

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Persepsi Perawat

a. Pengertian persepsi

Persepsi adalah pandangan seseorang terhadap suatu kejadian. Dimana persepsi dibentuk oleh harapan dan pengalaman. Persepsi individu pada situasi yang sama dapat berbeda. Hal ini terjadi karena setiap individu itu unik, punya nilai hidup dan pengalaman hidup, sehingga penerimaan dan intepretasinya yang dihasilkan bisa berbeda. Persepsi yang salah dapat menyebabkan seseorang menjadi tegang, tidak suka, tidak nyaman dan tidak puas oleh karena itu perlunya kita memahami persepsi agar orang menjadi senang, bahagia dan puas (Potter & Perry, 2005)

b. Persepsi perawat

Persepsi perawat adalah pandangan, perasaan, intepretasi, dan pemahaman perawat atas apa yang terjadi pada klien dan lingkungan (Potter dan Perry, 2005).

c. Faktor yang mempengaruhi persepsi

Muchlas (2005), menjelaskan mengenai persepsi yaitu persepsi merupakan sesuatu yang ada dalam pikiran manusia. Persepsi melibatkan interaksi yang kompleks dari seleksi, organisasi serta

intrepretasi. Robbins (2003), persepsi tidak muncul begitu saja, faktor-faktor tersebut menyebabkan orang dapat mempunyai intrepretasi yang berbeda-beda mengenai suatu stimulus yang sama. Ada tiga faktor yang mempengaruhi persepsi, yaitu:

1) Pelaku persepsi

Apabila seorang individu memandang pada suatu target dan mencoba mentafsirkan apa yang dilihatnya, penafsiran tersebut dipengaruhi oleh karakteristik-karakteristik pribadi dari pelaku persepsi individual tersebut. Karakteristik yang mempengaruhi persepsi adalah sikap, motif, kepentingan, pengalaman masa lalu, dan pengharapan

2) Target persepsi

Karakteristik-karakteristik dari target yang diamati dapat mempengaruhi persepsi.

3) Situasi

Unsur-unsur dalam lingkungan sekitar seperti waktu, keadaan tempat bekerja, dan keadaan social dapat mempengaruhi persepsi seseorang. Persepsi harus dilihat secara kontesktual yang berarti dalam situasi mana persepsi tersebut timbul dan perlu pula mendapat perhatian.

Menurut Siagian (2012), dalam menentukan persepsi seorang karyawan biasanya menggunakan empat hal sebagai pembanding yaitu: pertama harapan tentang jumlah imbalan yang

dianggapnya layak diterima berdasarkan kualifikasi diri pribadi seperti pendidikan, keterampilan, sifat kerja dan pengalamannya, imbalan yang diterima orang lain dalam organisasi yang kualifikasi dan sifat pekerjaannya relatif sama dengan yang bersangkutan sendiri, ketiga yaitu imbalan yang diterima oleh karyawan lain di kawasan yang sama serta melakukan kegiatan sejenis, dan yang ke empat adalah pertaturan perundang-undangan yang berlaku mengenai jumlah dan jenis imbalan yang merupakan hak para karyawan. Apabila seorang karyawan mempunyai persepsi bahwa imbalan yang dia terima tidak memadai, dua kemungkinan yang dapat terjadi yaitu seseorang akan berusaha memperoleh imbalan yang besar dan mengurangi intensitas usaha yang dibuat dalam pelaksanaan tugas yang menjadi tanggung jawabnya.

Persepsi yang mendasari penelitian ini didefinisikan sebagai bentuk penafsiran dari individu yang didapat dari indera seseorang agar bermakna bagi lingkungannya.

2. Kompensasi

Menurut Martoyo (2000) yang dimaksud dengan kompensasi adalah pengaturan pemberian balas jasa bagi pimpinan maupun pekerja, yang berupa uang atau berupa bukan uang. Sedangkan menurut Dessler (2009), kompensasi berarti semua bentuk penggajian atau ganjaran kepada pegawai dan timbul karena kepegawaian mereka. Simamora (2004),

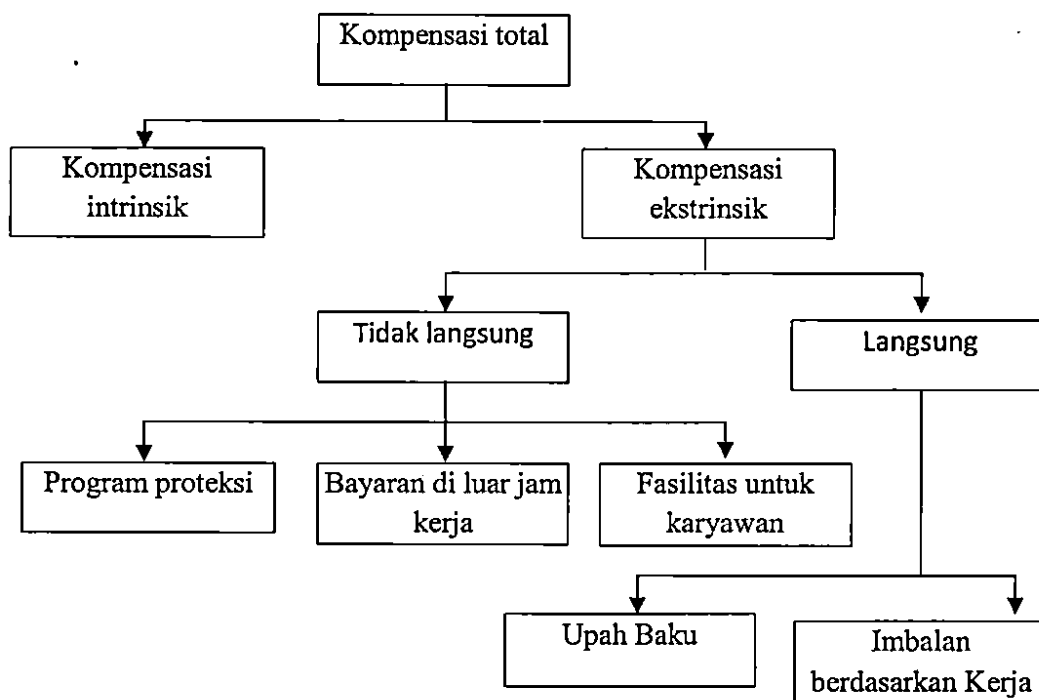
kompensasi merupakan apa yang diterima oleh para karyawan sebagai ganti kontribusi mereka kepada organisasi. Pada umumnya bentuk kompensasi adalah finansial karena pengeluaran moneter yang dilakukan oleh organisasi. Schuler and Huber (1993), menambahkan kompensasi total merupakan suatu penilaian terhadap kontribusi karyawan dan melakukan usaha pendistribusian secara terbuka dan adil sebagai *reward* dari perusahaan yang bersifat *direct* dan *indirect* sebagai pengganti kontribusinya terhadap perusahaan.

