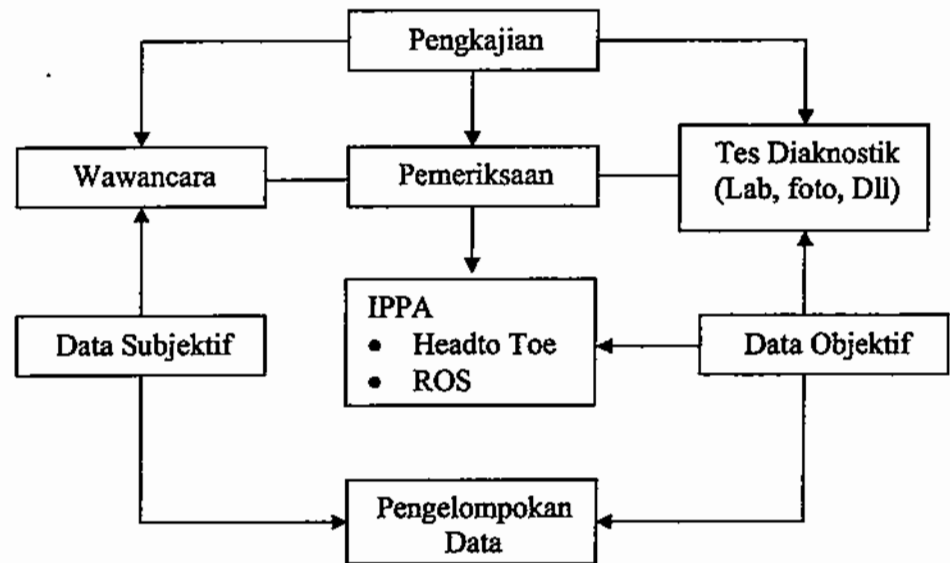
b. Observasi

Tahap kedua pada pengumpulan data adalah dengan observasi. Observasi adalah mengamati perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan klien. Observasi memerlukan suatu ketrampilan disiplin dan praktik klinik sebagai bagian tugas dari perawat. Kegiatan observasi meliputi: 2S HFT (*sight, smell, hearing, feeling dan taste*).

c. Pemeriksaan fisik.

Pemeriksaan atau pengkajian fisik dalam keperawatan dipergunakan untuk memperoleh data obyektif dari riwayat keperawatan klien. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilaksanakan bersamaan dengan wawancara . Fokus pengkajian fisik yang dilakukan perawat adalah pada kemampuan fungsional klien. Misalnya, jika ada klien dengan gangguan sistem pernapasan, maka perawat mengkaji apakah gangguan tersebut mempengaruhi klien dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari. Tujuan dari pengkajian fisik didalam keperawatan adalah untuk menentukan status kesehatan klien, mengidentifikasi masalah kesehatan dan mengambil data dasar untuk menentukan rencana tindakan perawatan. (Nursalam, 2001).

Gambar 2.2
Pengkajian dan Pemeriksaan Fisik



Apa yang akan dilakukan oleh perawat dengan data yang didapatkan dari pemeriksaan fisik? Jika jawabannya untuk melaporkan hasil hanya untuk dokter, maka pengkajian hanya difokuskan pada data-data yang diperlukan. Yang terpenting disini adalah untuk menekankan kemampuan keterampilan pengkajian yang diperlukan oleh perawat umum. Misalnya, perawat memerlukan kemampuan untuk mengidentifikasi tanda peningkatan tekanan intrakranial, tetapi tidak perlu hanya difokuskan pada pengkajian sistem persarafan. Tetapi hal ini bukan berarti ketrampilan yang tinggi tidak perlu dipelajari oleh perawat generalis (umum) (Nursalam, 2001).

2.3.2 Standar II : Diagnosa keperawatan.

Diagnosa keperawatan atau nursing diagnosis merupakan istilah yang diperkenalkan oleh V. Fry pada tahun 1953, merupakan basis untuk rencana, tindakan dan evaluasi keperawatan (Sihombing, 2008). Sedangkan diagnosa keperawatan di definisikan sebagai suatu pernyataan yang menjelaskan respons manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah, dan merubah (Carpenito, 2000).

The North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), (1992) dalam Diana, (2008) mendefinisikan diagnosa keperawatan semacam keputusan klinik yang mencakup klien, keluarga, dan respon komunitas terhadap sesuatu yang berpotensi sebagai masalah kesehatan dalam proses kehidupan.

2.3.2.1 Tujuan diagnosa keperawatan

Menurut Nursalam, (2001) tujuan diagnosa keperawatan untuk mengidentifikasi; 1.Masalah dimana adanya respon klien terhadap status kesehatan atau penyakit; 2.Faktor-faktor yang menunjang atau menyebabkan suatu masalah (etiologies) dan, 3.Kemampuan klien untuk mencegah atau menyelesaikan masalah

2.3.2.2 Langkah-langkah menentukan diagnosa keperawatan

Setelah data terkumpul pada proses pengkajian, maka tugas perawat adalah mengidentifikasi masalah masalah keperawatan klien, kemudian disusun dalam suatu diagnosa keperawatan. Adapun langkah-langkah yang harus ditempuh pada tahap ini adalah sebagai berikut: (Nursalam, 2001).

1. Klasifikasi dan analisa data

Data tersebut bisa diperoleh dari keadaan klien yang tidak sesuai dengan standar kriteria yang sudah ada. Untuk itu perawat harus jeli dan memahami tentang standar keperawatan sebagai bahan perbandingan, apakah keadaan kesehatan klien sesuai atau tidak dengan standar yang ada. Pengelompokan data adalah mengelompokan data-data klien atau keadaan tertentu dimana klien mengalami permasalahan kesehatan atau keperawatan berdasarkan kriteria permasalahannya. Setelah data dikelompokan maka perawat dapat mengidentifikasi masalah keperawatan klien dan merumuskannya. Pengelompokan data dapat disusun berdasarkan "*pola respon manusia (taksonomi NANDA)*" dan atau "pola fungsi kesehatan (dalam Nursalam, 2001).

2. Interpretasi/identifikasi kelebihan dan masalah klien

a. Menentukan kelebihan klien

Jika klien memenuhi standar kriteria kesehatan, perawat kemudian menyimpulkan bahwa klien memiliki kelebihan dalam "hal tertentu", dan kelebihan tersebut bisa digunakan untuk meningkatkan atau membantu memecahkan masalah klien yang dihadapi.

b. Menentukan masalah klien.

Jika klien tidak memenuhi standar kriteria, maka klien tersebut mengalami keterbatasan dalam aspek kesehatannya dan memerlukan pertolongan.

c. Menentukan masalah klien yang pernah dialami

Pada tahap ini penting untuk menentukan masalah potensial klien. Misal, adanya tanda-tanda infeksi pada luka, tetapi tes laboratorium menunjukkan tidak ada kelainan, sesuai dengan teori maka akan timbul suatu

infeksi. Perawat kemudian menyimpulkan bahwa daya tahan tubuh klien tidak mampu melawan infeksi.

d. Penentuan keputusan

1) Tidak ada masalah (*noproblem*) tetapi perlu peningkatan status dan fungsi (kesejahteraan)

a) Tidak ada indikasi respon keperawatan

b) Meningkatnya status kesehatan dan kebiasaan

c) Adanya inisiatif promosi kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan yang optimal

2) Masalah yang kemungkinan (*possible problem*)

Pola mengumpulkan data yang lengkap untuk memastikan ada atau tidaknya masalah yang diduga

3) Masalah Aktual atau Resiko atau sindrom

a) Tidak mampu merawat karena klien menolak masalah dan pengobatan

b) Mulai desain perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi untuk mencegah, menurunkan atau menyelesaikan masalah

4) Masalah kolaborasi

Konsultasikan dengan tenaga kesehatan profesional yang kompeten dan bekerja secara kolaboratif pada masalah tersebut.

Menurut Carpenito, (2000) dalam Nursalam, (2001) masalah kolaboratif adalah komplikasi fisiologi yang diakibatkan dari patofisiologi, berhubungan dengan pengobatan, dan situasi yang lain. Tugas

perawat adalah memonitor untuk mendeteksi status klien dan kolaboratif dengan tenaga medis guna pengobatan yang tepat.

3. Pohon masalah

Dari daftar data yang dikumpulkan, maka perawat dapat mengidentifikasi daftar kebutuhan dan masalah klien dengan menggambarkan adanya suatu sebab-akibat yang dapat digambarkan sebagai "pohon masalah" (*Problem Tree*). Langkah-langkah dalam pohon masalah adalah: (Nursalam, 2001)

- a. Tentukan masalah utama (*core problem*) berdasarkan identifikasi data subyektif (keluhan utama) dan obyektif (data-data mayor)
- b. Identifikasi penyebab dari masalah utama.
- c. Identifikasi penyebab dari penyebab masalah utama (akar dari masalah)
- d. Identifikasi penyebab dari penyebab masalah.

4. Validasi data

Pada tahap ini perawat memvalidasi data yang ada secara akurat yang dilakukan bersama klien/keluarga dan atau masyarakat. Validasi tersebut dilaksanakan dengan mengajukan pertanyaan dan pernyataan yang reflektif kepada klien/keluarga tentang kejelasan interpretasi data (Iyer, 1996).

5. Merumuskan diagnosa keperawatan

Setelah perawat mengelompokan, mengidentifikasi, dan mevalidasi data-data yang signifikan maka tugas perawat pada tahap ini adalah merumuskan suatu diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan dapat bersifat aktual, resiko, sindrom, kemungkinan dan *wellness*. Untuk kejelasan

diagnosa tersebut, akan diuraikan secara detail di bawah ini Masalah aktual, resiko, sindrom, kemungkinan, dan *wellness* (kesejahteraan menjelaskan adanya pernyataan diagnosa keperawatan). Setiap kategori diagnosa keperawatan mempunyai suatu label, definisi dan penjelasan karakteristik

Diagnosa keperawatan menurut Carpentio, (2000) dalam Nursalam, (2001) dapat dibedakan menjadi 5 kategori : Aktual, Resiko, Kemungkinan, Keperawatan *wellness*, dan, Keperawatan *Sindrom*.

- a. Aktual, menjelaskan masalah nyata saat ini sesuai dengan data klinik yang ditemukan. Syarat: menegakkan diagnosa keperawatan aktual harus ada unsur *Problem* dan *Etiologi Symptom (PES)* harus memenuhi kriteria mayor (80% - 100%) dan sebagian kriteria minor dari pedoman diagnosa NANDA.
- b. Resiko, menjelaskan masalah kesehatan yang nyata akan terjadi jika tidak dilakukan intervensi. Syarat: menegakkan resiko diagnosa keperawatan adanya unsur *Problem* dan *Etiologi (PE)*. Penggunaan istilah "resiko dan resiko tinggi" tergantung dari tingkat keparahan/kerentanan terhadap masalah.
- c. Kemungkinan: menjelaskan bahwa perlu adanya data tambahan untuk memastikan masalah keperawatan kemungkinan. Pada keadaan ini masalah dan faktor pendukung belum ada tapi sudah ada faktor yang dapat menimbulkan masalah. Syarat menegakkan kemungkinan diagnosa keperawatan adanya unsur respon (*Problem*) dan faktor yang mungkin dapat menimbulkan masalah tetapi belum ada.

- d. Diagnosa Keperawatan "*Wellness*", (sejahtera) adalah keputusan klinik tentang keadaan individu, keluarga, dan atau masyarakat dalam transisi dari tingkat sejahtera tertentu ke tingkat sejahtera yang lebih tinggi. Ada 2 kunci yang harus ada: 1) Sesuatu yang menyenangkan pada tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi 2) Adanya status dan fungsi yang efektif.
- e. Diagnosa Keperawatan "*Syndrome*", adalah diagnosa yang terdiri dari kelompok diagnosa keperawatan aktual dan resiko tinggi yang diperkirakan akan muncul/timbul karena suatu kejadian situasi tertentu. Manfaat diagnosa keperawatan sindrom adalah agar perawat selalu waspada dan memerlukan keahlian perawat dalam setiap melakukan pengkajian dan tindakan keperawatan.

Menurut NANDA ada 2 diagnosa keperawatan *sindrom*: 1) *Syndrom trauma pemerkosaan (Rape Trauma Syndrome)*. Pada diagnosa keperawatan diatas lebih menunjukkan adanya kelompok tanda dan gejala dari pada kelompok diagnosa keperawatan. Tanda dan gejala tersebut meliputi: Cemas; takut; sedih; gangguan istirahat dan tidur; dan resiko tinggi nyeri sewaktu melakukan hubungan seksual. 2) Resiko Sindrom penyalahgunaan (*Risk for Disuse Syndrome*).

6. Unsur penulisan aktual & resiko diagnosa keperawatan

Setelah diagnosa keperawatan diputuskan, maka perlu dilakukan penulisan diagnosa keperawatan sesuai standar yang ada. Diagnosa keperawatan dapat dituliskan dua daftar pernyataan (masalah dan penyebab) atau 3 daftar pernyataan (masalah penyebab, tanda dan gejala) (Nursalam, 2007)

Etiologi (penyebab) mengidentifikasi fisiologis, psikologis, sosiologis, spritual. dan faktor-faktor lingkungan yang dipercaya berhubungan dengan masalah baik sebagai penyebab ataupun faktor resiko. Karena etiologi mengidentifikasi faktor yang mendukung terhadap masalah kesehatan klien, maka etiologi sebagai pedoman atau sasaran langsung dari intervensi keperawatan. Jika terjadi kesalahan dalam menentukan penyebab, maka tindakan keperawatan menjadi tidak efektif dan efisien. (Nursalam, 2001).

Penulisan etiologi dari diagnosa keperawatan meliputi unsur PSMM; P = Patofisiologi dari penyakit, S = Situational (keadaan lingkungan perawatan), M = Medication (pengobatan yang diberikan), M = Maturasi (tingkat kematangan/kedewasaan klien).

Data-data subyektif dan obyektif yang ditemukan sebagai komponen pendukung terhadap diagnosa keperawatan aktual dan resiko. NANDA telah mengidentifikasi definisi karakteristik untuk setiap diagnosa keperawatan yang telah disepakati. Pengenalan terhadap pengelompokan definisi karakteristik tersebut akan membantu perawat dalam menentukan data-data yang signifikan dan merumuskan diagnosa keperawatan yang akurat (Nursalam, 2007).

2.3.3 Standar III : Perencanaan tindakan keperawatan

Secara tradisional, rencana keperawatan diartikan sebagai suatu dokumen tulisan tangan dalam menyelesaikan masalah, tujuan dan intervensi. Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya bahwa rencana keperawatan merupakan metode komunikasi tentang asuhan keperawatan kepada klien. Setiap klien yang memerlukan asuhan keperawatan diperlukan suatu perencanaan yang

betul-betul dapat menolong klien (Depkes R.I, 1995).

Rencana perawatan adalah bukti tertulis dari tahap dua dan tahap tiga proses keperawatan yang mengidentifikasi masalah/kebutuhan pasien, tujuan/hasil perawatan dan intervensi untuk mencapai hasil yang diharapkan dan menangani masalah/kebutuhan pasien (Somantri, 2007).

Perencanaan meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi atau mengoreksi masalah-masalah yang diidentifikasi pada diagnosa keperawatan. Tahap ini dimulai setelah menentukan diagnosa keperawatan dan menyimpulkan rencana dokumentasi (Iyer, 1996).

Untuk mengarahkan dan mengevaluasi asuhan keperawatan, rencana asuhan harus mencakup elemen pernyataan diagnostik (masalah kolaboratif, diagnosa keperawatan), kriteria hasil (tujuan klien) atau tujuan keperawatan, tindakan keperawatan atau intervensi, evaluasi (status rencana) (Somantri, 2007).

2.3.3.1 Tujuan perencanaan

Yeni, (2008) membedakan tujuan perencanaan keperawatan menjadi tiga bagian, yaitu:

1. Tujuan umum :

- a. Sebagai alat komunikasi antara sesama anggota perawatan dan antar tim kesehatan lainnya
- b. Untuk meningkatkan kesinambungan asuhan keperawatan terhadap klien
- c. Mendokumentasikan proses dan kriteria hasil asuhan keperawatan yang akan dicapai.

2. Tujuan Administratif :

- a. Mengidentifikasi fokus keperawatan kepada klien atau kelompok
- b. Membedakan tanggung jawab perawat dengan profesi kesehatan lainnya
- c. Menyediakan suatu kriteria guna pengulangan dan evaluasi keperawatan
- d. Menyediakan kriteria klasifikasi klien.

3. Tujuan klinik :

- a. Menyediakan suatu pedoman dalam penulisan
- b. Mengomunikasikan dengan staf perawat, apa yang diajarkan, apa yang diobservasi dan apa yang dilaksanakan
- c. Menyediakan kriteria hasil (outcomes) sebagai pengulangan dan evaluasi keperawatan

Rencana tindakan yang spesifik secara langsung bagi individu, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya untuk melaksanakan tindakan.

2.3.3.2 Langkah-langkah perencanaan keperawatan

Untuk mengevaluasi rencana tindakan keperawatan, maka ada beberapa komponen yang perlu diperhatikan:

1. Tahap menentukan prioritas.

Melalui pengkajian, perawat akan mampu mengidentifikasi respon klien yang aktual atau potensial yang memerlukan suatu tindakan. Dalam menentukan perencanaan perlu menyusun suatu "sistem" untuk menentukan diagnosa yang akan diambil tindakan pertama kali. Salah satu sistem yang bisa digunakan adalah hirarki "kebutuhan manusia" (Iyer, 1996).

Secara realistik, perawat tidak dapat mengharapakan dapat menyelesaikan semua diagnosa keperawatan dan masalah kolaboratif yang

terjadi kepada sebagian klien sebagai individu, keluarga dan masyarakat. Dengan mengidentifikasi prioritas kelompok diagnosa keperawatan dan masalah kolaboratif, perawat dapat memprioritaskan peralatan yang diperlukan (Nursalam, 2001).

Menurut Carpenito, (2000) ada perbedaan antara prioritas diagnosa dan diagnosa yang penting:

- a. Prioritas diagnosa adalah diagnosa keperawatan atau masalah keperawatan, jika tidak diatasi saat ini, akan berdampak buruk terhadap keadaan fungsi status kesehatan klien,
 - b. Diagnosa yang penting adalah diagnosa keperawatan atau masalah kolaboratif dimana intervensi dapat ditunda untuk beberapa saat tanpa berdampak terhadap status fungsi kesehatan klien
2. Tahap menentukan kriteria hasil (*Outcomes*).

Tujuan klien dan tujuan keperawatan adalah standar atau ukuran yang digunakan untuk mengevaluasi kemajuan klien atau ketrampilan perawat. Menurut Alfaro, (1994), tujuan klien merupakan pernyataan yang menjelaskan suatu perilaku klien, keluarga atau kelompok yang dapat diukur setelah intervensi keperawatan diberikan. Sebaliknya, tujuan keperawatan adalah pernyataan yang menjelaskan suatu tindakan yang dapat diukur berdasarkan kemampuan dan kewenangan perawat. Karena kriteria hasil untuk diagnosa keperawatan mewakili status kesehatan klien yang dapat dicapai atau dipertahankan melalui rencana tindakan keperawatan yang mandiri, sehingga dapat membedakan antara diagnosa keperawatan dan masalah kolaboratif. Hasil dari diagnosa keperawatan

tidak dapat membantu mengevaluasi efektifitas intervensi keperawatan jika tindakan medis juga diperlukan. (dalam Nursalam, 2001).

Pada situasi tertentu maka diperlukan keterlibatan semua disiplin ilmu. Misalnya, klien yang mengalami kecemasan yang berat, dokter akan memberikan obat anti-cemas, petugas terapi mungkin akan menyiapkan suatu aktifitas yang menarik, dan perawat akan memberikan suatu intervensi dalam mengurangi kecemasan (misalnya; strategi problem solving dan relaksasi) (Nursalam, 2001).

3. Tahap menentukan rencana tindakan

Rencana tindakan adalah desain spesifik intervensi untuk membantu klien dalam mencapai kriteria hasil. Rencana tindakan dilaksanakan berdasarkan komponen penyebab dari diagnosa keperawatan. Oleh karena itu rencana mendefinisikan suatu aktifitas yang diperlukan untuk membatasi faktor-faktor pendukung terhadap suatu permasalahan.

Menurut Bulechek & McCloskey, (1989) dalam Nursalam, (2001) intervensi keperawatan adalah "suatu tindakan langsung kepada klien yang dilaksanakan oleh perawat. Tindakan tersebut meliputi tindakan independen keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan, tindakan medis berdasarkan diagnosa medis dan membantu pemenuhan kebutuhan dasar fungsi kesehatan kepada klien yang tidak dapat melakukannya. Definisi tersebut berhubungan dengan semua intervensi keperawatan dengan diagnosa keperawatan dan atau masalah kolaboratif.

Menurut Nursalam, (2001) Ada beberapa karakteristik rencana tindakan keperawatan diantaranya:

- a. Konsisten dengan rencana tindakan
- b. Berdasarkan prinsip-prinsip ilmiah (rasional)
- c. Berdasarkan situasi individu klien
- d. Digunakan untuk menciptakan suatu situasi yang aman dan terapeutik
- e. Menciptakan suatu situasi pengajaran
- f. Menggunakan saran yang sesuai.
- g. Pengembangan/penyusunan rencana tindakan keperawatan

Selanjutnya untuk menghindari kerancuan dalam rencana tindakan, dan pengulangan kegiatan perawat harus menerapkan komponen berikut ini;

- a. Waktu.

Semua rencana keperawatan harus diberi waktu untuk mengidentifikasi tanggal dilaksanakan

- b. Menggunakan kata kerja.

Semua rencana tindakan harus secara jelas menjabarkan setiap kegiatan. Kata kerja yang mudah digunakan, misalnya "ajarkan cara perawatan colostomy". Sehingga perawat dapat mendemonstrasikan tahap pemakaian kantong feces; mengidentifikasi alat dan bahan yang digunakan; memberikan suatu saran dan mendiskusikan dengan klien; dan menanyakan klien untuk mengungkapkan kembali prosedur tindakan.

c. Fokus pada pertanyaan (1H dan 5W)

Spesifik "*who, what, where, when, which, and how...*" adalah sangat penting untuk membuat rencana tindakan menjadi bermakna. Contoh "*lakukan irigasi luka...*", oleh karena itu pelaksana perlu mengetahui;

- 1) Luka yang mana mungkin klien mempunyai lebih dari satu luka
- 2) Siapa yang akan melakukan irigasi perawat, klien atau keluarga?
- 3) Kapan dilakukan sebelum pengobatan? Sekali dalam sehari? Setiap saat diganti?
- 4) Bagaimana dengan menuangkan obat cair? Menggunakan jarum?
Dengan normal saline, betadin, atau antibiotik solution?

d. Modifikasi pengobatan

Tujuannya adalah untuk membatasi penulisan tindakan yang berulang-ulang.

e. Tanda tangan

Komponen akhir pada rencana tindakan adalah tanda tangan. Komponen ini merupakan aspek hukum yang bisa dipertanggungjawabkan. Tanda tangan memungkinkan teman sejawat; memberikan umpan balik terhadap efektifitas tindakan, untuk suatu kejelasan dan, untuk mengkaji rasional dari rencana tindakan.

4. Tahap Dokumentasi

Rencana tindakan keperawatan disusun dan ditulis oleh perawat profesional yang mempunyai dasar pendidikan yang memadai. Klien dan tenaga kesehatan lainnya yang terlibat dalam pelayanan keperawatan harus dilibatkan dalam penyusunan rencana tindakan. Khusus kepada klien akan

memberikan kontribusi dengan mendefinisikan dan memvalidasi *outcomes* dan rencana tindakan. Rencana tindakan keperawatan adalah sesuatu yang paling efektif jika dilaksanakan setelah pertama kali perawat kontak dengan klien. Segera setelah melakukan pengkajian, perawat harus memulai untuk mendokumentasikan diagnosa aktual atau resiko, kriteria hasil, dan rencana tindakan. (Nirsalam, 2001).

2.3.4 Standar IV : Pelaksanaan tindakan keperawatan

Pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik (Iyer, 1996). Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan , pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping. Perencanaan tindakan keperawatan akan dapat dilaksanakan dengan baik, jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.

Selama tahap pelaksanaan, perawat terus melakukan pengumpulan data dan memilih tindakan perawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan klien. Semua tindakan keperawatan dicatat kedalam format yang telah ditetapkan oleh institusi (Nirsalam, 2001).

Menurut Nursalam, (2007) ada 3 tahap dalam tindakan keperawatan :

1. Tahap Persiapan.

Tahap awal tindakan keperawatan menuntut perawat mempersiapkan segala sesuatu yang diperlukan dalam tindakan. Persiapan tersebut meliputi kegiatan-kegiatan

- a. Review tindakan keperawatan yang diidentifikasi pada tahap perencanaan
- b. Menganalisa pengetahuan dan keterampilan keperawatan yang diperlukan
- c. Mengetahui komplikasi dari tindakan keperawatan yang mungkin timbul
- d. Menentukan dan mempersiapkan peralatan yang diperlukan
- e. Mempersiapkan lingkungan yang kondusif sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan
- f. Mengidentifikasi aspek hukum dan etik terhadap resiko potensial tindakan.

2. Tahap Intervensi.

Intervensi keperawatan adalah preskripsi untuk perilaku spesifik yang diharapkan dari pasien dan/atau tindakan yang harus dilakukan oleh perawat. Intervensi dilakukan untuk membantu pasien dalam mencapai hasil yang diharapkan. Intervensi keperawatan harus spesifik dan dinyatakan dengan jelas. Pengkualifikasian seperti bagaimana, kapan, di mana, frekuensi, dan besarnya memberikan isi dari aktivitas yang direncanakan. Intervensi keperawatan dapat dibagi menjadi dua yaitu mandiri yaitu dilakukan oleh perawat dan kolaboratif yaitu yang dilakukan oleh pemberi perawatan lainnya (Diana, 2008)

3. Tahap dokumentasi.

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan. Ada 3 tipe system pencatatan yang digunakan pada dokumentasi : (a) *Sources – Oriented records* ; (b) *Problem – Oriented records : POR* ; dan (c) *Computer – Assisted Records*. (Nirsalam, 2001).

2.3.5 Standar V: Evaluasi tindakan keperawatan

Menurut Ignatavicius & Bayne, (1994) dalam Nursalam, (2001) Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Melalui evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor “ kealpaan “ yang terjadi selama tahap pengkajian, analisa, perencanaan, dan pelaksanaan tindakan.

Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan, dan perbaikan. Pada tahap ini perawat menemukan penyebab mengapa suatu proses keperawatan dapat berhasil atau gagal (Alfaro-LeFevre, 1994 dalam Diana, 2008) Evaluasi berfokus pada individu klien dan kelompok dari klien itu sendiri. Proses evaluasi memerlukan beberapa keterampilan dalam menetapkan rencana asuhan keperawatan., termasuk pengetahuan mengenai standar asuhan keperawatan, respon klien yang normal terhadap tindakan keperawatan, dan pengetahuan konsep teladan dari keperawatan (Diana, 2008).

Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan, evaluasi merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan.

Pengumpulan data perlu direvisi untuk menentukan apakah informasi yang telah dikumpulkan sudah mencukupi dan apakah perilaku yang observasi sudah sesuai. Diagnosa juga perlu dievaluasi dalam hal keakuratan dan kelengkapannya. Tujuan dan intervensi dievaluasi adalah untuk menentukan apakah tujuan tersebut, dapat dicapai, secara efektif. (Nirsalam, 2001).

Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini bisa dilaksanakan dengan mengadakan hubungan dengan klien berdasarkan respon klien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan, sehingga perawat dapat mengambil keputusan : (1) Mengakhiri rencana tindakan keperawatan (klien telah mencapai tujuan yang ditetapkan). (2) Memodifikasi rencana tindakan keperawatan (klien mengalami kesulitan untuk mencapai tujuan). (3) Meneruskan rencana tindakan keperawatan (klien memerlukan waktu yang lebih lama untuk mencapai tujuan) (Iyer, 1996).

Menurut Nursalam (2007) ada beberapa proses dalam mengevaluasi, meliputi:

1. Mengukur pencapaian tujuan klien

Perawat menggunakan ketrampilan pengkajian untuk mendapatkan data yang akan digunakan dalam evaluasi. Faktor yang dievaluasi mengenai status kesehatan klien, yang terdiri dari beberapa komponen, meliputi : *KAPP* (Kognitif Affektif, Psikomotor, Perubahan fungsi dan tanda dan gejala yang spesifik).

