

**FAKTOR EKSTERNAL DAN INTERNAL PERAWAT
TERHADAP KINERJA PERAWAT DI RUANG
RAWAT INAP RUMAH SAKIT BUNDA
KOTA GORONTALO**

*THE EFFECTS OF THE NURSE INTERNAL AND
EXTERNAL FACTORS ON HER PERFORMANCE IN STAY-
IN CARE WARD OF BUNDA HOSPITAL IN
GORONTALO PROVINCE*

DEWI KARTIKA



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

**FAKTOR EKSTERNAL DAN INTERNAL PERAWAT
TERHADAP KINERJA PERAWAT DI RUANG
RAWAT INAP RUMAH SAKIT BUNDA
KOTA GORONTALO**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi
Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

DEWI KARTIKA

kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2013

TESIS

**FAKTOR EKSTERNAL DAN INTERNAL PERAWAT TERHADAP KINERJA
PERAWAT DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT BUNDA KOTA
GORONTALO**

Disusun dan diajukan oleh :

DEWI KARTIKA
Nomor Pokok P1802211401

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal 5 Juli 2013
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

MENYETUJUI
KOMISI PENASIHAT,



Prof. Dr. H. Indar, SH., MPH
Ketua



Prof. Dr. H. Muh. Asdar, SE., M.Si
Anggota

Ketua Program Studi
Kesehatan Masyarakat



Dr. dr. H. Noer Bahry Noor, M.Sc

Direktur Program Pascasarjana
Universitas Hasanuddin



Prof. Dr. Ir. Mursalim

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dewi Kartika

Nomor Induk Mahasiswa : P 1802211401

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa tesis ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Juli 2013

Yang Menyatakan

Dewi Kartika

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala karunia kesehatan, kekuatan, serta kesempatan yang di anugerahkannya kepada penulis, sehingga penulis dapat menulis draft Proposal ini dengan Judul :

“ Faktor Eksternal dan Internal Perawat Terhadap Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Bunda Kota Gorontalo “ sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka mengikuti ujian Tesis pada Program Magister Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Pada kesempatan ini kami menyampaikan terima kasih dan penghargaan setinggi – tingginya kepada : Prof. Dr.H.Indar, SH, MPH dan Prof. Dr. H. Muh. Asdar, SE.,M.Si selaku Pembimbing yang telah membimbing, dan memberi petunjuk, koreksi serta saran hingga terwujudnya Proposal ini.

Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan pula kepada yang terhormat :

1. Prof. Dr.dr H.M.Alimin Maidin, MPH Selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
2. Prof. Dr.Hj.Asiah Hamzah,Dra.,MA selaku Dewan Penguji.
3. Prof. Dr. H. Ridwan Amiruddin, S.KM., M.Kes.,M.Sc.PH Selaku Dewan Penguji.

4. Dr. Darmawansyah.,SE.,MS selaku Dewan Penguji.
5. Bapak, Ibu Dosen serta staf pengelola S2 AKK Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
6. Rekan – rekan Mahasiswa Program S2 AKK Reguler, Non Reg Palu dan kelas Non Reg Makassar yang telah banyak memberikan semangat dan motivasi selama mengikuti proses perkuliahan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

Akhir kata semoga Allah SWT memberikan bimbingan dan lindungan kepada kita semua dan Proposal tesis ini dapat memberikan manfaat bagi kita semua. Amin.

Makassar, Juli 2013

Penulis

ABSTRAK

DEWI KARTIKA. *Faktor Eksternal dan Internal Perawat Terhadap Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap RS Bunda Kota Gorontalo* (dibimbing oleh Indar dan Muh. Asdar).

Penelitian ini bertujuan menganalisis faktor eksternal (sistem imbalan, pelatihan, dan pengembangan terhadap kinerja) dan menjelaskan faktor internal (biografi, motivasi, dan komitmen) perawat terhadap kinerja perawat di ruang inap.

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan potong lintang (*cross sectional*) melalui metode survei. Pengambilan data menggunakan kuesioner. Analisis data menggunakan uji statistik yang terdiri atas analisis univariat, bivariat, dan analisis faktor yang paling berhubungan dengan menggunakan uji regresi logistik.

Dari hasil penelitian diperoleh bahwa faktor internal (biografi, motivasi, dan komitmen) dan variabel umur tidak berhubungan dengan kinerja perawat ($p=0,389$); variabel jenis kelamin tidak berhubungan dengan kinerja perawat ($p=0,072$); variabel tingkat pendidikan tidak berhubungan dengan kinerja perawat ($p=0,389$); variabel status perkawinan tidak berhubungan dengan kinerja perawat ($p=0,240$); variabel komitmen tidak berhubungan dengan kinerja perawat ($p=0,126$); sedangkan variabel motivasi berhubungan dengan kinerja perawat ($p=0,035$). Sementara faktor eksternal yang meliputi variabel pelatihan dan pengembangan tidak berhubungan dengan kinerja perawat ($p=0,189$), dan variabel sistem imbalan berhubungan sangat signifikan secara statistik terhadap kinerja perawat ($p=0,007$).

Kata kunci: faktor eksternal dan internal perawat, kinerja perawat



ABSTRACT

DEWI KARTIKA. *The Effects of the Nurse Internal and External Factors on Her Performance in Stay-in Care Ward of Bunda Hospital in Gorontalo Province (supervised by Indar and Muh. Asdar).*

This research aimed (1) to analyze the nurse's external factor, such as the reward system, training, and development, on her performance; (2) to analyze her internal factor, such as her biography, motivation, and commitment, on her performance in the stay-in ward.

The research was a quantitative one which used the cross sectional approach through observation. The data were collected by using questionnaire and the data were analyzed by using the statistical tests consisting of the analyses of the univariate and bivariate analyses and the most correlated factors were analyzed using the logistic regression test.

The research results indicated that from the internal factors (the biography, motivation, and commitment) the age variable was not correlated with the performance of the nurse, the value being $p = 0.389$, the gender variable was not correlated with the nurse's performance, the value being $p = 0.072$, the education variable was not correlated with the nurse's performance, the value being $p = 0.389$, the marriage status variable was not correlated with the nurse's performance, the value being $p = 0.240$, the commitment variable was not correlated with the nurse's performance, the value being $p = 0.26$. Meanwhile, the motivation variable was correlated with the nurse's performance, the value being $p = 0.035$. As for the external factor, the training and the development variables were not correlated with the nurse's performance, the value being 0.189 , the reward system variable was very significantly correlated with the nurse's performance, the value being $p = 0.007$. Thus, from the two factors, the variable that most significantly affected the nurse's performance was the reward system variable.

Keywords : *External and internal factors of the nurse, the performance of the nurse.*



DAFTAR ISI

| | Halaman |
|--------------------------------------|----------------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| HALAMAN LEMBAR PERSETUJUAN..... | ii |
| HALAMAN PENGESAHAN..... | iii |
| PERNYATAAN KEASLIAN TESIS..... | iv |
| KATA PENGANTAR | v |
| ABSTRAK | vii |
| ABSTRACT | viii |
| DAFTAR ISI | ix |
| DAFTAR TABEL | xii |
| DAFTAR GAMBAR | xiv |
| | |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| A. Latar Belakang..... | 1 |
| B. Kajian Masalah | 4 |
| C. Rumusan Masalah..... | 5 |
| D. Tujuan Penelitian | 6 |
| E. Manfaat Penelitian | 7 |
| | |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | |
| A. Hakekat Jasa Pelayanan | 9 |
| B. Rumah Sakit | 11 |
| C. Kinerja Sumber Daya Manusia | 13 |

| | |
|--|----|
| D. Faktor Eksternal Yang Mempengaruhi Kinerja Individu | 22 |
| E. Faktor Internal yang Mempengaruhi Kinerja Individu | 31 |
| F. Perawat dan Asuhan Keperawatan | 33 |
| G. Asuhan Keperawatan | 35 |
| H. Kerangka Teori | 44 |
| I. Kerangka Pikir | 45 |
| J. Kerangka Konsep | 46 |
| K. Hipotesis Penelitian | 47 |

BAB III METODE PENELITIAN

| | |
|---|----|
| A. Desain Penelitian | 49 |
| B. Lokasi Penelitian | 50 |
| C. Waktu Penelitian | 50 |
| D. Populasi, Sampel dan Besar Sampel | 50 |
| E. Teknik Pengambilan Sampel | 51 |
| F. Teknik Pengumpulan Data | 52 |
| G. Pengolahan Data | 53 |
| H. Analisa Data | 55 |
| I. Variabel Penelitian, Defenisi Operasional dan Cara Pengukuran | 56 |

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

| | |
|--|----|
| A. Gambaran Umum Rumah Sakit Bunda | 65 |
| B. Gambaran Umum Ruang Rawat Inap RS Bunda Kota Gorontalo | 66 |

| | |
|---------------------------|----|
| C. Hasil Penelitian | 68 |
| D. Pembahasan | 85 |

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

| | |
|---------------------|-----|
| A. KESIMPULAN | 99 |
| B. SARAN | 100 |

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

| Nomor | | Halaman |
|-------|---|---------|
| 1 | Perkembangan Pemikiran Konsep Kinerja | 42 |
| 2 | Variabel, Definisi Operasional dan Cara Pengukuran Variabel Penelitian | 59 |
| 3 | Kinerja Ruang perawatan di RS Bunda Kota Gorontalo Tahun 2011- 2013 | 68 |
| 4 | Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Ruang Rawat Inap RS Bunda Kota Gorontalo, Tahun 2008 | 69 |
| 5 | Distribusi Responden Berdasarkan umur di RS, Tahun 2013 | 69 |
| 6 | Distribusi Responden Berdasarkan ruang Perawatan di RS Bunda Kota Gorontalo, Tahun 2013 | 70 |
| 7 | Distribusi Responden Berdasarkan Masa Kerja Sebagai Perawat di Rumah Sakit Bunda Kota Gorontalo Tahun 2013 | 71 |
| 8 | Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan di RS Bunda Kota Gorontalo, Tahun 2013 | 72 |
| 9 | Distribusi Responden Berdasarkan Status Perkawinan di Ruang Rawat Inap RS Bunda Kota Gorontalo Tahun 2013 | 73 |
| 10 | Distribusi Responden Berdasarkan Suku di Ruang Rawat Inap RS Bunda Kota Gorontalo, Tahun 2013 | 73 |
| 11 | Distribusi Responden Berdasarkan Pelatihan dan Pengembangan SDM di Ruang Rawat Inap RS Bunda Kota Gorontalo, Tahun 2013 | 74 |
| 12 | Hubungan antara Umur terhadap kinerja perawat di ruang rawat inap RS Bunda Kota Gorontalo Tahun 2013 | 76 |
| 13 | Hubungan antara Jenis Kelamin terhadap kinerja perawat di ruang rawat inap RS Bunda Kota Gorontalo Tahun 2013 | 77 |
| 14 | Hubungan antara Tingkat Pendidikan terhadap Kinerja perawat di ruang rawat inap RS Bunda Kota Gorontalo Tahun 2013 | 77 |

| | | |
|----|---|----|
| 15 | Hubungan antara Status Perkawinan terhadap Kinerja Perawat di ruang rawat inap RS Bunda Kota Gorontalo Tahun 2013 | 78 |
| 16 | Hubungan antara Mama Kerja sebagai Perawat dengan kinerja perawat di ruang rawat inap RS Bunda Kota Gorontalo, Tahun 2013 | 79 |
| 17 | Hubungan antara Tingkat Motivasi dengan kinerja responden di ruang rawat inap RS Bunda Kota Gorontalo, Tahun 2013 | 80 |
| 18 | Hubungan antara Tingkat Komitmen dengan kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap RS Bunda Kota Gorontalo, Tahun 2013 | 81 |
| 19 | Hubungan antara Sistem Imbalan dengan kinerja perawat di ruang rawat inap RS Bunda Kota Gorontalo, Tahun 2013 | 82 |
| 20 | Hubungan antara Pelatihan dan pengembangan SDM dengan kinerja perawat di ruang rawat inap RS Bunda Kota Gorontalo, Tahun 2013 | 83 |
| 21 | Uji pengaruh masing-masing variabel independen terhadap Variabel Dependen | 84 |