Dessler (2009), menyebutkan kompensasi karyawan memiliki dua komponen utama yaitu pembayaran langsung (dalam bentuk upah, gaji, insentif, komisi, dan bonus) dan pembayaran tidak langsung (dalam bentuk tunjangan keuangan seperti asuransi dan liburan). Beberapa faktor yang mempengaruhi perusahaan membuat rancangan pembayaran adalah serikat pekerja yaitu undang-undang yang mengatur tentang kurva upah atau tarif pembayaran bagi tenaga kerja, kebijakan perusahaan termasuk kebijakan yang berasal dari manajer puncak dan keadilan (*eksternal, internal, perorangan dan prosedural*).

Handoko (2000) dan Schuler and Huber (1993), menjelaskan tujuan pemberian kompensasi meliputi; Memperoleh personalia yang berkualitas atau menarik kerja, mempertahankan karyawan yang baik, meningkatkan daya kompetitif perusahaan, memotivasi karyawan, menjamin keadilan, menghargai perilaku karyawan yang diinginkan,

mengendalikan biaya, memenuhi peraturan/regulasi pemerintah, dan memfasilitasi perusahaan dalam mencapai tujuan organisasi.

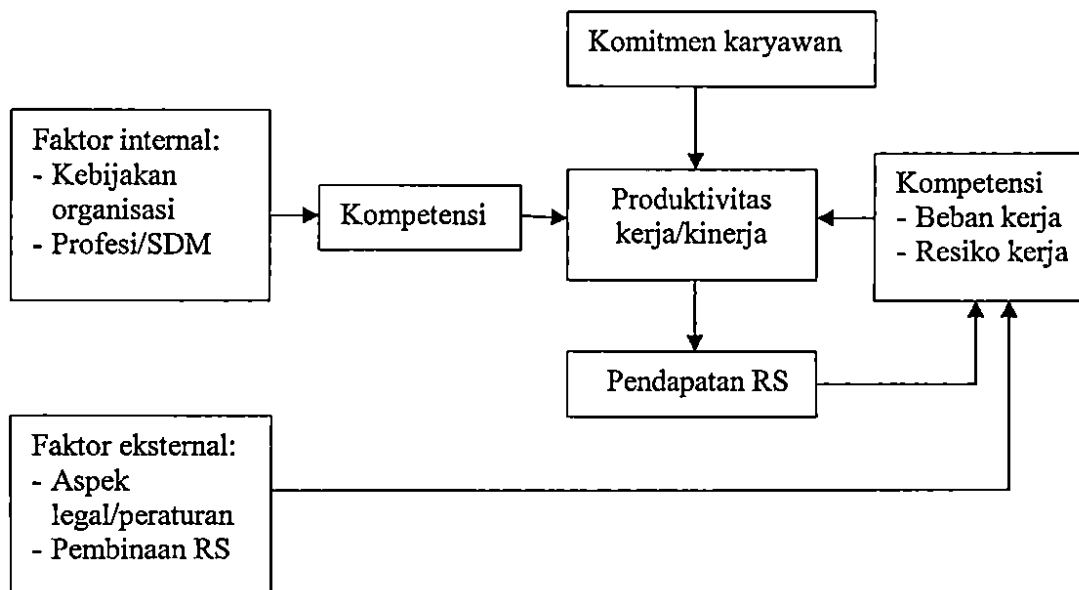
Menurut Schuler (1993), kompensasi dibagi menjadi dua yaitu kompensasi intrinsik (*intrinsic reward*) dan kompensasi ekstrinsik (*extrinsic reward*). Kompensasi ekstrinsik di bagi menjadi kompensasi ekstrinsik langsung (gaji, upah, imbalan berdasarkan kinerja) dan kompensasi ekstrinsik tidak langsung (program proteksi, bayaran diluar jam kerja, program-program perlindungan yang ditetapkan oleh pemerintah, perlindungan individu, pelayanan kesehatan, gaji dikala tidak masuk kerja (*paid level*), dan jaminan hari tua. Seperti terlihat pada gambar 2.1 di bawah ini:



Gambar 2.1
Komponen Kompensasi

Dalam kebijakan strategis perusahaan pemberian upah kepada karyawan hanya mempertimbangkan: *internal alignment*, *external competitiveness*, *employee contributions* and *administration of the pay system*. *Internal alignment* harus merujuk akan kebutuhan tenaga kerja disesuaikan dengan hasil analisis dan evaluasi pekerjaan, kompetisi eksternal merujuk pada besarnya gaji yang diberikan oleh perusahaan lain untuk jenis tenaga yang sama yang dipengaruhi oleh *labor market factors*, jumlah tenaga kerja yang ada dan kebutuhan akan tenaga kerja tersebut sedangkan kontribusi karyawan ditentukan secara relatif berdasarkan atas pertimbangan hasil kinerjanya dan atau senioritas terhadap keberhasilan keuangan atau keuntungan perusahaan (Milkovich and Newman, 2004).