2. Penentuan keputusan pada tahap evaluasi

Setelah data terkumpul tentang status keadaan klien, maka perawat membandingkan data dengan *outcomes*. Tahap berikutnya adalah membuat

keputusan tentang pencapaian klien terhadap *outcomes*. Ada 3 kemungkinan keputusan pada tahap ini : (Nursalam, 2001)

- a. Klien telah mencapai hasil yang ditentukan dalam tujuan. Perawat akan mengkaji masalah klien lebih lanjut atau mengevaluasi *outcomes* yang lain.
- b. Klien masih dalam proses mencapai hasil yang ditentukan. Perawat mengetahui keadaan klien pada tahap perubahan ke arah pemecahan masalah. Penambahan waktu, resources, dan intervensi mungkin diperlukan sebelum tujuan tercapai.
- c. Klien tidak dapat mencapai hasil yang telah ditentukan. Pada situasi ini, perawat harus mencoba untuk mengidentifikasi alasan mengapa keadaan atau masalah ini timbul.
 - 1) Mengkaji ulang masalah atau respon bahwa secara akurat telah diidentifikasi.
 - 2) Membuat *outcomes* yang baru. Mungkin *outcomes* pertama tidak realistis dalam hal: "sarana", perawat, dan waktu. Kemungkinan yang lain adalah klien tidak menghendaki terhadap tujuan yang disusun oleh perawat.
 - 3) Intervensi keperawatan harus dievaluasi dalam hal ketepatan untuk mencapai tujuan sebelumnya.

Menurut Nursalam, (2001) ada beberapa komponen dalam mengevaluasi status klien, meliputi:

a. Menentukan kriteria, standar, dan pertanyaan evaluasi

Kriteria, kriteria digunakan sebagai pedoman observasi untuk pengumpulan data dan sebagai penentuan kesahihan data yang terkumpul. Semua kriteria yang digunakan pada tahap evaluasi ditulis sebagai kriteria hasil. *Outcomes* menandakan hasil akhir tindakan keperawatan. Sedangkan standar keperawatan digunakan lebih luas sebagai dasar untuk evaluasi praktek keperawatan secara luas.

Outcomes criteria. Kriteria hasil didefinisikan sebagai standar untuk menjelaskan respon atau hasil dari rencana tindakan keperawatan. Hasil tersebut akan menjelaskan bagaimana keadaan klien, setelah tindakan dilaksanakan. Kriteria dinyatakan dalam istilah *behaviour* (perilaku) sebagaimana disebutkan dalam bab terdahulu, supaya dapat diobservasi atau diukur dan kemudian dijelaskan dalam istilah yang mudah dipahami. Idealnya, setiap hasil dapat dimengerti oleh setiap orang yang terlibat dalam evaluasi.

Standar praktek, Standar pelayanan keperawatan dapat digunakan untuk mengevaluasi praktek keperawatan secara luas. Suatu standar menyatakan apa yang harus dilaksanakan dan digunakan sebagai suatu model untuk kualitas pelayanan. Standar harus berdasarkan hasil penelitian, konsep teori, dan dapat diterima oleh praktek klinik keperawatan saat sekarang. Standar harus secara cermat disusun dan diuji untuk menentukan kesesuaian dalam penggunaannya. Contoh pemakaian standar dapat dilihat pada “standar praktek keperawatan yang disusun oleh ANA.

Evaluative questions, Untuk menentukan suatu kriteria dan standar, perlu digunakan pertanyaan evaluative sebagai dasar mengevaluasi kualitas pelayanan dan respon klien terhadap tindakan.

b. Mengumpulkan data mengenai situasi saat sekarang

Pada tahap ini kita perlu mempertimbangkan beberapa pertanyaan. Siapa yang bertanggung jawab dalam pengumpulan data ? Kapan data dikumpulkan? dan Alat apa yang akan digunakan untuk mengumpulkan informasi?

Siapa yang bertanggung jawab. Perawat yang profesional yang pertama kali mengkaji data klien dan menyusun perencanaan adalah orang yang bertanggung jawab dalam mengevaluasi respon klien terhadap tindakan yang diberikan. Perawat lain yang membantu dalam memberikan tindakan kepada klien harus berpartisipasi dalam proses evaluasi. Validitas informasi meningkat jika lebih dari satu orang ikut melakukan evaluasi.

c. Menganalisa dan membandingkan data terhadap kriteria dan standar.

Perawat memerlukan suatu ketrampilan dalam berfikir kritis, penyelesaian masalah, dan keputusan klinik untuk menentukan apakah data yang ada sesuai dan penting dengan cara membandingkan data evaluasi dengan kriteria serta standar; apakah tindakan keperawatan yang telah diberikan sudah sesuai dengan kriteria dan standar yang sudah ada. Pada tahap ini dituntut untuk dapat mengidentifikasi factor-faktor yang mungkin bisa mempengaruhi efektifitas pelayanan keperawatan.

d. Merangkum hasil dan membuat kesimpulan.

Pertama kali yang perlu dilaksanakan oleh perawat pada tahap ini adalah menyimpulkan efektifitas terhadap semua tindakan yang telah dilaksanakan. Kemudian menentukan suatu kesimpulan pada setiap diagnosa yang telah dilakukan intervensi. Yang perlu diingat disini adalah tidak mungkin membuat suatu perencanaan 100% berhasil dan tentunya memerlukan suatu perbaikan dan perubahan-perubahan, sebaliknya tidak mungkin perencanaan yang ada 100% salah. Untuk suatu kejelian dalam menyusun perencanaan, tindakan yang tepat, dan respon klien setelah mendapatkan tindakan seobyektif mungkin.

e. Melaksanakan tindakan yang sesuai berdasarkan kesimpulan

Pada tahap ini perawat melakukan suatu tindakan berdasarkan hasil kesimpulan yang sudah diperbaiki dari perencanaan ulang, tujuan, criteria hasil, dan rencana tindakan keperawatan. Meskipun pengkajian dilaksanakan secara rutin dan berkesinambungan, aspek – aspek khusus perlu dikaji ulang dan penambahan data untuk akurasi suatu tindakan keperawatan.

3. Dokumentasi

Perawat mendokumentasikan hasil yang telah atau belum dicapai pada “*medical records*“. Penggunaan istilah yang tepat perlu ditekankan pada penulisannya, untuk menghindari salah persepsi dan kejelasan dalam menyusun tindakan perawatan lebih lanjut.

2.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja

Banyak faktor yang dapat mempengaruhi kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan di ruang rawat inap suatu rumah sakit (Natsir E & Joeharno, 2008). Spencer & Spencer (1993) dalam Senen S, H (2008) mengemukakan bahwa kemampuan individual merupakan karakter sikap dan perilaku, yang relatif bersifat stabil ketika menghadapi suatu situasi di tempat kerja yang terbentuk dari sinergi antara watak, konsep diri, motivasi internal, serta kapasitas pengetahuan kontekstual.

Menurut Gibson (1987) dalam Ilyas (2002) yang menyampaikan model teori kinerja dan melakukan analisis terhadap sejumlah variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu. Variabel individu merupakan sifat atau atribut individu yang dapat dilihat dan mudah diukur yang terdiri dari kemampuan dan ketrampilan mental dan fisik, keluarga, tingkat sosial, pengalaman, umur, asal-usul, jenis kelamin. Variabel psikologis merupakan sifat-sifat yang berada di dalam diri individu tersebut, yang biasanya terpendam di dalam dirinya dan sulit diukur, terdiri dari persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Variabel Organisasi adalah suatu yang berada diluar individu tersebut yang terintegrasi ke dalam suatu organisasi yang mempengaruhi perilaku individu tersebut, yang terdiri dari sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, desain pekerjaan.

Steward (1993), bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja karyawan adalah kecerdasan, stabilitas emosional, motivasi, situasi keluarga, karakteristik fisik, kelompok kerja dan pengaruh eksternal yang meliputi peraturan

ketenaga kerjaan, tekanan konsumen, nilai-nilai sosial, kekuatan ekonomi, perubahan lokasi dan serikat buruh.

Me.Cloy dkk (1994); mengemukakan bahwa kinerja dipengaruhi oleh ketrampilan, pengetahuan, prinsip dan prosedur kerja. Sedangkan menurut Handoko (1995), prestasi kerja karyawan dipengaruhi oleh motivasi, kepuasan kerja, tingkat stress, kondisi fisik pekerjaan, sistem kompensasi, aspek ekonomi, dan perilaku karyawan.

Luthans (2005) telah merangkumkan berbagai hasil penelitian sejak tahun 1979 sampai dengan 2003 untuk mengetahui hubungan antara komitmen organisasi dengan kinerja. Dari hasil penelitian menunjukkan hubungan yang positif antara komitmen organisasi dan hasil yang diinginkan seperti kinerja tinggi, tingkat pergantian karyawan yang rendah, dan tingkat ketidakhadiran yang rendah. Juga terdapat bukti bahwa komitmen karyawan berhubungan dengan hasil lain yang diinginkan, seperti persepsi iklim yang hangat dan mendukung dan menjadi anggota tim yang baik yang siap membantu. Namun demikian ada beberapa study yang tidak menunjukkan hubungan yang kuat antara variabel komitmen dan hasil, dan terdapat pengaruh sedang antara komitmen organisasi dengan kinerja. Sebuah study menemukan hubungan yang lebih kuat antara komitmen organisasi dengan kinerja untuk orang dengan kebutuhan finansial rendah daripada orang dengan kebutuhan finansial tinggi, dan study lain menunjukkan bahwa semakin tinggi posisi karyawan dalam pekerjaannya dan dalam organisasi tempat mereka bekerja, semakin kurang dampak komitmen pada kinerja. Study juga menunjukkan bahwa komitmen pada penyelia lebih berhubungan dengan kinerja daripada komitmen pada organisasi.

Sebagai kesimpulan, banyak peneliti sependapat bahwa komitmen organisasi adalah prediktor yang lebih baik dari variabel hasil yang diinginkan, untuk itu sangat penting menjadi perhatian bagi manajemen.

Hacker (1989) menyatakan bahwa tanpa menunjukkan komitmen yang meyakinkan maka promosi seorang karyawan ke jabatan yang lebih tinggi tidak akan dilakukan. Ditinjau dari segi organisasi, karyawan yang berkomitmen rendah akan berdampak pada *turnover*. (Koch, 1978), tingginya absensi, meningkatnya kelambanan kerja dan kurangnya intensitas untuk bertahan sebagai karyawan di organisasi tersebut (Angle, 1981), rendahnya kualitas kerja dan kurangnya loyalitas pada perusahaan (Steers, 1991); Near & Jansen (1983) menambahkan bahwa bila komitmen karyawan rendah maka ia bisa memicu perilaku karyawan yang kurang baik, misalnya tindakan kerusuhan yang dampak lebih lanjutnya adalah reputasi organisasi menurun (dalam Sopiiah, 2008).

Komitmen karyawan, baik yang tinggi maupun yang rendah, akan berdampak pada: 1) Karyawan itu sendiri, misalnya terhadap perkembangan karier karyawan itu di organisasi/perusahaan (2) Organisasi. Karyawan yang berkomitmen tinggi pada organisasi akan menimbulkan kinerja organisasi yang tinggi, tingkat absensi berkurang, loyalitas karyawan, dll. (Sopiiah, 2008).

Tingginya angka pindah kerja pada perawat telah menjadi satu masalah global. Beberapa penelitian yang telah dilakukan menyebutkan bahwa persepsi perawat terhadap iklim etis organisasi mereka berhubungan dengan tingginya kepuasan kerja dan komitmen organisasi, sehingga dengan demikian mendorong kepada lebih rendahnya angka pindah kerja perawat. Hal tersebut tentunya akan berimbas pada kinerja organisasi (Tien Tsai, 2008).

Dewasa ini perawat di rumah sakit diharapkan untuk memiliki kemauan dan kemampuan untuk mengembangkan keterampilan dan pengetahuannya dalam usaha untuk memberikan pelayanan yang berkualitas kepada pasien. Disamping itu seorang perawat juga diharapkan mampu memberikan pelayanan yang ramah, sopan serta terampil sehingga dapat mengurangi keluhan pasien. Untuk mendukung harapan-harapan tersebut komitmen perawat terhadap organisasi atau loyalitas mereka sangatlah diperlukan, dengan demikian kemauan dan keyakinan mereka untuk bekerja semakin tinggi dan akan memberikan pelayanan kesehatan yang optimal (Koesmono, 2007).

Naswati, (2001) dalam penelitiannya yang berjudul hubungan perilaku pimpinan, komitmen organisasi dan motivasi perawat dengan kinerja perawat di ruang rawat inap RSUD Kendari Sulawesi Tenggara, menyimpulkan perilaku pemimpin itu tidak menghubungkan ke arah kinerja perawat, sementara komitmen organisasi dan motivasi berhubungan secara positif ke arah kinerja perawat.

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

2.4.1 Karakteristik Individu

1. Umur

Dengan semakin bertambahnya usia, semakin meningkat tingkat kedewasaan psikologisnya, artinya semakin mampu menunjukkan kematangan jiwanya, dalam arti semakin bijaksana, semakin mampu berfikir rasional, semakin mampu mengendalikan emosi, semakin toleran terhadap pandangan

dan perilaku yang berbeda darinya dan semakin dapat menunjukkan kematangan intelektual dan psikologisnya (Nawawi,2000).

Menurut Siagian (1995), semakin lanjut usia seseorang semakin meningkat pula kedewasaan teknis, dan tingkat kedewasaan psikologisnya yang menunjukkan kematangan jiwa, dalam arti semakin bijaksana, mampu berpikir secara rasional, mengendalikan emosi dan bertoleransi terhadap orang lain, yang berarti dapat meningkatkan kinerja seseorang

Sedangkan menurut Robins (2001) makin lanjut usia seseorang makin kecil tingkat kemangkirannya dalam melaksanakan tugas dan menunjukkan kemantapan yang lebih tinggi dengan masuk kerja secara lebih teratur sehingga kecil kemungkinan untuk berhenti. Tetapi bila dilihat dari aspek kesehatan sehubungan dengan penuaan dan lebih lamanya waktu pemulihan yang diperlukan pekerja tua bila cedera maka karyawan tua kemungkinann mempunyai tingkat kemangkiran yang lebih tinggi bila dibandingkan dengan karyawan muda.

Sedangkan menurut Gillies (1994), semakin bertambah usia seseorang dan semakin lama ia bekerja semakin mabir dalam pekerjaannya. Pada usia awal hingga pertengahan dua puluh, seseorang baru memulai untuk mengenal pekerjaannya dan bekerja berdasarkan bimbingan dan arahan yang diterima. Pada periode akhir dua puluh sampai awal tiga puluh, seseorang cenderung mulai menguasai pekerjaannya dan memilih pekerjaan yang disukainya serta kritis pada pekerjaannya.

2. Pendidikan

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

Menurut Siagian (1995), semakin tinggi pendidikan seseorang semakin besar untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan untuk menduduki suatu jabatan tertentu. Demikian pula tingkat pendidikan perawat dapat mempengaruhi kinerja yang bersangkutan. Tenaga keperawatan yang berpendidikan tinggi, kinerjanya akan lebih baik dan diharapkan dapat memberikan sumbangsuhnya berupa saran-saran yang bermanfaat terhadap manajer keperawatan dalam rangka meningkatkan kinerja perawat.

3. Masa Kerja

Menurut Fieldman seperti yang dikutip oleh Amijanti (2000) seorang pekerja yang senantiasa diberi rangsangan dengan cara kerja yang baru dan kreatif akan mudah mengingatnya, untuk kemudian dijadikan pola kerja keseharian. Pada umumnya semakin lama seseorang dalam pengalaman kerjanya, akan semakin terampil dalam melaksanakan pekerjaannya. Pada profesi keperawatan, disiplin ilmu keperawatan haruslah dipraktekkan, sehingga pengalaman kerja menjadi sangat penting bagi perawat.

Sedangkan Aditama (2000) menyatakan bahwa masa kerja atau lama bertugas mempunyai hubungan yang positif dengan kepuasan kerja, berdasarkan pertimbangan : (1) bagi karyawan yang sudah lama dan usia lanjut, makin sulit memulai karir yang baru (2) sikap dewasa dan matang mengenai tujuan hidup, harapan, keinginan dan cita-cita (3) gaya hidup yang sudah mapan (4) sumber penghasilan yang lebih tejamin (5) ikatan batin dan tali persahabatan antara yang bersangkutan dengan rekan sekerjanya. Dengan demikian masa kerja yang relatif lama disertai usia yang bertambah akan menciptakan kepuasan kerja yang relatif menetap dan selanjutnya akan berdampak terhadap performa atau kinerja seseorang.

Selain itu Gillies dalam Ilyas (2001) berpendapat pada masa dibawah satu tahun kerja, seseorang masih pada tahap penyesuaian diri pada pekerjaannya. Antara satu sampai tiga tahun kerja, seseorang sudah dapat menyesuaikan diri dengan pekerjaannya. Pada masa kerja antara tiga sampai lima tahun seseorang sudah menguasai pekerjaannya dengan baik sedangkan pada masa kerja diatas lima tahun sudah mulai membentuk kebijakan-kebijakan dan program rumah sakit.

4. Status Pernikahan

Menurut Angraini (1999), seseorang yang telah menikah lebih mempunyai tanggung jawab dan mudah merasa puas dalam pekerjaannya sehingga menunjukkan kinerja yang lebih baik. Sedangkan Robbins (1997), menyatakan seorang pria yang telah menikah akan mempunyai tanggung jawab yang lebih besar dalam menghidupi kebutuhan keluarganya, sehingga cenderung mempunyai kinerja yang lebih baik.

Menurut Siagian (1995) status perkawinan seseorang berpengaruh terhadap perilaku seseorang dalam kehidupan organisasinya, baik secara positif maupun negatif yang berarti bahwa status perkawinan seseorang turut pula memberikan petunjuk tentang cara, dan teknik motivasi yang cocok digunakan baginya dibandingkan dengan orang yang tidak berkeluarga.

Sedangkan menurut Robins (2001) seseorang yang menikah lebih sedikit absensinya, mengalami pergantian yang lebih rendah dan lebih puas dengan pekerjaan mereka dari pada rekan kerjanya yang belum menikah, hal ini dapat disebabkan karena perkawinan memaksakan peningkatan tanggungjawab yang dapat membuat suatu pekerjaan yang tetap menjadi lebih berharga dan penting. Sehingga disini dapat dilihat bahwa adanya pengaruh status perkawinan terhadap kinerja seseorang.

5. Jenis Kelamin

Robbins (2001) menyatakan bahwa tidak ada perbedaan kinerja antara wanita dan laki-laki, namun dalam mencapai ambisi yang tertinggi laki-laki cenderung lebih berambisi dan agresive dibanding wanita dan terdapat korelasi yang positif terhadap tingkat absensi perempuan terutama pada mereka yang mempunyai anak.

Ilyas (2002) mengemukakan bahwa tidak ada perbedaan produktifitas kerja antara perawat wanita dan perawat pria. Walaupun demikian jenis kelamin perlu diperhatikan karena sebagian besar tenaga perawatan adalah wanita. Pada pria dengan beban keluarga tinggi akan meningkatkan jam kerja perminggu, sebaliknya wanita dengan beban

keluarga tinggi dimana tanggung jawab rumah tangga dan keluarga akan mengurangi jam kerja.

6. Imbalan

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

Handoko (1995) menyatakan bahwa insentif adalah perangsang atau pendorong yang diberikan dengan sengaja kepada karyawan agar dalam diri mereka timbul semangat yang lebih besar untuk meningkatkan kinerja bagi organisasinya. Sedangkan menurut Siagian (1995) dan Notoatmojo (1993) imbalan memang mempunyai arti yang berbeda bagi setiap orang, yang penting pemberian imbalan haruslah diatur sedemikian rupa sehingga tercapai tujuan, antara lain menghargai prestasi kerja, mengandung prinsip keadilan, dan mempertahankan prestasi karyawan

7. Kesempatan Pengembangan Diri

Menurut Flipppo (1996) pengembangan terdiri dari pelatihan untuk meningkatkan ketrampilan dan pengetahuan di bidang tertentu dan pendidikan yang berhubungan dengan peningkatan, pengertian dan latar belakang umum dimana ada 2 kelompok besar yang akan dilatih yaitu pekerjaan operasional dan para manajer. Manfaat pengembangan diri terhadap pekerja antara lain ;

1) memberikan kesempatan kepada pekerja untuk self improvement ; 2) meningkatkan kepuasan kerja bagi staf melalui kinerja yang lebih baik.; 3) memberi kesempatan untuk mengetahui sesuatu yang baru ; 4) menciptakan kemampuan adaptasi yang lebih baik terhadap berbagai perubahan

8. Motivasi Kerja

Pendapat Herzberg seperti yang dikutip Saydam (2000), bahwa motivasi sangat berpengaruh terhadap kinerja dan kepuasan karyawan. Dalam hal ini dapat disimpulkan bahwa dengan meningkatnya motivasi kerja pada karyawan maka secara langsung akan menimbulkan performa kerja yang baik dan tinggi. Sebaliknya jika karyawan dapat menunjukkan performa kerja yang baik akan mendapat kompensasi dari hasil perfonna tersebut yang akan menimbulkan kepuasan dan akhirnya perilaku pekerja dapat dipertahankan. Juga dikatakan bahwa harus dilihat apa yang diinginkan seseorang dari pekerjaannya. Jika dilihat dari motivasi maka jawabannya adalah, yaitu pada umumnya karyawan ingin melakukan kegiatan yang mempunyai arti penting bagi diri sendiri dan bagi organisasi yang dapat memberikan rasa keberhasilan bagi para pekerja itu sendiri.

2.4.2 Komitmen organisasi.

1. Definisi Komitmen Organisasi

Meyer & Allen (1997) dalam Karina (2008) menyebutkan ada dua pendekatan dalam merumuskan definisi komitmen dalam berorganisasi. Yang pertama melibatkan usaha untuk mengilustrasikan bahwa komitmen dapat muncul dalam berbagai bentuk, maksudnya arti dari komitmen

menjelaskan perbedaan hubungan antara anggota organisasi dan entitas lainnya (salah satunya organisasi itu sendiri). Yang kedua melibatkan usaha untuk memisahkan diantara berbagai entitas di mana individu berkembang menjadi memiliki komitmen. Kedua pendekatan ini tidak compatible namun dapat menjelaskan definisi dari komitmen, bagaimana proses perkembangannya dan bagaimana implikasinya terhadap individu dan organisasi.

Meyer dan Allen (1991) dalam Karina (2008) merumuskan suatu definisi mengenai komitmen dalam berorganisasi sebagai suatu konstruk psikologis yang merupakan karakteristik hubungan anggota organisasi dengan organisasinya dan memiliki implikasi terhadap keputusan individu untuk melanjutkan keanggotaannya dalam berorganisasi. Berdasarkan definisi tersebut anggota yang memiliki komitmen terhadap organisasinya akan lebih dapat bertahan sebagai bagian dari organisasi dibandingkan anggota yang tidak memiliki komitmen terhadap organisasi.

Mowday, (1982) dalam Kuntjoro, (2007) menyebutkan komitmen kerja sebagai istilah lain dari komitmen organisasi. Menurut dia, komitmen organisasi merupakan dimensi perilaku penting yang dapat digunakan untuk menilai kecenderungan karyawan untuk bertahan sebagai anggota organisasi. Komitmen organisasi merupakan identifikasi dan keterlibatan seseorang yang relatif kuat terhadap organisasi. Komitmen organisasi adalah keinginan anggota organisasi untuk tetap mempertahankan keanggotaannya dalam organisasi dan bersedia berusaha keras bagi pencapaian tujuan organisasi. Menurut Luthans, (2005)

komitmen organisasi sebagai suatu sikap yang merefleksikan perasaan suka atau tidak suka dari karyawan terhadap organisasi.

Mathis dan Jackson, (2000) "*Organizational Commitment is the degree to which employees believe in and accept organizational goals and desire to remain with the organization*". (Komitmen organisasi adalah derajat yang mana karyawan percaya dan menerima tujuan-tujuan organisasi dan akan tetap tinggal atau tidak akan meninggalkan organisasi). O'Reilly, (1989) menyebutkan komitmen karyawan pada organisasi sebagai ikatan kejiwaan individu terhadap organisasi yang mencakup keterlibatan kerja, kesetiaan, dan perasaan percaya terhadap nilai-nilai organisasi. Steers dan Porter, (1983) dalam Sopih, (2008), mengatakan bahwa suatu bentuk komitmen yang muncul bukan hanya bersifat loyalitas yang pasif, tetapi juga melibatkan hubungan yang aktif dengan organisasi kerja yang memiliki tujuan memberikan segala usaha demi keberhasilan organisasi yang bersangkutan. Dari beberapa definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa komitmen organisasional adalah suatu ikatan psikologis karyawan pada organisasi yang ditandai dengan adanya kepercayaan dan penerimaan yang kuat atas tujuan dan nilai-nilai organisasi, kemauan untuk mengusahakan tercapainya kepentingan organisasi, dan keinginan yang kuat untuk mempertahankan kedudukan sebagai anggota organisasi.

Menurut Armstrong, (1999) ada 3 faktor yang berkaitan dengan keberadaan komitmen organisasi, yakni:

- a. Karakteristik personal, mencakup didalamnya umur serta tingkat pendidikan.
- b. Karakteristik pekerjaan, mencakup didalamnya adalah tantangan, kesempatan untuk berinteraksi sosial dan jumlah umpan balik yang diterima oleh individu tersebut.
- c. Pengalaman kerja, mencakup didalamnya sikap terhadap organisasi, kebebasan atau independensi organisasi serta realisasi terhadap harapan-harapan didalam organisasi.

2. Dimensi Komitmen dalam Berorganisasi

Meyer dan Allen, (1991) merumuskan tiga dimensi komitmen dalam berorganisasi, yaitu: *affective*, *continuance*, dan *normative*. Ketiga hal ini lebih tepat dinyatakan sebagai komponen atau dimensi dari komitmen berorganisasi, dari pada jenis-jenis komitmen berorganisasi. Hal ini disebabkan hubungan anggota organisasi dengan organisasi mencerminkan perbedaan derajat ketiga dimensi tersebut.

Affective commitment berkaitan dengan hubungan emosional anggota terhadap organisasinya, identifikasi dengan organisasi, dan keterlibatan anggota dengan kegiatan di organisasi. Anggota organisasi dengan *affective commitment* yang tinggi akan terus menjadi anggota dalam organisasi karena memang memiliki keinginan untuk itu (Allen & Meyer, 1997).

Continuance commitment berkaitan dengan kesadaran anggota organisasi akan mengalami kerugian jika meninggalkan organisasi. Anggota organisasi dengan *continuance commitment* yang tinggi akan terus menjadi anggota dalam organisasi karena mereka memiliki kebutuhan untuk menjadi anggota organisasi tersebut (Allen & Meyer, 1997).

Normative commitment menggambarkan perasaan keterikatan untuk terus berada dalam organisasi. Anggota organisasi dengan *normative commitment* yang tinggi akan terus menjadi anggota dalam organisasi karena merasa dirinya harus berada dalam organisasi tersebut (Allen & Meyer, 1997).

Selanjutnya Spector, (1997) dalam Sopiah, (2008) mengembangkan dimensi komitmen organisasi yang dikemukakan oleh Meyer dan Allen, dimensi komitmen organisasi tersebut terbentuk oleh beberapa faktor, diantaranya: 1) *affective commitment* yang merupakan hasil pembentukan dari faktor a) *job conditions*, yaitu kondisi atau keadaan tempat kerja yang dialami pada saat karyawan tersebut melaksanakan tugasnya di organisasinya, dan b) *met expectations*, yaitu keinginan-keinginan yang didapat oleh karyawan pada saat ia bekerja pada organisasi; 2) *continuance commitment* yang merupakan hasil pembentukan dari faktor a) *benefits accrued*, yaitu keuntungan atau manfaat apa saja yang didapat bila terus berada dalam organisasi, dan b) *job available*, yaitu tersedianya pekerjaan atau alternatif tempat bekerja lainnya jika ia meninggalkan organisasi; 3) *normative commitment* yang

merupakan hasil pembentukan dari a) *personal values*, yaitu nilai-nilai individu yang diberikan oleh karyawan terhadap organisasi, dan b) *felt obligations*, yaitu merasa berkewajiban atas apa yang harus dilakukan oleh karyawan dalam lingkungan organisasi.

Meyer and Allen, (1991) dalam Sopiah, (2008) berpendapat bahwa setiap komponen memiliki dasar yang berbeda. Karyawan dengan komponen afektif tinggi, masih bergabung dengan organisasi karena keinginan untuk tetap menjadi anggota organisasi. Sementara itu karyawan dengan komponen *continuance* tinggi, tetap bergabung dengan organisasi tersebut karena mereka membutuhkan organisasi. Karyawan yang memiliki komponen normatif yang tinggi, tetap menjadi anggota organisasi karena mereka harus melakukannya.

Setiap karyawan memiliki dasar dan tingkah laku yang berbeda berdasarkan komitmen organisasi yang dimilikinya. Karyawan yang memiliki komitmen organisasi dengan dasar *afektif* memiliki tingkah laku berbeda dengan karyawan yang berdasarkan *continuance*. Karyawan yang ingin menjadi anggota akan memiliki keinginan untuk menggunakan usaha yang sesuai dengan tujuan organisasi. Sebaliknya, mereka yang terpaksa menjadi anggota akan menghindari kerugian finansial dan kerugian lain, sehingga mungkin hanya melakukan usaha yang tidak maksimal. Sementara itu, komponen *normatif* yang berkembang sebagai hasil dari pengalaman sosialisasi, tergantung dari sejauh apa perasaan kewajiban yang dimiliki karyawan. Komponen *normatif* menimbulkan perasaan kewajiban pada karyawan untuk memberi balasan atas apa yang telah diterimanya dari organisasi (Kuntjoro, 2007).