DAFTAR GAMBAR

| Nomor | | Halaman |
|--------------|---|----------------|
| 1 | Dimensi Kinerja (Robbins,2003) | 21 |
| 2 | Memasangkan Peraih Prestasi dan pekerjaan (McCelland) | 27 |
| 3 | Desain Pekerjaan dan Prestasi Kerja | 27 |
| 4 | Paduan Teori Kontemporer (Robbins,2003) | 32 |
| 5 | Kerangka Teori | 44 |
| 6 | Kerangka Pikir | 45 |
| 7 | Kerangka Konsep Penelitian | 46 |
| 8 | Skema Tahapan Penelitian | 49 |

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kondisi dilematis rumah sakit dituntut menjalankan misinya sebagai suatu institusi pelayanan sosial dengan mengutamakan pelayanan kepada masyarakat banyak serta harus tetap memperhatikan etika pelayanan dan rumah sakit juga sebagai suatu unit usaha, yang tentunya juga memperhatikan prinsip ekonomi. Rumah sakit dituntut dapat memenuhi semua kebutuhan biaya operasionalnya, sehingga dalam menilai tingkat keberhasilan atau gambaran tentang keadaan pelayanan di rumah sakit dapat dilihat dari berbagai segi, yaitu; tingkat pemanfaatan sarana pelayanan, mutu pelayanan, dan tingkat efisiensi pelayanan (Ditjen Yanmed, 2004).

Kondisi yang sama tentunya juga berlaku bagi Rumah Sakit Bunda Kota Gorontalo yang merupakan salah satu Rumah Sakit swasta yang berada di Kota Gorontalo dengan klasifikasi D dengan pelayanan Rawat Inap tersedia 122 bed yang terdiri dari kelas III : 48 bed, kelas II : 34 bed, Kelas I : 20 bed, kelas VIP : 12 bed dan Kelas VIP utama 8 bed.

Dalam pelaksanaan operasionalnya RS Bunda dituntut pula untuk menghasilkan kinerja yang baik. Akan tetapi selama kurun waktu lima tahun terakhir (2008-2012) menunjukkan pemanfaatan tempat tidur (BOR= *Bed Occupancy Rate*) cukup rendah bahkan cenderung *stagnant*.

Secara umum BOR Rumah Sakit Bunda Tahun 2008 sebesar 57,45 %, tahun 2009 BOR 57,39 %, pada Tahun 2010 mulai meningkat menjadi 68,32 %, Tahun 2011 turun menjadi 62,18 %, kemudian BOR pada Tahun 2012 mengalami penurunan dibawah standart Dirjen Yanmed yakni 53,13%.

Selain BOR yang relatif rendah, LOS (length of stay) Rumah Sakit Bunda Tahun 2008 yakni hanya 4 hari perawatan, demikian juga dengan LOS tahun 2008-2012 rata - rata hari perawatan 4-5, dibawah standar sedangkan TOI dari Tahun 2008-2012 sangat baik dengan lama 4-5 hari juga sudah mencapai nilai ideal berdasarkan Ditjen Yanmed, padahal kinerja rumah sakit yang paling baik dan paling *feasible* neraca *cost* benefitnya apabila memiliki nilai BOR 70-85% dengan nilai ideal untuk rumah sakit dengan 100 tempat tidur adalah 66%.

Tenaga keperawatan dituntut untuk melaksanakan asuhan keperawatan di unit pelayanan kesehatan yang komperhensif yang meliputi bio, psiko, sosial dan spritual sesuai dengan standar kompetensi perawat profesional. Kegiatan pelayanan keperawatan tergantung pada kualitas dan kuantitas tenaga keperawatan yang bertugas selama 24 jam dibangsal, untuk meningkatkan mutu pelayanan diperlukan dukungan sumberdaya manusia yang mampu mengemban tugas dan terus mengadakan perubahan.

Berdasarkan hasil wawancara terhadap perawat di ruang rawat inap, diketahui bahwa terdapat beberapa pasien yang mengalami plebitis

di ruang rawat inap. Salah satu penyebab terjadinya infeksi di ruang rawat inap disebabkan oleh kondisi lingkungan di ruang rawat inap, termasuk fasilitas pelayanan yang tidak higienis. Sedangkan menyiapkan fasilitas dan lingkungan untuk kelancaran pelayanan, bila ditinjau berdasarkan tugas pokok dan fungsi, tugas tersebut merupakan tanggung jawab dari perawat. Berdasarkan fenomena yang ada di masyarakat memperlihatkan bahwa kebutuhan terhadap layanan Rumah Sakit akan bergeser dari orientasi *Curing* (pengobatan) saja menjadi *Curing* dan *Caring* (pengasuhan), dan tuntutan pelanggan akan meminta layanan dengan kualitas tertinggi (Rijadi, 2004). Kenyataan ini memberikan gambaran bahwa perlu adanya kajian terhadap kinerja di unit rawat inap Rumah Sakit Bunda Kota Gorontalo dalam upaya meningkatkan kinerja menjadi lebih baik.

Disamping itu, data kehadiran perawat yang merupakan ukuran kinerja utama yang digunakan oleh RS Bunda Kota Gorontalo dalam menilai kinerja petugasnya, menunjukkan tingkat absensi (alpa) perawat yang cukup tinggi, selama tahun 2012, Tingkat absensi yang tinggi menunjukkan bahwa komitmen dan motivasi yang rendah pada perawat dalam menjalankan tugas.

Absensi yang tinggi, dari perawat dapat mempengaruhi sistem kinerja yang ada. Mengingat jumlah perawat yang relatif masih kurang pada bagian tertentu, ditambah lagi adanya beberapa perawat yang menjalani pendidikan, sehingga waktu menjadi terbagi antara melanjutkan

pendidikan dan menjalankan tugas pokok sebagai perawat. Hal ini menyulitkan bagi perawat lain, yang dalam pelaksanaan tugas pokok di lapangan terkadang harus melaksanakan tugas rangkap.

Tentunya apabila hal ini terus berlangsung, maka akan terjadi penurunan kualitas kinerja dari perawat, sehingga pelanggan menjadi tidak puas, sehingga referensi rumah sakit lain menjadi pilihan berikutnya. Dampak yang nyata terlihat dari data kinerja rumah sakit menunjukkan di instalasi rawat inap pada tahun 2008-2012, menunjukkan bahwa terjadi penurunan jumlah pasien umum yang cukup tinggi. Sedangkan untuk jenis pembayaran Askes, Jamsostek juga masing-masing mengalami trend yang fluktuatif.

Dengan penurunan yang terjadi, memberikan gambaran bahwa referensi Rumah Sakit Bunda Kota Gorontalo sebagai pilihan pencarian pengobatan menurun. Jika terdapat kesenjangan antara kinerja yang ingin dicapai dengan kinerja aktual suatu organisasi, maka evaluasi terhadap berbagai aspek perlu dilakukan.

B. Kajian Masalah

Beberapa faktor yang diduga sebagai penyebab penurunan kinerja perawat yang diadopsi dari teori Kopelman (1986) terdiri dari faktor eksternal yaitu; lingkungan (*environment*), seperti peraturan dan UU yang berlaku yang memberikan dampak terhadap rumah sakit, sistem regulasi dan sebagainya.

Dari faktor yang mempengaruhi kinerja tersebut, yang lebih memberikan pengaruh yang lebih besar terhadap kinerja untuk faktor eksternal adalah karakteristik organisasi (*organizational characteristic*) yang terdiri dari sistem imbalan (*reward system*), pelatihan dan pengembangan (*training and development*) dan karakteristik pekerjaan (*work characteristic*) yang terdiri dari tindak lanjut hasil kinerja (*performance feed back*), desain pekerjaan (*job design*), dan alternative jadwal kerja (*work schedule*), yang mana faktor eksternal ini bisa berpengaruh langsung maupun tidak langsung terhadap penurunan kinerja perawat.

Pengaruh secara tidak langsung bahwa faktor eksternal akan mempengaruhi faktor internal dalam hal ini *individual characteristic*, yang terdiri dari aspek demografi (umur dan jenis kelamin), kemampuan (secara mental maupun fisik), keterampilan, motivasi dan komitmen (normatif, afektif dan kontinyu) faktor internal perawat akan berpengaruh terhadap penurunan kinerja.

C. Rumusan Masalah

Berdasarkan hasil kajian masalah yang telah diuraikan sebelumnya, maka dapat dikemukakan rumusan masalah Penurunan Kinerja Perawat di ruang rawat inap sebagai berikut :

1. Apakah ada hubungan signifikan antara sistem imbalan dengan kinerja perawat di ruang rawat inap?

2. Apakah ada hubungan signifikan antara pelatihan dan pengembangan dengan kinerja perawat di ruang rawat inap?
3. Apakah ada hubungan signifikan antara biografi dengan kinerja perawat di ruang rawat inap?
4. Apakah ada hubungan signifikan antara motivasi dengan kinerja perawat di ruang rawat inap?
5. Apakah ada hubungan signifikan antara komitmen dengan kinerja perawat di ruang rawat inap?

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis faktor eksternal (sistem imbalan, pelatihan dan pengembangan) dan faktor internal (biografi, motivasi dan komitmen) perawat terhadap kinerja perawat di ruang rawat inap.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis Hubungan Biografi (umur, jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan, dan masa kerja) terhadap kinerja perawat.
- b. Menganalisis Hubungan Motivasi terhadap kinerja perawat.
- c. Menganalisis Hubungan Komitmen terhadap kinerja perawat.
- d. Menganalisis Hubungan antara Sistem imbalan terhadap kinerja Perawat.