Tahir (2004), menyatakan bahwa kebijakan kompensasi di rumah sakit atau organisasi serta anggota profesi/sumber daya manusia berkaitan dengan kompetensi, yang selanjutnya mempengaruhi produktivitas kerja. Produktivitas kerja akan berkaitan dengan pendapatan rumah sakit, sedangkan komitmen karyawan juga sangat menentukan mutu layanan. Selain itu produktivitas juga berhubungan dengan sistem penghargaan (finansial-non finansial) di mana faktor beban kerja dan resiko kerja akan mempengaruhi tingkat kompensasi. Faktor eksternal juga mempengaruhi sistem kompensasi ini adalah aspek legal terkait perundang-undangan ataupun peraturan pemerintah serta pembinaan dari pemilik rumah sakit itu sendiri. Kesimpulan penjelasan tersebut tergambar dari skema dibawah ini:



Gambar 2.2
Hubungan Faktor-Faktor Penentu Kompensasi dengan Kinerja

3. Insentif

Kompensasi merupakan salah satu motivator kuat bagi tenaga kerja dalam upaya meningkatkan motivasi kerja dan produktivitas kerja karyawan, namun pemberian gaji berbasis kinerja (*performance based pay system*) sangat substansial dalam upaya meningkatkan produktivitas. Dalam pelaksanaannya, pemberian gaji berbasis kinerja banyak mengalami hambatan terutama dalam rencana dan implementasinya (*design and implementation*) yang berhubungan dengan keadilan dari sistem pembayaran jasa dan insentif (*merit pay and incentive pay*). Hambatan dalam perencanaan dan implementasi pemberian gaji berbasis kinerja meliputi: kesulitan melakukan spesifikasi dan penilaian kinerja, melakukan identifikasi nilai reward dan kesulitan dalam menghubungkan reward dan kinerja (Schuler and Huber, 1993).

Robbins (2003), menyatakan bahwa uang mungkin bukan satu-satunya motivator, tetapi sukar untuk berargumentasi bahwa uang tidak memotivasi. Agar uang dipersiapkan sebagai ganjaran langsung dari kinerja, jumlah uang yang ditawarkan untuk kinerja itu dipersepsikan berarti oleh individu tersebut. Dalam penelitian Darmawan (2008), menyebutkan terdapat hubungan yang jelas antara kompensasi dan prestasi kerja karyawan. Handoko (2000), istilah insentif atau sering disebut kompensasi variabel, dimaksudkan untuk rencana pembayaran upah yang dikaitkan secara langsung atau tidak langsung antara keinginan karyawan akan pendapatan finansial tambahan dengan berbagai standar produktivitas karyawan dan atau profitabilitas organisasi.

Simamora (2004), berpendapat kompensasi insentif yang merupakan bagian dari sistem kompensasi finansial adalah program yang mengkaitkan bayaran dengan produktifitas. Perusahaan-perusahaan menyakini bahwa sistem kompensasi pada umumnya dan sistem insentif pada khususnya mempengaruhi kinerja. Para karyawan akan termotivasi apabila insentif yang mereka terima dikaitkan dengan kinerja yang mereka lakukan. Dessler (2009), penerapan program insentif untuk pekerja-pekerja produksi relatif langsung kelihatan aslinya. Ketidakpuasan dapat terjadi jika standar-standar yang ditentukan tidak tepat, karyawan-karyawan akan menyalahkan manager.

Kompensasi tambahan diberikan dalam bentuk insentif atau bonus sebagai imbalan atas tercapainya puncak kinerja. Pemberian insentif

merupakan kompensasi yang dihubungkan dengan suatu tujuan spesifik dan dikomunikasikan kepada karyawan sebelum melakukan suatu pekerjaan, sedangkan bonus diberikan berdasarkan hasil penilaian kinerja dan mengalokasikan sebagai keuntungan untuk diberikan kepada karyawan (Schuler and Huber, 1993). Berbeda dengan *merit pay*, insentif sebagai bentuk tambahan upah yang dihubungkan langsung dengan kinerja, diberikan tidak dengan meningkatkan gaji dasar (*base wage*) dan dibayarkan secara periodik dan besarnya ditentukan berdasarkan perhitungan sebelum adanya hasil kerja (Milkovich and Newman, 2004). Hal sama juga di jelaskan dalam Peraturan Bupati Bantul No.22/2011 dalam pasal 1 BAB I tentang ketentuan umum, bahwa pengertian insentif adalah tambahan pendapatan bagi pegawai yang besarnya bisa berubah-ubah sesuai dengan kinerja pegawai yang bersangkutan.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No 1199 tahun 2004 tentang pedoman pengadaan tenaga kesehatan dengan perjanjian kerja dijelaskan bahwa yang dimaksud insentif adalah pemberian imbalan pada tenaga kesehatan atas hasil kerja yang melampaui rata-rata, dalam rangka meningkatkan output sarana kesehatan. Misalnya jika secara rata-rata seorang tenaga kesehatan outputnya dalam 7 jam kerja=350 unit, maka ia dirangsang dengan memberikan insentif agar menghasilkan 400 unit. Insentif berbeda dengan kerja lembur. Penetapan insentif ini tidak mudah karena sulit mengukur parameternya. Insentif hanya diberikan pada tenaga-tenaga tertentu yang termasuk dalam program insentif.