3. Proses Terjadinya Komitmen Organisasi

Amstrong, (1994) dalam Sopiah, (2008) menjelaskan bahwa komitmen karyawan terhadap organisasi merupakan sebuah proses berkesinambungan dan merupakan sebuah pengalaman individu ketika bergabung dalam sebuah organisasi. Dessler, (1999) mengemukakan sejumlah cara yang bisa dilakukan untuk membangun komitmen karyawan pada organisasi, yaitu;

- a. *Make it charismatic*: Jadikan visi dan misi organisasi sebagai sesuatu yang karismatik, sesuatu yang dijadikan pijakan, dasar bagi setiap karyawan dalam berperilaku, bersikap dan bertindak.
- b. *Build the tradition*: Segala sesuatu yang baik di organisasi jadikanlah sebagai suatu tradisi yang secara terus-menerus dipelihara, dijaga oleh generasi berikutnya.
- c. *Have comprehensive grievance proceclures*: Bila ada keluhan atau komplain dari pihak luar ataupun dari intenal organisasi maka organisasi harus memiliki prosedur untuk mengatasi keluhan tersebut secara menyeluruh.
- d. *Provide extensive two-way communications*: Jalinlah komunikasi dua arah di organisasi tanpa memandang rendah bawahan.
- e. *Create a sense of community*: Jadikan semua unsur dalam organisasi sebagai suatu *community* di mana di dalamnya ada nilai-nilai kebersamaan, rasa memiliki, kerja sama, berbagi, dll.
- f. *Build value-based homogeneity*: Membangun nilai-nilai yang didasarkan adanya kesamaan. Setiap anggota organisasi memiliki kesempatan yang sama, misalnya untuk promosi maka dasar yang

digunakan untuk promosi adalah kemampuan, keterampilan, minat, motivasi, kinerja, tanpa ada diskriminasi.

- g. *Share and share alike*: Sebaiknya organisasi membuat kebijakan di mana antara karyawan level bawah sampai yang paling atas tidak terlalu berbeda atau mencolok dalam kompensasi yang diterima, gaya hidup, penampilan fisik, dll.
- h. *Emphasize barnraising, cross-utilization, and teamwork*: Organisasi sebagai suatu *community* harus bekerja sama, saling berbagi, saling memberi manfaat dan memberikan kesempatan yang sama pada anggota organisasi. Misalnya perlu adanya rotasi sehingga orang yang bekerja di "tempat basah" perlu juga ditempatkan di "tempat yang kering". Semua anggota organisasi merupakan suatu tim kerja. Semuanya harus memberikan kontribusi yang maksimal demi keberhasilan organisasi tersebut.
- i. *Get together*: Adakan acara-acara yang melibatkan semua anggota organisasi sehingga kebersamaan bisa terjalin. Misalnya, sekali-kali produksi dihentikan dan semua karyawan terlibat dalam event rekreasi bersama keluarga, pertandingan olah raga, seni, dll. Yang dilakukan oleh semua anggota organisasi dan keluarganya.
- j. *Support employee development*: Hasil studi menunjukkan bahwa karyawan akan lebih memiliki komitmen terhadap organisasi bila organisasi memperhatikan perkembangan karier karyawan dalam jangka panjang.

- k. *Commit to Actualizing*: Setiap karyawan diberi kesempatan yang sama untuk mengaktualisasikan diri secara maksimal di organisasi sesuai dengan kapasitas masing-masing.
- l. *Provide first-year job challenge*: Karyawan masuk ke organisasi dengan membawa mimpi dan harapannya, kebutuhannya. Berikan bantuan yang kongkret bagi karyawan untuk mengembangkan potensi yang dimilikinya dan mewujudkan impiannya. Jika pada tahap-tahap awal karyawan memiliki persepsi yang positif terhadap organisasi maka karyawan akan cenderung memiliki kinerja yang tinggi pada tahap-tahap berikutnya.
- m. *Enrich and empower*. Ciptakan kondisi agar karyawan bekerja tidak secara monoton karena rutinitas akan menimbulkan perasaan bosan bagi karyawan. Hal ini tidak baik karena akan menurunkan kinerja karyawan. Misalnya dengan rotasi kerja, memberikan tantangan dengan memberikan tugas, kewajiban dan otoritas tambahan, dll.
- n. *Promote from within*. Bila ada lowongan jabatan, sebaiknya kesempatan pertama diberikan kepada pihak intern perusahaan sebelum merekrut karyawan dari luar perusahaan.
- o. *Provide developmental activities*. Bila organisasi membuat kebijakan untuk merekrut karyawan dari dalam sebagai prioritas maka dengan sendirinya hal itu akan memotivasi karyawan untuk terus tumbuh dan berkembang personalnya, juga jabatannya.
- p. *The question of employee security*. Bila karyawan merasa aman, baik fisik maupun psikis, maka komitmen akan muncul dengan sendirinya. Misalnya, karyawan merasa aman, karena perusahaan membuat

kebijakan memberikan kesempatan bekerja selama usia produktif. Dia akan merasa aman dan tidak takut akan ada pemutusan hubungan kerja. Dia merasa aman karena keselamatan kerja diperhatikan perusahaan.

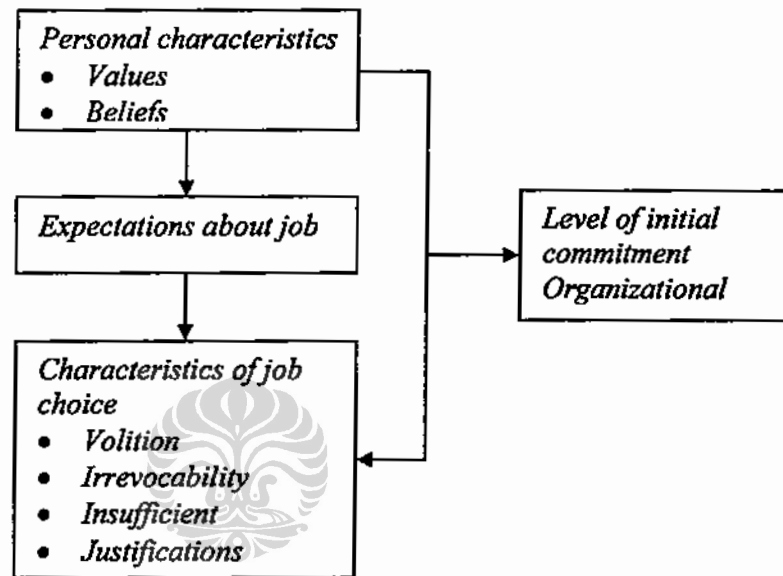
- q. *Commit to people-first values.* Membangun komitmen karyawan pada organisasi merupakan proses yang panjang dan tidak bisa dibentuk secara instan. Oleh karena itu perusahaan harus benar-benar memberikan perlakuan yang benar pada masa awal karyawan memasuki organisasi. Dengan demikian karyawan akan mempunyai persepsi yang positif terhadap organisasi.
- r. *Put it in writing.* Data-data tentang kebijakan, visi, misi, semboyan, filosofi, sejarah, strategi, dll. organisasi sebaiknya dibuat dalam bentuk tulisan, bukan sekedar bahasa lisan.
- s. *Hire "Right-Kind" managers.* Bila pimpinan ingin menanamkan nilai-nilai, kebiasaan-kebiasaan, aturan-aturan, disiplin, dll pada bawahan, sebaiknya pimpinan sendiri memberikan teladan dalam bentuk sikap dan perilaku sehari-hari.
- t. *Walk the talk.* Tindakan jauh lebih efektif dari sekedar kata-kata. Bila pimpinan ingin karyawannya berbuat sesuatu maka sebaiknya pimpinan tersebut mulai berbuat sesuatu, tidak sekedar kata-kata atau berbicara.

Minner, (1997) dalam Sopiiah, (2008). mengemukakan bahwa faktor-faktor pembentuk komitmen organisasional akan berbeda bagi karyawan yang baru bekerja, setelah menjalani masa kerja yang cukup lama, serta bagi karyawan yang bekerja dalam tahapan yang lama yang

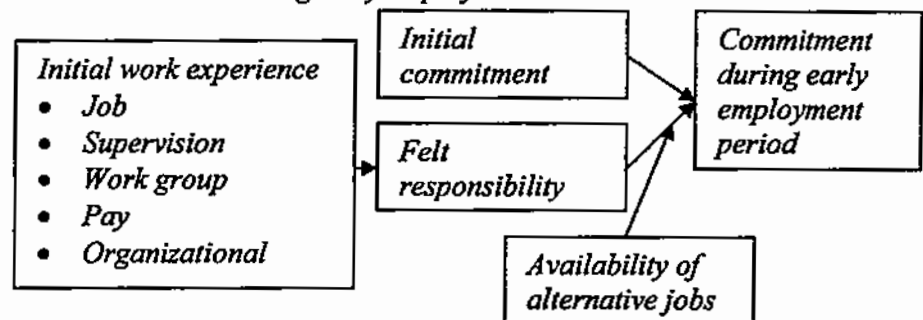
menganggap perusahaan atau organisasi tersebut sudah menjadi bagian dalam hidupnya. Secara rinci Minner, (1997) menjelaskan proses terjadinya komitmen organisasional, yaitu seperti gambar 2.3 berikut;

Gambar 2.3
Proses Terjadinya Komitmen

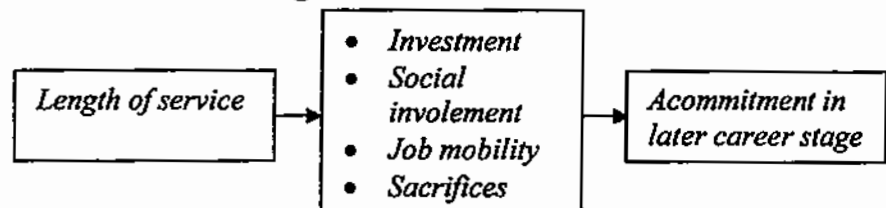
a. Initial commitment



b. Commitment during early employment.



c. Commitment during later career.



Gambar 2.3 menjelaskan bahwa proses terjadinya komitmen karyawan pada organisasi berbeda. Pada fase awal (*Initial commitment*), faktor yang berpengaruh terhadap komitmen karyawan pada organisasi adalah: karakteristik individu, harapan-harapan karyawan pada organisasi, karakteristik pekerjaan.

Fase kedua disebut sebagai *Commitment during early employment*. Pada fase ini karyawan sudah bekerja beberapa tahun. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap komitmen karyawan pada organisasi adalah pengalaman kerja yang ia rasakan pada tahap awal dia bekerja, bagaimana pekerjaannya, bagaimana sistem penggajiannya, bagaimana gaya supervisinya, bagaimana hubungan dia dengan teman sejawat atau hubungan dia dengan pimpinannya. Semua faktor ini akan membentuk komitmen awal dan tanggung jawab karyawan pada organisasi yang pada akhirnya akan bermuara pada komitmen karyawan pada awal memasuki dunia kerja. Tahap yang ketiga yang diberi nama *commitment during later career*. Faktor yang berpengaruh terhadap komitmen pada fase ini berkaitan dengan investasi, mobilitas kerja, hubungan sosial yang tercipta di organisasi dan pengalaman-pengalaman selama ia bekerja.

Meyer and Allen, (1997) dalam Karina, (2008). Komitmen dalam berorganisasi dapat terbentuk karena adanya beberapa faktor, baik dari organisasi, maupun dari individu sendiri. Dalam perkembangannya *affective commitment*, *continuance commitment*, dan *normative commitment*, masing-masing memiliki pola perkembangan tersendiri.

a. Proses terbentuknya *Affective commitment*.

Ada beberapa penelitian mengenai *antecedents* dari *affective commitment*. Berdasarkan penelitian tersebut didapatkan tiga kategori besar. Ketiga kategori tersebut yaitu :

- 1) Karakteristik Organisasi. Karakteristik organisasi yang mempengaruhi perkembangan *affective commitment* adalah sistem desentralisasi (Bateman & Strasser, 1984; Morris & Steers, 1980), adanya kebijakan organisasi yang adil, dan cara menyampaikan kebijakan organisasi kepada individu (Allen & Meyer, 1997). Dalam penelitian ini karakteristik organisasi gereja yang dilihat adalah aliran gereja yang digunakan, bagaimana praktek kelompok sel dalam gereja tersebut dan bagaimana kedudukan kelompok sel sebagai strategi gereja.
- 2) Karakteristik Individu. Ada beberapa penelitian yang menyatakan bahwa gender mempengaruhi *affective commitment*, namun ada pula yang menyatakan tidak demikian. (Allen & Meyer, 1997). Selain itu usia juga mempengaruhi proses terbentuknya *affective commitment*, meskipun tergantung dari beberapa kondisi individu sendiri (Allen & Meyer, 1993), *organizational tenure* (Cohen *at al.*, dalam Allen & Meyer, 1997), status pernikahan, tingkat pendidikan, kebutuhan untuk berprestasi, etos kerja, dan persepsi individu mengenai kompetensinya (Allen & Meyer, 1997).
- 3) Pengalaman Kerja. Pengalaman kerja individu yang mempengaruhi proses terbentuknya *affective commitment* antara lain *Job scope*, yaitu

beberapa karakteristik yang menunjukkan kepuasan dan motivasi individu (Hackman & Oldham, (1980) dalam Allen & Meyer, (1997). Hal ini mencakup tantangan dalam pekerjaan, tingkat otonomi individu, dan variasi kemampuan yang digunakan individu. Selain itu peran individu dalam organisasi tersebut Mathieu & Zajac, (1990) dalam Allen & Meyer, (1997) dan hubungannya dengan atasan. Pengalaman berorganisasi individu didapatkan dari pelayanan yang dilakukannya dalam gereja tersebut dan juga interaksinya dengan anggota gereja lain seperti pemimpinnya.

b. Proses terbentuknya *Continuance commitment*

Continuance commitment dapat berkembang karena adanya berbagai tindakan atau kejadian yang dapat meningkatkan kerugian jika meninggalkan organisasi. Beberapa tindakan atau kejadian ini dapat dibagi ke dalam dua variable, yaitu investasi dan alternatif. Selain itu proses pertimbangan juga dapat mempengaruhi individu (Allen & Meyer, 1997).

Investasi termasuk sesuatu yang berharga, termasuk waktu, usaha ataupun uang, yang harus individu lepaskan jika meninggalkan organisasi. Sedangkan alternatif adalah kemungkinan untuk masuk ke organisasi lain. Proses pertimbangan adalah saat di mana individu mencapai kesadaran akan investasi dan alternatif, dan bagaimana dampaknya bagi mereka sendiri (Allen & Meyer, 1997).

c. Proses terbentuknya *Normative commitment*

Allen and Meyer, (1997) menyatakan *normative commitment* terhadap organisasi dapat berkembang dari sejumlah tekanan yang dirasakan individu selama proses sosialisasi (dari keluarga atau budaya) dan selama sosialisasi saat individu baru masuk ke dalam organisasi. Selain itu *normative commitment* juga berkembang karena organisasi memberikan sesuatu yang sangat berharga bagi individu yang tidak dapat dibalas kembali. Faktor lainnya adalah adanya kontrak psikologis antara anggota dengan organisasinya. Kontrak psikologis adalah kepercayaan dari masing-masing pihak bahwa masing-masing akan timbal balik memberi. (Allen & Meyer, 1997).

Pekerjaan didesain lebih luas dari sebelumnya dikombinasikan dengan perencanaan dan implementasi serta mencakup pula usaha-usaha untuk meningkatkan tindakan-tindakan, tidak hanya sekedar mempertahankan (*maintain*) semata. Tanggung jawab individu diharapkan berubah seiring dengan perubahan kondisi-kondisi dan team, tidak hanya individu-individu semata. Dengan hirarki manajemen yang relatif datar (*flat*) serta perbedaan status diminimalkan, kontrol dan koordinasi lateral tergantung pada tujuan-tujuan yang bersama dan menonjolkan keahlian, bukan posisi formal yang mempengaruhi. Ada pula aliran Japanese/ *excellence* yang melihat pola komitmen yang menghubungkan pencapaian prestasi terbaik (*excellence*) untuk mendapatkan komitmen utuh sebagai pendorong kinerja (Armstrong, 1999)

BAB 3

GAMBARAN UMUM RSU MEURAXA

3.1 Sejarah Dan Perkembangannya.

3.1.1 Pendirian

Pada awalnya, Rumah Sakit Umum Meuraxa (RSUM) merupakan Rumah Sakit milik Yayasan Meuraxa yang didirikan oleh tokoh-tokoh masyarakat kecamatan Meuraxa Kota Banda Aceh, yang kemudian secara resmi menyerahkan Rumah Sakit kepada Pemerintah Provinsi Daerah Istimewa Aceh melalui Gubernur Daerah Istimewa Aceh pada tanggal 26 April 1997, dengan surat penyerahan Nomor:15/PKS/1997.

Selanjutnya oleh Pemerintah Provinsi Daerah Istimewa Aceh menyerahkan pengelolaan Rumah Sakit yang diberi nama Rumah Sakit Umum Meuraxa ini kepada Pemerintah Kota Banda Aceh guna peningkatan dan pengembangan fungsi dan peran Rumah Sakit Umum Meuraxa agar lebih efisien dan efektif sebagai instansi pemberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Tepatnya secara resmi diserahkan pada tanggal 20 September 1997 yang tercantum dalam surat Nomor:445/653/1997 untuk dijadikan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) di Kota Banda Aceh.

3.1.2 Sebelum Tsunami

Dalam perkembangannya, sejak tahun 1997 sampai tahun 2003 dalam pengelolaan RSU Meuraxa selama lebih kurang 5 (lima) tahun sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh, pihak Pemerintah

Kota Banda Aceh bermaksud menjadikan RSUM sebagai RSU Type-C, dari status awal Rumah Sakit Umum Kelas D Non-Rujukan. Berdasarkan surat Walikota Banda Aceh tanggal 08 Oktober 2003 Nomor:4741/10009/2003, serta pengukuhan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Dr. Ahmad Sujudi, Sp.B pada tanggal 19 Desember 2003 bahwa RSUM resmi menjadi Rumah Sakit Umum Rujukan Type-C milik Pemerintah Kota Banda Aceh.

Gedung RSUM terletak di jalan Iskandar Muda Ulee Lheue Kecamatan Meuraxa Kota Banda Aceh dengan luas bangunan hingga Desember 2004 adalah 1.100m² dan luas bangunan tambahan 2.000m² yang dibangun pada lahan dengan luas 15.800m².

3.1.3 Setelah Tsunami

Bencana alam gempa bumi tektonik dan gelombang tsunami yang melanda Kota Banda Aceh dan sekitarnya pada hari minggu tanggal 26 Desember 2004 mengakibatkan semua sarana, prasarana dan arsip/dokumen penting hilang, termasuk rusak/hancurnya bangunan RSUM serta hilang/meninggalnya para pegawai RSU Meuraxa yang sedang bertugas pada hari tersebut. Hal ini menyebabkan infra struktur RSUM tidak dapat berfungsi lagi.

Mengingat Rumah Sakit Umum Meuraxa merupakan instansi pemberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang cukup vital, maka Kepala Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh mengambil kebijaksanaan untuk menghidupkan kembali peran dan fungsi RSUM. Guna mengantisipasi keadaan yang darurat saat itu, maka untuk sementara RSUM beroperasi dengan menggunakan lokasi

kompleks Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh, yaitu di jalan Kulu II Sukaramai Blower Banda Aceh, yang diresmikan penggunaannya pada tanggal 09 Maret 2005.

Pada tahun 2006, RSUD Meuraxa masih berlokasi di kompleks Dinkes Kota Banda Aceh, jalan Kulu II Sukaramai Blower Banda Aceh. Persiapan pembangunan gedung permanen RSUD Meuraxa mulai dilaksanakan sejak tahun 2005, berlokasi di jalan Sukarno Hatta Desa Mibo Kecamatan Banda Raya. Pembangunan ini disponsori oleh beberapa donatur diantaranya : BRR Aceh-Nias, Austria dan Hongaria.

Bulan Oktober 2007, RSUD Meuraxa kota Banda Aceh resmi pindah kegedung baru yang langsung beroperasi melayani berbagai aspek kesehatan seperti Instalasi Rawat Jalan, Rawat Inap dan Instalasi Gawat Darurat.

3.1.4 Visi RSUD Meuraxa

Menjadi Rumah Sakit sebagai pusat rujukan dan melaksanakan pelayanan kesehatan secara prima dan profesional pada tahun 2010.

3.1.5 Misi RSUD Meuraxa

1. Melaksanakan pelayanan kesehatan prima, bermutu dan terjangkau oleh semua lapisan masyarakat dalam rangka pencapaian dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat secara optimal.
2. Menjadi rumah sakit sebagai sarana pendidikan, penelitian dan mengembangkan kesehatan sesuai kebutuhan secara tepat guna dan berdaya guna.

3. Rumah Sakit Umum Meuraxa bersama-sama dengan masyarakat ikut serta mendorong, mendukung dan memfasilitasi pelaksanaan upaya kesehatan menuju masyarakat sehat tahun 2010.

3.1.6 Kedudukan

Rumah Sakit Umum Meuraxa adalah Unit Organik Departemen Kesehatan RI, Berada di bawah dan bertanggungjawab langsung kepada Direktur Jendral Pelayanan Medik.

3.1.7 Tugas pokok

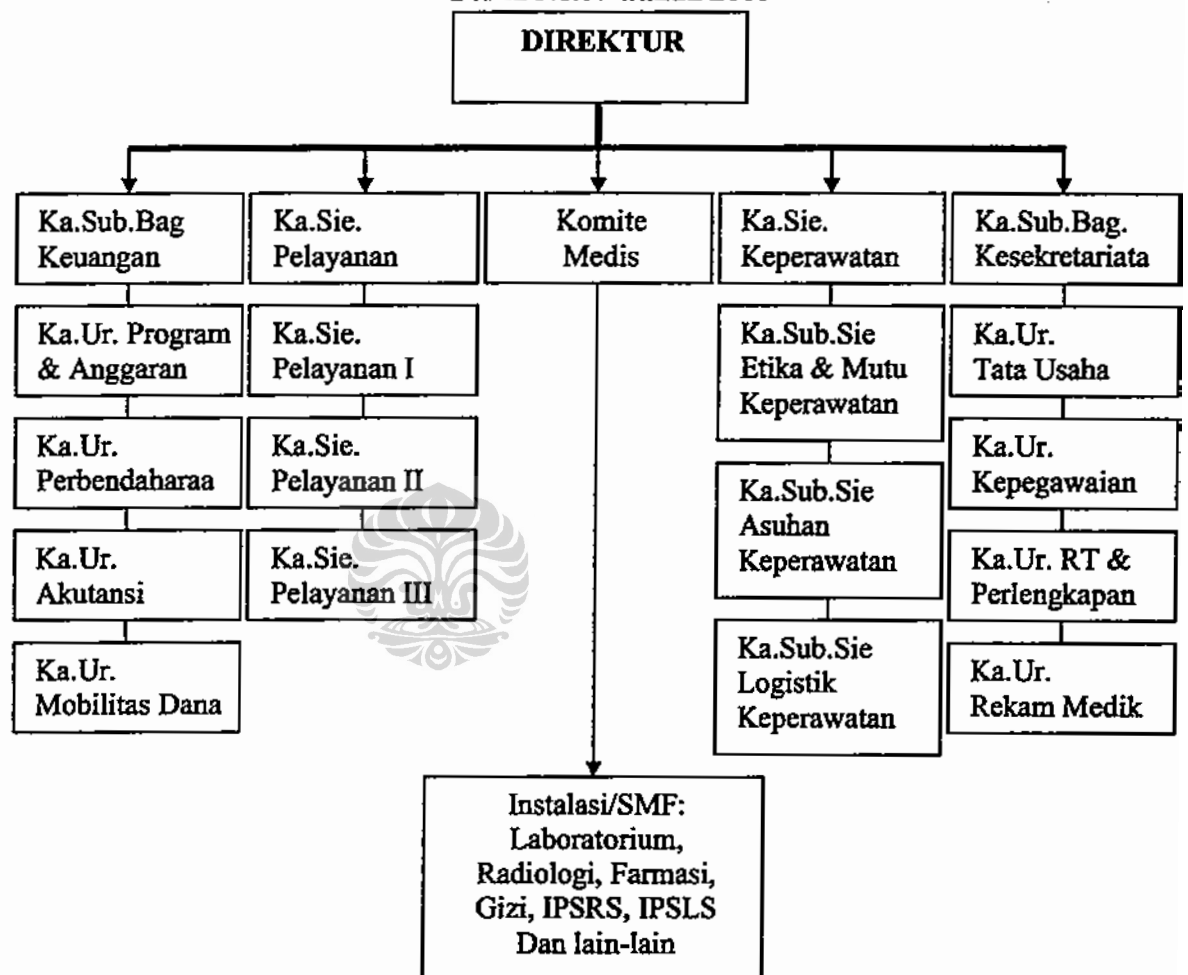
Melaksanakan upaya kesehatan yang berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.

3.1.8 Fungsi

1. Menyelenggarakan pelayanan medis
2. Menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan non medis
3. Menyelenggarakan pelayanan asuhan keperawatan
4. Menyelenggarakan pelayanan rujukan
5. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan
6. Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan
7. Menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan

3.2 Struktur RSU Meuraxa

Gambar 3.1
Struktur Organisasi RSU Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008
Perda No.07 Tahun 2000



Sumber data: Profile Meuraxa tahun 2007

3.3 Fasilitas Yang Tersedia di RSU Meuraxa

3.3.1 Instalasi gawat darurat

3.3.2 Instalasi bedah

3.3.3 Rawat jalan yang terdiri dari :

- | | |
|------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Poliklinik Pria | 7. Poliklinik Kebidanan dan Kandungan |
| 2. Poliklinik Wanita | 8. Poliklinik Mata |
| 3. Poliklinik Anak | 9. Poliklinik THT |
| 4. Poliklinik Penyakit Dalam | 10. Poliklinik Kulit |
| 5. Poliklinik Saraf | 11. Poliklinik Bedah |
| 6. Poliklinik Gigi | 12. Immunisasi dan Laktasi |

3.3.4 Rawat inap

1. Ruang rawat kelas III terdiri dari ruang rawat pria dengan 20 TT dan ruang rawat wanita sebanyak 20 TT
2. Ruang rawat kelas II : 6 TT
3. Ruang rawat kelas I : 10 TT
4. Ruang rawat anak : 20 TT
5. Ruang kebidanan : 20 TT
6. Ruang Isolasi : 8 TT
7. Ruang ICU : 4 TT
8. Ruang NICU : 4 TT

3.3.5 Sarana penunjang:

- | | |
|----------------------|---------------------------|
| 1. Instalasi Gizi | 3. Instalasi Laboratorium |
| 2. Instalasi Farmasi | 4. Instalasi Radiologi |

3.3.6 Sarana lainnya:

- | | |
|------------|--------------------------------------------------------|
| 1. Laundry | 3. Taman Bermain anak |
| 2. Kantin | 4. Instalasi Pemeliharaan Sarana
Rumah Sakit (IPSR) |

3.4 Data Ketenagaan RSUD Meuraxa

Berikut data jumlah ketenagaan di RSUD menurut jenis pendidikan tahun 2007 dapat dilihat secara jelas pada tabel dibawah ini:

Tabel 3.1
Distribusi Ketenagaan Menurut Jenis Pendidikan Di RSUD Meuraxa
Tahun 2007

NO	Jenis Tenaga	Jumlah	
		n	%
1	Magister	7	2.82
2	Dokter Spesialis	3	1.21
3	Dokter Umum	24	9.68
4	Dokter Gigi	4	1.61
5	SKM	5	2.02
6	Komputer	3	1.21
7	Apoteker	1	0.40
8	Psikolog	2	0.81
9	Perawat	45	18.15
10	Perawat Gigi	9	3.63
11	Bidan	29	11.69
12	Sosial	1	0.40
13	Farmasi	13	5.24
14	Laboratorium	11	4.44
15	Radiologi	3	1.21
16	Kesehatan Lingkungan	8	3.23
17	Gizi	10	4.03
18	Rekam Medik	4	1.61
19	Fisioterapi	4	1.61
20	Anastesi	1	0.40
21	Teknik Elektromedik	7	2.82
22	Keuangan	3	1.21
23	Sekretasis	2	0.81
24	SLTA	46	18.55
25	SLTP	3	1.21
	Jumlah	248	100

Sumber data: Profile Meuraxa tahun 2007

Sedangkan untuk data ketenagaan perawat menurut ruangan dan jenisnya dapat dilihat pada tabel 3.2 berikut ini:

Tabel 3.2
Distribusi Perawat Berdasarkan Ruangan Dan Status Kepegawaian
RSU Meuraxa Tahun 2007

NO	Ruangan	Status Kepegawaian	Jumlah
1	Poliklinik Pria	PNS	3
2	Poliklinik Wanita	PNS	4
3	Poliklinik P.Dalam	PNS	4
4	Poliklinik Saraf	PNS	1
5	Poliklinik Saraf	PNS	1
6	Poliklinik Kulit	PNS	1
7	Poliklinik Mata	PNS	2
8	Poliklinik THT	PNS	1
9	Poliklinik Anak	PNS	3
10	Poliklinik Bedah	PNS	3
11	Poliklinik Kebidanan	PNS	2
12	Immunisasi dan Laktasi	PNS	2
13	Rawat Inap Kelas I	PNS	6
		Diperbantukan	6
14	Rawat Inap Kelas II	PNS	7
		Diperbantukan	4
15	Rawat Inap Kelas III (Wanita)	PNS	6
		Diperbantukan	6
16	Rawat Inap Kelas III (Pria)	PNS	7
		Diperbantukan	9
17	Rawat Anak	PNS	6
		Diperbantukan	1
		Sukarela	4
18	Isolasi	PNS	5
		Diperbantukan	1
		Sukarela	4
19	IGD	PNS	10
		Diperbantukan	6
		Sukarela	1
20	Kamar Bedah (OK)	PNS	12
		Diperbantukan	9
21	Bersalin	PNS	10
		Diperbantukan	4

NO	Ruangan	Status Kepegawaian	Jumlah
22	Kebidanan	PNS	8
		Diperbantukan	4
23	ICU	PNS	4
		Diperbantukan	1
		Sukarela	5
24	NICU	PNS	8
		Diperbantukan	4
Total			185

Sumber data: Profile Meuraxa tahun 2007

3.5 Kinerja RSU Meuraxa Kota Banda Aceh

Sistem pembuatan Laporan Tahunan RSU Meuraxa Kota Banda Aceh telah mulai dilaksanakan sejak tahun 2003, dimana tujuannya agar RSUM dapat menilai dan melaporkan hasil kinerjanya pada setiap tahun. Namun pada tahun 2004, Laporan Tahunan tidak dapat dilaksanakan disebabkan semua data RSUM telah musnah pada musibah tsunami tanggal 26 Desember 2004. Sejak tahun 2005 pembuatan Laporan Tahunan kembali dijalankan sebagaimana mestinya.