- e. Menganalisis Hubungan antara Pelatihan dan pengembangan SDM terhadap kinerja perawat.
- f. Menganalisis Faktor yang paling Berhubungan terhadap kinerja perawat.

E. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian terdiri dari manfaat teoritis dan manfaat praktis, sebagai berikut:

1. Manfaat Teoritis

Adapun manfaat teoritis sebagai berikut:

- a) Diharapkan hasil penelitian dapat memberikan sumbangan kepada pengembangan teori di bidang manajemen sumber daya manusia dibidang perumahsakitn.
- b) Sebagai acuan dan masukan bagi kajian para peneliti selanjutnya dimasa mendatang khususnya pada sistem pengukuran kinerja perawat di ruang rawat inap.
- c) Sebagai acuan dan masukan kajian para peneliti selanjutnya dimasa mendatang khususnya pada pengukuran kinerja bidang yang lain.

2. Manfaat Praktis

Adapun manfaat praktis sebagai berikut:

- a) Memberikan masukan terhadap desain penilaian kinerja perawat.
- b) Memberikan masukan bagi pengambilan kebijakan di rumah sakit dalam rangka pendistribusian penghargaan berbasis kinerja bagi perawat.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Hakekat Jasa Pelayanan

Kotler (2000) mendefinisikan pelayanan/ jasa adalah perbuatan suatu kelompok menawarkan kepada kelompok/ orang lain sesuatu yang pada dasarnya tidak berwujud, sedangkan produksinya berkaitan atau tidak berkaitan dengan fisik produk.

Pelayanan RS adalah sangat kompleks, kegiatannya sangat bervariasi, memerlukan investasi yang sangat besar, variasi SDM dengan latar belakang pendidikan yang berbeda, ketidakpastian yang sangat tinggi, jumlah jenis pelayanan yang sangat besar, saling tergantung, *supply induced demand*, *externality* dan *just profit*. Ciri RS ini akan berkembang mengikuti perkembangan IPTEK. Demi keberhasilan RS, keberadaan lingkungan RS perlu dikaji berdasarkan ciri faktor lingkungannya, seperti 1) ada tidaknya RS lain di daerah tersebut, 2) tingkat potensi daerah (strategis), dan 3) tingkat keamanan dan akses di daerah dan ke daerah tersebut. Kondisi lingkungan perlu dipertimbangkan karena akan menentukan pengembangan strategi yang harus dipilih untuk menjangkau pengguna RS.

Produk yang dapat memuaskan pelanggan adalah produk yang dapat memenuhi atau melebihi kebutuhan pelanggan. Kebutuhan adalah pernyataan tentang rasa kehilangan (Kotler et al, 1997). Dari berbagai

definisi kebutuhan tersebut dapat disimpulkan secara umum bahwa kebutuhan adalah sesuatu yang hendak dipuaskan individu, baik aspek fisik, sosial maupun psikologis.

Bila pada satu individu timbul kebutuhan akan kesehatan maka akan timbul keinginan untuk memeriksakan kesehatannya. Keinginan adalah bentuk kebutuhan manusia yang dihasilkan oleh budaya dan kepribadian individual, sedangkan keinginan (*want*) adalah hasrat untuk memuaskan kebutuhan yang spesifik (Kotler, 1997).

Di sisi lain keinginan manusia yang sudah direalisasikan dan yang didukung oleh daya beli disebut sebagai permintaan (*demand*) (Kotler et al, 1997). Permintaan adalah jumlah keinginan terhadap produk atau jasa pelayanan tertentu yang didukung suatu kemampuan dan kemauan untuk membeli atau memanfaatkan jasa tersebut. Permintaan mempunyai 2 bentuk yang agak berbeda satu dengan yang lain, yaitu 1) *potential demand* dan 2) *effective demand (satisfied demand)*. Permintaan dapat juga disebut utilisasi, yaitu pemanfaatan atau kunjungan pada instansi jasa pelayanan kesehatan baik perorangan atau lembaga. Utilisasi yang sesuai dengan permintaan disebut *satisfied demand* dan utilisasi yang tidak sesuai permintaan disebut *unsatisfied demand*. Dengan memahami konsep *demand* diharapkan *provider* lebih kreatif dalam memberi pelayanan kesehatan dengan memperhatikan ciri pemasaran jasa.

Teori lain yang menggambarkan tentang perilaku konsumen diungkapkan oleh Solomon dan Stuart (2002) menyatakan bahwa ada tiga

faktor yang mempengaruhi proses pengambilan keputusan oleh calon konsumen yaitu faktor internal, faktor sosial, dan faktor situasional.

B. Rumah Sakit

1. Pengertian

Rumah sakit umum adalah Rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialisik dan pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan (Kepmen RI No.983/MENKES/SK/1992: tentang pedoman Rumah sakit umum). Sedangkan menurut Dirjen Yanmed Depkes RI (2007). Rumah sakit (RS) adalah suatu fasilitas yang menyediakan rawat inap dan rawat jalan yang memberikan pelayanan kesehatan jangka pendek dan jangka panjang yang terdiri dari observasi, diagnostik, teraupetik dan rehabilitatif untuk orang-orang yang menderita sakit, cidera dan melahirkan Istilah rumah sakit juga berarti suatu institusi, bangunan atau sarana yang mempunyai tempat tidur bagi dewasa dan/atau anak, yang memberikan pelayanan selama 24 jam.

2. Jenis Rumah Sakit

Klasifikasi RS dibedakan sesuai dengan jenis penyelenggaraan pelayanan. Rumah sakit dapat dikategorikan menurut jenis maupun pengelolaannya. Menurut jenisnya, rumah sakit dapat dikategorikan sebagai berikut:

- a. Rumah sakit umum, adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan semua bidang dan jenis penyakit.

- b. Rumah sakit khusus, adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada suatu bidang atau satu jenis penyakit tertentu, berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya.

Selain itu, karakteristik rumah sakit (Djojodibroto,1997) mempunyai sifat-sifat yang secara serentak tidak dipunyai organisasi lain pada umumnya, yaitu: 1) sebagian besar tenaga kerja rumah sakit adalah tenaga profesional; 2) wewenang kepala rumah sakit berbeda dengan wewenang pimpinan perusahaan; 3) tugas kelompok profesional lebih banyak dibandingkan tugas kelompok manajerial; 4) beban kerjanya tidak bisa diatur; 5) jumlah pekerjaan dan sifat pekerjaan di unit kerja beragam; 6) hampir semua kegiatannya bersifat *urgent* 7) pelayanan rumah sakit sifatnya sangat individualistik (setiap pasien harus dipandang sebagai individu yang utuh, aspek fisik, aspek mental, aspek sosiokultural, dan aspek spiritual harus mendapat perhatian penuh); 8) tugas memberikan pelayanannya bersifat pribadi, pelayanan ini harus cepat dan tepat, kesalahan tidak bisa ditolerir; 9) pelayanan berjalan terus menerus 24 jam dalam sehari.

Konsekuensi dari pelayanan yang terus-menerus menurut Djojodibroto (1997) adalah: 1) keharusan penyediaan tenaga yang selalu siap, aliran listrik yang tak boleh berhenti; 2) pengawasan yang terus menerus 3) selalu tersedia dana operasional dan 4) pelayanan bersifat emergensi. Pelayanan yang bersifat emergensi menurut Djojodibroto

(1997), harus mendapatkan pelayanan segera, tidak dapat ditunda oleh karena berkaitan dengan masalah hidup-matinya pasien.

1. Sumber Daya Manusia (SDM) Rumah Sakit

Sumber daya manusia di rumah sakit memiliki beberapa ketentuan (Dirjen bina yanmed, Depkes RI, 2007), antara lain sebagai berikut:

- a. Jenis tenaga di rumah sakit disesuaikan dengan klasifikasi dan kebutuhan rumah sakit.
- b. Proses rekrutmen dan seleksi tenaga fungsional RS sesuai dengan *hospital by laws* atau *medicall staff by laws*. Seluruh tenaga medik harus mempunyai surat ijin praktek yang masih berlaku.
- c. Minimal dari 50% dari tenaga di rumah sakit harus bekerja secara purna waktu.
- d. Jumlah minimal tenaga medis spesialis purna waktu disesuaikan dengan klasifikasi rumah sakit.
- e. Tenaga medik, keperawatan dan non medik purna waktu mempunyai surat pengangkatan dari direktur rumah sakit.

C. Kinerja Sumber Daya Manusia

1. Pengertian Kinerja

Secara etimologi kinerja berarti sesuatu yang dicapai, prestasi yang diperlihatkan dan kemampuan kerja (tim penyusun kamus, 1997). Sedangkan menurut suwatno (2011) menyatakan bahwa kinerja atau

prestasi kerja merupakan hasil yang dicapai seseorang menurut ukuran yang berlaku, dalam kurun waktu tertentu, berkenaan dengan pekerjaan, serta perilaku dan tindakannya. Menurut Syamsir Kinerja (*performance*) adalah kuantitas dan atau kualitas hasil kerja individu atau kelompok dalam organisasi dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsi yang berpedoman pada norma, standar operasional prosedur, kriteria dan ukuran yang telah ditetapkan atau yang berlaku dalam organisasi.

Sedangkan menurut Gomes (1997) dalam Mangkunegara (2005) menyatakan bahwa kinerja karyawan sebagai “ungkapan seperti *output*, efisiensi serta efektivitas sering dihubungkan dengan produktivitas”. Mangkunegara (2000) mendefinisikan kinerja karyawan (*prestasi kerja*) sebagai hasil kerja yang dicapai oleh seorang karyawan dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya.

Oleh karena itu Mangkunegara (2005) menyimpulkan bahwa kinerja SDM adalah prestasi hasil kerja (*output*) baik kuantitas maupun kualitas yang dicapai oleh seorang pegawai/ karyawan persatuan periode waktu dalam melaksanakan tugas kerjanya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya.

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

jabatan fungsional maupun struktural, tetapi juga kepada keseluruhan jajaran individu di dalam organisasi. Deskripsi dari kinerja menyangkut tiga komponen penting, yaitu: tujuan, ukuran dan penilaian (Ilyas, 2002).

Sedangkan Schmerhorn (Ramadhani, 2000) menyatakan bahwa kinerja adalah hasil kerja yang dipengaruhi oleh kemampuan individu, motivasi dan dukungan organisasi seperti sumber daya yang tersedia, peralatan, teknologi, struktur organisasi, rancangan pekerjaan dan tujuan yang jelas.