Kriteria pemberian insentif menurut Permenkes No 1199 tahun 2004 yaitu ada beban kerja yang harus diselesaikan, yang dituangkan dalam program insentif untuk meningkatkan produktivitas dalam jangka waktu, ada parameter yang jelas, dan tenaga kesehatan yang masuk program adalah orang-orang terpilih. Pembayaran insentif dibayarkan diluar pembayaran gaji.

Yoetikno (2003) *cit* Hartono (2006), menyatakan terdapat dua pilihan dalam menentukan program insentif perawat yaitu, sistem insentif kelompok dan sistem insentif individual. Sistem insentif kelompok menetapkan suatu standar produksi yang didasarkan pada keluaran final dari kelompok sebagai suatu keseluruhan. Selanjutnya semua karyawan menerima jumlah insentif yang sama besar. Pada sistem insentif individual ditetapkan standar kerja untuk masing-masing karyawan. Selanjutnya pemberian insentif masing-masing karyawan tidak sama besar tetapi diperhitungkan berdasarkan keluaran masing-masing karyawan tersebut. Sistem insentif individual tersebut memberikan imbalan yang berbeda pada kinerja yang berbeda, sehingga diharapkan akan meningkatkan produktivitas karyawan. Alasan pemilihan sistem insentif kelompok antara lain yaitu kinerja seorang karyawan tidak hanya merupakan usahanya sendiri melainkan mencerminkan usaha rekan kerjanya juga dan mendorong perencanaan dan pemecahan masalah kelompok dan membantu menciptakan kerjasama kelompok. Penerapan sistem ini juga

dapat mengurangi rasa iri, membuat anggota kelompok tergantung satu sama lain dan mendorong arti kerjasama.

Ada beberapa pertimbangan dari karyawan untuk mendapatkan rasa keadilan dalam penerimaan kompensasi berbasis kinerja meliputi masa kerja dan produktivitas atau kinerjanya. Penerimaan upah harus meningkat berdasarkan penilaian terhadap *job seniority and maturity curves*. Senioritas dihubungkan dengan lama kerja, sedangkan maturitas berhubungan dengan kemampuan, pengalaman dan kompetensi dari karyawan (Schuler and Huber, 1993).

4. Keadilan Distribusi Insentif

Sistem kompensasi sebagai bagian strategi bisnis perusahaan harus dirancang sebagai *reward* terhadap kontribusi karyawan dan dilakukan usaha pendistribusian secara terbuka dan adil. Pertimbangan prinsip keadilan dalam pemberian insentif harus dilihat secara keadilan internal (*internal equity*) sesuai dengan nilai relatif pekerjaan dan keadilan eksterna dimana pembayaran insentif pada tingkat yang layak atau sama dengan organisasi atau perusahaan sejenis lainnya (Siagian, 2012). Hal tersebut sesuai dengan yang dikemukakan Handoko (2000), bahwa pemberian upah merupakan strategi organisasi yang telah ditetapkan dengan tujuan meningkatkan motivasi pegawai yang mempertimbangkan faktor keadilan (*equity*) sebagai ratio antara apa yang menjadi harapan karyawan berdasarkan masukan (input) seseorang (tenaga, tanggung jawab,

pendidikan, pengalaman, latihan keahlian, kemampuan, daya tahan, produktifitas dan kegiatan manajerial) sebanding dengan yang diterimanya dan faktor kompetitif eksternal sebagai perbandingan dirinya terhadap perlakuan perusahaan lain terhadap jenis pekerjaan yang sama.

Ketidakpuasan karyawan sering akibat perlakuan secara tidak adil dalam pemberian kompensasi akan mengakibatkan penurunan atau mengurangi motivasi kerja, prestasi kerja dan kepuasan kerja (Handoko, 2000). Menurut Schuler & Huber (1993), ada beberapa faktor yang perlu di penuhi dalam aturan pembuatan sistem pembagian jasa medik/jasa pelayanan, sehingga bisa menjadi suatu yang bernilai bagi karyawan dan akan mendatangkan persepsi yang positif terhadap sistem distribusi jasa pelayanan tersebut . Faktor-faktor tersebut antara lain :

a. Waktu pemberian

Makin cepat suatu imbalan diberikan maka semakin bisa meningkatkan perilaku yang diharapkan, sedangkan imbalan yang di tunda-tunda pembayarannya bisa menimbulkan dampak yang tidak diinginkan seperti menurunkan perilaku yang diinginkan karena karyawan tidak melihat konsekuensi langsung dari kerjanya dan membuat karyawan akan cenderung menurunkan kuantitas pekerjaannya.

b. Keadilan jumlah yang dibayarkan

Keadilan bayaran ini terdiri yaitu; keadilan internal dimana pembayaran ini memberikan imbalan sesuai besarnya keterampilan,

kemampuan dan jenis keterampilan yang mereka gunakan. Keadilan eksternal dimana pembayaran ini akan membangun struktur upah yang kompetitif, dengan mengembangkan struktur upah yang memperhitungkan relitas pasar tenaga kerja eksternal.

c. **Transparansi dalam pemberian**

Transparansi sangat dibutuhkan untuk memperkecil rasa ketidakpuasan dalam distribusi jasa pelayanan, maka dalam proses pembuatan sistem distribusi jasa pelayanan haruslah melibatkan seluruh perwakilan dari semua karyawan sehingga sistem yang dirumuskan dapat mengakomodir seluruh kepentingan dan harapan karyawan sehingga memunculkan sistem yang tepat dan adil bagi semua karyawan.