3.5.1 Data kunjungan

Tabel 3.3
Pengunjung RSU Meuraxa Kota Banda Aceh Per Tahun

TAHUN	PASIEN BARU	PASIEN LAMA	JUMLAH	KETERANGAN
2003	9.561	11.087	20.648	Aktif selama 12 bulan penuh
2005	18.346	17.538	35.884	Mulai aktif pada bulan Maret
2006	14.833	18.486	33.319	Aktif selama 12 bulan penuh
2007	11.560	11.296	22.856	Aktif selama 12 bulan penuh

Sumber data: Profile Meuraxa tahun 2007

Gambar 3.2
Grafik Kunjungan Pasien RSU Meuraxa Kota Banda Aceh Per Tahun



Sumber data: Profile Meuraxa tahun 2007

1. Tahun 2003

Perhitungan jumlah kunjungan pasien RSU Meuraxa pada tahun 2003, sejak tanggal 01 Januari 2003 sampai dengan tanggal 31 Desember 2003 diperoleh data, secara keseluruhan pengunjung RSUM pada tahun 2003 sebanyak 20.648 orang, yang terdiri dari: 9.561 orang kunjungan baru dan 11.087 orang kunjungan lama/ulang.

2. Tahun 2005

Perhitungan jumlah kunjungan pasien RSU Meuraxa pada tahun 2005, sejak RSU Meuraxa mulai beraktivitas tanggal 09 Maret 2005 sampai dengan tanggal 31 Desember 2005, RSU Meuraxa secara keseluruhan mendapat kunjungan pasien sebanyak 35.884 orang yang terdiri dari: 18.346 orang kunjungan baru dan 17.538 orang kunjungan lama/ulang.

3. Tahun 2006

Perhitungan jumlah kunjungan pasien RSU Meuraxa pada tahun 2006, sejak RSU Meuraxa mulai tanggal 01 Januari 2006 sampai dengan tanggal 31 Desember 2006, RSU Meuraxa secara keseluruhan mendapat

kunjungan pasien sebanyak 33.319 orang yang terdiri dari: 14.833 orang kunjungan baru dan 18.486 orang kunjungan lama/ulang.

4. Tahun 2007

Perhitungan jumlah kunjungan pasien RSUD Meuraxa pada tahun 2007, sejak RSUD Meuraxa mulai tanggal 01 Januari 2007 sampai dengan tanggal 31 Desember 2007, RSUD Meuraxa secara keseluruhan mendapat kunjungan pasien sebanyak 22.856 orang yang terdiri dari: 11.560 orang kunjungan baru dan 11.296 orang kunjungan lama/ulang.

Pada grafik 3.1 diatas dapat dilihat, bahwa ada penurunan angka kunjungan pasien pada tahun 2007 dibanding 2006 sebanyak 10.463 orang atau sebesar 7%. Walaupun ini bukan penurunan yang signifikan, namun perlu menjadi pertimbangan.

2.4.2 Pelayanan rawat jalan

Pelayanan kesehatan terhadap pasien rawat jalan di RSUD Meuraxa terbagi terhadap beberapa jenis pelayanan rawat jalan. Pembagian ini bertujuan agar pelayanan kesehatan dapat lebih maksimal sesuai dengan kebutuhan pasien. Pada tahun 2003 RSUD Meuraxa memiliki 11 jenis pelayanan rawat jalan dan konsultasi kesehatan, pada tahun 2005 RSUD Meuraxa memiliki 09 jenis pelayanan kesehatan rawat jalan, dan pada tahun 2006 memiliki 11 jenis pelayanan rawat jalan, tidak jauh berbeda pada tahun 2007 hanya ada satu poliklinik tambahan.

Data hasil kegiatan pelayanan rawat jalan terhadap pasien di Rumah Sakit Umum Meuraxa Kota Banda Aceh selama tahun 2003, tahun 2005, 2006 dan tahun 2007 dapat dilihat pada tabel 3.4 berikut ini:

Tabel 3.4
Data Kunjungan Jumlah Pasien Rawat Jalan
RSU Meuraxa Kota Banda Aceh Per Tahun

POLIKLINIK	TAHUN 2003	TAHUN 2005	TAHUN 2006	TAHUN 2007
Peny.Dalam	866	544	541	87
Bedah	216	978	1.079	985
Kes.Anak	6.790	6.808	5.797	3675
Obstetri & Ginekologi	222	1.398	3.172	1056
Keluarga Berencana	173	434	415	281
Saraf	-	-	628	215
Psikologi	8	-	-	0
THT	-	-	654	4
Mata	-	853	992	754
Kulit & Kelamin	3.139	-	-	-
Gigi & Mulut	2.610	2.487	3.544	3163
Umum	4.954	17.558	11.496	7098
Konsultasi Gizi	8	-	31	0

Sumber data: Profile Meuraxa tahun 2007

2.4.3 Pelayanan rawat inap

Pelayanan kesehatan terhadap pasien rawat inap di RSU Meuraxa terbagi menjadi 04 (empat) jenis pelayanan rawat inap. Pembagian ini bertujuan agar pelayanan kesehatan dapat lebih maksimal sesuai dengan kebutuhan pasien dan pengontrolan terhadap perkembangan kesehatan pasien dapat lebih efektif. tahun 2003, tahun 2005 dan tahun 2006 RSU Meuraxa memiliki jumlah dan jenis pelayanan rawat inap yang sama.

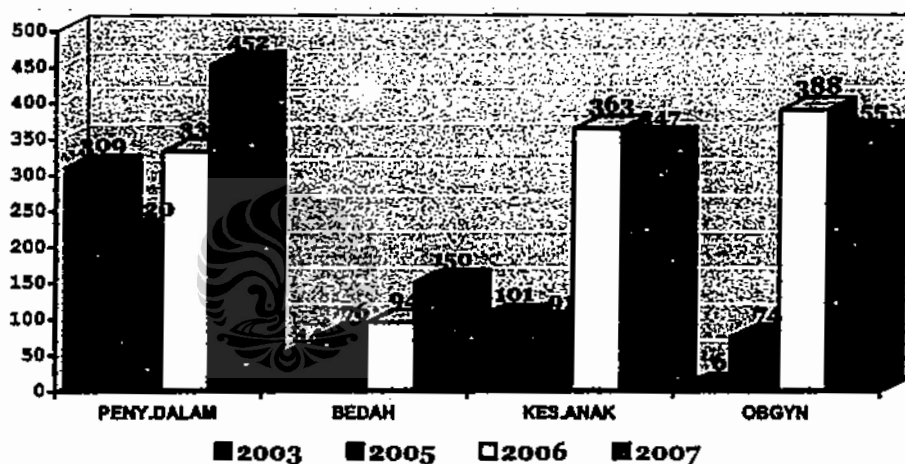
Data hasil kegiatan pelayanan rawat inap terhadap pasien yang mendapat rawatan di Rumah Sakit Umum Meuraxa Kota Banda Aceh selama tahun 2003, tahun 2005, 2006 dan tahun 2007 dapat dilihat pada tabel 3.5 berikut:

Tabel 3.5
Data Kunjungan Pasien Rawat Inap RSUD Meuraxa
Kota Banda Aceh Per Tahun

POLIKLINIK	TAHUN 2003	TAHUN 2005	TAHUN 2006	TAHUN 2007
Peny.Dalam	309	220	331	452
Bedah	44	76	94	150
Kes.Anak	101	91	363	347
Obstetri & Ginekologi	6	74	388	355
TOTAL	460	461	1.176	1304

Sumber data: Profile Meuraxa tahun 2007

Gambar 3.3
Grafik Data Kunjungan Pasien Rawat Inap RSUD Meuraxa
Kota Banda Aceh Per Tahun



Sumber data: Profile Meuraxa tahun 2007

Jumlah pasien rawatan didata pada akhir tahun yang berjalan, namun dengan catatan, pada tahun 2003 aktivitas rawat inap RSUD Meuraxa sudah berjalan dari bulan Januari 2003, yaitu terhitung 12 bulan aktif, pada tahun 2005 dimulai pada bulan Mei 2005, terhitung 08 bulan aktif, pada tahun 2006 & 2007 kegiatan rawat inap aktif selama 12 bulan.

2.4.4 Pelayanan rawat darurat

Pelayanan terhadap pasien rawat darurat, diadakan di ruang IGD. Pelayanan terhadap pasien rawat darurat di RSUD Meuraxa pada tahun 2003 dan tahun 2005 memiliki jenis pelayanan yang sama, yaitu: pelayanan bedah, non-bedah dan kebidanan, namun pada tahun 2006 pasien anak dan psikiatri dipisahkan pendataannya dari bedah, non-bedah dan kebidanan. Pelayanan rawat darurat dibuka selama 24 jam.

Tabel 3.6
Data Kunjungan Pelayanan Pasien Rawat Darurat RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Per Tahun

JENIS PELAYANAN	TAHUN 2003	TAHUN 2005	TAHUN 2006	TAHUN 2007
Bedah	718	1.597	1153	1312
Non Bedah	936	1.521	1741	4430
Kebidanan	8	3	19	66
Psikiatrik	-	-	1	-
Anak	-	-	143	1004
TOTAL	1.662	3.121	3.057	6812

Sumber data: Profile Meuraxa tahun 2007

Jika dinilai rata-rata keseluruhan pasien rawat darurat tiap bulannya, maka pada tahun 2003 rata-rata 139 orang kunjungan pasien rawat perbulannya, sedangkan pada tahun 2005 rata-rata 390 orang pasien, tahun 2006 sebanyak 255 orang pasien pada tahun 2007 sebanyak 568 orang pasien. Perbandingan jumlah diakhir tahun, dalam tindak lanjut pelayanan antara tahun 2003, tahun 2005, 2006 dengan tahun 2007 dapat dilihat pada table 3.8 berikut ini:

Tabel 3.7
Data Jumlah Tindak Lanjut Pelayanan Pasien IGD
RSU Meuraxa Kota Banda Aceh Per Tahun

TINDAK LANJUT PELAYANAN	TAHUN 2003		TAHUN 2005		TAHUN 2006		TAHUN 2007	
	JLH PASIEN	%	JLH PASIEN	%	JLH PASIEN	%	JLH PASIEN	%
Dirawat	420	25,2	309	9,9	424	13,9	50	1,47
Dirujuk	21	1,3	42	1,3	80	2,6	613	18,0
Pulang	1.221	73,5	2.770	88,8	2.553	83,5	2742	80,52
TOTAL	1.662	100	3.121	100	3.057	100	3.405	100

Sumber data: Profile Meuraxa tahun 2007

Jika dinilai persentasenya, terlihat bahwa pada tahun 2003, tahun 2005, 2006 dan tahun 2007 tindak lanjut pelayanan di IGD yang tertinggi persentasenya adalah pasien boleh pulang, maka dapat disimpulkan bahwa pelayanan IGD RSU Meuraxa Kota Banda Aceh dalam katagori baik.

2.4.5 Pelayanan berdasarkan jenis kegiatan

Pelayanan medis dan penunjang medis yang terlaksana di RSUM berdasarkan jenis kegiatan antar ruangan atau instalasi tahun 2003, tahun 2005 dan tahun 2006 dapat dilihat dalam table 3.8 berikut ini.

Tabel 3.8
Data Jumlah Pelayanan Berdasarkan Jenis Kegiatan
RSU Meuraxa Kota Banda Aceh Per Tahun

JENIS PELAYANAN	TAHUN 2003	TAHUN 2005	TAHUN 2006	TAHUN 2007*
Pelayanan Pasien Gawat Darurat	1.662 Orang	3.121 Orang	3.057 Orang	
Operasi	40 Kali	211 Kali	127 Kali	
Persalinan	8 Kali	26 Kali	218 Kali	
Pemeriksaan Radiologi	26 Kali	728 Kali	874 Kali	
Pemeriksaan Laboratorium	1.944 Kali	10.925 Kali	12.213 Kali	
R/ Resep yang dilayani Farmasi	71.233	87.455	85.271	

(*Belum ada laporan tahunan untuk jumlah Pelayanan berdasarkan jenis kegiatan)

Sumber data: Profile Meuraxa tahun 2007

2.4.5 Indikator pelayanan

Pencapaian kegiatan pada seluruh ruang rawatan dapat disampaikan dengan penggunaan indikator pelayanan. Perbandingan indikator pelayanan pada tahun 2003, tahun 2005, tahun 2006 dan tahun 2007 dapat dilihat tabel 3.9 berikut ini.

Tabel 3.9
Indikator Pelayanan RSU Meuraxa Kota Banda Aceh Per Tahun

INDIKATOR	NILAI IDEAL	TAHUN 2003	TAHUN 2005	TAHUN 2006	TAHUN 2007
Tempat Tidur Tersedia	-	86	32	31	18
BOR	60-85%	35%	19,40%	20,5 %	46,5%
Av.TOI	1-3 Hari	9 Hari	8 Hari	2,09 Hari	2,08 hari
Av.LOS	6-9 Hari	3,32 Hari	3,23 Hari	1,65 Hari	2,25 hari
BTO	40-50 Kali	33 Kali	14,18 Kali	38,22 Kali	72 kali
GDR	< 4,5%	4,13%	0,66%	0,33 %	0,23%
NDR	< 2,5%	1,74%	0,44%	0,25 %	0,07%

Sumber data: Profile Meuraxa tahun 2007

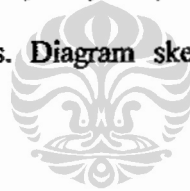
Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa nilai Av.LOS tahun 2006 telah mencapai nilai ideal sedangkan tahun-tahun sebelumnya nilai Av.LOS masih jauh dari nilai ideal. Nilai BTO tahun 2006 belum mencapai nilai ideal, namun sudah mendekati nilai ideal, ini sesuatu yang menggembirakan jika dibandingkan dengan nilai BTO tahun sebelumnya. Tahun 2007 menunjukkan kenaikan yang signifikan disbanding tahun-tahun sebelumnya.

BAB 4

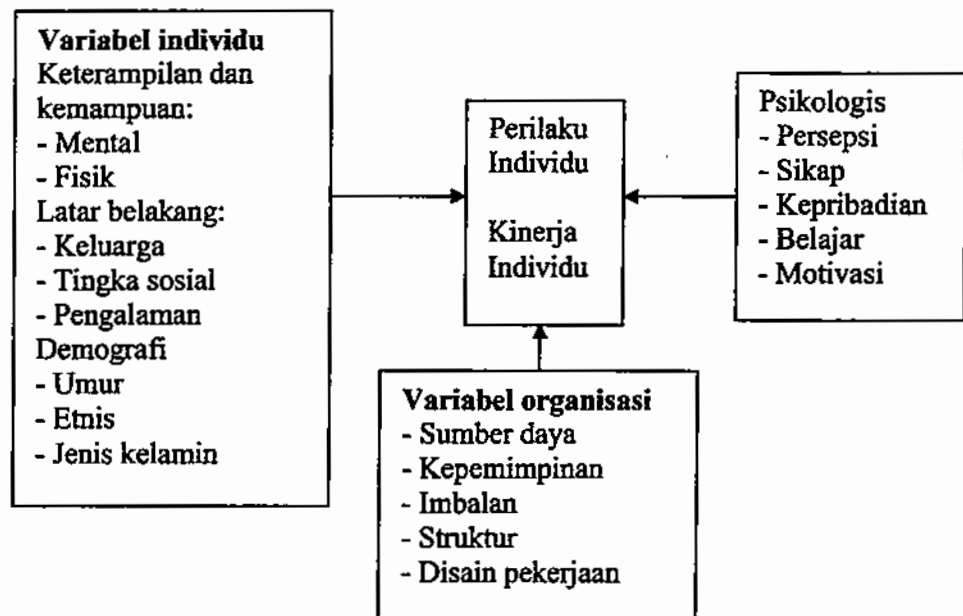
KERANGKA KONSEP PENELITIAN

4.1 Kerangka Teori

Menurut Gibson (1987) dalam Ilyas (2002), secara teoritis ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja yaitu variabel individu, variabel organisasi dan variabel psikologis. Ketiga kelompok variabel tersebut mempengaruhi perilaku kerja dan pada akhirnya mempengaruhi kinerja personel. Perilaku yang berhubungan dengan kinerja adalah yang berkaitan dengan tugas-tugas pekerjaan yang harus diselesaikan untuk mencapai tujuan dan sasaran tugas. Diagram skema teori perilaku dan kinerja digambarkan sebagai berikut :

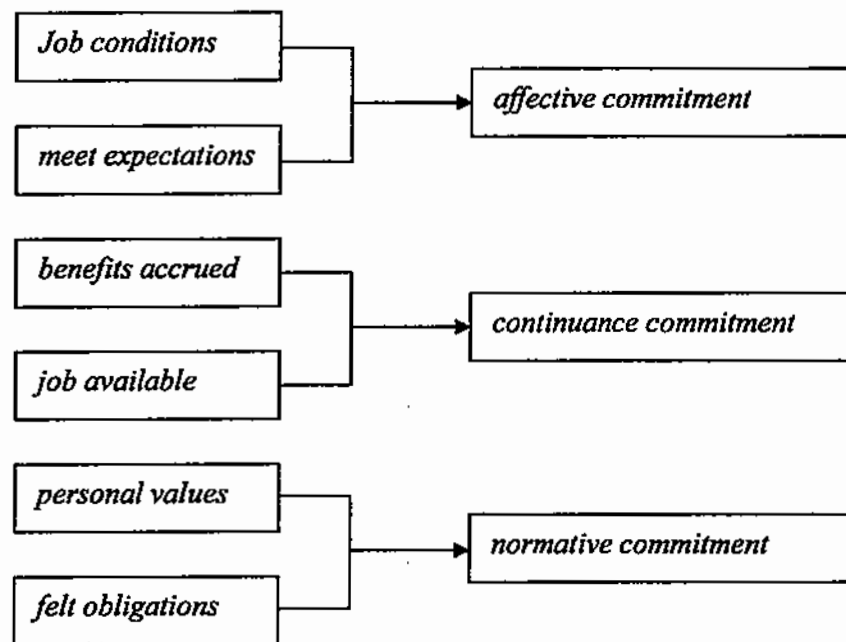


Gambar 4.1
Teori Perilaku dan Kinerja dari Gibson (1987)



Meyer dan Allen (1997) merumuskan tiga dimensi komitmen dalam berorganisasi, yaitu: *affective*, *continuance*, dan *normative*. *Affective commitment* berkaitan dengan hubungan emosional anggota terhadap organisasinya, identifikasi dengan organisasi, dan keterlibatan anggota dengan kegiatan di organisasi. Anggota organisasi dengan *affective commitment* yang tinggi akan terus menjadi anggota dalam organisasi karena memang memiliki keinginan untuk itu. *Continuance commitment* berkaitan dengan kesadaran anggota organisasi akan mengalami kerugian jika meninggalkan organisasi. Anggota organisasi dengan *continuance commitment* yang tinggi akan terus menjadi anggota dalam organisasi karena mereka memiliki kebutuhan untuk menjadi anggota organisasi tersebut. *Normative commitment* menggambarkan perasaan keterikatan untuk terus berada dalam organisasi. Anggota organisasi dengan *normative commitment* yang tinggi akan terus menjadi anggota dalam organisasi karena merasa dirinya harus berada dalam organisasi tersebut. Selanjutnya Spector (1997) dalam Sopiha (2008) mengembangkan faktor-faktor pembentuk dari ketiga komponen tersebut, *affective commitment* pembentuknya adalah *job conditons* dan *met expectations*, untuk *Continuance commitment* pembentuknya adalah *benefits acorued* dan *job availabel*, untuk *Normative commitment* pembentuknya adalah *personal values* dan *felt obligations*, seperti pada gambar 4.1 berikut ini;

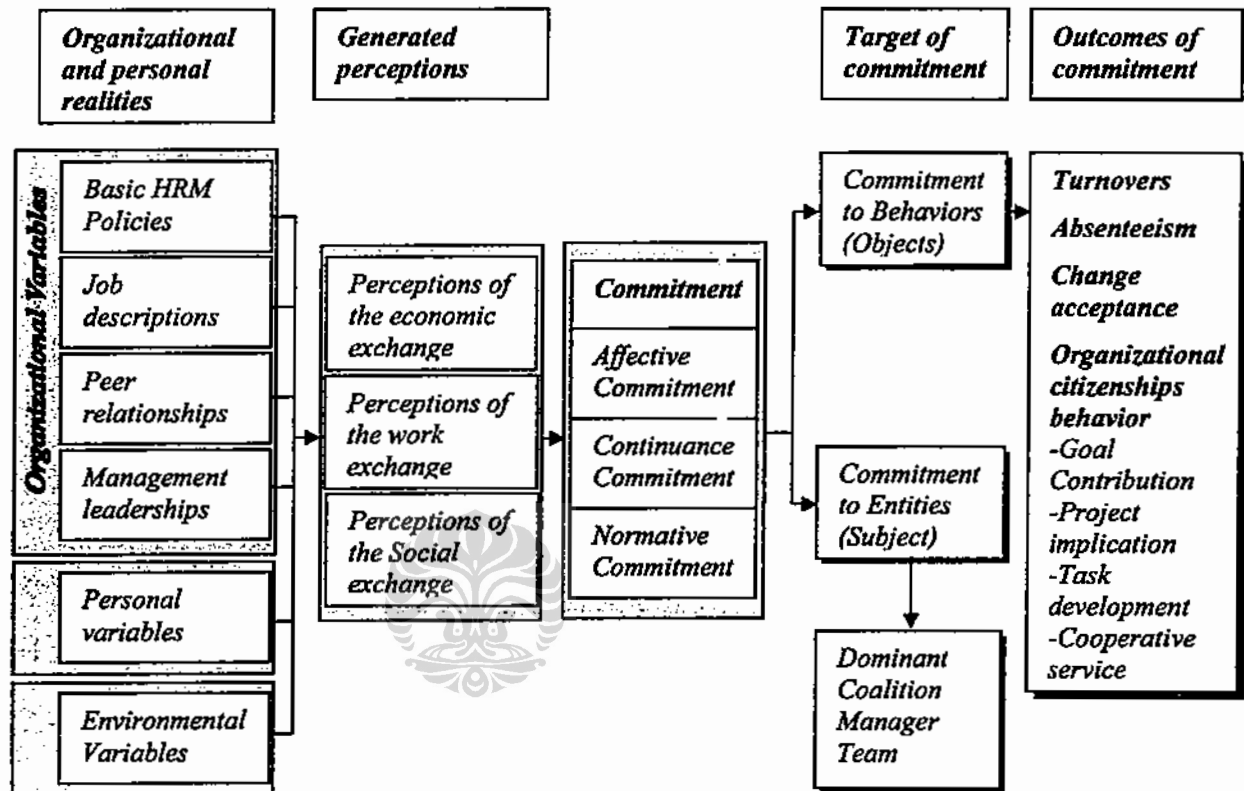
Gambar 4.2 Faktor-Faktor Pembentuk Komitmen Organisasi



Meyer dan Herscovitch, (2001) menyebutkan definisi komitmen dalam tempat kerja digambarkan sebagai “satu kekuatan dimana mengikat satu individu pada satu tindakan dari keterkaitan kepada satu atau lebih banyak tujuan”. Tujuan dari komitmen bisa menjadi satu entitas/keseluruhan atau satu perilaku spesifik. Komitmen mencakup kedua aspek yaitu komitmen sikap dan komitmen perilaku, tetapi menekankan keadaan tindakan, menggambarkan objektif atau objektif akhir. Fokus komitmen menurut Meyer and Allen, (1997) dan Iverson serta Buttigieg, (1999) ditujukan pada tiga kelompok: (1) variabel organisasi, seperti: sifat alami satu pekerjaan, desain pekerjaan, kebijakan-kebijakan sumber daya manusia, komunikasi dan kebijakan-kebijakan keikutsertaan, atau perilaku manajer; (2) variabel individu, seperti: umur, jenis kelamin, masa jabatan, ekspektasi pekerjaan, nilai pekerjaan, tanggung-jawab kekerabatan, efektifitas

dan motivasi ke arah pekerjaan; dan (3) variabel lingkungan, (dalam Gonzalez, 2008). Seperti yang terlihat pada gambar berikut ini

Gambar 4.3 Commitment: Targets and Outcomes (Gonzalez, 2008)



Bila merujuk dari ringkasan penelitian terdahulu sampai dengan sekarang tentang hubungan antara komitmen organisasi dengan kinerja menunjukkan hubungan yang positif antara komitmen organisasi dengan kinerja yang tinggi, tingkat pergantian karyawan yang rendah, dan tingkat ketidakhadiran yang rendah. Selain itu, komitmen organisasi juga berhubungan dengan persepsi iklim yang hangat dan mendukung, dan menjadi anggota tim yang baik yang siap membantu. Studi lainnya menemukan hubungan yang lebih kuat antara komitmen organisasi dengan kinerja pada orang dengan kebutuhan finansial yang rendah. Studi juga menunjukkan bahwa komitmen pada pemberi pelayanan

ternyata lebih berhubungan dengan kinerja daripada komitmen pada organisasi. (Luthans, 2005).

Para ahli telah mengemukakan berbagai metode untuk penilaian kinerja. Namun Nawawi (2005) telah mengidentifikasi beberapa hal yang penting dalam penilaian kinerja, diantaranya: penilaian kinerja hanya dapat dilakukan pada kegiatan-kegiatan dalam pelaksanaan pekerjaan yang terlihat atau dapat diamati, pada saat pekerja melaksanakan tugas-tugasnya dalam batas waktu tertentu, dan dapat juga diketahui dari penuturan pekerja yang dinilai mengenai pekerjaan yang sudah dilaksanakannya.

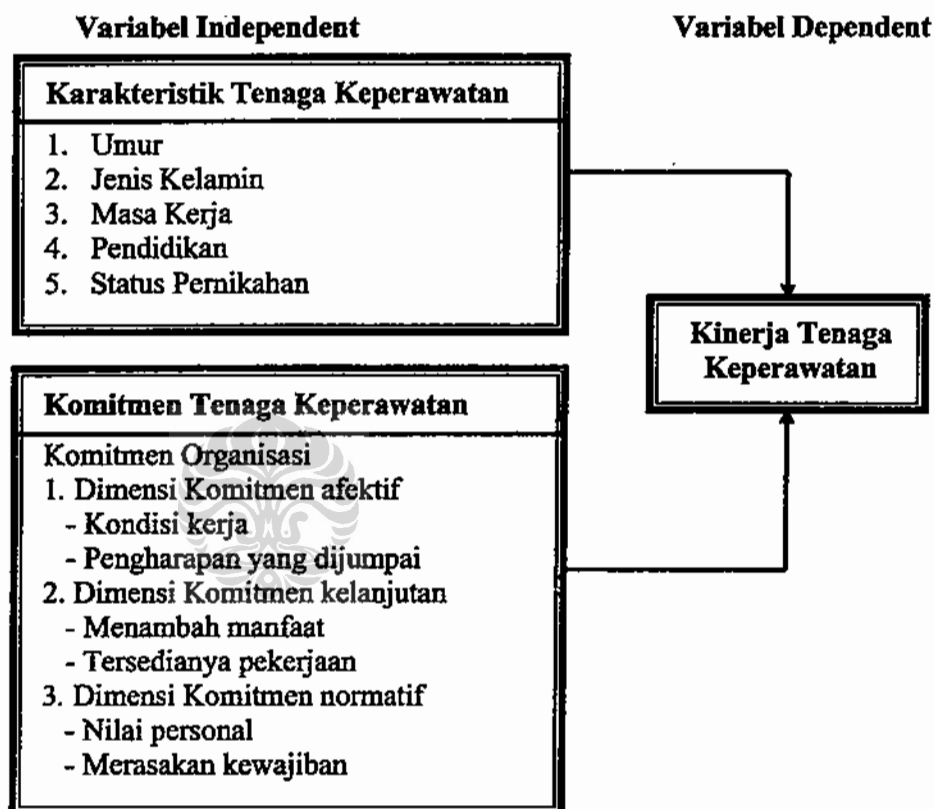
4.2 Kerangka Konsep

Rancangan penelitian ini merujuk pada teori yang dikemukakan oleh Gibson (1987), Meyer dan Allen (1997), Luthans (2005), Gonzales (2008), dan Nawawi (2005).