2. Penilaian Kinerja

Pada beberapa pekerjaan, sulit untuk mengidentifikasi secara lengkap kriteria objektif mengenai penilaian terhadap kinerja. Penilaian kinerja (PK) menurut Ilyas (2002) adalah proses menilai hasil karya personel dalam suatu organisasi melalui instrumen penilaian kinerja. Menurut Hall (1986) dalam Ilyas (2002), penilaian kinerja merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai kualitas kerja personel dan usaha untuk memperbaiki unjuk kerja personel dalam organisasi. Menurut Certo (1984) dalam Ilyas (2002), penilaian kinerja merupakan proses penelusuran kegiatan pribadi personel pada masa tertentu dan menilai hasil karya yang ditampilkan terhadap pencapaian sasaran sistem manajemen.

Mengginson (1981) dalam Mangkunegara (2000) menyatakan bahwa penilaian prestasi kerja (performance appraisal) adalah suatu proses yang digunakan pimpinan untuk menentukan apakah seorang

karyawan melakukan pekerjaannya sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya”.

Selanjutnya Sikula (1981) yang dikutip Mangkunegara (2000) mengemukakan bahwa “ penilaian pegawai merupakan evaluasi yang sistematis dari pekerjaan pegawai dan potensi yang dapat dikembangkan.

Dari beberapa pendapat dapat disimpulkan bahwa evaluasi kinerja adalah penilaian yang dilakukan secara sistematis untuk mengetahui hasil pekerjaan karyawan dan kinerja organisasi.

Dalam menilai kinerja di ruang rawat inap difokuskan pada perawat karena keberadaan perawat bersinggungan secara langsung dengan pasien dan perawat sebagai tenaga medis dapat membawa citra rumah sakit yang bersangkutan dan tenaganya sangat dibutuhkan oleh pasien.

3. Manajemen Kinerja

Menurut Ruky (2002) manajemen kinerja adalah suatu bentuk usaha kegiatan atau program yang diprakarsai dan dilaksanakan oleh pimpinan organisasi atau perusahaan untuk mengarahkan dan mengendalikan prestasi karyawan.

Sedangkan Bacal (1999) mendefinisikan bahwa manajemen kinerja adalah suatu proses komunikasi yang terus menerus, dilakukan dalam kerangka kerjasama antara seorang karyawan dan atasannya langsung, yang melibatkan penetapan pengharapan dan pengertian tentang fungsi kerja karyawan yang paling besar, bagaimana pekerjaan karyawan memberikan kontribusi pada sasaran organisasi, makna dalam arti konkret

untuk melakukan pekerjaan dengan baik, bagaimana prestasi kerja akan diukur, rintangan yang mengganggu kinerja dan cara untuk meminimalkan atau melenyapkan.

4. Tujuan Penilaian/ Evaluasi Kinerja

Tujuan evaluasi kinerja adalah untuk memperbaiki atau meningkatkan kinerja organisasi melalui peningkatan kinerja dari SDM organisasi. Secara lebih spesifik, tujuan dari evaluasi kinerja sebagaimana dikemukakan Sunyoto (1999) dalam Mangkunegara (2005) adalah sebagai berikut:

- a. Meningkatkan saling pengertian antara karyawan tentang persyaratan kinerja.
- b. mereka termotivasi untuk berbuat yang lebih baik, atau sekurang-kurangnya berprestasi sama dengan prestasi yang terdahulu.
- c. Memberikan peluang kepada karyawan untuk mendiskusikan keinginan dan aspirasinya dan meningkatkan kepedulian terhadap karier atau terhadap pekerjaan yang diembannya sekarang.
- d. Mendefinisikan atau merumuskan kembali sasaran masa depan, sehingga karyawan termotivasi untuk berprestasi sesuai dengan potensinya.
- e. Memeriksa rencana pelaksanaan dan pengembangan yang sesuai dengan kebutuhan pelatihan, khusus rencana diklat, dan kemudian menyetujui rencana itu jika tidak ada hal-hal yang perlu diubah.

Kegunaan penilaian prestasi kerja (kinerja) karyawan adalah:

- a) Sebagai dasar dalam pengambilan keputusan yang digunakan untuk prestasi, pemberhentian dan besarnya balas jasa.
- b) Untuk mengukur sejauh mana seorang karyawan dapat menyelesaikan pekerjaannya.
- c) Sebagai dasar untuk mengevaluasi efektivitas seluruh kegiatan dalam perusahaan.
- d) Sebagai dasar untuk mengevaluasi program latihan dan keefektifan jadwal kerja, metode kerja, struktur organisasi, gaya pengawasan, kondisi kerja dan pengawasan.
- e) Sebagai indikator untuk menentukan kebutuhan akan latihan bagi karyawan yang berada di dalam organisasi.
- f) Sebagai alat untuk meningkatkan motivasi kerja karyawan sehingga dicapai *performance* yang baik.
- g) Sebagai alat untuk dapat melihat kekurangan atau kelemahan dan meningkatkan kemampuan karyawan selanjutnya.
- h) Sebagai kriteria menentukan, seleksi dan penempatan karyawan.
- i) Sebagai alat untuk memperbaiki atau mengembangkan kecakapan karyawan.
- j) Sebagai dasar untuk memperbaiki atau mengembangkan uraian tugas (*job description*).

5. Sasaran Penilaian/ Evaluasi Kinerja

Sasaran-sasaran dan evaluasi kinerja karyawan yang dikemukakan Sunyoto (1999) dalam Mangkunegara (2005) sebagai berikut:

- a. Membuat analisis kinerja dari waktu yang lalu secara berkesinambungan dan periodik, baik kinerja karyawan maupun kinerja organisasi.
- b. Membuat evaluasi kebutuhan pelatihan dari para karyawan melalui audit keterampilan dan pengetahuan sehingga dapat mengembangkan kemampuan dirinya. Atas dasar evaluasi kebutuhan pelatihan itu dapat menyelenggarakan program pelatihan dengan tepat.
- c. Menentukan sasaran dari kinerja yang akan datang dan memberikan tanggung jawab perorangan dan kelompok sehingga untuk periode selanjutnya jelas apa yang harus diperbuat oleh karyawan, mutu dan baku yang harus dicapai, sarana dan prasarana yang diperlukan untuk meningkatkan kinerja karyawan.
- d. Menemukan potensi karyawan yang berhak memperoleh promosi, dan kalau mendasarkan hasil diskusi antara karyawan dengan pimpinannya itu untuk menyusun suatu proposal mengenai sistem bijak (merit system) dan sistem promosi lainnya, seperti imbalan (*reward system recommendation*).

6. Prinsip Dasar Penilaian/ Evaluasi Kinerja

Mangkunegara (2005) Secara singkat menyimpulkan bahwa prinsip dasar evaluasi kinerja sebagai berikut:

- a. Fokusnya adalah membina kekuatan untuk menyelesaikan setiap persoalan yang timbul dalam pelaksanaan evaluasi kinerja. Jadi bukan semata-mata menyelesaikan persoalan itu sendiri, namun pimpinan dan karyawan mampu menyelesaikan persoalannya dengan baik setiap saat, setiap ada persoalan baru. Jadi yang penting adalah kemampuannya.
- b. Selalu didasarkan atas suatu pertemuan pendapat, misalnya dari hasil diskusi antara karyawan dengan penyelia langsung, suatu diskusi yang konstruktif untuk mencari jalan yang terbaik dalam meningkatkan mutu dan baku yang tinggi.
- c. Suatu proses manajemen yang alami, jangan merasa dan menimbulkan kesan terpaksa, namun dimasukkan secara sadar ke dalam corporate planning, dilakukan secara periodik, terarah dan terprogram, bukan kegiatan yang hanya setahun sekali atau kegiatan yang dilakukan jika manajer ingat saja.

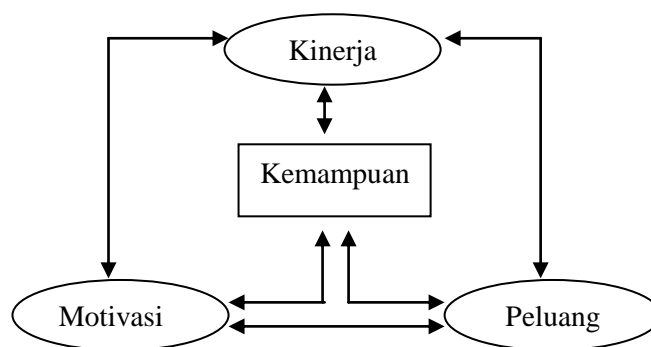
7. Faktor yang Mempengaruhi Pencapaian Kinerja

Faktor yang mempengaruhi pencapaian kinerja adalah faktor kemampuan (*ability*) dan faktor motivasi (*motivation*), yang pertama kali dikemukakan oleh Heider (1958), (yang dikutip dari Anderson dan Butzin, 1974). Pendekatan mengenai performance dirumuskan sebagai berikut:

Human Performance = Ability x Motivation

Kemudian Anderson dan Butzin membuat formula baru yang menggunakan perkalian tambahan sekaligus, yang rumusnya sebagai berikut :

Future Performance = [past performance + (motivation x ability)]



Gambar 1. Dimensi kinerja (Robbins, 2003)

Robbins (2003) yang menyadur dari M.Blumberg dan. Pringle (1982) mengemukakan bahwa selain motivasi dan kemampuan, terdapat dimensi lain yang perlu ditambahkan untuk berkinerja, yaitu peluang (*Opportunity*), karena meskipun individu mungkin bersedia dan mampu, bisa jadi ada rintangan yang menjadi kendala kinerja yang tunjukkan oleh gambar 1.

D. Faktor Eksternal yang Mempengaruhi Kinerja Individu

1. Sistem imbalan (*Reward System*)

a. Empat kriteria sistem imbalan/kompensasi

Menurut Ivancevich (1997) sistem imbalan/ kompensasi, harus memenuhi empat kriteria, yaitu:

- 1) Memberikan rasa aman sehingga memenuhi kebutuhan dasar karyawan.
- 2) Seimbang, dalam arti pemberian imbalan/ kompensasi merupakan bagian dari penghargaan total termasuk di dalamnya tunjangan dan promosi.
- 3) Memberikan biaya manfaat bagi organisasi.
- 4) Dapat diterima dengan baik oleh karyawan. Di dalam hal ini termasuk tiga hal yang memerlukan pertimbangan adalah apakah pemberian harus dilakukan secara tertutup atukah diperlukan komunikasi agar tercapai titik temu yang disepakati dan dapat diterima oleh semua pihak, atukah perlu mengikutsertakan karyawan dalam menentukan keputusan yang terkait dengan sistem imbalan/ kompensasi.

b Tujuan Sistem Imbalan

Adapun tujuan sistem imbalan menurut Handoko (1994) sebagai berikut:

- 1) Memperoleh pegawai yang berkualitas. Suatu tingkat gaji yang relatif tinggi diperlukan untuk menarik pelamar yang berkualitas.