5. Insentif dan Kinerja Perawat

a. **Perawat**

Perawat adalah seseorang yang telah mengikuti pendidikan formal keperawatan yang telah disahkan oleh pemerintah Republik Indonesia untuk menjalankan tugas dan tanggung jawab secara profesional dan sesuai dengan kode etik keperawatan. Peran perawat adalah pelaksana pelayanan keperawatan, pengelola dalam pelayanan keperawatan, dan pendidik dalam ilmu keperawatan (Depkes, 1998).

Langkah awal dalam meningkatkan kemampuan profesional keperawatan adalah dengan meningkatkan pendidikan tinggi keperawatan dan memberikan kesempatan kepada perawat untuk melanjutkan pendidikan yang lebih tinggi dan diharapkan semua tenaga perawat di rumah sakit sudah memenuhi kriteria minimal sebagai perawat profesional lulusan DIII keperawatan (Nursalam, 2003).

Akan tetapi seiring dengan peningkatan pendidikan profesi perawat, banyak rumah sakit yang belum mengakui tenaga perawat sebagai tenaga profesional dan diperlukan adanya pemberian jasa pelayanan asuhan keperawatan, walaupun telah ada yang memberikan jasa pelayanan keperawatan sebesar 10% dari jasa medik dan pegolahannya diserahkan kepada staff perawat fungsional. Untuk mengakui perawat sebagai tenaga profesional, pengelola rumah sakit perlu membuat ketentuan tentang pemberian jasa pelayanan keperawatan dengan mempertimbangkan usulan dari tim yang mempunyai kompetensi dibidang keperawatan dengan mempertimbangkan pendidikan, resiko pekerjaan dan biaya hidup dengan tujuan untuk meningkatkan motivasi kerja, meningkatkan kinerja sehingga didapatkan kepuasan kerja dan suasana kerja yang kondusif sehingga produktivitas akan meningkat (Yahya, 2001).

Banyak rumah sakit yang memperkerjakan perawat dengan gaji rendah, sedangkan tingkat profesionalisme dan tingkat kompetensi perawat dituntut lebih banyak. Hal tersebut terjadi oleh banyak rumah sakit yang belum mempunyai pola pemberian jasa keperawatan yang ideal yang dilandasi atas efisiensi anggaran belanja pegawai. Keadaan tersebut menimbulkan tingginya tingkat pengunduran diri tenaga perawat dan rendahnya kualitas kinerja perawat (Dinas Kesehatan DKI, 2001) *cit* Hidayat A (2004).

Banyak perawat dalam memasuki lingkungan kerja tidak termotivasi oleh sejumlah uang atau penghasilan yang diterima tetapi untuk mendapatkan kepuasan kerja profesi, namun sangat bijaksana apabila manajemen rumah sakit tidak memperhatikan pengaruh *monetary reward* terhadap lingkungan kerja perawat. Dalam kenyataannya banyak perawat yang mengundurkan diri atau keluar (*turn over*) dari pekerjaannya, hal tersebut menyebabkan masalah yang memerlukan biaya banyak untuk melakukan rekrutmen dan pelatihan untuk menggantikan pegawai yang keluar, sehingga harus dicari penyebab keluarnya tenaga perawat (Finkler, 2001). Dalam penelitian Hidayat A (2004), menjelaskan terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kepuasan kerja perawat yaitu masa kerja, insentif, hubungan dengan rekan kerja, hubungan dengan atasan, dan pengembangan diri perawat dan insentif mempunyai pengaruh yang paling besar terhadap kepuasan kerja perawat.

Yoetikno (2003) *cit* Hartono (2006), berpendapat bahwa tenaga kesehatan adalah tenaga profesional sehingga perlu mendapat penghargaan khusus atas keprofesionalannya. Salah satu bentuk penghargaan khusus tersebut adalah pemberian insentif, meskipun tenaga kesehatan tersebut sudah mendapat gaji pokok dari pekerjaannya.

Armstrong (2003), menyatakan kinerja adalah tentang melakukan pekerjaan dan hasil yang dicapai dari pekerjaan tersebut. Kinerja juga merupakan penjelasan tentang apa yang dikerjakan dan bagaimana cara mengerjakannya. Istilah kinerja berasal dari kata *Job Performance* atau *actual performance* yaitu unjuk kerja atau prestasi sesungguhnya yang dicapai oleh seseorang dalam melaksanakan tugas sesuai dengan tanggung jawab yang dibebankan kepadanya.

Pemaparan tentang kinerja individu tidak akan lepas dari mekanisme pengukuran kinerja yang kita kenal dengan istilah kinerja (*performance appraisal*). Definisi penilaian kinerja ini adalah proses yang dipakai oleh organisasi untuk mengevaluasi pelaksanaan kerja individu karyawan selama periode waktu tertentu (Simamora, 2004). Penilaian kinerja juga dikatakan sebagai usaha mengidentifikasi, mengukur (menilai), dan mengelola (manajemen) pekerjaan yang dilaksanakan oleh para pekerja dilingkungan suatu organisasi (Nawawi, 2008). Penilaian kinerja merupakan alat yang paling dapat

dipercaya oleh manajer perawat dalam mengontrol sumber daya manusia dan produktivitas (Swansburg, 1999).