Karena keterbatasan dalam penelitian maka peneliti memodifikasi beberapa teori-teori diatas hingga yang digunakan sebagai variabel independen adalah karakteristik tenaga keperawatan meliputi; umur, jenis kelamin, masa kerja, pendidikan, dan status pernikahan. Untuk komitmen tenaga keperawatan (komitmen berorganisasi, dimensi komitmen afektif dengan faktor pembentuk dari kondisi kerja dan pengharapan, dimensi komitmen kelanjutan dengan faktor pembentuk dari manfaat dan ketersediannya pekerjaan, dan dimensi komitmen normatif dengan faktor pembentuk dari nilai personal dan berkewajiban). Sedangkan variabel dependennya adalah kinerja tenaga keperawatan yang merupakan hasil keluaran kerja yang dilakukan perawat dalam melaksanakan

tugas yang sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan. Penjabaran dari modifikasi teori-teori yang digunakan tersebut dituangkan dalam kerangka konsep penelitian sebagai berikut.

Gambar 4.4
Kerangka Konsep Penelitian



4.3 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Independent					
Umur	Lama hidup perawat sampai dengan ulang tahun terakhir	Responden mengisi sendiri kuesioner (<i>self Assessment</i>)	Kuesioner	Dalam tahun 1. Tua $x \geq 31$ 2. Muda $x < 31$ (Median)	Ordinal

Jenis kelamin	Klasifikasi responden berdasarkan penampilan fisik/biologis	Responden mengisi sendiri kuesioner (<i>self Assessment</i>)	Kuesioner	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
Masa kerja	Jumlah waktu bekerja sebagai tenaga keperawatan dalam tahun yang dihitung sejak melaksanakan tugas di RSUD Meuraxa	Responden mengisi sendiri kuesioner (<i>self Assessment</i>)	Kuesioner	Dalam tahun 1. Lama $x \geq 2,1$ 2. Baru $x < 2,1$ (Median)	Ordinal
Pendidikan	Tingkat pendidikan formal yang telah diikuti sesuai dengan ijazah terakhir yang dimiliki oleh tenaga keperawatan.	Responden mengisi sendiri kuesioner (<i>self Assessment</i>)	Kuesioner	1. Tinggi \geq DIII (AKPER)/ Sederajat 2. Rendah $<$ DIII (AKI-PER)/ Sederajat	Ordinal
Status pernikahan	Status tenaga keperawatan yang ditentukan dalam hubungan pernikahan	Responden mengisi sendiri kuesioner (<i>self Assessment</i>)	Kuesioner	1. Sudah Menikah 2. Belum Menikah	Nominal
Komitmen Organisasi	Kekuatan dari individu perawat dalam mengidentifikasi keterlibatan dirinya kedalam bagian organisasi (rumah sakit) meliputi penilaian dimensi komitmen afektif, kelanjutan dan normatif	Responden mengisi sendiri kuesioner (<i>self Assessment</i>)	Kuesioner (Skala likert) Instrumen : I Soal No.1 s/d No.20	1. Tinggi $x \geq 55,11$ 2. Rendah $x < 55,11$ (Mean)	Ordinal
Dimensi Komitmen Afektif	Kecendrungan/keinginan perawat secara emosional untuk tetap berada di lingkungan RS Meuraxa dan terus terlibat dalam kegiatan/pekerjaan di RS Meuraxa meliputi penilaian pada;	Responden mengisi sendiri kuesioner (<i>self Assessment</i>)	Kuesioner (Skala likert) Instrumen : I Soal No.1 s/d No.7	1. Tinggi $x \geq 20,55$ 2. Rendah $x < 20,55$ (Mean)	Ordinal

- <i>Job conditions/</i> Kondisi kerja	Keadaan tempat bekerja		Instrumen : I Soal No.1 s/d No.4		
- <i>Met expectations/</i> Pengharapan yang dijumpai	Keinginan-keinginan yang didapat pada saat bekerja di RSUD Meuraxa		Instrumen : I Soal No.5 s/d No.7		
Dimensi Komitmen Kelanjutan	Kesadaran perawat terhadap kerugian-kerugian yang akan didapat jika meninggalkan RSUD Meuraxa. meliputi penilaian pada;	Responden mengisi sendiri kuesioner (<i>self Assessment</i>)	Kuesioner (Skala likert) Instrumen : I Soal No.8 s/d No.13	1. Tinggi $x \geq 14,56$ 2. Rendah $x < 14,56$ (Mean)	Ordinal
- <i>Benefits accrued/</i> Menambah manfaat	Keuntungan yang didapat bila terus berada dalam RSUD Meuraxa		Instrumen : I Soal No.8 s/d No.10		
- <i>Job available/</i> Tersedianya pekerjaan	Alternatif tempat bekerja lainya jika meninggalkan RSUD Meuraxa		Instrumen : I Soal No.11 s/d No.13		
Dimensi Komitmen Normatif	Perasaan perawat akan keterikatan untuk terus tetap bekerja serta berkewajiban untuk memberi balasan atas apa yang telah diterima dari RSUD Meuraxa. meliputi penilaian pada;	Responden mengisi sendiri kuesioner (<i>self Assessment</i>)	Kuesioner (Skala likert) Instrumen : I Soal No.14 s/d No.20	1. Tinggi $x \geq 20$ 2. Rendah $x < 20$ (Mean)	Ordinal
- <i>Personal values/</i> Nilai personal	Penghargaan yang diberikan oleh individu perawat terhadap RSUD Meuraxa		Instrumen : I Soal No.14 s/d No.16		
- <i>Felt obligations/</i> Merasakan kewajiban	Perasaan individu perawat atas apa yang harus dilakukan dalam lingkungan RSUD Meuraxa.		Instrumen : I Soal No.17 s/d No.20		

Variabel Dependent					
Kinerja Tenaga Keperawatan	<p>Pelayanan keperawatan yang diberikan pada pasien/klien, yang mengacu pada standar asuhan keperawatan (PPNI, 200)</p> <p>Standar I: Pengkajian Keperawatan (Proses pengumpulan data dari berbagai sumber yang dilakukan tenaga keperawatan)</p> <p>Standar II: Dignosis Keperawatan (Keputusan klinik yang dilakukan tenaga keperawatan dalam penerapan asuhan keperawatan)</p> <p>Standar III: Perencanaan Keperawatan (strategi yang dirancang tenaga keperawatan untuk mencegah, mengurangi masalah-masalah pasien dalam penerapan asuhan keperawatan)</p> <p>Standar IV: Implementasi Keperawatan (pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan tenaga keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan)</p> <p>Standar V: Evaluasi Keperawatan (proses pengecekan ulang terhadap tindakan yang telah dilakukan dalam pemberian asuhan keperawatan)</p>	Responden mengisi sendiri kuesioner (<i>self Assessment</i>)	Kuisisioner (Skala likert) Instrumen : II Soal No.1 s/d No.27	<p>1. Baik $x \geq 91,97$</p> <p>2. Buruk $x < 91,97$ (Mean)</p>	Ordinal

BAB 5

METODOLOGI PENELITIAN

5.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* dengan pendekatan kuantitatif untuk mengetahui gambaran karakteristik dan komitmen organisasi serta gambaran kinerja tenaga keperawatan serta mencari hubungan antara karakteristik individu perawat dengan kinerja tenaga keperawatan dan komitmen organisasi dengan kinerja tenaga keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Meuraxa Kota Banda Aceh tahun 2008.

5.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Meuraxa Kota Banda Aceh dan dilaksanakan pada bulan September 2008.

5.3 Populasi dan Sampel

5.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua tenaga keperawatan yang bertugas di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh yang berjumlah 121 orang perawat.

5.3.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah semua (total sampling) perawat pelaksana yang bertugas di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Meuraxa Kota Banda Aceh yang telah berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS) yaitu 66 orang perawat.

5.4 Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen

5.4.1 Uji Validitas Instrumen

Untuk mengetahui validitas instrumen yang digunakan dalam penelitian ini, maka sebelum dilakukan pengumpulan data dilakukan uji validitas instrumen yang akan digunakan. Uji instrumen dilakukan pada 30 (tiga puluh) responden yang memiliki kriteria hampir sama dengan responden yang akan dijadikan sebagai sampel penelitian, yang dilakukan dengan cara melakukan korelasi antara skor dari masing-masing pernyataan dengan skor totalnya dengan ketentuan uji sebagai berikut :

1. Bila didapatkan nilai r hitung \geq nilai r tabel, maka pernyataan tersebut dianggap valid.
2. Bila didapatkan nilai r hitung $<$ nilai r tabel, maka pernyataan tersebut dianggap tidak valid.

Bila ditemukan ada pernyataan yang tidak valid, maka pernyataan tersebut dilakukan perbaikan bila pernyataan tersebut dianggap penting atau dihilang bila pernyataan tersebut dianggap tidak begitu penting.

5.4.2 Uji Reliabilitas

Setelah semua pernyataan valid, maka dilanjutkan dengan melakukan uji reliabilitas dengan cara membandingkan antara nilai r alpha (*Crombach Alpha*) dengan nilai r tabel dengan ketentuan : bila nilai r alpha \geq nilai r tabel, maka pernyataan tersebut adalah reliabel dan bila nilai r alpha $<$ nilai r tabel, maka pernyataan tersebut dianggap tidak reliabel.

5.5 Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan data primer melalui pengisian kuesioner yang di isi oleh responden itu sendiri (*self assessment*) untuk mendapatkan gambaran kinerja, karakteristik (umur, jenis kelamin, masa kerja, pendidikan, status pernikahan) serta komitmen tenaga keperawatan (dimensi komitmen afektif, dimensi komitmen kelanjutan, dan dimensi komitmen normatif) tenaga keperawatan. Adapun alasan peneliti menggunakan metode tersebut dalam mengukur variabel kinerja dikarenakan keterbatasan pengetahuan peneliti tentang pelaksanaan standar asuhan keperawatan yang harus dilaksanakan oleh tenaga keperawatan serta terbatasnya biaya, waktu dan tenaga. Alasan lainnya adalah pertimbangan terhadap klien/pasien agar tetap dapat memperoleh pelayanan keperawatan sebagaimana mestinya tanpa harus merasa terganggu dengan adanya penelitian ini.

5.6 Metode Pengolahan Data

Data yang telah terkumpulkan berupa kuesioner yang telah isi oleh responden akan dilakukan pengolahan dengan tahap-tahap sebagai berikut:

5.6.1 *Editing*

Semua pernyataan dari tiap kuesioner yang telah terkumpul dan telah diisi jawaban oleh responden dilakukan pengecekan kembali terhadap isian tiap pernyataan untuk melihat apakah jawaban yang isi sudah lengkap dan jelas atau tidak.

5.6.2 *Coding*

Sebelum data hasil jawaban responden dilakukan proses *entry*, setiap jawaban yang berupa simbol diberikan kode berupa angka berdasarkan jawaban responden untuk memudahkan dalam melakukan *entry* data serta memudahkan pengecekan bila terjadi kesalahan pada saat *entry* data.

5.6.3 *Procesing*

Setelah semua jawaban diberikan kode yang berupa angka, kemudian dilakukan proses *entry* data program komputer dengan memilah-milah berdasarkan variabel penelitian.

5.6.4 *Cleaning*

Setelah semua data dilakukan *entry*, maka penulis melakukan pengecekan kembali terhadap data-data yang telah di *entry* tersebut untuk menghindari adanya data yang salah waktu dilakukan *entry*. Bila ditemukan adanya kesalahan dalam proses *entry* maka dilakukan perbaikan sesuai dengan data jawaban.

5.7 Analisis Data

5.7.1 Analisis Univariat

Untuk mendapat gambaran dari variabel-variabel yang diteliti baik variabel indenpenden maupun variabel dependen akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan proporsi dengan menggunakan rumus sebgai berikut: (Sutanto, 2007).

$$\bar{x} = \frac{\sum x}{n}$$

Keterangan :

\bar{x} = Nilai rata-rata

$\sum x$ = Jumlah nilai dari data responden

n = Jumlah Sampel

Setelah diolah, selanjutnya disajikan dalam bentuk tabel distribusi dengan menggunakan rumus

$$P = \frac{f_i}{n} \times 100\%$$

5.7.2 Analisis Bivariat

Untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dengan dependen menggunakan uji *chi-square*, dikarenakan bentuk data variabel independen dan dependen berupa kategorik. Batas kemaknaan yang digunakan pada uji ini adalah pada alpha 5% (0,05) dan *Convident Interval* (CI) 95% dengan ketentuan sebagai berikut: (Sutanto, 2007).

1. Bila diperoleh nilai $p < 0,05$, maka disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara variable indenpenden dengan variable dependen.
2. Bila diperoleh nilai $p \geq 0,05$, maka disimpulkan tidak ada hubungan antara variabel indenpenden dengan variabel indenpenden.

5.7.3 Analisis Multivariat

Analisis ini dilakukan untuk mengetahui variabel independen yang paling besar berpengaruh atau yang paling dominan berhubungan dengan variabel dependen sehingga diperoleh model terakhir yang terdiri dari

beberapa variabel independen yang dianggap terbaik untuk memprediksi kejadian variabel dependen.

Analisis multivariat dalam penelitian ini menggunakan uji regresi logistik ganda model prediksi dikarenakan hasil ukur variabel dependen berupa data kategorik dengan ketentuan sebagai berikut: (Sutanto, 2007).

1. Melakukan analisis bivariat antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependen dengan menggunakan uji regresi sederhana. Bila hasil uji bivariat diperoleh nilai $p < 0,25$, maka variabel independen tersebut dimasukkan dalam model multivariat. Namun bila nilai $p \geq 0,25$, maka tidak diikuti dalam permodelan multivariat kecuali variabel tersebut secara substansi dianggap penting.
2. Memasukkan semua variabel yang memenuhi syarat (nilai $p < 0,25$) kedalam permodelan. Selanjutnya satu persatu variabel independen dikeluarkan dari model berdasarkan kriteria tertentu, variabel yang pertama kali dikeluarkan adalah variabel yang mempunyai korelasi parsial terkecil dengan variabel dependen. Kriteria pengeluaran atau P-out (PUOT) adalah 0,10, artinya variabel yang mempunyai nilai P lebih besar atau samadengan 0,10 dikeluarkan dari model.

BAB 6

HASIL PENELITIAN

Penelitian dilaksanakan di ruang rawat inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh pada tanggal 16 September sampai dengan 26 September tahun 2008, sampel dalam penelitian diperoleh sebanyak 66 orang (total populasi) yang berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS). Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah dengan cara mengedarkan kuesioner penelitian kepada responden dengan menggunakan 2 enumerator yang merupakan petugas RSUD Meuraxa. Asumsi peneliti penggunaan enumerator ini dapat mempermudah responden untuk menanyakan permasalahan-permasalahan yang dijumpai pada saat pengisian kuesioner, dikarenakan pengisian kuesioner tidak diwajibkan untuk langsung diisi setelah diberikan dengan pertimbangan responden mempunyai banyak waktu untuk membaca dan mempelajarinya terlebih dahulu. Di sisi lain penelitian ini diharapkan tidak mengganggu waktu kerja responden dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

6.1 Hasil Uji Validitas dan reliabilitas kuesioner penelitian

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan di Ruang Rawat Inap Badan Pelayanan Rumah Sakit Umum dr. Zainal Abidin (BPK-RSUZA) Banda Aceh, dengan 30 orang tenaga keperawatan yang diambil secara acak. Asumsi peneliti memilih BPK-RSUZA sebagai tempat melakukan uji coba kuesioner dikarenakan

BPK-RSUZA dan RSUD Meuraxa terletak pada satu wilayah yang sama yaitu Kota Banda Aceh.

Uji coba kuesioner yang dilakukan terhadap 30 orang responden pada bulan september tahun 2008. Untuk variabel kinerja tenaga keperawatan dengan 7 item pernyataan diperoleh hasil nilai $r_{hitung} < r_{tabel}$ (untuk 30 orang sampel adalah 0,361) pada setiap item pertanyaan sehingga ke 27 item pernyataan tersebut dinyatakan valid dan reliabel selanjutnya dapat digunakan untuk mengukur kinerja tenaga keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh.

Untuk variabel komitmen organisasi dari 30 item pernyataan, masing-masing no.1 s/d 10 untuk dimensi komitmen afektif, no.11 s/d 20 untuk dimensi komitmen kelanjutan dan no.21 s/d 30 untuk dimensi komitmen normatif terdapat 10 item pernyataan yang di drop karena nilai $r_{hitung} < r_{tabel}$. Adapun nomor item pertanyaan yang didrop dimulai dari nilai yang terendah yaitu item soal nomor 25, 6, 5, 24, 20, 30, 13, 18, 15, 10, untuk lebih lengkapnya dapat dilihat pada lampiran 4.

Hasil keseluruhan uji coba kuesioner yang dilakukan jumlah item pernyataan yang digunakan dalam penelitian berjumlah 47 item pernyataan. 27 item pernyataan untuk pengukuran kinerja tenaga keperawatan dan 20 item pernyataan pada variabel komitmen organisasi (dimensi komitmen afektif, komitmen kelanjutan, dan komitmen normatif). Sedangkan untuk mengetahui gambaran karakteristik tenaga keperawatan menggunakan 5 item pertanyaan berbentuk isian dan *check list*.

6.2 Analisis Univariat

Pada penelitian ini hasil analisis univariat akan menggambarkan distribusi frekuensi variabel dependen yaitu kinerja tenaga keperawatan, dan variabel independen yaitu karakteristik (umur, jenis kelamin, masa kerja, pendidikan, dan status pernikahan) dan komitmen tenaga keperawatan (komitmen organisasi, dimensi komitmen afektif, dimensi komitmen kelanjutan, dan dimensi komitmen normatif). Untuk dapat mengkatagorikan setiap variabel di atas, maka terlebih dahulu mengetahui distribusi setiap variabel berbentuk normal atau tidak normal sehingga dapat digunakan sebagai standar untuk menentukan "cut of point" yang dapat dilihat pada tabel 6.1 berikut ini:

Tabel 6.1
Distribusi Statistik Deskriptif Menurut Variabel Kinerja, Umur, Masa Kerja, Komitmen Organisasi, Dimensi Komitmen Afektif, Dimensi Komitmen Kelanjutan, Dimensi Komitmen Normatif Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008

No	Variabel	Mean	Median	Skewness	Std. Error of Skewness	<u>Skewness</u> Std.Error of Skewness
1	Kinerja	91,97	96,60	-0,441	0,295	-1,495
2	Umur	31,02	31,00	0,688	0,295	2,332
3	Masa Kerja	3,07	2,12	0,781	0,295	2,647
4	Dimensi Komitmen Organisasi	55,11	56,00	-0,274	0,295	-0,929
5	Dimensi Komitmen Afektif	20,55	21,00	-0,031	0,295	-0,105
6	Dimensi Komitmen Kelanjutan	14,56	15,00	-0,510	0,295	-1,729
7	Dimensi Komitmen Normatif	20,00	20,00	0,170	0,295	0,576

Sumber : data primer (diolah, 2008)

Hasil analisis data pada tabel 6.1 distribusi variabel kinerja, komitmen organisasi, dimensi komitmen afektif, dimensi komitmen kelanjutan, dimensi komitmen normatif tenaga keperawatan berbentuk normal. Hal tersebut dapat dilihat pada nilai *skewness* dibagi dengan standar *error of skewness* pada masing-masing variabel diperoleh hasil nilai $x \leq 2$. Maka untuk menentukan standar "cut of point" pada variabel-variabel tersebut di atas dapat menggunakan nilai mean.

Variabel kinerja bila nilai $x \geq 91,97$ dikategorikan berkinerja baik dan bila nilai $x < 91,97$ dikategorikan berkinerja buruk. Variabel komitmen organisasi bila nilai $x \geq 55,11$ dikategorikan tinggi dan bila nilai $x < 55,11$ dikategorikan rendah. Variabel dimensi komitmen afektif bila nilai $x \geq 20,55$ dikategorikan tinggi dan bila nilai $x < 20,55$ dikategorikan rendah, dimensi komitmen kelanjutan bila nilai $x \geq 14,56$ dikategorikan tinggi dan bila nilai $x < 14,56$ dikategorikan rendah, dimensi komitmen normatif bila nilai $x \geq 20$ dikategorikan tinggi dan bila nilai $x < 20$ dikategorikan rendah.

Sedangkan untuk variabel umur dan masa kerja berbentuk tidak normal, dikarenakan nilai *skewness* dibagi dengan standar *error of skewness* pada masing-masing variabel > 2 (syarat distribusi normal nilai $x \leq 2$). Maka untuk menentukan standar "cut of point" pada variabel umur dan masa kerja berdasarkan nilai median. Untuk variabel umur bila nilai $x \geq 31$ tahun dikategorikan umur tua dan bila nilai $x < 31$ tahun dikategorikan umur muda, variabel masa kerja bila nilai $x \geq 2,12$ tahun dikategorikan masa kerja lama dan bila nilai $x < 2,12$ tahun dikategorikan masa kerja baru.

Selanjutnya untuk mengetahui gambaran distribusi dari masing-masing variabel tersebut dapat dilihat sebagai berikut:

6.2.1 Kinerja Tenaga Keperawatan

Tabel 6.2
Distribusi Responden Menurut Variabel Kinerja Tenaga Keperawatan
Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008

No	Kinerja Tenaga Keperawatan	Jumlah	Frekuensi (%)
1	Baik	42	63,6
2	Buruk	24	36,4
	Total	66	100

Sumber : data primer (diolah, 2008)

Berdasarkan tabel 6.2 di atas terlihat bahwa distribusi responden menurut kinerja, mayoritas responden di ruang rawat inap RSUD Meuraxa adalah berkinerja baik, yaitu 42 orang (63,6%) sedangkan responden yang berkinerja buruk hanya 24 orang (36,4%).

6.2.2 Karakteristik Responden

Tabel 6.3
Distribusi Responden Menurut Variabel Karakteristik
Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap
RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008

No	Variabel	Kategori	Jumlah	(%)
1	Umur	Tua	34	51,5
		Muda	32	48,5
	Total		66	100
2	Jenis Kelamin	Laki-laki	3	4,5
		Perempuan	63	95,5
	Total		66	100
3	Masa Kerja	Lama	33	50,0
		Baru	33	50,0
	Total		66	100
4	Pendidikan	Tinggi (\geq D-III/Akper)	43	65,2
		Rendah ($<$ D-III/ Akper)	23	34,8
	Total		66	100
5	Status Pernikahan	Menikah	46	69,7
		Belum Menikah	20	30,3
	Total		66	100

Sumber : data primer (diolah, 2008)

1. Umur

Berdasarkan tabel 6.3 di atas terlihat bahwa distribusi responden menurut umur, mayoritas responden yang bekerja di ruang rawat inap RSUD Meuraxa adalah berumur tua, yaitu 34 orang (51,5%) sedangkan responden yang berumur muda hanya 32 orang (48,4%).

2. Jenis kelamin

Berdasarkan tabel 6.3 di atas dapat diketahui bahwa distribusi responden menurut jenis kelamin, mayoritas responden yang bekerja di ruang rawat inap RSUD Meuraxa adalah berjenis kelamin perempuan, yaitu 63 orang (95,5%) sedangkan responden yang berjenis kelamin laki-laki hanya 3 orang (4,5%).

3. Masa Kerja

Berdasarkan tabel 6.3 diatas dapat diketahui bahwa distribusi responden menurut masa kerja, diperoleh hasil bahwa masa kerja responden memiliki sebaran yang sama yaitu 33 orang (50%) untuk masa kerja lama dan 33 orang (50%) untuk masa kerja baru.

4. Pendidikan.

Berdasarkan tabel 6.3 dapat dijelaskan untuk memperoleh gambaran distribusi pendidikan responden dibagi ke dalam dua kelompok, kelompok pertama kategori berpendidikan tinggi (Akper/D-III, S1Kep/Kes) dan kelompok kedua kategori berpendidikan rendah (D-II, D-I, SPK). Dari pengkatagorian tersebut diperoleh hasil bahwa mayoritas responden pada kategori berpendidikan tinggi, yaitu 43 orang (65,2%) sedangkan responden yang berpendidikan rendah hanya 23 orang (34,8%).

5. Status Pernikahan.

Berdasarkan tabel 6.3 di atas terlihat bahwa distribusi responden menurut status pernikahan, mayoritas responden yang bekerja di ruang rawat inap RSUD Meuraxa adalah berstatus sudah menikah, yaitu 46 orang (69,7%) sedangkan responden yang belum menikah hanya 20 orang (30,3%).

6.2.3 Komitmen Tenaga Keperawatan

Tabel 6.4
Distribusi Responden Menurut Variabel Komitmen
Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap
RSU Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008

No	Variabel	Kategori	Jumlah	Frekuensi (%)
1	Komitmen Organisasi	Tinggi	36	54,5
		Rendah	30	45,5
	Total		66	100
2	Dimensi Komitmen Afektif	Tinggi	34	51,5
		Rendah	32	48,5
	Total		66	100
3	Dimensi Komitmen Kelanjutan	Tinggi	36	54,5
		Rendah	30	45,5
	Total		66	100
4	Dimensi Komitmen Normatif	Tinggi	45	68,2
		Rendah	21	31,8
	Total		66	100

Sumber : data primer (diolah, 2008)

1. Komitmen organisasi.

Berdasarkan tabel 6.4 di atas terlihat bahwa distribusi responden menurut komitmen organisasi, mayoritas responden yang bekerja di ruang rawat inap RSUD Meuraxa adalah dengan komitmen organisasi tinggi, yaitu

36 orang (54,5%) sedangkan responden yang berkomitmen organisasi rendah hanya 30 orang (45,5%).

2. Dimensi Komitmen Afektif.

Berdasarkan tabel 6.4 terlihat bahwa distribusi responden berdasarkan dimensi komitmen afektif, diperoleh hasil bahwa mayoritas sebaran responden adalah pada kategori dimensi komitmen afektif tinggi yaitu 34 orang (51,5%) sedangkan responden pada dimensi komitmen afektif berkategori rendah hanya 32 orang (48,5%). Sebaran pernyataan dari responden dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 6.5
Distribusi Pernyataan Responden Mengenai Dimensi Komitmen Afektif Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008

Pernyataan	Setuju		Tidak Setuju		Total	
	n	%	n	%	n	%
Merasa bahagia dapat menerapkan ilmu keperawatan di RSUD Meuraxa selamanya...	58	87,88	8	12,12	66	100
Merasa terikat secara emosional dengan RSUM	45	68,18	21	31,82	66	100
Bangga menceritakan kepada teman-teman bahwa RSUD Meuraxa merupakan tempat bekerja yang baik	44	66,67	22	33,33	66	100
Kenyamanan bekerja di RSUM mendorong untuk bekerja sebaik mungkin	52	78,79	14	21,21	66	100
Merasa bahwa masalah RSUM merupakan masalah sayanya juga	48	72,73	18	27,27	66	100
Merasa seperti menjadi bagian keluarga dari RSUM	61	92,42	5	7,58	66	100
RSUM memiliki arti yang besar bagi dirinya	54	81,82	12	18,18	66	100

Sumber : data primer (diolah, 2008)

Berdasarkan tabel 6.5 di atas dapat dilihat bahwa distribusi pernyataan responden berdasarkan dimensi komitmen afektif, responden yang paling banyak menyatakan setuju adalah “merasa seperti menjadi bagian keluarga dari RSUD Meuraxa” yaitu 61 orang (92,42%) sedangkan paling sedikit menyatakan setuju adalah: “bangga menceritakan kepada

teman-teman bahwa RSUD Meuraxa merupakan tempat bekerja yang baik” yaitu 44 orang (66,67%).

3. Dimensi Komitmen Kelanjutan.

Berdasarkan tabel 6.4 terlihat bahwa distribusi responden berdasarkan dimensi komitmen kelanjutan, diperoleh hasil bahwa mayoritas sebaran responden adalah pada kategori dimensi komitmen kelanjutan tinggi yaitu 36 orang (54,5%) sedangkan responden pada dimensi komitmen kelanjutan berkategori rendah hanya 30 orang (45,5%). Sebaran pernyataan dari responden dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 6.6
Distribusi Pernyataan Responden Mengenai Dimensi Komitmen Kelanjutan Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008

Pernyataan	Setuju		Tidak Setuju		Total	
	n	%	n	%	n	%
Kehidupan akan terganggu jika memutuskan untuk meninggalkan RSUD	20	30,30	46	69,70	66	100
Bekerja di RSUD, mendapatkan metode-metode yang baik dalam pelayanan keperawatan	50	75,76	16	24,24	66	100
Bekerja di RSUD, mendapatkan pelajaran untuk meyakini nilai tetap loyal pada satu RS.	48	72,73	18	27,27	66	100
Takut tentang apa yang mungkin terjadi jika berhenti dari RSUD, tanpa memiliki alternatif tempat lain yang akan menerima	13	19,70	53	80,30	66	100
Agar tetap bekerja di RSUD, tugas apapun yang diberikan oleh atasan akan di terima	27	40,91	39	59,09	66	100
Tetap bekerja di RSUD merupakan keharusan dan keinginan	43	65,15	23	34,85	66	100

Sumber : data primer (diolah, 2008)

Berdasarkan tabel 6.6 di atas dapat dilihat bahwa ditribusi pernyataan responden berdasarkan dimensi komitmen kelanjutan, responden yang paling banyak menyatakan setuju adalah: “bekerja di RSUD Meuraxa, mendapatkan metode-metode yang baik dalam pelayanan keperawatan” yaitu 50 orang (75,76%) sedangkan paling sedikit menyatakan setuju adalah: “takut tentang apa yang mungkin terjadi jika

berhenti dari RSUD Meuraxa tanpa memiliki alternatif tempat lain yang akan menerima saya” yaitu 13 orang (19,70%).