- 2) Mempertahankan karyawan yang baik. Bila tingkat imbalan/kompensasi tidak kompetitif, akan banyak karyawan yang baik akan keluar mencari tempat yang lebih memuaskan. “turn over” karyawan akan tinggi.
- 3) Menjamin keadilan. Keadilan atau konsistensi internal maupun eksternal sangat penting diperhatikan dalam menentukan tingkat imbalan.
- 4) Menghargai perilaku yang diinginkan. Sistem kompensasi yang efektif hendaknya mendorong perilaku yang diinginkan, seperti prestasi kerja yang baik, pengalaman, kesetiaan, dan tanggung jawab.
- 5) Mengendalikan biaya. Suatu program imbalan/ kompensasi yang rasional akan membantu organisasi untuk mendapatkan atau mempertahankan sumber daya manusia pada tingkat biaya yang layak.
- 6) Memenuhi peraturan legal. Sistem kompensasi menghadapi batasan dan peraturan yang bersifat legal. Program imbalan/kompensasi yang baik selalu memperhatikan hal tersebut dan sesuai dengan peraturan pemerintah yang mengatur imbalan/kompensasi untuk karyawan.

2. Pelatihan dan pengembangan (*Training and development*)

Pendidikan dan pelatihan dilakukan untuk meningkatkan keahlian dan pengetahuan karyawan serta diharapkan akan mengubah

perilakunya, sehingga pengetahuan dan keterampilan serta perilakunya dapat mencapai standar tertentu sesuai dengan tuntutan pekerjaan (Nasution, 2000). Selanjutnya Mangkuprawira (2003) menyatakan bahwa pendidikan dan pelatihan merupakan sebuah proses mengajarkan pengetahuan dan keahlian serta sikap agar karyawan semakin terampil dan mampu melaksanakan tanggung jawabnya dengan semakin baik sesuai dengan standar.

Wexley dan Yukl (1976) mengatakan:

“...Training and development are terms referring to planned efforts designed facilitate the acquisition of relevant skills, knowledge, and attitudes by organizational members,..”

Di sini latihan dan pengembangan adalah istilah-istilah yang menyangkut usaha yang terencana dan diselenggarakan agar dapat dicapai penguasaan keterampilan, pengetahuan dan sikap yang relevan dengan pekerjaan.

Ada beberapa istilah pelatihan dan pengembangan oleh Campbell et al. (1970) dalam Wexley dan Yukl (1977), sebagai berikut:

“ Development focuses more on improving the decision-making and human relations skills of middle and upper level management, while training involves lower level employees and the presentation of a more factual and narrow subject matter”.

Pendapat ini didukung oleh Sikula (1976) dalam Munandar (1978) bahwa pelatihan adalah proses pendidikan jangka pendek yang mempergunakan prosedur sistematis dan terorganisir, yang mana tenaga kerja non manajerial mempelajari pengetahuan dan keterampilan teknis

untuk tujuan tertentu. Sedangkan pengembangan adalah proses pendidikan jangka panjang yang mempergunakan prosedur sistematis dan terorganisir, dengan mana tenaga kerja manajerial mempelajari pengetahuan konseptual dan teoritik untuk tujuan umum.

Pada prinsipnya batas antara pelatihan dan pengembangan tidaklah jelas. Ada yang menggunakan pelatihan dengan melibatkan individu tingkat bawah dan menampilkan masalah yang lebih nyata dan terbatas, sedangkan penggunaan pengembangan lebih menitikberatkan pada level manajer, agar terampil dalam pembuatan keputusan. (As'ad, 1987).

Menurut Wexley dan Yukl (1977), ada lima alasan mengapa pelatihan dan pengembangan individu itu perlu diselenggarakan oleh organisasi, di antaranya adalah:

- a. *Personnel selection* dan *placement* tidak selalu menjamin akan individu tersebut cukup terlatih dan bisa memenuhi persyaratan pekerjaannya secara tepat. Kenyataannya banyak di antaranya mereka harus mempelajari pengetahuan, keterampilan dan sikap yang diperlukan setelah mereka diterima dalam pekerjaan.
- b. Bagi individu yang sudah senior (lanjut usia, berpengalaman) kadang-kadang perlu ada penyegaran dengan latihan-latihan kerja. Hal ini disebabkan berkembangnya *Job content*, cara mengoperasikan mesin-mesin dan teknisnya, untuk promosi maupun mutasi.

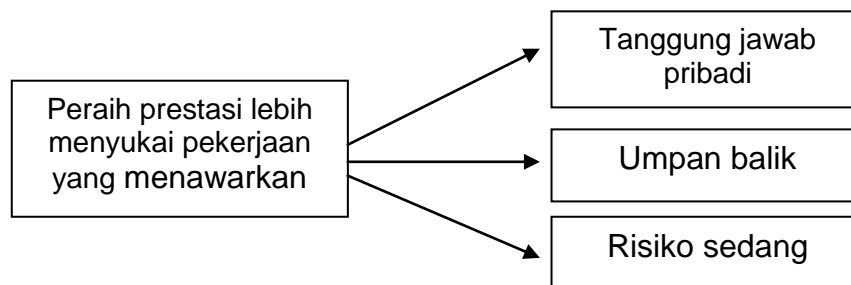
c. Manajemen sendiri menyadari bahwa program pelatihan yang efektif dapat berakibat: peningkatan produktivitas, mengurangi absen, mengurangi *turn over* karyawan dan peningkatan kepuasan kerja.

Pertimbangan mengenai kebutuhan-kebutuhan pelatihan dan pengembangan sebaiknya mencakup tiga jenis analisis (Wexley dan Yukl, 1977), dikutip dari Mc. Gehee dan Thayer (1961), yaitu: *organization*, *job study*, dan *person analysis*.

Tujuan dari latihan dan pengembangan dapat dibedakan menjadi dua, yaitu tujuan umum dan khusus. Menurut Sikula (1976) dalam Munandar (1978) tujuan umum pelatihan adalah: 1) meningkatkan produktivitas kerja, 2) meningkatkan mutu kerja, 3) meningkatkan ketepatan dalam *human resources planning* 4) meningkatkan moral kerja, 5) menjaga kesehatan dan keselamatan kerja 6) menunjang pertumbuhan pribadi (*personal growth*).

3. Tindak lanjut hasil kinerja (*performance feed back*)

Tujuan dari tindak lanjut kinerja adalah menyediakan informasi mengenai perilaku kerja atau hasil kinerja yang secara relatif nyata dan yang tidak dapat terkontrol (Kopelman, 1986). Orang akan melakukan dengan lebih baik bila mereka memperoleh umpan balik mengenai betapa mereka maju ke arah sasaran. Karena umpan balik membantu mengidentifikasi penyimpangan antara apa yang telah mereka kerjakan dan apa yang ingin mereka kerjakan. Artinya umpan balik bertindak untuk memandu perilaku.

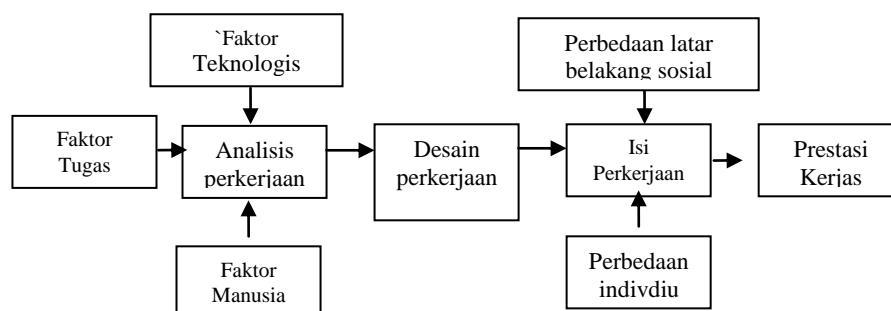


Gambar. 2 Memasangkan peraih prestasi dan pekerjaan (McCelland)

Mc.Clelland (1974) menyatakan bahwa individu dengan kebutuhan tinggi untuk berprestasi lebih menyukai situasi pekerjaan dengan tanggung jawab pribadi, umpan bali, dan risiko sedang. Bila karakteristik-karakteristik ini muncul, peraih prestasi tinggi akan sangat termotivasi. Secara jelas dapat dilihat pada gambar 2.

4. Desain pekerjaan (*Job design*)

Secara skematis model konseptual desain pekerjaan dapat dilihat pada gambar 3. Jika digabungkan, keseluruhan konsep tersebut menguraikan beberapa penentu (*determinants*) utama dari prestasi kerja dan keefektifan organisasi. Model itu memperhitungkan sejumlah sumber kompleksitas.



Gambar. 3 Desain pekerjaan dan prestasi kerja (Gibson, 1990)

Reaksi orang-orang terhadap pekerjaan tidak sama. Orang yang satu mungkin memperoleh kepuasan positif dari suatu pekerjaan, sedang orang lainnya tidak. Dalam model itu juga diakui bahwa antara kebutuhan individu dengan kebutuhan organisasi terdapat imbuhan (*trade-off*) yang sulit.

Dari gambar 3 terlihat bahwa Gibson Ivancevich Donnelly (1990) mengartikan desain pekerjaan sebagai hasil analisis pekerjaan. Dalam desain pekerjaan dikhususkan tiga ciri pekerjaan; yaitu cakupan, kedalaman dan hubungan.

a. Cakupan dan kedalaman

Cakupan pekerjaan (*job range*) bervariasi dari sedikit sampai berbagai tugas yang berbeda. Pekerjaan dengan tugas yang relatif sedikit, lebih khusus dari pekerjaan dengan banyak tugas. Cakupan pekerjaan mengacu pada jumlah tugas yang dilakukan seorang pemegang pekerjaan. Orang yang melakukan delapan tugas untuk menyelesaikan sebuah pekerjaan, mempunyai cakupan kerja lebih luas daripada orang yang melakukan empat tugas. Dalam banyak contoh, semakin besar jumlah tugas yang dilakukan, semakin lama waktu yang diperlukan untuk menyelesaikannya.

Kedalaman pekerjaan bervariasi dari sedikit sampai bervariasi banyak kebijaksanaan dalam hal pemilihan aktivitas dan hasil. Pekerjaan yang relatif dangkal adalah ciri khas pekerjaan yang relatif

dispesialisasikan. Cakupan dan kedalaman pekerjaan membedakan satu pekerjaan dari pekerjaan lainnya bukan saja dalam organisasi yang sama melainkan juga di antara organisasi yang berbeda.

b. Hubungan kerja

Hubungan kerja ditentukan oleh keputusan para manajer berdasarkan departementalisasi dan rentang kendali. Manajer bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan kelompok-kelompok yang dibentuk sesuai dengan tujuan organisasi. Keputusan yang berdasarkan departementalisasi dan rentang kendali itu menentukan sifat dan luas hubungan antarpribadi para pemegang pekerjaan, baik secara individual maupun dalam organisasi.

Semakin luas rentang kendali, semakin besar kelompok itu dan dengan sendirinya semakin suka mengadakan hubungan persahabatan dan keuntungan.

(Gibson et al. 1990) menyatakan Kesejahteraan organisasi dan karyawan tergantung dari seberapa baik pimpinan mendesain pekerjaan.