Schuler and Huber (1993), menyatakan bahwa hambatan dalam perencanaan dan implementasi pemberian gaji berbasis kinerja atau insentif meliputi: kesulitan melakukan spesifikasi dan penilaian kinerja, melakukan identifikasi nilai *reward* dan kesulitan dalam menghubungkan *reward* dan kinerja. Untuk menilai kinerja perawat, Departemen Kesehatan RI (1995), mengeluarkan Instrumen Evaluasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit yang sekiranya dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan penetapan kontribusi penetapan insentif tenaga perawat. Untuk mengetahui dan mengevaluasi tingkat keberhasilan penerapan standar asuhan keperawatan, perlu dilakukan penilaian secara obyektif dengan menggunakan metode dan instrumen penilaian baku yang terdiri dari Instrumen A berisi pedoman studi dokumentasi asuhan keperawatan, Instrumen B berupa angket yang ditujukan kepada pasien dan keluarga untuk memperoleh gambaran tentang persepsi pasien terhadap mutu asuhan keperawatan dan Instrumen C tentang pedoman observasi pelaksanaan tindakan keperawatan di ruang perawatan. Rekapitulasi hasil pengisian instrumen tersebut di ruang perawatan merupakan jumlah prosentasi hasil pelaksanaan evaluasi. Instrumen C yang berisi instrumen observasi pelaksanaan Tindakan Keperawatan dikelompokkan berdasarkan jenis ruang perawatan dan mengandung

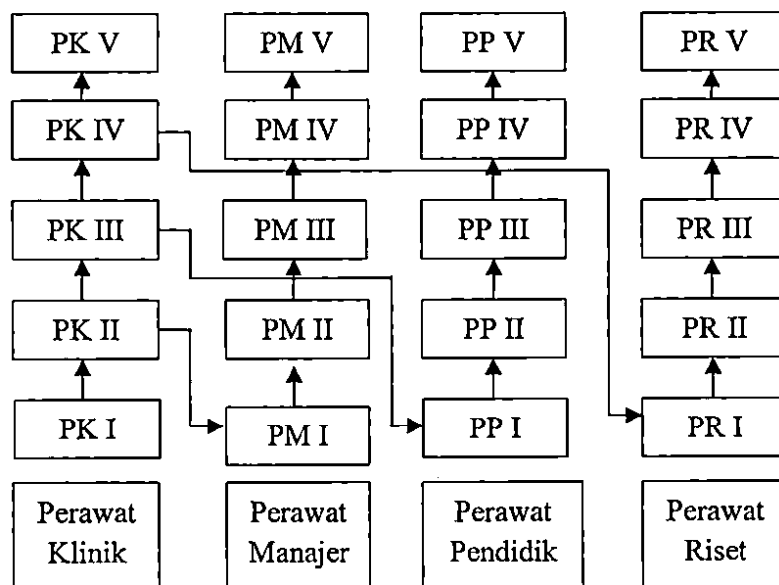
kegiatan asuhan keperawatan yang masing-masing harus dinilai. Instrumen Evaluasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan tersebut sekiranya dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan penetapan kontribusi dalam penetapan insentif tenaga perawat, namun dalam pelaksanaannya instrumen tersebut tidak sepenuhnya digunakan oleh rumah sakit dalam menetapkan insentif perawat.

Standar praktek asuhan keperawatan di Indonesia telah mengalami banyak perbaikan, standar pertama disahkan oleh Menkes RI dalam SK no.660/Menkes/SK/IX/1987 yang kemudian diperbaharui dan disahkan berdasarkan SK Dirjen Yanmed. Depkes RI No. YM.03.2.6.7637 tanggal 18 agustus 1993. Kemudian berdasarkan surat keputusan no.025/PP.PPNI/SK/K/XII/2009, Pengurus Pusat PPNI telah menyusun standar praktek perawat dan standar kinerja profesional perawat yang mengacu pada tahapan proses keperawatan yang meliputi; pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi serta standar kinerja profesional perawat yang meliputi; jaminan mutu, pendidikan, penilaian prestasi kerja, kesejawatan (kolegitas), etik, kolaborasi, riset dan pemanfaatan sumber daya.

Berdasarkan surat keputusan no.025/PP.PPNI/SK/K/XII/2009 menjelaskan standar praktik perawat dan standar kinerja profesional perawat. Jenjangan karir profesi perawat terdiri dari empat bidang, meliputi:

- 1) Perawat Klinik (PK), yaitu perawat yang memberikan asuhan keperawatan langsung kepada pasien/klien sebagai individu, keluarga, kelompok dan masyarakat
- 2) Perawat Manajer (PM), yaitu perawat yang mengelola pelayanan keperawatan disarana kesehatan, baik pengelola tingkat bawah (*front line manager*), tingkat menengah (*middle manager*), dan tingkat atas (*top manager*).
- 3) Perawat pendidik (PP), yaitu perawat yang memberikan pendidikan kepada peserta didik di institusi pendidikan keperawatan
- 4) Perawat Peneliti/Riset (PR), yaitu perawat yang bekerja dibidang peneliti keperawatan/kesehatan (Depkes, 2006)

Gambar 2.3. Jenjang Karir Profesional Perawat



Pengembangan jenjang karir profesional perawat setiap bidang harus berjenjang mulai dari jenjang I sampai dengan jenjang V dan bersifat terbuka. Perawat profesional dimungkinkan mencapai jenjang karir di semua bidang. Salah satu persyaratan pengembangan jenjang karir profesional baik sebagai perawat manajer, perawat pendidik, maupun perawat klinik adalah mempunyai kualifikasi sebagai perawat klinik.

Dalam gambar 2.3, diatas menunjukkan untuk menjadi perawat Manajer I harus mempunyai kualifikasi perawat klinik II, untuk menjadi perawat pendidik I mempunyai kualifikasi perawat klinik III dan untuk menjadi perawat riset/peneliti harus mempunyai kualifikasi perawat klinik IV. Untuk peningkatan ke jenjang karir yang lebih tinggi perawat klinik harus memenuhi persyaratan tingkat pendidikan, pengalaman kerja klinik keperawatan sesuai area kekhususan serta persyaratan kompetensi yang telah dilakukan.