4. Dimensi Komitmen Normatif.

Berdasarkan tabel 6.4 terlihat bahwa distribusi responden berdasarkan dimensi komitmen normatif, diperoleh hasil bahwa mayoritas sebaran responden adalah pada katagori dimensi komitmen normatif tinggi yaitu 45 orang (68,2%) sedangkan responden pada dimensi komitmen normatif berkatagori rendah hanya 21 orang (31,8%). Sebaran pernyataan dari responden dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 6.7
Distribusi Pernyataan Responden Mengenai Dimensi Komitmen Normatif Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008

Pernyataan	Setuju		Tidak Setuju		Total	
	n	%	n	%	n	%
Percaya bahwa seorang tenaga keperawatan harus selalu setia kepada RS tempat dia bekerja	61	92,42	5	7,58	66	100
Berpindah dari satu RS ke RS lain merupakan hal yang tidak etis	24	36,36	42	63,64	66	100
Merasa bahwa akan lebih baik bila seseorang tenaga keperawatan tetap di suatu RS untuk menerapkan ilmu keperawatan.	45	68,18	21	31,82	66	100
Alasan untuk tetap bekerja di RSUD adalah penting dan karenanya saya memiliki kewajiban moral untuk tinggal	55	83,33	11	16,67	66	100
Bersedia bekerja keras melebihi apa yang biasanya diharapkan dari tenaga keperawatan agar RSUD dapat maju	45	68,18	21	31,82	66	100
Tugas semua tenaga keperawatan untuk melihat apakah RSUD telah berjalan sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP)	57	86,36	9	13,64	66	100
Berusaha mematuhi peraturan-peraturan yang ada di RSUD	64	96,97	2	3,03	66	100

Sumber : data primer (diolah, 2008)

Berdasarkan tabel 6.7 di atas dapat dilihat bahwa distribusi pernyataan responden berdasarkan dimensi komitmen normatif, responden yang paling banyak menyatakan setuju adalah: “berusaha mematuhi peraturan-peraturan yang ada di RSUD Meuraxa, selama saya bekerja di sini” yaitu 64 orang (96,97%) sedangkan paling sedikit menyatakan setuju

adalah: “berpindah dari satu RS ke RS lain merupakan suatu hal yang tidak etis” yaitu 24 orang (36,36%).

6.3 Analisis Bivariat

Analisis bivariat ini dilakukan untuk melihat hubungan antara satu variabel independen dengan satu variabel dependen, apakah masing-masing variabel tersebut mempunyai hubungan yang bermakna atau tidak. Dalam penelitian ini uji statistik yang digunakan adalah “*chi-square*” dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0.05$ dengan ketentuan hubungan dikatakan bermakna jika $p\text{-value} \leq 0,05$ dan hubungan bermakna jika $p\text{-value} > 0,05$ serta untuk melihat “*Odds Ratio*”(OR) dari setiap variabel. Berikut analisis bivariat yang telah diperoleh dari hasil penelitian:

6.3.1 Hubungan karakteristik tenaga keperawatan (umur, jenis kelamin, masa kerja, pendidikan, status pernikahan) dengan kinerjanya di ruang rawat inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh tahun 2008

1. Hubungan umur dengan kinerja tenaga keperawatan.

Tabel 6.8
Distribusi Responden Menurut Hubungan Umur Dengan Kinerja Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008

Umur	Kinerja				Jumlah		p value	OR 95% CI (L-U)
	Baik		Buruk		n	%		
	n	%	n	%				
≥ 31 (Tua)	27	79,41	7	20,59	34	100	0,013	4,37 (1,48-12,91)
< 31 (Muda)	15	46,88	17	53,13	32	100		

Sumber : data primer (diolah, 2008)

Hasil analisis bivariat antara umur dan kinerja tenaga keperawatan diperoleh hasil bahwa dari 34 orang tenaga keperawatan yang berumur ≥ 31 tahun, 27 orang (79,41%) tenaga keperawatan berkinerja baik, sedangkan diantara tenaga keperawatan yang berumur < 31 tahun, 15 orang (46,88%) tenaga keperawatan berkinerja baik. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,013$, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara umur dengan kinerja tenaga keperawatan. Hasil analisis juga diperoleh nilai *odds ratio* =4,37, artinya tenaga keperawatan yang berumur ≥ 31 tahun berkinerja lebih baik 4,37 kali dibandingkan dengan tenaga keperawatan yang berumur < 31 tahun.

2. Hubungan jenis kelamin dengan kinerja tenaga keperawatan

Tabel 6.9
Distribusi Responden Menurut Hubungan Jenis Kelamin Dengan Kinerja Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008

Kelamin Jenis	Kinerja				Jumlah		p value	OR 95% CI (L-U)
	Baik		Buruk		n	%		
	n	%	n	%				
Laki-laki	1	33,33	2	66,67	3	100	0,548	0,27 (0,02-3,13)
Perempuan	41	65,08	22	34,92	63	100		

Sumber : data primer (diolah, 2008)

Hasil analisis bivariat antara jenis kelamin dan kinerja tenaga keperawatan diperoleh hasil bahwa dari 3 orang tenaga keperawatan yang berjenis kelamin laki-laki, hanya 1 orang tenaga keperawatan berkinerja baik, sedangkan diantara tenaga keperawatan berjenis kelamin perempuan, 41 orang tenaga keperawatan berkinerja baik. Dikarenakan pada tabel 2x2 diatas terdapat nilai *Expected* (harapan) kurang dari 5, maka nilai p-value yang digunakan adalah nilai p-value pada *Fisher's Exact Test*. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,548$,

maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kinerja tenaga keperawatan.

3. Hubungan masa kerja dengan kinerja tenaga keperawatan

Tabel 6.10
Distribusi Responden Menurut Hubungan Masa Kerja Dengan Kinerja Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008

Masa Kerja	Kinerja				Jumlah		P value	OR 95% CI (L-U)
	Baik		Buruk		n	%		
	n	%	n	%				
Lama	22	66,67	11	33,33	33	100	0,798	1,30 (0,47-3,55)
Baru	20	60,61	13	39,39	33	100		

Sumber : data primer (diolah, 2008)

Hasil analisis bivariat antara masa kerja dan kinerja tenaga keperawatan diperoleh hasil bahwa dari 33 orang tenaga keperawatan dengan masa kerja lama, 22 orang (66,67%) tenaga keperawatan berkinerja baik, dan dari 33 orang tenaga keperawatan dengan masa kerja baru, 20 orang (65,08%) tenaga keperawatan berkinerja baik. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,798$, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kinerja tenaga keperawatan.

4. Hubungan pendidikan dengan kinerja tenaga keperawatan

Tabel 6.11
Distribusi Responden Menurut Hubungan Pendidikan Dengan Kinerja Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008

Pendidikan	Kinerja				Jumlah		p value	OR 95% CI (L-U)
	Baik		Buruk		n	%		
	n	%	n	%				
Tinggi (\geq D-III/ Akper) Sederajat	32	74,42	11	25,58	43	100	0,026	3,782 (1,29-11,04)
Rendah ($<$ D-III/ Akper) Sederajat	10	43,48	13	56,52	23	100		

Sumber : data primer (diolah, 2008)

Hasil analisis bivariat antara pendidikan dan kinerja tenaga keperawatan diperoleh hasil bahwa dari 43 orang tenaga keperawatan yang berpendidikan tinggi, 32 orang (74,42%) tenaga keperawatan berkinerja baik, sedangkan diantara tenaga keperawatan yang berpendidikan rendah, 10 orang (43,48%) tenaga keperawatan berkinerja baik. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,026$, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara umur dengan kinerja tenaga keperawatan. Dari hasil analisis juga diperoleh nilai *odds ratio* =3,78, artinya tenaga keperawatan yang pendidikan tinggi berkinerja lebih baik 3,78 kali dibandingkan dengan tenaga keperawatan yang pendidikan rendah.

5. Hubungan status pernikahan dengan kinerja tenaga keperawatan

Tabel 6.12
Distribusi Responden Menurut Hubungan Status Pernikahan
Dengan Kinerja Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap
RSU Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008

Status Pernikahan	Kinerja				Jumlah		p value	OR 95% CI (L-U)
	Baik		Buruk		n	%		
	n	%	n	%				
Sudah Menikah	30	65,22	16	34,78	46	100	0,899	1,250 (0,42-3,68)
Belum Menikah	12	60,00	8	40,00	20	100		

Sumber : data primer (diolah, 2008)

Hasil analisis bivariat antara status pernikahan dan kinerja tenaga keperawatan diperoleh hasil bahwa dari 46 orang tenaga keperawatan yang berstatus sudah menikah, terdapat 30 orang (65,22%) tenaga keperawatan berkinerja baik, sedangkan diantara tenaga keperawatan berstatus belum menikah, 12 orang (60%) tenaga keperawatan berkinerja baik. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,899$, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kinerja tenaga keperawatan.

6.3.2 Hubungan komitmen tenaga keperawatan (komitmen organisasi, dimensi komitmen afektif, dimensi komitmen kelanjutan, dan dimensi komitmen normatif) dengan kinerjanya di ruang rawat inap RSU Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008

1. Hubungan komitmen organisasi dengan kinerja tenaga keperawatan.

Tabel 6.13
Distribusi Responden Menurut Hubungan Komitmen Organisasi Dengan Kinerja Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSU Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008

Komitmen Organisasi	Kinerja				Jumlah		p value	OR 95% CI (L-U)
	Baik		Buruk		n	%		
	n	%	n	%				
Tinggi	29	80,6	7	19,4	36	100	0,004	5,42 (1,81-16,22)
Rendah	13	43,3	17	56,7	30	100		

Sumber : data primer (diolah, 2008)

Hasil analisis bivariat antara komitmen organisasi dan kinerja tenaga keperawatan diperoleh hasil bahwa dari 36 orang tenaga keperawatan dengan komitmen organisasi tinggi, 29 orang (80,6%) tenaga keperawatan berkinerja baik, sedangkan diantara tenaga keperawatan dengan komitmen organisasi rendah, 13 orang (44,3%) tenaga keperawatan berkinerja baik. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,004$, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara komitmen organisasi dengan kinerja tenaga keperawatan. Dari hasil analisis juga diperoleh nilai *odds ratio* = 5,42, artinya tenaga keperawatan dengan komitmen organisasi tinggi mempunyai peluang bekerja lebih baik 5,42 kali dibandingkan dengan tenaga keperawatan dengan komitmen organisasi rendah.

2. Hubungan dimensi komitmen afektif dengan kinerja tenaga keperawatan

Tabel 6.14
Distribusi Responden Menurut Hubungan Dimensi Komitmen Afektif
Dengan Kinerja Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap
RSU Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008

Dimensi Komitmen Afektif	Kinerja				Jumlah		p value	OR 95% CI (L-U)
	Baik		Buruk		n	%		
	n	%	n	%				
Tinggi	27	79,41	7	20,59	34	100	0,013	4,371 (1,48-12,91)
Rendah	15	46,88	17	53,13	32	100		

Sumber : data primer (diolah, 2008)

Hasil analisis bivariat antara dimensi komitmen afektif dan kinerja tenaga keperawatan diperoleh hasil bahwa dari 34 orang tenaga keperawatan pada kategori dimensi komitmen afektif tinggi, 27 orang (79,41%) tenaga keperawatan berkinerja baik, sedangkan diantara tenaga keperawatan pada kategori dimensi komitmen afektif rendah, 15 orang (46,88%) tenaga keperawatan berkinerja baik. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,013$, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dimensi komitmen afektif dengan kinerja tenaga keperawatan. Dari hasil analisis juga diperoleh nilai *odds ratio* = 4,37, artinya tenaga keperawatan pada kategori dimensi komitmen afektif tinggi berkinerja lebih baik 4,37 kali dibandingkan dengan tenaga keperawatan dengan dimensi komitmen afektif rendah

3. Hubungan dimensi komitmen kelanjutan dengan kinerja tenaga keperawatan

Tabel 6.15
Distribusi Responden Menurut Hubungan Dimensi Komitmen Kelanjutan
Dengan Kinerja Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap
RSU Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008

Dimensi Komitmen Kelanjutan	Kinerja				Jumlah		p value	OR 95% CI (L-U)
	Baik		Buruk		n	%		
	n	%	n	%				
Tinggi	28	77,8	8	22,2	36	100	0,018	4,00 (1,13-9,31)
Rendah	14	46,7	16	53,3	30	100		

Sumber : data primer (diolah, 2008)

Hasil analisis bivariat antara dimensi komitmen kelanjutan dan kinerja tenaga keperawatan diperoleh hasil bahwa dari 36 orang tenaga keperawatan pada kategori dimensi komitmen kelanjutan tinggi, 28 orang (77,8%) tenaga keperawatan berkinerja baik, sedangkan diantara tenaga keperawatan pada kategori dimensi komitmen kelanjutan rendah, 14 orang (46,7%) tenaga keperawatan berkinerja baik. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,018$, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dimensi komitmen kelanjutan dengan kinerja tenaga keperawatan. Dari hasil analisis juga diperoleh nilai *odds ratio* = 4, artinya tenaga keperawatan pada kategori dimensi komitmen kelanjutan tinggi berkinerja lebih baik 4 kali dibandingkan dengan tenaga keperawatan pada kategori dimensi komitmen kelanjutan rendah.

4. Hubungan dimensi komitmen normatif dengan kinerja tenaga keperawatan

Tabel 6.16
Distribusi Responden Menurut Hubungan Dimensi Komitmen Normatif
Dengan Kinerja Tenaga Keperawatan Di Ruang Rawat Inap
RSU Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008

Dimensi Komitmen Normatif	Kinerja				Jumlah		p value	OR 95% CI (L-U)
	Baik		Buruk		n	%		
	n	%	n	%				
Tinggi	33	73,33	12	26,67	45	100	0,034	3,667 (1,23-10,88)
Rendah	9	42,86	12	57,14	21	100		

Sumber : data primer (diolah, 2008)

Hasil analisis bivariat antara dimensi komitmen normatif dan kinerja tenaga keperawatan diperoleh hasil bahwa dari 45 orang tenaga keperawatan pada kategori dimensi komitmen normatif tinggi, 33 orang (73,33%) tenaga keperawatan berkinerja baik, sedangkan diantara tenaga keperawatan pada kategori dimensi komitmen normatif rendah, 9 orang (42,86%) tenaga keperawatan berkinerja baik. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,034$, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dimensi komitmen normatif dengan kinerja tenaga keperawatan. Dari hasil analisis juga diperoleh nilai *odds ratio* = 3,67, artinya tenaga keperawatan pada kategori dimensi komitmen normatif tinggi berkinerja lebih baik 3,67 kali dibandingkan dengan tenaga keperawatan pada kategori dimensi komitmen normatif rendah.

6.4 Analisis Multivariat

Setelah didapatkan hasil uji bivariat, selanjutnya dilakukan analisis multivariat untuk mengetahui variabel mana yang paling berhubungan dengan kinerja tenaga keperawatan. Analisis yang dilakukan dalam penelitian ini adalah menggunakan uji regresi logistik ganda, adapun proses statistiknya adalah sebagai berikut:

6.4.1 Seleksi Bivariat

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

Tabel 6.17
Hasil Seleksi Variabel Untuk Analisis Multivariat Hubungan Karakteristik dan
Komitmen Organisasi Dengan Kinerja Tenaga Keperawatan
Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh
Tahun 2008

No	Variabel	p value
1	Umur	0,005*
2	Jenis Kelamin	0,276
3	Masa Kerja	0,609
4	Pendidikan	0,013*
5	Status Pernikahan	0,687
6	Dimensi Komitmen Afektif	0,005*
7	Dimensi Komitmen Kelanjutan	0,008*
8	Dimensi Komitmen Normatif	0,017*

(*Nilai p-value yang memenuhi syarat masuk permodelan multivariat)

Sumber : data primer (diolah, 2008)

Berdasarkan tabel 6.14 di atas terdapat 5 (lima) variabel yang memenuhi syarat (nilai $p < 0,25$) masuk pada tahap permodelan multivariat, adapun variabel-variabel tersebut adalah umur, pendidikan dan dimensi komitmen afektif, dimensi komitmen kelanjutan, dimensi komitmen normatif.

6.4.2 Permodelan Multivariat

Permodelan multivariat dilakukan dengan memasukkan semua variabel yang memenuhi syarat ($p\text{-value} < 0,25$) secara bersamaan kedalam permodelan. Selanjutnya satu persatu variabel independen dikeluarkan dari model berdasarkan kriteria tertentu, variabel yang pertama kali dikeluarkan adalah variabel yang mempunyai korelasi terkecil dengan variabel dependen. Kriteria pengeluaran atau P-out (POUT) adalah 0,10, artinya variabel yang mempunyai nilai P-value lebih besar atau sama dengan 0,10 dikeluarkan dari model, adapun hasil analisis variabel independen dengan variabel dependen seperti terlihat pada tabel berikut:

Tabel 6.18
Hasil Analisis Multivariat Awal Hubungan Karakteristik Dan
Komitmen Organisasi Dengan Kinerja Tenaga Keperawatan
Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh
Tahun 2008

No	Variabel	p value	OR	95.0% C.I.for EXP(B)	
				Lower	Upper
1	Umur	0,021	4,403	1,246	15,553
2	Pendidikan	0,032	4,184	1,129	15,507
3	Dimensi Komitmen Afektif	0,187	2,635	0,625	11,121
4	Dimensi Komitmen Kelanjutan	0,434	1,698	0,450	6,404
5	Dimensi Komitmen Normatif	0,186	2,643	0,636	10,329

Sumber : data primer (diolah, 2008)

Dari hasil analisis permodelan pertama seperti terlihat pada tabel 6.18 dari 5 variabel yang masuk ke dalam permodelan hanya dua variabel yang mempunyai nilai $p\text{-value} < 0,10$ yaitu variabel umur dan pendidikan, sedangkan

variabel lain nilai p-value > 0,10. Variabel yang paling besar nilai p-value yaitu variabel dimensi komitmen kelanjutan maka permodelan selanjutnya variabel tersebut dikeluarkan dari model.

Hasil analisis permodelan kedua, setelah variabel dimensi komitmen kelanjutan dikeluarkan dari permodelan, variabel yang mempunyai p-value < 0,10 bertambah menjadi tiga variabel yaitu umur, pendidikan dan dimensi komitmen afektif. Sedangkan variabel dimensi komitmen normatif p-value masih > 10, maka variabel tersebut dikeluarkan dari permodelan.

Hasil permodelan ketiga setelah variabel dimensi komitmen normatif dikeluarkan dari permodelan, diperoleh variabel umur, pendidikan dan dimensi komitmen afektif mempunyai p-value < 0,10, maka tahap ini merupakan pemodelan tahap akhir, karena tidak ada lagi variabel yang mempunyai p-value $\geq 0,10$. Hasil akhir permodelan tersebut seperti pada tabel 6.19 berikut ini:

Tabel 6.19
Hasil Analisis Multivariat Akhir Hubungan Karakteristik Dan
Komitmen Organisasi Dengan Kinerja Tenaga Keperawatan
Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh
Tahun 2008

No	Variabel	P value	OR	95.0% C.I.for EXP(B)	
				Lower	Upper
1	Umur	0,010	5,046	1,472	17,295
2	Pendidikan	0,024	4,118	1,203	14,100
3	Dimensi Komitmen Afektif	0,015	4,440	1,345	15,326

Sumber : data primer (diolah, 2008)

BAB 7

PEMBAHASAN

7.1 Keterbatasan Penelitian

Sebelum penulis mengulas hasil penelitian, penulis ingin menyampaikan bahwa dalam penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan, yaitu:

1. Disain penelitian ini adalah *non experimental*, dengan pengumpulan data secara *cross sectional* dimana pengukuran variabel-variabelnya dilakukan satu kali pada waktu yang bersamaan, sehingga hanya dapat melihat hubungan keterlibatan dan tidak dapat memberikan penjelasan sebab akibat.
2. Sifat kuesioner penelitian ini adalah *self assessment* atau penilaian oleh diri sendiri sehingga bersifat subyektif dan dituntut kejujuran dalam pengisiannya, ukuran-ukuran ini berfokus pada persepsi (*perception*) dan sikap (*attitude*) responden, maka ada kemungkinan terjadinya perbedaan persepsi antara responden terhadap pernyataan yang diajukan. Selain itu alat ukur atau instrumen berupa kuesioner dalam penelitian ini mungkin tidak sempurna untuk mengukur apa yang akan diukur sebenarnya. Menurut Munandar (2001) penelitian dengan menggunakan kuesioner memperoleh data yang sangat bersifat subyektif dan cenderung bias. Guna meminimalisasi hal tersebut penulis dalam menyusun kuesioner ini mengacu pada kuesioner yang pernah digunakan oleh peneliti lain sebelumnya dengan variabel penelitian yang sama dan memodifikasi kembali sesuai dengan daerah lokasi

penelitian sehingga kuesioner dapat mewakili apa yang diukur dan memudahkan responden dalam menjawab (melakukan uji validitas dan reliabilitas), selain itu pada lembar kuesioner penulis menegaskan bahwa kuesioner yang diisi tidak akan berpengaruh terhadap kondisi kerja dan identitas responden akan dijaga oleh penulis sebaik mungkin, sedangkan untuk menghindari responden menjawab/mengisi pernyataan sesuka hati tanpa membaca kuesioner terlebih dahulu, penulis memberikan cenderamata agar responden merasa tidak membuang waktu untuk mengisi kuesioner sehingga dapat lebih serius dalam pengisian kuesioner

Menurut Singarimbun (2006) tujuan pokok dalam pembuatan kuesioner adalah untuk memperoleh informasi yang relevan dengan tujuan penelitian yang dilakukan dan untuk memperoleh informasi dengan reliabilitas dan validitas setinggi mungkin. Menurut Munandar (2001), penelitian dengan pengumpulan data menggunakan kuesioner memperoleh data yang bersifat subyektif dan cenderung bias, hal ini disebabkan kebenaran data sangat tergantung pada keadaan kejujuran dan spontanitas jawaban responden. Menurut Henneknes dan Buring seperti yang dikutip oleh Murti (1997) mengungkapkan bahwa ada dua kategori bias, yaitu: 1) Bias seleksi, yaitu kesalahan sistematis dalam penilaian subjek, dimana pemilihan subjek menurut status variabel dependen dipengaruhi oleh status variabel independennya, sehingga mengakibatkan distorsi penafsiran pengaruh variabel independen terhadap variabel dependennya. 2) Bias informasi, adalah kesalahan sistematis dalam mengamati, memilih instrumen, mengukur, membuat klarifikasi, mencatat informasi dan membuat interpretasi tentang

variabel independen maupun variabel dependennya, sehingga mengakibatkan distorsi penafsiran pengaruh independen terhadap dependen.

7.2 Kinerja Tenaga Keperawatan

Kinerja karyawan adalah hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seorang karyawan dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggungjawab yang diberikan kepadanya. Penilaian pegawai merupakan evaluasi yang sistematis dari pekerjaan pegawai dan potensi yang dapat dikembangkan (Mangkunegara, 2000).

Hasil penelitian terhadap pengukuran kinerja perawat di ruang rawat inap RSUD Meuraxa didapatkan mayoritas mayoritas responden berkinerja baik, yaitu 42 orang (63,6%) sedangkan responden yang berkinerja buruk hanya 24 orang (36,4%). Hal ini menunjukkan suatu hal yang menggembirakan mengingat rumah sakit ini baru diresmikan dilokasi yang baru dan sedang dalam proses di kembangkan.

Bila dilihat dari distribusi per item pernyataan responden pada variabel kinerja, item pernyataan yang sering dilakukan adalah: "berkas catatan keperawatan disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku" yaitu 65 orang (98,48%) yang merupakan bagian dari evaluasi tindakan keperawatan, artinya tenaga keperawatan setiap melakukan tindakan/implementasi selalu disertai dengan evaluasi dan melakukan pencatatan didukung dengan pernyataan "hasil evaluasi di catat pada format yang ada" yang dinyatakan oleh 62 orang (93,94%), berkas pencatatan tersebut disimpan dengan baik karena berkas ini merupakan rahasia

pasien/klien dan sebagai pegangan hukum/bukti otentik jika terjadi permasalahan-permasalahan yang menimpa pasien/klien.

Sedangkan pernyataan paling sedikit dilakukan pada kategorizing sering adalah “merumuskan diagnosa keperawatan secara aktual (masalah nyata saat ini sesuai data klinik yang ditemukan)” yaitu 41 orang (62,12%). Bila dilihat dari data yang diperoleh berdasarkan informasi dari kuesioner dan 2 orang informan yang sebelumnya penulis gunakan sebagai enumerator yang merupakan tenaga keperawatan di RSUD Meuraxa, bahwa pelatihan yang selama ini diadakan oleh lembaga-lembaga donor/*Non government organizations (NGO's)* sangat sering diikuti akan tetapi informasi/ilmu baru yang mereka peroleh tidak dapat diasalurkan kembali pada rekan-rekan keperawatan yang lainnya. Seharusnya bagi tenaga keperawatan yang mendapatkan pelatihan/mendapatkan informasi/ilmu baru hendaknya memberikan pelatihan kembali pada rekan-rekan tenaga perawatan lainnya sehingga mereka dapat terus memperoleh informasi/ilmu baru tentang pelayanan keperawatan sehingga dapat melakukan pengkajian, mendiagnosa, merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi secara aktual.

Penelitian Nurul (2008), penilaian kinerja perawat pelaksana di Unit Stroke dan Lantai III B Rumah Sakit Pertamina adalah 46,7% kinerja baik. Demikian pula hasil penilaian oleh Bijaya tahun 2006 tentang penilaian kinerja terhadap perawat di ruang rawat inap RS dr.H.Marzoeki Mahdi Bogor menunjukkan hanya 46,7% perawat berkinerja baik.

Mangkunegara (2000) menyatakan bahwa kinerja individu adalah hasil kinerja dari segi kualitas maupun kuantitas berdasarkan standar kerja yang telah ditentukan. Kinerja individu ini akan tercapai apabila didukung oleh atribut

individu, upaya kerja (*Work effort*) dan dukungan organisasi. Pasternak, dkk (1993) dalam Ilyas (2002) menyarankan agar organisasi kesehatan mengembangkan dan melaksanakan rancangan penilaian kinerja dengan seksama dan memonitor secara periodik lingkungan praktek dalam kelompok profesional kedokteran. Penilaian kinerja dapat didefinisikan sebagai proses formal yang dilakukan untuk mengevaluasi tingkat pelaksanaan pekerjaan atau unjuk kerja (*performance appraisal*) personil dan memberikan umpan balik untuk kesesuaian tingkat kinerja. Sering pula disebut dengan kegiatan kilas balik unjuk kerja (*performance review*) atau penilaian (*employee appraisal*), atau evaluasi personel (*employee evaluation*).

Menurut Sumijatun (2004), untuk mendukung agar kinerja tenaga keperawatan menunjukkan hasil yang baik maka fungsi Komite Keperawatan haruslah berjalan dengan baik pula, karena komite keperawatan mempunyai fungsi sebagai konsultan, negosiator, motivator dan *problem solver*. Selanjutnya keberadaan komite keperawatan di rumah sakit sangat diperlukan untuk memfasilitasi pencapaian tujuan pelayanan. Selain itu Depkes (2005) telah mengeluarkan pedoman Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) sebagai suatu upaya peningkatan kemampuan manajerial dan kinerja perawat dan bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan.

PMK sebagai suatu sistem meliputi tiga unsur penting, yaitu : Input, Proses dan Output. Input PMK meliputi: standar (SOP), uraian tugas, tanggung jawab dan akuntabilitas, jabatan fungsional, sistem penghargaan, pelatihan yang pernah diikuti. Proses PMK meliputi : monitoring berdasarkan indikator kinerja, pengelolaan, penyimpanan, pendokumentasian kegiatan, diskusi refleksi kasus,

pertemuan strategik. Output PMK meliputi: peningkatan kesadaran staf terhadap tugas dan tanggungjawab, peningkatan kinerja dan motivasi, peningkatan kepuasan kerja dan mendorong dikembangkannya sistem penghargaan yang berdampak terhadap peningkatan kualitas asuhan keperawatan dan kebidanan serta pelayanan kesehatan secara keseluruhan.