Teknik desain pekerjaan dan desain ulang pekerjaan berusaha untuk:

- 1) Mengidentifikasi kebutuhan pokok karyawan dan organisasi
- 2) Menyingkirkan penghalang di tempat kerja yang memadamkan kebutuhan tadi.

Para manajer berharap agar hasilnya berupa pekerjaan yang;

- 1) Memenuhi kebutuhan pribadi yang penting
- 2) Mendorong keefektifan individu, kelompok, dan organisasi

5. Alternatif jadwal kerja (*Work schedule*)

Variasi jadwal kerja yang lebih fleksibel dengan memperhatikan aspek kebutuhan dan kenyamanan karyawan dalam menjalankan tugas dihubungkan dengan aktivitas kesehatarian secara pribadi memberikan kepuasan tersendiri bagi perawat. Dengan jadwal yang sesuai antara pemenuhan aktivitas pribadi dan pekerjaan akan memberikan sugesti positif bagi perawat untuk meningkatkan kinerjanya.

Menurut Kopelman (1986), terdapat 2 bentuk umum dalam melakukan alternatif jadwal kerja, yaitu; a) Memperpendek waktu kerja selama seminggu (*compressedd workweek*); b) fleksibilitas pada jam kerja (*flexible work hours*). Sedangkan untuk inovasi, yaitu: 1) penggunaan *part-time*, 2) *Job sharing*, c) *Mini shift*, d) memperpanjang waktu libur, e) *sabbaticals* dan f) *phased retirement*.

Secara umum kedua bentuk umum yang digunakan yaitu (*compressedd workweek*) dan (*compressedd workweek*) masing-masing memiliki kelebihan dan kekurangan masing-masing.

E. Faktor Internal Yang Mempengaruhi Kinerja Individu

1. Biografi

a. Umur

Hubungan umur dengan produktivitas seorang karyawan akan menurun disebabkan bertambahnya umur.

b. Jenis kelamin

Sejak tahun 1970-an, semakin banyak kaum wanita yang telah bergerak memasuki karier organisasi (Gibson Ivancevich Donnelly 1990). Terdapat perbedaan fisik maupun mental antara pria dan wanita yang dengan perbedaan ini, akan berpengaruh terhadap kinerja mereka.

2. Kemampuan (*Ability*)

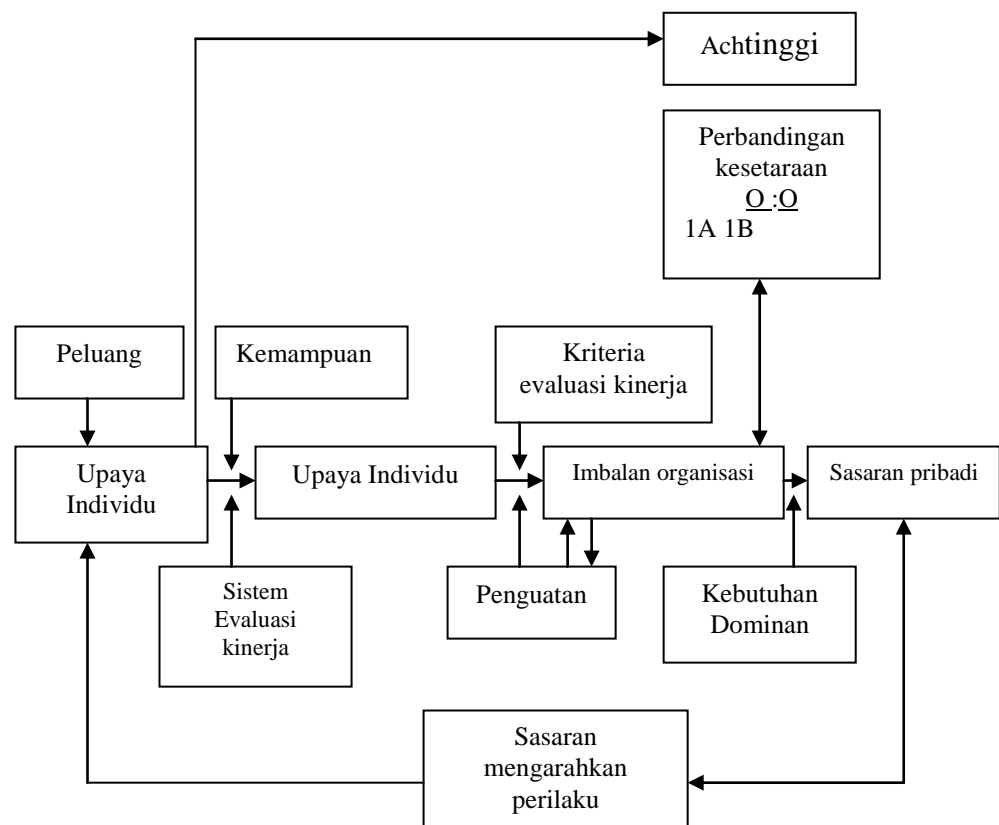
Ability adalah suatu ciri, biologis atau dipelajari, yang memungkinkan seseorang melakukan sesuatu yang bersifat mental atau fisik (Gibson, 1990). Robbin (2003) mengemukakan bahwa kemampuan secara keseluruhan tersusun dari dua faktor: kemampuan intelektual dan kemampuan fisik. Kemampuan intelektual adalah kemampuan yang dibutuhkan untuk menjalankan kegiatan mental.

Tujuh dimensi yang paling sering dikutip yang membentuk kemampuan intelektual adalah kemahiran berhitung, pemahaman verbal, kecepatan perseptual, penalaran induktif, penalaran deduktif, visualisasi ruang, dan daya ingat. Sedangkan kemampuan fisik khusus bermakna penting bagi keberhasilan menjalankan pekerjaan-pekerjaan

yang kurang menuntut keterampilan dan yang lebih standar. Misalnya pekerjaan yang keberhasilannya menuntut stamina, kecekatan fisik, kekuatan tungkai, atau bakat-bakat serupa menuntut manajemen untuk mengenali kapabilitas fisik seorang karyawan.

3. Tingkat Motivasi

Motif seringkali diartikan dengan istilah dorongan. Dorongan atau tenaga tersebut merupakan gerak jiwa dan jasmani untuk berbuat (As'ad, 2000).



Gambar 4. Paduan Teori Kontemporer Motivasi (Robbins, 2003)

Dorongan atau tenaga tersebut merupakan gerak jiwa dan jasmani untuk berbuat. Sedangkan motivasi kerja (As'ad, 2002) adalah sesuatu

yang menimbulkan semangat atau dorongan kerja. Motivasi terbentuk dari sikap (*attitude*), karyawan dalam menghadapi situasi kerja di perusahaan (*situation*). Motivasi merupakan kondisi atau energi yang menggerakkan diri karyawan yang terarah atau tertuju untuk mencapai tujuan organisasi perusahaan. (Mangkunegara, 2005)

Di dalam organisasi kekuatan tersebut dapat mempengaruhi efektivitas dan efisiensi organisasi baik positif maupun negatif. Karena kebutuhan orang berbeda-beda, berbeda pula cara untuk memotivasi para anggota yang ada dalam suatu organisasi. Secara rinci Robbin (2003) menyimpulkan beberapa teori motivasi yang dapat dilihat pada gambar 6.

F. Perawat dan Asuhan Keperawatan

1. Perawat

Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan baik di dalam maupun luar negeri sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku ((KepMenkes RI Nomor 647/ Menkes/ SK/ IV/2000) Bab I Pasal 1 ayat 1)).

Aditama T. Y. dalam buku Manajemen Administrasi Rumah Sakit, menyatakan bahwa di masa depan ada beberapa jenis dan jenjang tenaga keperawatan profesional yang diperlukan antara lain sebagai berikut:

- a. Tenaga keperawatan profesional sebagai pelaksana pelayanan/asuhan keperawatan, dan pelaksana pendidikan keperawatan, baik yang bersifat umum maupun dengan kekhususan, atau memiliki

kemampuan khusus dalam keperawatan. Tenaga keperawatan ini dihasilkan melalui program pendidikan DIII keperawatan dan program pendidikan sarjana keperawatan.

- b. Tenaga keperawatan profesional sebagai pengelola keperawatan, baik pengelola pelayanan keperawatan profesional maupun pengelola pendidikan perawatan, khususnya pendidikan tinggi keperawatan. Tenaga keperawatan ini dihasilkan melalui program pendidikan sarjana keperawatan dan magister keperawatan.

Tenaga perawatan dihasilkan melalui program pendidikan magister keperawatan juga ditujukan untuk pengadaan staf akademik pada program pendidikan sarjana keperawatan.

- c. Tenaga peneliti dan pengembang bidang keperawatan, mencakup pelayanan/ asuhan keperawatan profesional, pendidikan tinggi keperawatan, riset keperawatan, dihasilkan melalui program magister keperawatan dan program doktor keperawatan.
- d. Tenaga pembantu pelayanan/ asuhan keperawatan yang merupakan tenaga non profesional (pekerja kesehatan/ keperawatan) dihasilkan melalui pendidikan pada jenjang pendidikan menengah sebagai pendidikan kejuruan (vokasional).

G. Asuhan Keperawatan

UU RI No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan dalam penjelasan pasal 53 ayat 2 mendefinisikan standar profesi sebagai “ pedoman yang harus dipergunakan sebagai petunjuk dalam menjalankan profesi secara baik”. Secara singkat dapat dikatakan standar adalah pedoman kerja agar pekerjaan berhasil dan bermutu. Berdasarkan alasan ini maka kehadiran standar asuhan keperawatan yang identik dengan standar profesi keperawatan, berguna sebagai kriteria untuk mengukur keberhasilan dan mutu asuhan keperawatan.

Standar-standar yang ditetapkan dalam standar asuhan keperawatan terdiri dari: 1) standar I (pengkajian keperawatan), 2) Standar II (diagnosa keperawatan), 3) standar III (perencanaan keperawatan), 4) standar IV (intervensi keperawatan), 5) standar V (evaluasi keperawatan), 6) standar VI (catatan asuhan keperawatan).

Terdapat kriteria-kriteria tertentu yang harus dipenuhi dalam pemberian asuhan keperawatan. Apabila kriteria-kriteria dapat dipenuhi, maka dianggap mutu asuhan keperawatan dapat dipertanggungjawabkan secara profesional.

Tim Depkes RI (1997) menyatakan bahwa pengkajian keperawatan (standar I) meliputi pengumpulan data, pengelompokan data dan perumusan masalah.

1. Diagnosa Keperawatan (Standar II)

(Salam, 2003) menyatakan bahwa diagnosa keperawatan adalah respon individu pasien terhadap rangsangan yang timbul dari diri sendiri maupun rangsangan dari luar (lingkungan).