Jenjang karir profesional perawat dimulai dengan sistem pengembangan karir profesional Perawat Klinik (PK) bertujuan meningkatkan moral kerja dan mengurangi kebuntuan karir (*dead end job*/karir), menurunkan jumlah perawat yang keluar dari pekerjaannya (*turn over*), serta menata sistem promosi berdasarkan persyaratan dan kriteria yang telah ditetapkan sehingga mobilitas karir profesional perawat klinik ditujukan terutama bagi perawat yang bekerja sebagai

perawat pelaksana di sarana kesehatan dan dimulai dari perawat profesional pemula.

Prinsip pengembangan karir profesional perawat klinik meliputi:

- 1) Kualifikasi perawat, yang dimulai dari lulusan D III keperawatan, mengingat saat ini masih terdapat perawat lulusan SPK, maka perlu dilakukan penanganan khusus dengan memperhatikan penghargaan terhadap pengalaman kerja, lamanya pengabdian terhadap profesi, uji kompetensi, dan sertifikasi
- 2) Penjenjangan mempunyai makna tingkatan kompetensi untuk melaksanakan asuhan keperawatan yang akuntabel dan etis sesuai dengan batas kewenangan praktik dan kompleksitas masalah pasien/klien
- 3) Penerapan asuhan keperawatan langsung sesuai standar praktik dan kode etik perawat fungsi utama perawat klinik.
- 4) Kesempatan yang sama untuk meningkatkan karir sampai jenjang profesional tertinggi sesuai dengan ketentuan yang berlaku
- 5) Standar profesi dalam memberikan asuhan keperawatan mengacu pada standar praktik keperawatan dan kode etik keperawatan
- 6) Komitmen pimpinan sarana kesehatan yang tinggi terhadap pengembangan karir perawat, sehingga dapat dijamin kepuasan

pasien/klien serta kepuasan perawat dalam pelayanan keperawatan.

Kriteria penjenjangan karir profesional perawat menurut Depkes (2006) yaitu;

- 1) PK I (*Novice*) : Perawat lulusan DIII telah memiliki pengalaman kerja 2 tahun atau perawat lulusan S-1 keperawatan/Ners pengalaman kerja 0 tahun, dan mempunyai sertifikat PK-I.
- 2) PK II (*Advance Biginner*): Perawat lulusan DIII dengan pengalaman kerja 5 tahun atau perawat lulusan S-1 keperawatan/ners dengan pengalaman kerja 3 tahun, dan mempunyai sertifikat PK-II.
- 3) PK III (*Competent*): Perawat lulusan DIII dengan pengalaman kerja 9 tahun atau perawat lulusan S-1 keperawatan/nurse dengan pengalaman kerja 6 tahun, atau S2 Keperawatan/ners spesialis (spesialis 1) dengan pengalaman kerja 0 tahun dan mempunyai sertifikat PK-III.
- 4) PK IV (*Proficient*): Ners (S1 keperawatan plus pendidikan profesi) dengan pengalaman kerja 9 tahun atau ners spesialis (spesialis 1) dengan pengalaman kerja 2 tahun dan memiliki sertifikat PK-IV atau S-3 Keperawatan (Spesialis 2)/ners spesialis konsultan dengan pengalaman kerja 0 tahun dan mempunyai sertifikat PK-IV.

- 5) PK V (*Expert*): S2 Keperawatan (Spesialis 1 Keperawatan/Ners spesialis) dengan pengalaman kerja 4 tahun, atau S-3 Keperawatan (Spesialis 2 Keperawatan)/ners spesialis konsultan dengan pengalaman kerja 1 tahun dan mempunyai sertifikat PK-V.

Cole & Sizing (1987) *Cit* Hidayat (2004) melaporkan hasil survei kompensasi perawat pada pelayanan kesehatan modern bahwa gaji tahunan perawat bervariasi dengan perbedaan berdasarkan spesialisasi pekerjaan dan besarnya rumah sakit. Bonus sebagai bagian yang signifikan hanya diberikan kepada direktur dan asisten direktur keperawatan, sedangkan bonus yang berbasis kinerja hanya diberikan kepada kurang dari 3% perawat supervisor dan tidak menyentuh kepada perawat umum (*nurse practitioner*).

Sistem pemberian insentif tenaga perawat di Indonesia belum terstandar. Penghasilan tetap perawat Pegawai Negeri Sipil mendapatkan gaji berdasarkan PGPS 2012 dan mendapatkan tunjangan fungsional. Pengaturan berdasarkan keputusan Menteri Keuangan Republik Indonesia No.2/KMK.01 tahun 2005 pemberian tunjangan fungsional tenaga perawat sebagai pengakuan tenaga profesional dibagi menjadi Perawat Ahli dengan jabatan Perawat Pertama golongan III a dan III b sebesar Rp 413.000, Perawat Muda III c dan III d sebesar Rp. 486.000 dan Perawat Madya Golongan IV a dan IV b sebesar Rp. 595.000, sedangkan untuk Perawat Terampil

mendapatkan tunjangan fungsional sebagai Perawat Pelaksana Muda Golongan II a sebesar Rp.268.000, Perawat Pelaksana IIb-IIId sebesar Rp. 341.000,00, Perawat Pelaksana Lanjutan IIIa-IIIb sebesar Rp. 413.000 dan Perawat Penyelia IIIc-IIId sebesar Rp.486.000 (Menteri Keuangan, 2005), sedangkan besarnya insentif sebagai pengakuan produktifitas dan kinerja ditentukan berdasarkan ketentuan dari kebijakan masing-masing rumah sakit baik rumah sakit swasta maupun milik pemerintah. Model penentuan insentif menurut Milkovich and Newman (2004) perlu mempertimbangkan kontribusi karyawan yang ditentukan secara relatif berdasarkan atas pertimbangan hasil kinerja dan atau senioritas terhadap keberhasilan keuangan keuntungan perusahaan.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Hartono, S (2006) di RS Brawijaya Surabaya, terdapat dua cara pembagian insentif yang dipakai sebagai acuan oleh masing-masing kepala ruangan, yaitu: Sistem insentif kelompok, artinya insentif dibagi rata sehingga besarnya insentif yang diterima masing-masing perawat di suatu ruang perawatan sama banyak. Sistem ini dilaksanakan oleh Kepala Ruangan Bougenville dan Tulip dengan alasan untuk memelihara kerjasama tim. Cara kedua yaitu sistem insentif individual, artinya insentif tidak dibagi sama rata, besarnya insentif yang diterima individu perawat bervariasi berdasarkan: jabatan, pangkat/golongan, status karyawan, masa kerja, pendidikan dan kehadiran. Sistem ini