Depkes (1995) menyatakan bahwa penilaian kinerja perlu didukung oleh penilaian yang objektif terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Sesuai dengan teori inilah akhirnya penulis menilai kinerja tenaga keperawatan di ruang rawat inap RSUD Meuraxa, berdasarkan pertanyaan terhadap responden dalam melaksanakan asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian sampai dengan pendokumentasian. Sistem penilaian yang dipakai adalah *self assessment* terhadap pertanyaan dengan 4 alternatif jawaban yaitu tidak pernah dilakukan, pernah dilakukan, jarang dilakukan dan sering dilakukan. Data diolah dan disimpulkan bahwa 63,6% perawat memiliki kinerja yang baik. Artinya perawat telah melakukan asuhan keperawatan dengan sebaik-baiknya.

Secara teoritis ada 3 kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja yaitu variabel individu, organisasi dan psikologis. Oleh karena itu dalam penelitian ini akan dibahas hubungan karakteristik dan komitmen tenaga keperawatan dengan kinerjanya di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh.

7.2 Hubungan Karakteristik Tenaga Keperawatan Dengan Kinerjanya

7.2.1 Umur

Berdasarkan hasil penelitian, penulis mendapatkan bahwa responden ≥ 31 tahun yang berkinerja baik lebih banyak dibandingkan dengan responden yang berumur < 31 tahun. Uji statistik menghasilkan angka $p\text{-value} = 0.013$ (< 0.05), artinya ada hubungan yang signifikan antara umur dengan kinerja tenaga keperawatan di Ruang rawat inap RSUD Meuraxa.

Sejalan dengan teori Robin (2002) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara usia dengan kinerja dan produktivitas. Ada suatu keyakinan bahwa produktivitas menurun dengan makin tuanya usia seseorang. Siagian (1995) menyatakan hal yang sama, semakin lanjut usia seseorang semakin maningkat pula kedewasaan teknis dan tingkat kedewasaan psikologisnya yang menunjukkan kematangan jiwa, dalam arti semakin bijaksana, mampu berfikir secara rasional, mengendalikan emosi dan bertoleransi terhadap orang lain, yang dapat meningkatkan kinerja seseorang. Namun hasil penelitian yang dilakukan Nurul (2008) mendapatkan hasil yang berbeda yaitu tidak ada hubungan antara umur perawat dengan kinerja perawat, hasil ini tentunya tidak mendukung teori yang dikemukakan oleh Robin (2002) dan Gibson (1987) dalam Ilyas (2002).

7.2.2 Jenis kelamin

Bila dilihat dari variasi responden, pada variabel jenis kelamin tidak cukup kuat untuk dapat diteliti, hal ini dikarenakan jumlah tenaga keperawatan berjenis kelamin laki-laki (3 orang) terlalu sedikit dibandingkan jumlah tenaga keperawatan perempuan (63 orang). Namun dikarenakan penelitian ini

menggunakan pendekatan total sampling untuk mendapatkan gambaran secara utuh dari tenaga keperawatan di ruang rawat inap RSUD Meuraxa, maka jenis kelamin tetap di menjadi bagian variabel penelitian.

Hasil yang diperoleh mayoritas tenaga keperawatan berjenis kelamin perempuan di ruang rawat inap RSUD Meuraxa yang berkinerja baik adalah 41 orang (65,08%) sedangkan yang berkinerja buruk sebanyak 22 orang (34,92%). Sedangkan untuk tenaga keperawatan berjenis kelamin laki-laki di ruang rawat inap RSUD Meuraxa yang berkinerja baik adalah 1 orang sedangkan 2 orang lainnya berkinerja buruk. Secara klasik, perawatan tradisional lebih banyak diperankan oleh perempuan, dengan jiwa keibuan dan naluri merawat lebih tinggi. Perempuan lebih telaten dalam merawat pasien dan juga lebih ulet dan lebih sabar.

Hasil penelitian yang sama dilakukan oleh Oktaviza (2008), perawat wanita lebih banyak dibandingkan dengan perawat laki-laki. Dilihat dengan angka perentase untuk masing-masing ruangan adalah 56,2% di ruang rawat pria dan 83,3% di ruang rawat wanita. Demikian pula halnya dengan proporsi kinerja baik lebih banyak pada perawat pelaksana berjenis kelamin perempuan dibandingkan dengan perawat laki-laki di Unit Stroke RS Pusat Pertamina (Nurul, 2008).

Walaupun secara proporsi perawat wanita berkinerja lebih baik, namun setelah kedua variabel diuji secara statistik, maka dihasilkan bahwa nilai $p\text{-value} = 0.548 (>0.05)$. Kesimpulannya tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kinerja tenaga keperawatan di ruang rawat inap RSUD Meuraxa. Artinya jenis kelamin seseorang tidak mempengaruhi kinerjanya,

dengan dedikasi yang tinggi baik laki-laki dan perempuan akan memiliki peluang yang sama untuk meningkatkan kinerja masing-masing.

Akan tetapi berbeda dalam hal absensi, perempuan memiliki tingkat absensi yang lebih tinggi dibandingkan dengan pria. Jika ada anak yang sakit atau ada keperluan keluarga wanita lebih sering mengambil cuti kerja daripada laki-laki. Ilyas (2002) mengemukakan bahwa tidak ada perbedaan produktifitas kerja antara perawat wanita dan perawat pria. Walaupun demikian jenis kelamin perlu diperhatikan karena sebagian besar tenaga perawatan adalah wanita. Pada pria dengan beban keluarga tinggi akan meningkatkan jam kerja perminggu, sebaliknya wanita dengan beban keluarga tinggi dimana tanggungjawab rumah tangga dan keluarga akan mengurangi jam kerja.

7.2.3 Masa kerja

Masa kerja tenaga keperawatan di ruang rawat inap RSUD Meuraxa pada perawat yang memiliki kinerja baik hampir menyebar secara merata antara tenaga keperawatan yang mempunyai masa kerja lama (>2.12 tahun) dibandingkan dengan masa kerja baru (< 2.12 tahun), batasan 2 tahun 1 bulan tersebut, dilihat masa kerja responden selama bekerja di RSUD Meuraxa. Sementara RSUD Meuraxa baru kembali aktif secara normal sejak november 2007 Secara statistik dihasilkan, dengan $p\text{-value} = 0.0798 (>0.05)$ maka disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kinerja tenaga keperawatan di ruang rawat inap RSUD Meuraxa.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian penelitian Muharyati (2006) bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara masa kerja perawat

dengan kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RS Jiwa Prof HB.Saanin Padang.

Namun hasil penelitian ini tidak dapat mendukung teori yang dikemukakan oleh Gibson (1987) dalam Ilyas (2002) yang merupakan landasan teori dalam melakukan penelitian, teori ini menyatakan bahwa pengalaman kerja individu dapat mempengaruhi kinerja individu itu sendiri dan Aditama (2000) menyatakan hal yang sama bahwa masa kerja atau lamanya bertugas mempunyai hubungan yang positif dengan kepuasan kerja, dengan pertimbangan: (1) karyawan yang sudah lama bekerja dan usia lanjut makin sulit memulai karir baru, (2) sikap dewasa dan matang mengenai tujuan hidup, harapan, keinginan dan cita-cita, (3) gaya hidup yang sudah mapan, (4) sumber penghasilan yang lebih terjamin serta (5) ikatan batin dan tali persahabatan antara yang bersangkutan dengan rekan sekerjanya.

Hasil yang bertentangan dengan teori ini kemungkinan terjadi disebabkan masa kerja/lama kerja yang diamati/diteliti adalah masa kerja di RSUD Meuraxa, sehingga sebagian responden yang sebenarnya sudah lama bekerja sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan bekerja di tempat pelayanan kesehatan lain seperti di Puskesmas pembantu (Pustu) dan Puskesmas. Seperti responden no. 11, 12, 17 dan 20 misalnya, mereka sudah bekerja sebagai PNS dan bekerja sebagai tenaga perawat sudah 4 tahun bahkan ada yang 12 tahun, sedangkan status masa kerja mereka di RSUD Meuraxa baru 1 tahun bahkan ada yang baru 6 bulan. Hal tersebut diketahui setelah peneliti melakukan pengolahan data dan pada saat peneliti mencoba mencari informasi ulang tentang PNS yang dimutasi.

7.2.4 Pendidikan

Berdasarkan tabel 6.8 (bab 6) dapat dilihat persentase perawat dengan pendidikan tinggi (\geq DIII/AKPER) memiliki kinerja lebih baik dibandingkan dengan perawat yang berpendidikan rendah ($<$ DIII/AKPER). Demikian pula hasil uji statistik hubungan variabel pendidikan terhadap kinerja adalah ada hubungan yang signifikan. Artinya semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin baik pula kinerjanya.

Penelitian di lokasi yang sama di RSUD Meuraxa, Oktaviza (2008) didapatkan bahwa perawat dengan pendidikan terakhir akademi keperawatan lebih banyak dibandingkan dengan SPK dan S1 Keperawatan. dengan proporsi masing-masing 56,3% di ruang rawat pria dan 83,3% di ruang rawat wanita. Sejalan dengan hasil penelitian Muharyati (2006), bahwa ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kinerja perawat. Dimana perawat yang berpendidikan tinggi cenderung mempunyai kinerja baik dalam pendokumentasian asuhan keperawatan setelah dikontrol oleh variabel umur, supervisi, beban kerja dan iklim kerja.

Didukung dengan pendapat Anggraini (1999) yang menyatakan bahwa semakin tinggi pendidikan maka semakin mudah menerima serta mudah mengembangkan pengetahuan dan teknologi, karena dengan pendidikan seseorang dapat meningkatkan kematangan intelektualitasnya, sehingga dapat menentukan untuk bertindak atau tidak. Sehingga teori Anggraini ini telah terbukti bahwa ada hubungan antara pendidikan dengan kinerja karyawan.

Berbeda dengan hasil penelitian Nurul (2008), bahwa tidak ada hubungan antara pendidikan dengan kinerja perawat di RSPP Jakarta.

7.2.5 Status pernikahan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat yang telah menikah memiliki kinerja baik (65,22%) hampir menyebar secara merata dengan tenaga keperawatan yang bersatus belum menikah. Uji satatisik menunjukkan bahwa p-value yang diperoleh adalah 0,899 (0,05), kesimpulannya tidak ada hubungan yang bermakna antara status pernikahan dengan kinerja perawat.

Sejalan dengan penelitiai Muharyati (2006) dan Nurul (2008) bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara status pernikahan dengan kinerja perawat. Namun penelitain yang dilakukan oleh Syah (2004) bahwa ada hubungan yang signifikan antara status pernikahan dengan kinerja perawat.

Sedangkan Siagian (1995) menyatakan bahwa status perkawinan seseorang berpengaruh terhadap perilaku seseorang dalam kehidupan organisasinya, baik secara positif maupun negatif yang berarti bahwa status perkawinan seseorang turut pula memberikan petunjuk tentang cara dan teknik motivasi yang cocok digunakan baginya dibandingkan dengan orang yang tidak berkeluarga.

Dalam penelitian ini ternyata tidak ada hubungan yang bermakna antara status perkawinan dan kinerja perawat. Berdasarkan tabel 6.9 (bab 6) terlihat bahwa proporsi perawat dengan status menikah dibandingkan dengan yang belum menikah memiliki proporsi yang hampir menyebar secara merata pada kinerja baik. Sehingga tidak ada perbedaan untuk kinerja baik antara perawat yang sudah

menikah dengan yang belum menikah. Asumsi penulis, hal ini dapat disebabkan karena hubungan variabel status pernikahan dengan kinerja perawat dikontrol oleh variabel jenis kelamin, mengingat responden perempuan (63 orang) lebih banyak daripada responden laki-laki (3 orang). Sesuai dengan teori Robin (1996) yang menyatakan ada hubungan antara jenis kelamin dengan kinerja seseorang. Karyawan laki-laki dominan lebih sedikit tingkat absensinya dibandingkan dengan karyawan perempuan. Hal ini dapat disebabkan karena perempuan memiliki beban rumah tangga yang lebih besar dibanding dengan laki-laki.

7.3 Hubungan Komitmen Tenaga Keperawatan Dengan Kinerjanya

7.3.1 Hubungan komitmen organisasi dengan kinerja tenaga keperawatan

Hasil penelitian didapat bahwa tenaga keperawatan yang berkomitmen tinggi lebih banyak dibandingkan dengan perawat yang berkomitmen rendah. Selanjutnya dari hasil uji statistik didapat bahwa ada hubungan yang signifikan antara komitmen organisasi dengan kinerja tenaga keperawatan. Artinya tenaga keperawatan dengan komitmen tinggi akan berkinerja lebih baik 5,42 kali dibandingkan dengan tenaga keperawatan yang berkomitmen rendah.

Penelitian ini membuktikan teori Mowday dalam Kuntjoro (2007) yang menyatakan bahwa komitmen organisasi merupakan dimensi perilaku penting yang dapat digunakan untuk menilai kecenderungan karyawan untuk bertahan sebagai anggota organisasi. Komitmen organisasi merupakan identifikasi dan keterlibatan seseorang yang kuat terhadap organisasi. Seiring dengan penelitian yang dilakukan oleh Dianingrum (2003) bahwa Variabel Kepemimpinan,

Kepuasan Kerja, dan Komitmen Organisasi mempunyai pengaruh positif terhadap Kinerja Karyawan Kantor Terminal Peti Kemas Bandung.

7.3.2 Hubungan dimensi komitmen afektif dengan kinerja tenaga keperawatan

Analisis bivariat menghasilkan bahwa mayoritas perawat dengan komitmen afektif tinggi memiliki kinerja lebih baik dibandingkan dengan komitmen afektif rendah. Artinya semakin tinggi komitmen afektif seseorang terhadap organisasi maka akan semakin baik kinerjanya. Sesuai dengan hasil uji secara statistik menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan ($p\text{-value} = 0.013$) dengan dimensi komitmen afektif dan kinerja tenaga keperawatan.

Bila dilihat dari item pernyataan yang di isi oleh responden (tabel 6.5) distribusi pernyataan berdasarkan dimensi komitmen afektif yang paling banyak menyatakan setuju adalah "merasa seperti menjadi bagian keluarga dari RSU Meuraxa" yaitu 61 orang (92,42%), hal ini menunjukkan bahwa pengharapan yang terpenuhi di RSU Muraxa membuat responden tetap berada/terlibat dan bekerja di RSU Meuraxa layaknya dalam sebuah keluarga yang dapat saling memberi, menerima dan menjaga. Dessler (1999) dalam Sopiah (2008) mengungkapkan salah satu proses terbentuknya komitmen organisasi adalah *create a sense of community*: jadikan semua unsur dalam organisasi sebagai satu *community* di mana ada nilai-nilai kebersamaan, rasa memiliki, kerjasama, berbagi, dll.

Sedangkan paling sedikit menyatakan setuju adalah pernyataan "bangga menceritakan kepada teman-teman bahwa RSU Meuraxa merupakan tempat bekerja yang baik" yaitu 44 orang (66,67%). Bila dilihat persentase jawaban responden lebih banyak yang bangga menceritakan tentang RSU Meuraxa,

namun ada beberapa responden lain yang tidak merasa bangga menceritakannya, tentunya banyak yang menyebabkan hal tersebut. Asumsi penulis salah satunya adalah Tunjangan Khusus (TK) bagi PNS di RSUD Meuraxa (lingkungan kerja Kota Banda Aceh) hanya berkisar Rp.300.000 per bulan lebih kecil dibandingkan dengan TK PNS yang bekerja di rumah sakit lain di seluruh Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam (NAD). Yang lebih mencolok perbedaan TK dengan Badan Pelayanan Kesehatan-Rumah Sakit Umum dr. Zainoel Abidin (BPK-RSUZA) merupakan rumah sakit pemerintah yang wilayah kerjanya berdekatan (berkisar 5 km), TK yang mereka peroleh mencapai Rp.800.000 dan angka tersebut sedang direncanakan untuk ditambah. Kesulitan transportasi menjadi salah satu kendala lainnya, mengingat RSUD Meuraxa terletak pada lokasi yang tidak dilalui oleh kendaraan angkutan umum. Hal tersebut tentunya tidak hanya dirasakan oleh tenaga keperawatan saja akan tetapi juga oleh masyarakat yang harus berpikir dua kali untuk memperoleh pelayanan di RSUD Meuraxa.

Maslow (1970) dalam Asmadi (2008) menyatakan bahwa kebutuhan seseorang didorong oleh dua kekuatan yaitu *deficiency motivations* (motivasi kekurangan) yang bertujuan untuk mengatasi masalah ketegangan manusia karena berbagai kekurangan yang ada dan *growth motivations* (motivasi pertumbuhan/ perkembangan) didasarkan kapasitas setiap manusia untuk tumbuh dan berkembang. Kapasitas tersebut merupakan pembawaan setiap manusia, kapasitas inilah yang mendorong manusia mencapai tingkat hirarki kebutuhan paling tinggi yaitu aktualisasi diri.

Spector (1997) dalam Sopian (2008) dimensi komitmen afektif dibentuk oleh dua faktor yaitu: pertama, *job conditions* (kondisi kerja); keadaan tempat dia

bekerja yang dialami pada saat karyawan tersebut melaksanakan tugas di organisasinya; dan kedua, *meet expectations* (pengharapan yang dijumpai); keinginan-keinginan yang didapat oleh karyawan pada saat dia bekerja pada organisasi. Oleh sebab itu, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hubungan emosional tenaga keperawatan terhadap organisasinya sangat baik sehingga akan meningkatkan keterlibatan atau partisipasi dari tenaga keperawatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Meuraxa.

Mathieu dan D. Zajac (1990) dalam Suryanto D (2008) menjelaskan bahwa walau telah ada fakta-fakta bahwa komitmen afektif secara positif berhubungan dengan kinerja karyawan, tapi hubungan itu tidak konsisten dari berbagai sampel dan pengukuran kinerja. Lebih jauh, komitmen afektif didefinisikan dalam pengertian dukungan terhadap organisasi, oleh karenanya hal itu akan tercerminkan pada kinerja bawahan

Allen dan Meyer (1997) menyatakan bahwa komitmen afektif berkaitan dengan hubungan emosional anggota terhadap organisasinya, teridentifikasi dengan organisasi dan keterlibatan anggota dengan kegiatan di organisasi. Anggota organisasi dengan komitmen afektif yang tinggi akan terus menjadi anggota dalam organisasi karena memang memiliki keinginan untuk itu.

Berbeda dengan hasil penelitian Pranita (2008) bahwa pegawai administrasi di unit rawat jalan dan laboratorium RSUD Budi Asih masih sangat rendah, artinya keterikatan perasaan dan emosional pegawai terhadap RSUD Budi Asih adalah rendah. Namun penelitian ini tidak melihat keterkaitannya dengan kinerja karyawan tersebut.

7.3.3 Hubungan dimensi komitmen kelanjutan dengan kinerja tenaga keperawatan

Berdasarkan hasil penelitian terhadap responden, secara persentase dapat disimpulkan bahwa dimensi kelanjutan tinggi pada tenaga keperawatan akan menghasilkan kinerja yang lebih baik daripada tenaga perawat yang termasuk memiliki dimensi kelanjutan yang rendah. Didukung dengan hasil uji statistik yang menunjukkan ($p\text{-value}=0.018$) bahwa ada hubungan yang signifikan antara dimensi komitmen kelanjutan dengan kinerja tenaga keperawatan.

Dari hasil penelitian dijumpai sebaran pernyataan responden yang paling banyak menyatakan setuju adalah: "berkerja di RSUD Meuraxa, mendapatkan metode-metode yang baik dalam pelayanan keperawatan" yaitu 50 orang (75,76%). Dimensi komitmen kelanjutan berkaitan dengan kesadaran tenaga keperawatan dalam mempertimbangkan bahwa responden akan mengalami kerugian bila mereka pindah atau keluar dari RSUD Meuraxa. Sehingga bagi tenaga keperawatan yang memiliki dimensi komitmen kelanjutan tinggi tidak akan keluar dari RSUD Meuraxa melainkan akan tetap menjadi karyawan RSUD Meuraxa karena mereka memiliki kebutuhan untuk tetap bertahan bekerja di RSUD Meuraxa.

Sedangkan paling sedikit menyatakan setuju adalah: "takut tentang apa yang mungkin terjadi jika saya berhenti dari RSUD Meuraxa tanpa memiliki alternatif tempat lain yang akan menerima saya" yaitu 13 orang (19,70%).

Pernyataan ini bukan berarti tenaga keperawatan tidak takut berhenti dari PNS akan tetapi mereka tidak takut berhenti bekerja di RSUD Meuraxa.

Hal tersebut terjadi karena masih banyaknya alternatif tempat bekerja lainnya yang masih membutuhkan tenaga keperawatan, seperti Puskesmas Kuta Alam yang masih memperkerjakan tenaga kontrak sebanyak 5 orang, dengan kata lain Puskesmas ini masih membutuhkan tenaga keperawatan yang berstatus PNS. Hal serupa terjadi di Puskesmas Ulee Kareng, Puskesmas Meuraxa, Puskesmas Baitusalam yang merupakan pecahan Puskesmas Batoh. Belum lagi rumah sakit tingkat kabupaten yang bersatatus baru dibangun, RSUD Calang contohnya, rumah sakit yang baru akan diresmikan awal tahun 2009 yang membutuhkan tenaga keperawatan yang cukup banyak dan menyediakan TK sekitar Rp.600.000.

Spector (1997) dalam Sopiah (2008) dimensi komitmen kelanjutan dibentuk oleh dua faktor yaitu: pertama, *benefits accrued* (menambah manfaat): keuntungan yang didapat bila terus berada dalam organisasi; dan kedua, *job availabel* (tersedianya pekerjaan): tersedianya pekerjaan atau alternatif tempat kerja lainnya jika meninggalkan organisasi.

Allen dan Meyer (1991) dalam Sopiah (2008) berpendapat karyawan dengan *continuance commitment* (komitmen kelanjutan) yang tinggi akan tetap bergabung dengan organisasi karena mereka membutuhkan organisasi. Teori lain menyatakan bahwa seorang konsumen yang mempunyai *continuance commitment* (komitmen kelanjutan) tidak akan berpindah pada penyedia jasa yang lain, karena biaya berpindah merek mahal dan alternatif penyedia jasa hanya sedikit. Konsep ini juga bisa digunakan dalam menjelaskan komitmen

pada merek. Hal ini dikarenakan seorang konsumen mengadopsi sebuah merek karena mereka mengidentifikasi diri mereka terhadap merek tersebut (Fullerton, (2005) dalam Setiawan, (2007))

7.3.4 Hubungan dimensi komitmen normatif dengan kinerja tenaga keperawatan

Mayoritas tenaga keperawatan di ruang rawat inap RSUD Meuraxa memiliki dimensi komitmen normatif tinggi berkinerja baik dibandingkan dengan yang berkomitmen normatif rendah. Sesuai dengan hasil uji statistik yang diperoleh ($p\text{-value} = 0.034$) bahwa ada hubungan yang signifikan antara dimensi komitmen normatif dengan kinerja tenaga keperawatan. Artinya, perasaan keterikatan untuk terus bekerja di RSUD Meuraxa, dimana pada tenaga keperawatan yang memiliki dimensi komitmen normatif yang tinggi akan terus bertahan bekerja di RSUD Meuraxa karena merasa ada suatu kewajiban untuk selalu bekerja di RSUD Meuraxa.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebaran pernyataan responden yang paling banyak menyatakan setuju adalah: "berusaha mematuhi peraturan-peraturan yang ada di RSUD Meuraxa" yaitu 64 orang (96,97%), hal ini menunjukkan bahwa responden merasa berkewajiban atas apa yang harus dilakukan dalam sebuah lingkungan organisasi termasuk mengikuti peraturan yang telah ditetapkan RSUD Meuraxa.

Sedangkan paling sedikit menyatakan setuju adalah: "Berpindah dari satu RS ke RS lain merupakan suatu hal yang tidak etis" yaitu 24 orang (36,36%). Hal ini terjadi karena masih banyaknya alternatif tempat bekerja lain

yang pada prinsipnya masih akan tetap berstatus PNS. Bila dilihat dari konsisi Naggroe Aceh Darussalam (NAD) saat ini tenaga perawat di daerah-daerah atau kabupaten tidak berimbang, tenaga keperawatan di daerah perkotaan/provinsi lebih banyak dibandingkan dengan tingkat daerah. Pernyataan yang diberikan oleh tenaga keperawatan yang lebih banyak setuju bahwa satu hal yang etis berpindah dari satu rumah sakit ke rumah sakit lainnya. Hal tersebut juga menjadi salah satu kewajiban bagi tenaga keperawatan yang berstatus PNS untuk mematuhi segala peraturan yang ditetapkan pemerintah, yang harus bersedia ditempatkan dimana pun. Dengan demikian justru pernyataan tersebut menunjukkan suatu kondisi yang baik bagi pemerintah, yang ingin pemeratakan tenaga keperawatan di semua wilayah.

Spector (1997) dalam Sopian (2008) dimensi komitmen normatif dibentuk oleh dua faktor yaitu: pertama, *personal values* (nilai personal): nilai-nilai individu yang diberikan oleh karyawan terhadap organisasi; dan kedua, *felt obligations* (merasakan kewajiban): merasa berkewajiban atas apa yang harus dilakukan oleh karyawan dalam lingkungan organisasi.

Individu dengan *normative commitment* yang tinggi akan tetap bertahan dalam organisasi karena merasa adanya suatu kewajiban atau tugas. Meyer & Allen (1991) menyatakan bahwa perasaan semacam itu akan memotivasi individu untuk bertingkah laku secara baik dan melakukan tindakan yang tepat bagi organisasi. Namun adanya *normative commitment* diharapkan memiliki hubungan yang positif dengan tingkah laku dalam pekerjaan, seperti *job performance*, *work attendance*, dan *organizational citizenship*. *Normative commitment* akan berdampak kuat pada suasana pekerjaan (Allen & Meyer,

1997). Hubungan antara *normative commitment* dengan ketidakhadiran seseorang jarang sekali mendapat perhatian. *Normative commitment* dianggap memiliki hubungan dengan tingkat ketidakhadiran dalam suatu penelitian (Meyer et al., dalam Allen & Meyer, 1997). Namun suatu penelitian lain menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara kedua variabel tersebut (Hackett et al.; Somers dalam Allen & Meyer, 1997). Sedikit sekali penelitian yang mengukur *normative commitment* dan *role-job performance*. Berdasarkan hasil penelitian *normative commitment* berhubungan positif dengan pengukuran hasil kerja (Randall et al., dalam Allen & Meyer, 1997)

Teori di atas sesuai dengan hasil penelitian ini, dimana tenaga keperawatan di ruang rawat inap RSUD Meuraxa yang memiliki komitmen tinggi akan menghasilkan kinerja yang tinggi pula, untuk itu sebaiknya keadaan seperti ini dapat terus dipertahankan serta ditingkatkan sebaik mungkin, sehingga akan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, khususnya bidang keperawatan di RSUD Meuraxa sehingga dampaknya dapat dirasakan oleh masyarakat.

7.4 Variabel Yang Paling Berhubungan Terhadap Kinerja Tenaga Keperawatan

Ada 8 variabel yang akan diuji secara statistik (umur, jenis kelamin, masa kerja, pendidikan, status pernikahan, dimensi komitmen afektif, dimensi komitmen kelanjutan dan dimensi komitmen normatif) dengan menggunakan analisis uji regresi logistik ganda. Setelah melalui proses seleksi, ternyata hanya 5 variabel yang dapat dimasukkan ke permodelan multivariat ($p\text{-value} < 0,05$) yaitu;

umur, pendidikan, dimensi komitmen afektif, dimensi komitmen kelanjutan dan dimensi komitmen normatif.

Kesimpulan akhir menunjukkan bahwa hanya ada 3 variabel yang berhubungan dengan kinerja perawat ($p\text{-value} < 0,10$) yaitu; umur, pendidikan dan dimensi komitmen afektif setelah dikontrol oleh variabel jenis kelamin, status pernikahan, dimensi komitmen normatif dan komitmen kelanjutan. Artinya umur dan pendidikan mewakili variabel karakteristik tenaga perawat yang berhubungan dengan kinerja perawat. Sejalan dengan hasil bivariat sebelumnya yang menyatakan bahwa umur dan pendidikan berhubungan dengan kinerja.

Salah satu dimensi komitmen yang sangat berhubungan dengan kinerja tenaga keperawatan di RSUD Meuraxa adalah dimensi komitmen afektif, hal ini menunjukkan bahwa tenaga keperawatan telah memiliki keterikatan emosional yang tinggi sehingga dapat menghasilkan kinerja yang baik. Hal ini tidak terlepas dari keinginan-keinginan tenaga keperawatan yang didapat pada RSUD Meuraxa seperti tempat kerja yang nyaman membuat tenaga keperawatan merasakan RSUD Meuraxa merupakan bagian dari keluarga, sehingga tenaga keperawatan tersebut merasa bahagia dapat menerapkan ilmu keperawatan yang dia peroleh di RSUD Meuraxa.