Diagnosa keperawatan:

- a. Fokus: respon pasien terhadap tindakan medis maupun faktor lain
- b. Orientasi: kebutuhan dasar manusia (KDM)
- c. Berubah sesuai perubahan respon pasien
- d. Mengarah pada fungsi mandiri perawat
- e. Diagnosa keperawatan melengkapi diagnosa medis

Menurut Tim Depkes RI, mendiagnosa keperawatan dirumuskan berdasar status kesehatan pasien, dianalisis dan dibandingkan dengan fungsi normal kehidupan pasien.

2. Kriteria diagnosa keperawatan:

- a. Diagnosa keperawatan dihubungkan dengan penyebab kesenjangan dan pemenuhan kebutuhan pasien
- b. Dibuat sesuai wewenang perawat
- c. Komponennya terdiri dari masalah, penyebab dan gejala atau terdiri dari masalah dan penyebab
- d. Bersifat aktual bila masalah kesehatan pasien sudah terjadi
- e. Bersifat potensial bila masalah kesehatan pasien kemungkinan besar akan terjadi
- f. Dapat ditanggulangi oleh perawat

3. Perencanaan Keperawatan (Standar III)

Perencanaan keperawatan disusun berdasarkan pada diagnosa keperawatan.

Komponen perencanaan keperawatan meliputi:

- a. Prioritas masalah
- b. Tujuan asuhan keperawatan
- c. Rencana tindakan
- d. Dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat menggunakan proses keperawatan dengan lima tahapan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan pasien/ keluarga.
- e. Perawat bertanggung jawab dan bertanggung gugat, memiliki wewenang melakukan usaha keperawatan secara utuh berdasarkan standar asuhan keperawatan.
- f. Pendidikan keperawatan berkelanjutan harus dilaksanakan secara terus menerus untuk pertumbuhan dan perkembangan staf dalam pelayanan keperawatan.

4. Intervensi Keperawatan (Standar IV)

Menurut Tim Depkes RI, intervensi keperawatan terdiri atas: 1) memenuhi kebutuhan oksigen, 2) memenuhi kebutuhan nutrisi, keseimbangan cairan dan elektrolit, 3) memenuhi kebutuhan eliminasi, 4) memenuhi kebutuhan keamanan, 5) memenuhi kebutuhan kebersihan dan kenyamanan fisik, 6) Memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur, 7) memenuhi kebutuhan gerak dan kegiatan jasmani, 8)

memenuhi kebutuhan gerak dan kegiatan jasmani, 9) memenuhi kebutuhan spiritual, 10) memenuhi kebutuhan emosional, 11) memenuhi kebutuhan komunikasi, 12) mencegah dan mengatasi reaksi fisiologis, dan 13) memenuhi kebutuhan pengobatan dan membantu proses penyembuhan, 14) memenuhi kebutuhan penyuluhan, dan 15) memenuhi kebutuhan rehabilitasi

5. Evaluasi Keperawatan (Standar V)

Menurut tim Depkes RI, evaluasi keperawatan dilakukan secara periodik, sistematis dan terencana untuk menilai perkembangan pasien.

6. Catatan Asuhan Keperawatan (Standar VI)

Catatan asuhan keperawatan dilakukan secara individual. Peran dan fungsi perawat pada dasarnya dapat dibedakan atas beberapa macam, yaitu:

a. Memberikan perawatan

Membantu pasien dalam proses pemulihan kesehatan pasien, proses pemulihan, perawat merawat kebutuhan pasien secara holistik termasuk di dalamnya memberikan keperawatan pada pasien dan keluarga untuk mencapai tujuan dengan meminimalkan biaya.

b. Pengambilan keputusan

Pengambilan keputusan ini dilakukan pada saat mengkaji kondisi pasien, memberikan perawatan atau dievaluasi hasil

perawatan. Dalam situasi tertentu perawat harus mengambil keputusan sendiri.

c. Menjaga dan melindungi pasien

Perawat membantu mempertahankan keamanan pasien dari luka dan menjaga pasien dari efek samping tindakan-tindakan diagnostik.

d. Manajer

Perawat bekerjasama dalam tim, diantaranya adalah ahli gizi dan fisioterapi untuk merawat pasien secara bersama-sama.

e. Rehabilitasi

Sebuah proses untuk memaksimalkan fungsi tubuh setelah sakit, kecelakaan dan lain-lain, dan perawat membantu mereka sesuai dengan kemampuannya.

f. Perawat pendidik

Perawat pendidik ini biasanya bekerja sebagai staf atau dosen pada pendidikan perawatan.

g. Perawat administrasi

Perawat administrasi ini berfungsi untuk *managed care* pasien sampai pasien pulang, fungsi seperti ini biasanya dipegang un\oleh perawat yang mempunyai posisi *middle* manajer sebagai kepala perawat atau supervisor.

Profesi keperawatan merupakan salah satu profesi luhur bidang kesehatan. Keperawatan ini adalah salah satu profesi di rumah

sakit yang berperan penting dalam penyelenggaraan upaya menjaga mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Pelayanan keperawatan ini menjamin adanya asuhan keperawatan yang bermutu tinggi dengan terus menerus melibatkan diri dalam program pengendalian mutu di rumah sakit.

Menurut WHO *Expert Committee 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.

Gillies dalam buku *Nursing management, a system Approach* (1989) seperti yang dikutip Aditama (2002) mengatakan bahwa manajemen keperawatan adalah proses pelaksanaan pelayanan keperawatan, melalui upaya staf keperawatan, untuk memberi asuhan keperawatan, pengobatan dan rasa aman bagi pasien.

Sedangkan menurut Griffith (1987) masih dalam Tjandra Aditama menyatakan bahwa pelayanan keperawatan mempunyai 5 tugas, yaitu:

- 1) Melakukan kegiatan promosi kesehatan, termasuk untuk kesehatan emosional dan sosial
- 2) Melakukan upaya pencegahan penyakit dan kecacatan
- 3) Menciptakan keadaan lingkungan, fisik, kognitif, dan emosional sedemikian rupa yang dapat membantu penyembuhan penyakit
- 4) Berupaya meminimalisasi akibat buruk dari penyakit

5) Mengupayakan kegiatan rehabilitasi

Untuk pemahaman yang berlaku di Indonesia, Lokakarya Nasional Kerja Keperawatan-Konsorsium Ilmu Kesehatan (1983) merumuskan bahwa keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psikososio-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat, baik yang sakit maupun yang sehat mencakup seluruh proses kehidupan manusia (Aditama, 1999).

Dalam mewujudkan terlaksananya keperawatan yang baik dan bermutu tinggi diperlukan beberapa persyaratan antara lain:

- 1) Memenuhi standar profesi dalam efisiensi dan efektifitas.
- 2) Aman bagi konsumen.
- 3) Memuaskan bagi pasien maupun perawat pemberi jasa pelayanan.
- 4) Memperhatikan aspek sosial, ekonomi, agama, etika dan tata nilai masyarakat.

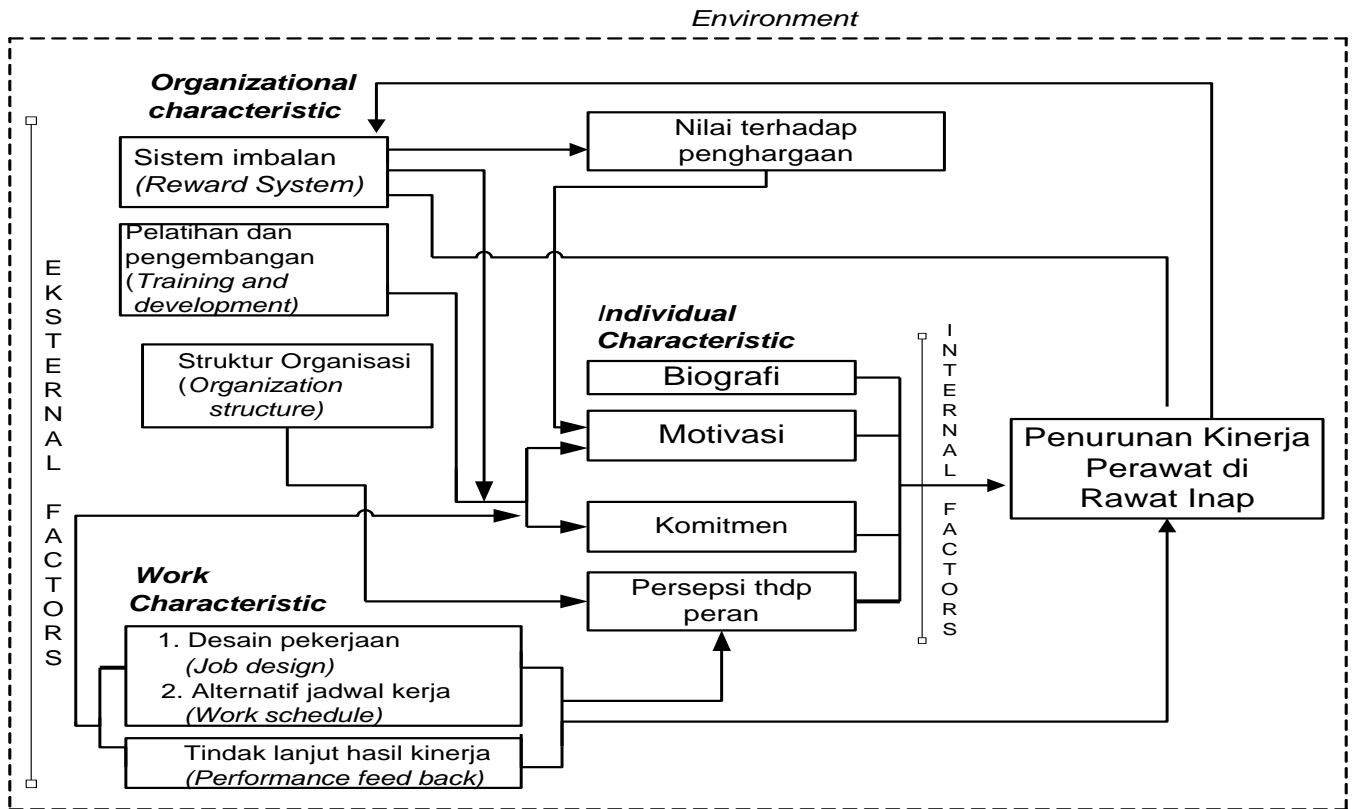
Tabel : 1 Perkembangan Pemikiran Konsep Kinerja