Kondisi yang demikian tentunya juga berkaitan dengan kepuasan dari karyawan, kesempatan yang diberikan organisasi untuk memperoleh imbalan berupa uang ataupun promosi atas dasar kemampuan, minat, motivasi, kinerja tanpa ada diskriminasi. Dengan demikian karyawan akan merasakan diberlakukan sama mempunyai kesempatan untuk melakukan sesuatu yang lebih baik. (Desser (1999) dalam Sopiha (2008))

Beberapa hasil penelitian lainnya menunjukkan hubungan yang negatif antara komitmen terhadap organisasi dengan intensi untuk meninggalkan organisasi dan *actual turnover* (Allen & Meyer; Mathieu & Zajac; Tett & Meyer dalam Allen & Meyer, 1997). Meskipun hubungan terbesar terdapat pada *affective commitment*, terdapat pula hubungan yang signifikan antara komitmen dan *turn over* variabel diantara ketiga dimensi komitmen (Allen & Meyer, 1997).

Komitmen organisasi ditandai dengan kesediaan karyawan untuk terlibat dalam organisasi, bekerja dan berupaya untuk kemajuan organisasi, memberikan tenaga, pikiran, ide, waktu agar organisasi berkembang dan mencapai kemajuan, memberikan informasi-informasi positif tentang organisasi kepada orang lain di luar organisasi, menonjolkan kelebihan-kelebihan organisasi dan merasa bangga menjadi anggota organisasi, serta memiliki pemikiran untuk tetap berada dalam organisasi, merasa akan menemukan masalah dan hambatan jika keluar dari organisasi. Sedangkan mereka yang tidak memiliki komitmen organisasi akan memiliki persepsi sebaliknya dari unsur-unsur di atas.

Salah satu hal yang harus diperhatikan dalam rangka meningkatkan komitmen adalah pembayaran. Menurut beberapa pendapat ahli menyatakan bahwa pembayaran menentukan komitmen seseorang dalam bekerja dan bertahan pada organisasi. Hubungan negatif seperti dinyatakan Potter dan Steers (1991) dalam Sopiah (2008) memperlihatkan bahwa pergantian karyawan sebagai indikasi komitmen organisasi akan rendah jika karyawan tidak dipenuhi haknya dalam pembayaran. Sebaliknya komitmen akan tinggi dan keinginan untuk keluar (*turnover intention*) menjadi rendah pada saat perusahaan telah memberikan kecukupan pembayaran finansial.

Banyak kerugian yang dialami perusahaan jika komitmen anggota menjadi rendah, yang berakhir dengan tingginya *turnover* karyawan. Bleudom (1978) dalam Armansyah (2002) mengantisipasi bahwa perputaran karyawan (*turnover*) merupakan sebuah masalah yang cukup pelik dan perlu dicermati oleh pimpinan keluar masuk karyawan membutuhkan *cost* yang tinggi untuk merekrut kembali karyawan, mengadakan pelatihan dan menyediakan tenaga pelatih, mengembangkan karyawan dalam waktu yang lama, kredibilitas perusahaan menjadi rendah di mata masyarakat yang akan mengurangi kepercayaan masyarakat terhadap organisasi dan hal-hal lain berupa kerugian material dan non material.



BAB 8

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1 Kesimpulan

1. Secara garis besar tenaga keperawatan di ruang rawat inap pria RSUD Meuraxa tahun 2008 berkinerja baik, terutama pada proses mengevaluasi asuhan keperawatan. Sedangkan pada pendiagnosaan, tenaga keperawatan masih belum begitu sering dapat mendiagnosa permasalahan secara aktual.
2. Karakteristik tenaga keperawatan yang berhubungan dengan kinerja adalah umur dan pendidikan; sedangkan jenis kelamin dan status pernikahan tidak berhubungan dengan kinerja tenaga keperawatan di ruang rawat Inap RSUD Meuraxa.
3. Komitmen tenaga keperawatan berhubungan dengan kinerja tenaga keperawatan di ruang rawat inap di RSUD Meuraxa. Dimensi komitmen afektif (keinginan perawat secara emosional untuk tetap bekerja di RSUD Meuraxa) merupakan dimensi komitmen yang paling dominan berhubungan dibandingkan dengan dimensi komitmen kelanjutan dan dimensi komitmen normatif.
4. Dimensi komitmen afektif tenaga keperawatan berhubungan dengan kinerja tenaga keperawatan di ruang rawat Inap RSUD Meuraxa. Terutama pada pengharapan-pengharan yang di jumpai selama bekerja di rumah sakit. Sedangkan pada kondisi kerja RSUD Meuraxa, tenaga keperawatan masih

banyak yang tidak merasa bangga menceritakan keadaan RSUD Meuraxa pada orang lain.

5. Dimensi komitmen kelanjutan tenaga keperawatan berhubungan dengan kinerja tenaga keperawatan di ruang rawat Inap RSUD Meuraxa. Terutama pada manfaat yang diperoleh jika terus berada di RSUD Meuraxa. Sedangkan pada ketersediannya pekerjaan di tempat lain, tenaga keperawatan tidak begitu takut berhenti bekerja di RSUD Meuraxa bukan berarti berhenti dari PNS akan tetapi hanya pindah ke tempat lain yang masih ketersediannya pekerjaan ditempat lain.
6. Dimensi komitmen normatif tenaga keperawatan berhubungan dengan kinerja tenaga keperawatan di ruang rawat Inap RSUD Meuraxa. Terutama pada perasaan perawat yang merasa berkewajiban mematuhi peraturan-peraturan di RSUD Meuraxa. Sedangkan pada nilai personal tenaga keperawatan tentang ketidak etisan berpindah-pindah rumah sakit masih sedikit yang setuju dikarenakan dalam PNS proses perpindahan pegawai (MUTASI) merupakan suatu hal yang biasa, ditambahkan lagi hal tersebut merupakan bagian pemerataan PNS di setiap rumah sakit ataupun puskesmas.
7. Variabel yang paling dominan berhubungan dengan kinerja tenaga keperawatan adalah umur dan pendidikan (karakteristik tenaga keperawatan) dan dimensi komitmen afektif (salah satu dimensi komitmen tenaga keperawatan). Dengan demikian tenaga keperawatan yang berumur ≥ 31 tahun dan perawat yang berpendidikan \geq DIII (AKPER) serta dimensi komitmen afektif akan mempunyai peluang berkinerja lebih baik.

8.2 Saran

1. Mengingat akan pentingnya informasi/ilmu baru bagi tenaga keperawatan, hendaknya pihak manajemen rumah sakit untuk mengikutsertakan tenaga keperawatan dalam setiap pelatihan yang diselenggarakan diluar rumah sakit ataupun di lingkungan rumah sakit.
2. Untuk tenaga keperawatan yang mengikuti pelatihan diluar rumah sakit hendaknya difasilitasi untuk dapat malakukan pelatihan bagi rekan-rekan yang lain. Sehingga informasi/ilmu yang telah diperoleh sebelumnya dapat dirasakan secara merata terutama pada tenaga keperawatan yang masih berumur muda (< 31 Tahun) yang masih minim pengalaman sehingga pelaksanaan asuhan keperawatan yang mereka laksanakan selalu aktual/*Up-to-date*.
3. Disisi lain kinerja tenaga keperawatan yang sudah cukup baik hendaknya tetap dipertahankan dan ditingkatkan. Ada banyak hal yang dapat dilakukan, seperti memberikan *reward* (imbalan). Imbalan yang diberikan dapat berupa bonus uang/penambahan intensif ataupun memberikan kesempatan dan beasiswa untuk melanjutkan pendidikan. Dengan demikian rasa kekeluargaan terhadap organisasi akan semakin kuat dengan menjadikan semua unsur dalam organisasi sebagai satu *community* di mana ada nilai-nilai kebersamaan, rasa memiliki, kerjasama, berbagi, dll. Selanjutnya rasa bangga mereka untuk menceritakan pada masyarakat tentang kondisi/suasana kerja RSU Meuraxa akan timbul dengan dendirinya dan secara tidak langsung menjadi salah satu alat promosi bagi RSU Meuraxa yang efektif dalam meningkatkan kunjungan pasien/klien.

4. Bagi peneliti lainnya diharapkan dapat menjadi gambaran awal untuk meneliti lebih lanjut hubungan karakteristik dan komitmen tenaga keperawatan dengan kinerjanya, dengan menggunakan metode lain yang lebih baik dari sisi metode pengumpulan data ataupun metode pengolahan data/statistik. Ada beberapa metode pengumpulan data yang cukup baik untuk digunakan, salah satunya dengan menggunakan metode observasi/pengamatan langsung, namun metode ini membutuhkan biaya dan tenaga yang cukup besar serta waktu yang cukup lama pula. Dari sisi pengolahan data/statistik dapat menggunakan analisis jalur, dikarenakan ada beberapa teori yang berpendapat bahwa selain berpengaruh pada kinerja, karakteristik juga mempengaruhi komitmen organisasi. Selanjutnya diharapkan pula dapat melihat faktor-faktor lainya yang dapat mempengaruhi kinerja tenaga keperawatan seperti faktor iklim kerja, disain pekerjaan, kepemimpinan, imbalan (insentif), persepsi, dan banyak faktor lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, C.Y. 2003, *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Edisi dua, cetakan ketiga UI-Press. Jakarta
- Anggraini, K. 1999, *Prilaku Perawat Profesional*, Salemba Medika, Jakarta.
- Amstrong, at al, 2003, *Starategi dan Praktik Remunerasi*, Edisi bahasa Indonesia, PT Gramedia, Jakarta
- Amstrong, Michael.1999, *The Art of HRD: Human Resource Management*, Vol 2 London : Crest Publishing House.
- Armansyah. 2002, *Komitmen Organisasi Dan Imbalan Finansial*. *Jurnal Ilmiah "Manajemen & Bisnis" Program Studi Manajemen, Fakultas Ekonomi, Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara*. Vol. 02 No. 02 Oktober 2002. dari : www.manbisnis2.tripod.com/2_2_2.pdf. (15 Oktober 2008)
- Carpenito, L.J. 2000, *Nursing Diagnosis : Application to Clinical Practice*. Edisi Ketiga, J. B. Lippincott Company, Philadelphia
- Darwis, M. 2008, *Organisasi Dan Pembelajaran Hidup*, dari <http://ibnubakri.multiply.com/journal/item/6>. (20 Juli 2008)
- Depkes R.I. 1995, *Instrument Evaluasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit*. Cetakan Pertama. Dirjen Depkes. Jakarta
- _____. 2005, *Pedoman Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) Perawat dan Bidan*. Keputusan Menteri Kesehatan No:836/Menkes/SK/VI/2005.
- Diana. 2008, *Proses Keperawatan*, dari <http://ilmukeperawatan.wordpress.com/2008/05/10/proses-keperawatan/> (9 Agustus 2008).
- Dianingrum, M. 2003, *Pengaruh Pengembangan Karir, Pengawasan, Kepemimpinan, Kepuasan Kerja Dan Komitmen Organisasi Terhadap Kinerja Karyawan Di Kantor Terminal Peti Kemas Bandung Gedebage*. dari: <http://pasca-unsoed.or.id/adm/data/Melia%20Dianingrum.rtf>. (21 Oktober 2008)
- Filipo. 1996, *Manajemen Personalialia*, Edisi Enam, Jilid 1, Erlangga. Jakarta.

- Gaspersz, Vincent. 2005, *Total Quality Management*. Cetakan Keempat., PT. Gramedia Pustaka Umum, Jakarta
- Gendhus. 2008, *Pengaruh Budaya Perusahaan Terhadap Tingkat Komitmen Organisasi Dengan Variabel Antara Tingkat Keterlibatan Kerja; Studi Pengaruh Pada Karyawan Non-Operasional PT. SBS Surabaya*, dari <http://one.indoskripsi.com/judul-skripsi/manajemen/pengaruh-budaya-perusahaan-terhadap-tingkat-komitmen-organisasi-dengan-variabel-antara-tingkat-keterl>. (8 Juli 2008)
- Gillies, Dee., A.1996, *Manajemen Keperawatn: Suatu Pendekatan Sistem*, Alih Bahasa Dika Sukmana & Rika Widya Sukmana, Edisi Kedua, Editor Sudiyono Y, Kalangan Terbatas, Jakarta
- Gonzalez, T.F., & Guillen, M, 2008, *Organizational Commitment: A Proposal for a Wider Ethical Conceptualization of 'Normative Commitment'*. *Journal of Business Ethics* (2008) 78:401-414, dari <http://www.proques.com> (14 Juli 2008)
- Handoko, T.H. 1995, *Manajemen Personalia & SDM*, BPFE Yogyakarta
- Iyer, P.W., Taptich, B.J. & Bernochi-losey, D. 1996, *Nursing Process And Nursing Diagnosis*. W.B. Saunders Company. Philadelphia.
- Karina. 2008, Komitmen organisasi, dari <http://rumahblajarpsikologi.com/index.php/komitmen-organisasi.html>, (16 juli 2008)
- Koesmono, Teman, H. 2007, *Pengaruh Kepemimpinan Dan Tuntutan Tugas Terhadap Komitmen Organisasi Dengan Variabel Moderasi Motivasi Perawat Rumah Sakit Swasta Surabaya*, *Jurnal Manajemen Dan Kewirausahaan*, Vol. 9, No. 1, MARET (2007): 30-40, dari <http://www.petra.ac.id/~puslit/journals/request.php?PublishedID=MAN07090103>. (16 Juli 2008)
- Kuntjoro, Zainudin, S. 2007, *Tentang Komitmen Organisasi*, dari http://imagejakarta.blog.co.uk/2007/12/12/tentng_komitmen_organjsasi, Jakarta (10 Juli 2008)
- Mangkunegara, Anwar, P.A.A. 2007, *Evaluasi Kinerja SDM*, Cetakan Ketiga, PT. Refika Aditama, Bandung
- Meyer, Jhon P., & Allen, Natalie J. 1997, *Commitment In The Workplace, Theory, Research, and Applications*. California: Published by SAGE.

- Muharyati, W. 2006, *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja Perawat dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RS Jiwa Prof.HB.Sa'anin Padang*. Tesis Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, FKM-UI, Depok.
- Munandar, A.S (2001). *Psikologi Industri dan Organisasi*. UI-pres, Jakarta
- Naswati. 2001, *Tesis Hubungan Prilaku Pemimpin, Komitmen Organisasi Dan Motivasi Perawat Dengan Kinerja Perawat Di Ruang Rawat Inap RSUD Kendari Sulawesi Tenggara*, dari <http://www.digilib.litbang.depkes.go.id/go.php?id=jkbppk-gdl-res-2001-naswari-1499-motivasi>. (10 Juli 2008)
- Nawawi, Fi. 2005, *Manajemen Sumber Daya Manusia, Untuk Bisnis Yang Komperatif*, Edisi Keenam, Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Nursalam. 2007, *Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktek Keperawatan Profesi*. Edisi Kedua, Salemba Medika, Jakarta
- _____. 2001, *Proses & Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Proses*, Edisi Pertama Salemba Medika, Jakarta.
- Nurul, E.A. 2008, *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja Perawat Pelaksana Di Unit Stroke Dan Lantai III B Rumah Sakit Pusat Pertamina*. Tesis Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, FKM-UI, Depok.
- Oktaviza, Y. 2008, *Analisis Kebutuhan Tenaga Perawat di Ruang Rawat Inap Pria Dan Wanita Rumah Sakit Umum Meuraxa Kota Banda Aceh*. Tesis Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, FKM-UI, Depok.
- Persatuan Perawat Nasioanl Indonesia (PPNI) 2000, *Standar Praktik Keperawatan*, PPNI, jakarta
- Pranita, R. 2008, *Analisis Hubungan Kualitas Kehidupan Kerja Dengan Komitmen Organisasi Pegawai Administrasi Rawat Jalan Dan laboratorium RSUD Budi Asih*, Tesis Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, FKM-UI, Depok
- Prayitno, Widyo Y. (2004). *Tesis Budaya Kerja, Kemampuan Dan Komitmen Pegawai Negeri Sipil Di Biro Kepegawaian Sekretariat Daerah Provinsi Jawa Timur*, dari <http://www.damandiri.or.id/listarticle.php> (10 juli 2008)
- Robbin, S. 2001, *Prilaku Organisasi*, Edisi Bahasa Indonesia, Jilid 1. PT. Prehallindo. Jakarta

- Samsudin, S. 2006, *Manajemen Sumber Daya Manusia*, CV Pustaka Setia, cetakan pertama. Bandung.
- Sastroasmoro, S., Ismael, S. 1995, *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*, Binarupa Aksara, Jakarta.
- Setiawan, A.A. 2007, *Masalah Pengukuran Channel Exchange Relationship Antara Ritel Dan Pemasok*, Sebuah Studi Pendahuluan. dari www.scribd.com/doc/4739905/Channel-Exchange-RelationshipResearchProjectFinal-209k- (21 Oktober 2008)
- Siagian, S.P. 1995, *Teori Pengembangan Organisasi*, Bumi Aksara, Jakarta.
- Singarimbun, M., Effendi, S. 2006, *Metode Penelitian Surve*. Edisi Revisi. Penerbit Pustaka LP3ES Indonesia, Jakarta.
- Sihombing, F. 2008, *ABCD-nya Diagnosa Keperawatan*, dari <http://nersferdinans.keperawatan.wordpress.com/2008/03/15/diagnosa-keperawatan/> (9 Agustus 2008)
- Sumijatun. 2004, *Komite Keperawatan*, Bahan Kulih.
- Suryanto, D. 2008, *Kepemimpinan, Motivasi, Bisnis*. dari http://www.pemimpin-unggul.com/disertasi/ha1_127_dan_128.html (11 Oktober 2008)
- Sutanto, P.H. 2007, *Analisis Data Kesehatan*. FKM-UI, Depok.
- Sopiah. 2008, *Prilaku Organisasional*, C.V.Andi Offset, Yogyakarta
- Swanburg, Russel, C. 2000, *Pengantar, Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Untuk Perawat Klinis*, Alih Bahasa Suharti Samba, EGC, Jakarta.
- Syah, N. 2004, *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja Perawat Dalam Pemberian Pelayanan Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Pekanbaru*. Skripsi FKM-UNDIP, dari <http://sia.fkm-undip.or.id/data/index.php?action=4&idx=2210> (11 Oktober 2008).
- Tien Tsai, M. & Huang, C.C. 2008, *The Relationship among Ethical Climate Types, Facets of Job Satisfaction, and the Three Components of Organizational Commitment: A Study of Nurses in Taiwan*. Journal of Business Ethics (2008) 80:565–58, dari <http://www.proques.com> (14 Juli 2008)
- Widayat, R. 2005, *SUARA MERDEKA: Kepemimpinan Rumah Sakit*, dari <http://www.suamerdeka.com/harian/0512/19/opi04.htm> (24 juni 2008)

- Wikan, Y. 2007, *Organisasi Dan Kepimimpinan*, dari <http://pmiiponorogo.blogspot.com/2007/11/organisasi-dan-kepemimpinan.html> (16 Juli 2008)
- Ilyas, Y. 2004, *Perencanaan SDM Rumah Sakit: Teori Metoda dan Formula*, FKMUI. Cetakan Kedua. Cv. Usaha prima. Depok.
- _____ 2002, *Kinerja; Tiori, Penilaian, dan Penelitian*. Kajian Ekonomi Kesehatan FKMUI, Depok
- Yeni. 2008, *Perencanaan (5)*, dari <http://yenibeth.wordpress.com/2008/06/11/perencanaan-5/>. (9 Agustus 2008)
- Yudoyono, Bambang. 2002, *Desentralisasi dan Pengembangan SDM Aparatur PEMDA dan Anggota DPRD*, Edisi Ketiga, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta



Surat Permohonan Menjadi Responden

Assalamualaikum Wr. Wb.

Bapak/Ibu yang terhormat,

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Syaiful Bahri
NPM : 0606153986
Pekerjaan : Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia.
Alamat : Jln.Anggrek No.2 BTN Dusun Indah Desa Garot
Kec. Darul Imarah Kab. Aceh Besar

Dengan segala kerendahan hati, memohon kesedian Bapak/Ibu untuk menjadi peserta dalam penelitian yang akan dilakukan di RSUD Meuraxa dengan judul **“Hubungan Karakteristik dan Komitmen Tenaga Keperawatan Dengan Kinerjanya Di Ruang Rawat Inap RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008”**, dengan mengisi kuesioner berikut ini dengan keadaan yang sesuai dan sebenarnya-benarnya, sehingga penelitian ini dapat memperoleh hasil sebagai mana yang ada dalam ketentuan penelitian.

Pengisian kuesioner ini tidak akan berpengaruh terhadap pekerjaan Bapak/Ibu dan tidak ada jawaban yang benar atau salah. Pengumpulan data ini semata-mata hanya untuk kepentingan penyusunan **TESIS** dan bukan untuk kepentingan yang lain. Saya akan menjamin kerahasiaan semua jawaban yang Bapak/Ibu berikan sesuai dengan kode etik penelitian.

Atas bantuan dan kesedian Bapak/Ibu untuk mengisi keusioner ini, saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Peneliti



LAMPIRAN 2
Kuesioner Penelitian

KUESIONER PENELITIAN

Identitas Responden

1. Nama : (Boleh tidak di isi)
2. Umur :
3. Jenis Kelamin* : Laki-laki Wanita
 (*Beri tanda (√) pada salah satu kotak)
4. Lama Kerja :
 Di RSUD Meuraxa : Tahun Bulan
5. Pendidikan :
 (Yang telah mendapatkan ijazah, bukan yang sedang berlangsung)
6. Status Pernikahan* : Sudah menikah Belum menikah
 (*Beri tanda (√) pada salah satu kotak)

Instrumen I : Komitmen Tenaga Keperawatan

I. Petunjuk.

Berikan penilaian Bapak/Ibu dengan memberi tanda (√) pada kolom yang disediakan pada bagian kanan dari masing-masing pertanyaan (No. 1 s/d No. 30)
 Contoh :

PERNYATAAN	PENILAIAN			
	STS	TS	S	SS
		√		

Adapun sistim penilaian adalah:

- STS (Sangat Tidak Setuju) Artinya *Sangat Tidak Setuju* dengan pernyataan tersebut
- TS (Tidak Setuju) Artinya *Tidak Setuju* dengan pernyataan tersebut
- S (Setuju) Artinya *Setuju* dengan pernyataan tersebut
- SS (Sangat Setuju) Artinya *Sangat Setuju* dengan pernyataan tersebut

Penilaian ini tidak akan mempengaruhi kondisi responden yang dinilai,
Kerahasiaan identitas responden akan dijaga oleh peneliti.

II. Kuesioner.

No	PERNYATAAN	STS	TS	S	SS
<i>Affective commitment</i>					
1	Saya merasa bahagia bila dapat menerapkan ilmu keperawatan yang saya peroleh di RSUD Meuraxa selamanya.				
2	Saya merasa terikat secara emosional dengan RSUD Meuraxa				
3	Saya bangga menceritakan kepada teman-teman bahwa RSUD Meuraxa merupakan tempat bekerja yang baik				
4	Kenyamanan bekerja di RSUD Meuraxa mendorong saya untuk bekerja sebaik mungkin				
5	Saya sungguh merasa bahwa masalah RSUD Meuraxa ini merupakan masalah saya juga				
6	Saya merasa seperti menjadi bagian keluarga dari RSUD Meuraxa				
7	RSUD Meuraxa memiliki arti yang besar bagi diri saya sendiri				
<i>Continuance commitment</i>					
8	Kehidupan saya akan terganggu jika saya memutuskan untuk meninggalkan RSUD Meuraxa				
9	Dengan terus tetap bekerja di RSUD Meuraxa, saya mendapatkan metode-metode yang baik dalam pelayanan keperawatan.				
10	Selama saya bekerja di RSUD Meuraxa, saya mendapatkan pelajaran untuk meyakini nilai tetap loyal pada satu RS.				
11	Saya takut tentang apa yang mungkin terjadi jika saya berhenti dari RSUD Meuraxa tanpa memiliki alternatif tempat lain yang akan menerima saya.				
12	Agar tetap bekerja di RSUD Meuraxa, tugas apapun yang diberikan oleh atasan akan saya terima				

No	PERNYATAAN	STS	TS	S	SS
13	Saat ini, tetap bekerja di RSUD Meuraxa merupakan keharusan dan keinginan saya				
<i>Normative commitment</i>					
14	Saya percaya bahwa seorang tenaga keperawatan harus selalu setia kepada RS tempat dia bekerja				
15	Berpindah dari satu RS ke RS lain merupakan suatu hal yang tidak etis bagi saya.				
16	Saya merasa bahwa akan lebih baik bila seseorang tenaga keperawatan tetap berada di suatu RS untuk menerapkan semua ilmu keperawatan yang dia miliki.				
17	Satu alasan saya untuk tetap bekerja di RSUD Meuraxa ini adalah penting dan karenanya saya memiliki kewajiban moral untuk tinggal.				
18	Saya bersedia bekerja keras melebihi apa yang biasanya diharapkan dari perawat agar RSUD Meuraxa dapat maju				
19	Tugas semua tenaga keperawatan, termasuk saya untuk melihat apakah RSUD Meuraxa telah berjalan sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) yang telah ditetapkan				
20	Saya berusaha mematuhi peraturan-peraturan yang ada di RSUD Meuraxa, selama saya bekerja di sini				

TERIMA KASIH....

Instrumen II : Kinerja Tenaga Keperawatan

I. Petunjuk

Berikan penilaian Bapak/Ibu dengan memberi tanda (√) pada kolom yang disediakan pada bagian kanan dari masing-masing pertanyaan (No. 1 s/d No. 27)

Contoh :

PERNYATAAN	PENILAIAN			
	TP	P	JR	S
		√		

Adapun sistim penilaian adalah:

- TP (Tidak Pernah) Artinya pernyataan tersebut *Tidak pernah dilakukan*
- P (Pernah) Artinya pernyataan tersebut *Pernah dilakukan*
- JR (Jarang) Artinya pernyataan tersebut *Jarang dilakukan*
- S (Sering) Artinya pernyataan tersebut *Sering dilakukan*

Penilaian ini tidak akan mempengaruhi kondisi responden yang dinilai, Kerahasiaan identitas responden akan dijaga oleh peneliti.

II. Kuesioner.

No	PERNYATAAN	TP	P	JR	S
1	Dalam pengkajian keperawatan saya mengumpulkan data yang berisikan status kesehatan klien.				
2	Data yang saya kumpulkan pada pengkajian keperawatan berupa data Subyektif (misalnya, penjelasan klien tentang rasa nyeri, lemah, frustrasi, mual, dll)				
3	Data yang saya kumpulkan pada pengkajian keperawatan berupa data Obyektif (misalnya, data yang diperoleh dari pemeriksaan fisik, "frekuensi pemapasan, tekanan darah edema, dll")				
4	Sebelum melakukan komunikasi dengan klien, saya melakukan persiapan dengan membaca status klien terlebih dahulu.				
5	Saya menunjukkan sikap yang sopan pada klien, pada proses wawancara untuk mendapatkan data dari klien dalam pengkajian keperawatan.				

No	PERNYATAAN	TP	P	JR	S
6	Jika saya tidak mengerti terhadap data yang telah dikumpulkan, maka saya segera berkonsultasi dengan orang yang lebih mengerti.				
7	Dari data yang dikumpulkan, maka saya mengidentifikasi daftar kebutuhan klien dengan menggambarkan adanya suatu sebab-akibat yang digambarkan sebagai "pohon masalah"				
8	Diagnosa keperawatan yang saya buat berdasarkan masalah yang telah dirumuskan				
9	Diagnosa keperawatan yang saya buat mencerminkan Problem Etiologi (PE) (penyebab masalah/faktor-faktor klinik dan personal yang dapat merubah status kesehatan atau mempengaruhi perkembangan masalah.				
10	Saya merumuskan diagnosa keperawatan secara aktual (masalah nyata saat ini sesuai data klinik yang ditemukan)				
11	Dalam membuat diagnosa keperawatan, saya lebih mengutamakan masalah keperawatan yang dapat mengancam kelangsungan hidup pasien/klien				
12	Perencanaan yang saya susun didasarkan pada diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan.				
13	Perencanaan yang saya susun dibuat menurut urutan prioritas masalah keperawatan.				
14	Rumusan tujuan yang saya buat mengandung komponen perilaku/kondisi pasien/klien				
15	Rencana tindakan keperawatan yang saya buat mengacu pada tujuan tindakan asuhan keperawatan.				
16	Rencana tindakan yang saya buat menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan lain				
17	Tindakan yang saya lakukan mengacu pada rencana keperawatan.				

No	PERNYATAAN	TP	P	JR	S
18	Saya mengobservasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan				
19	Dalam melakukan implementasi saya berkomunikasi dalam bahasa yang mudah dimengerti				
20	Revisi tindakan yang saya buat didasarkan hasil evaluasi yang dilaksanakan				
21	Semua tindakan yang telah saya laksanakan dicatat secara jelas dalam format yang telah ditentukan				
22	Evaluasi yang saya lakukan mengacu kepada kriteria tujuan yang telah dibuat.				
23	Hasil evaluasi saya catat pada format yang ada.				
24	Pencatatan saya lakukan sesuai dengan tindakan yang saya laksanakan				
25	Pencatatan saya tulis dengan menggunakan istilah yang benar				
26	Setiap melakukan tindakan/kegiatan saya mencantumkan paraf/nama jelas dan tanggal, jam dilakukan tindakan				
27	Berkas catatan keperawatan disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku				

TERIMAKASIH....