| No | Nama/Tahun | Atribut |
|----|--|---|
| 1 | Heider/ 1958 (yang dikutip oleh Anderson dan Butzin (1974) | $Performance = Motivation \times Ability$ |
| 2 | Model Porter-Lawler, 1967 | $Performance = Effort \times Abilities \times Role\ perception$ |
| 3 | Anderson dan Butzin/1974 | $Future\ performance = [Past\ Performance + (Motivation \times Ability)]$ |
| 4 | Model Vroomian (Vroom, 1964) | <p>$Performance = f (Motivasi \times K)$</p> <p>Performance kerja seseorang merupakan fungsi dari interaksi perkalian antara Motivasi dan Ability (Kecakapan). Jika seseorang rendah pada salah satu komponennya maka prestasi kerjanya pasti akan rendah pula. Tinggi rendahnya motivasi seseorang tenaga kerja ditentukan interaksi perkalian dari tiga komponen yaitu; Valence (nilai-nilai), Instrumentality (I= Alat) dan Expectancy (E= Harapan), sehingga Motivasi = $V \times I \times E$</p> |
| 5 | Richard E. Kopelman/ 1986 | <p>Kinerja dipengaruhi 3 faktor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Organizational characteristics</i> (Reward system, goal setting and MBO, selection, training and development, leadership, organization structure) 2. <i>Work characteristics</i> (Objective performance feedback, job design, work schedule) 3. <i>Individual characteristics</i> (Knowledge, skills, abilities, motivation, belief and value, attitude) |
| 6 | Gibson/ 1987 | <p>Kinerja dipengaruhi 3 Variabel:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Variabel individu (kemampuan, keterampilan: sebagai variabel utama, demografi: pengaruh tidak langsung, latar belakang pribadi) 5. Variabel organisasi (Sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, desain |

| | | |
|---|----------------------|--|
| | | pekerjaan) 6. Variabel Psikologi (persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi) |
| 7 | A. Dale Timple/ 1992 | Faktor-faktor kinerja terdiri dari faktor internal dan faktor eksternal 1. Faktor internal (disposisional) yaitu faktor yang dihubungkan dengan sifat-sifat seseorang. 2. Faktor eksternal: Faktor yang mempengaruhi kinerja seseorang yang berasal dari lingkungan, |
| 8 | Pender/1996 | <i>Health Promotion Model: Environment, self-efficacy, personal and interpersonal factors</i> dikombinasikan dengan <i>barrier</i> dan manfaat dari suatu kegiatan melihat kinerja dari perilaku sehat |

Sumber: Dari Berbagai referensi

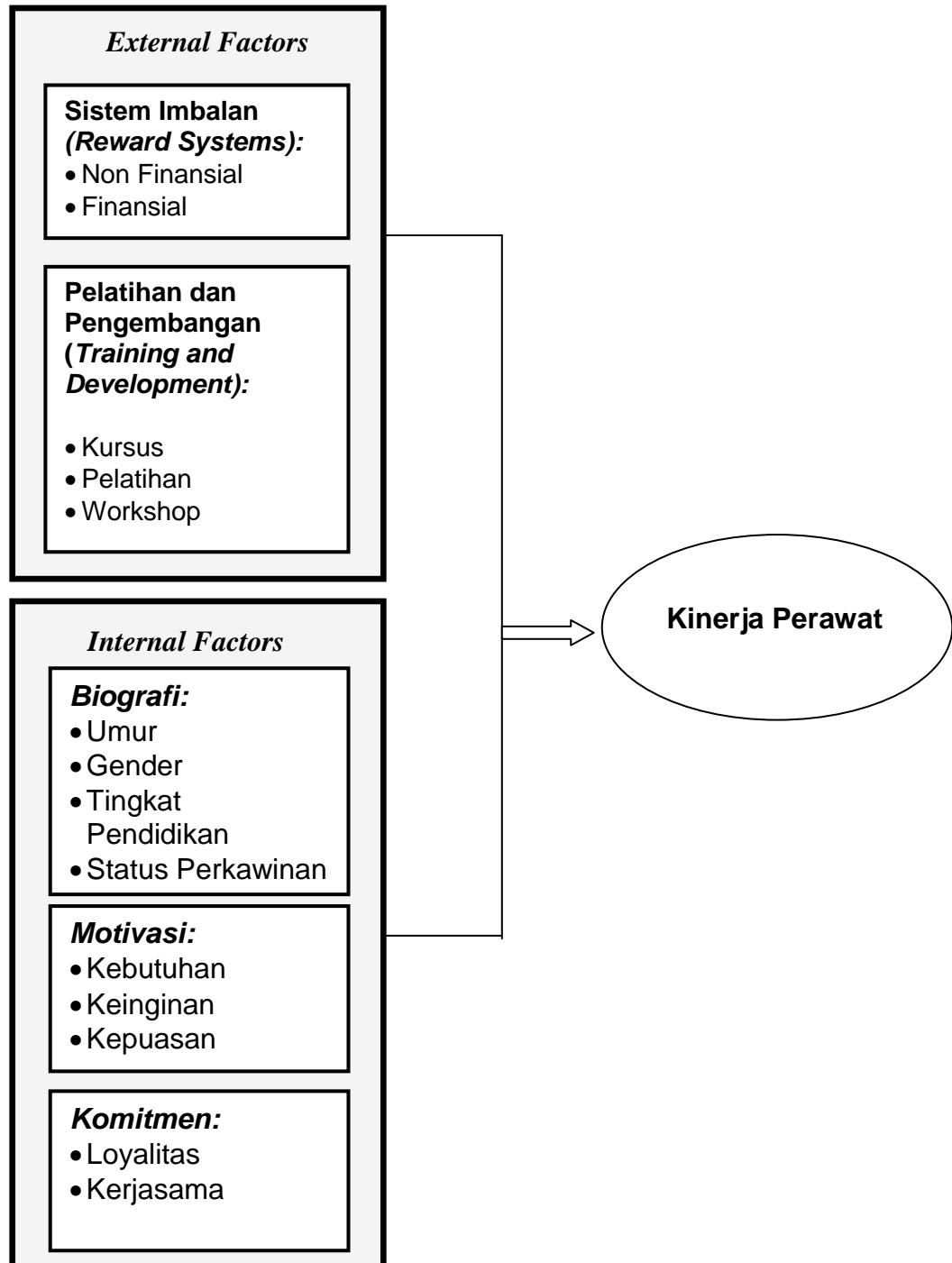
H. Kerangka Teori



Gambar 2
 Skema Kajian Masalah
 Teori Richard E. Kopelman (1986), Modifikasi Teori
 A. Dale Timple (1992) modifikasi Gibson (1998) dan Model
 Porter-Lawler

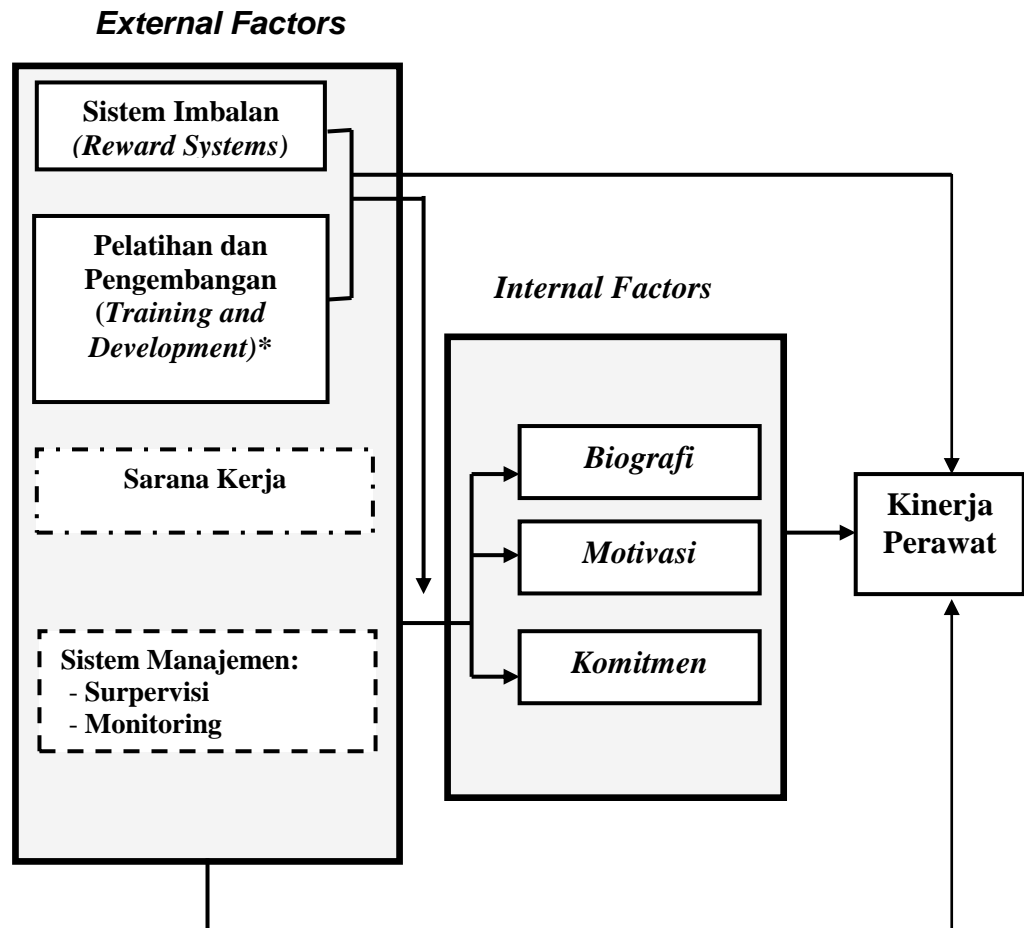
Gambar : 5
 Skema Kerangka Teoritis
 Teori Kopelman (1986), Modifikasi Teori A. Dale Timple (1992), modifikasi Gibson (1998),
 dan Model Porter-Lawler

I. Kerangka Pikir



Gambar : 6 Kerangka Pikir

J. Kerangka Konsep



Gambar : 7 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:

————— : diteliti

- - - - - : tidak diteliti

Kerangka konsep penelitian didasarkan pada teori faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja dalam suatu organisasi (*determinants of productivity in organizations*) oleh Richard E. Kopelman, yang dimodifikasi oleh teori Gibson (1986) tentang pengaruh motivasi dan kemampuan (*ability*) terhadap kinerja individu,

didukung oleh teori A.Dale Timple (1992) tentang faktor eksternal dan internal yang mempengaruhi kinerja individu.

Berdasarkan latar belakang masalah dan tinjauan pustaka yang telah diuraikan sebelumnya, maka telah diidentifikasi variabel yang terlibat secara langsung maupun tidak langsung terhadap kinerja perawat. Selanjutnya juga telah diidentifikasi hubungan antar variabel yang terlibat ke dalam model asumsi.

K. Hipotesis Penelitian

1. Biografi berhubungan signifikan terhadap kinerja perawat.
2. Motivasi berhubungan signifikan terhadap kinerja perawat.
3. Komitmen berhubungan signifikan terhadap kinerja perawat.
4. Sistem imbalan berhubungan signifikan terhadap kinerja perawat.
5. Program pelatihan dan pengembangan SDM berhubungan signifikan terhadap kinerja perawat.