dilaksanakan oleh Kepala Ruangan Anggrek, Dahlia dan Nusa Indah dengan alasan bahwa sistem ini dianggap dapat merangsang prestasi kerja perawat.

Susanti (2008), dalam penelitian sistem pembagian jasa pelayanan yang dilakukan di RSB Puri Bunda disebutkan harapan karyawan dalam penentuan indeks individual ditentukan oleh faktor *basic index, position index, performance index, competence index, emergency index, dan risk index*. Menurut responden penelitian bahwa prinsip 5K yaitu kinerja, kesepakatan, kebersamaan, keadilan, dan keterbukaan yang dilakukan dalam pembagian jasa pelayanan saat ini tidak berdasarkan prinsip tersebut dan perlu adanya perubahan.

Penelitian yang dilakukan oleh Sudibyo A (2008) menjelaskan bahwa formula pembagian insentif jasa perawat di instalasi rawat inap RSUD Dr Hartoyo yang diharapkan oleh perawat yaitu berdasarkan *performance related pay (PRP)* sesuai penilaian kinerja *output* dan *input*. Formula berdasarkan kinerja *output* menghitung pembagian insentif jasa perawat sebesar 70% dari capaian hasil tiap perawat selama satu bulan. Sedangkan formula pembagian insentif berdasarkan kinerja *input* menghitung 30% dari capaian seluruh perawat. Adapun rumus yang direkomendasikan $F = [70\% (\sum n \times t)] + (30\% p \times i^3)$. Keterangan ; F = Total insentif jasa perawat, $\sum n$ = Jumlah tindakan tiap perawat dalam satu bulan, t= Tarif insentif berdasarkan jenis tindakan dan kelas rawat inap, dan i^3 = Indeks

perawat berdasarkan penilaian 3 komponen meliputi tingkat jabatan, tingkat kompetensi dan tingkat resiko kerja. Untuk penghitungan komponen skor berdasarkan bobot dan rating komponen kinerja *input* perawat dapat dilihat pada tabel di bawah ini akan tetapi untuk *formula performance related pay*, komponen yang di harapkan perawat hanya di 3 komponen yaitu tingkat jabatan, tingkat kompetensi dan tingkat resiko :

Tabel 2.1 : Klasifikasi Komponen Pembentuk Formula Pembagian Insentif Jasa Perawat Berdasarkan *Bobot* dan *Rating*

Komponen	Bobot	Definisi	Rating
Tingkat pendidikan	7	S2 keperawatan	4
		S1 keperawatan	3
		DIII keperawatan	2
		SPK	1
Tingkat Jabatan	6	Kepala Ruang	4
		Wakil Kepala	3
		Instruktur Klinik	2
		Perawat Pelaksana	1
Pengakuan Kompetensi	5	Memiliki sertifikat	2
		Belum memiliki sertifikat	1
Resiko Tempat Kerja	4	Menular	2
		Tidak menular	1
Masa Kerja	3	Lebih dari 30 thn	4
		20-30 thn	3
		10-20 thn	2
		0-10 thn	1
Status Kepegawaian	2	Pegawai Negeri Sipil	2
		Tenaga Kontrak	1
Golongan Kepegawaian	1	Golongan IV	4
		Golongan III	3
		Golongan II	2
		Non Golongan	1

Sumber: Sudiby (2008)

Pengadministrasian insentif dilakukan dengan penggabungan beberapa faktor yang disusun menjadi pola dengan merumuskan *point system* yang komponennya meliputi:

1) *Grading system* atau peringkat fungsional

Unsur-unsur yang terkait dengan penetapan peringkat adalah : pendidikan formal yang dimiliki, pendidikan tambahan untuk menunjang aktifitas pekerjaannya, tingkat kompetensi perorangan pada bidang tertentu, pengalaman kerja yang relevan, prestasi khusus melalui evaluasi (*merit*)

2) Nilai manajerial

Nilai manajerial terdiri dari: staf/pelaksana, supervisor/asisten manajer, junior manajer dan senior manajer.

3) Intensitas pelayanan pasien

Intensitas pelayanan pasien ditetapkan berdasarkan tingkat keterlibatan dan kontribusi secara langsung dalam proses pelayanan terhadap pasien, dibedakan menjadi: sangat minimal, minimal, reguler, semi intensif dan intensif.

4) Nilai jadwal tugas

Nilai jadwal tugas dibagi menjadi : *full shift, half shift, non shift*

5) Nilai masa pengabdian

6) Nilai kehadiran dalam melaksanakan tugas (Anwar, 2002 dalam Pranajati, 2012).

Rumah sakit umum Banyumas sebagai rumah sakit swadana membagi jasa pelayanan didasarkan atas penghitungan indeks untuk tenaga perawat masuk dalam standar penilaian indeks pegawai negeri sipil yang di bagi menjadi dua golongan yakni: 1. Indeks *Basic* yang meliputi golongan atau status pangkat, masa kerja, pendidikan, volume kerja dan tanggung jawab. 2. Indeks Khusus yang meliputi penilaian tentang beban kerja, resiko kerja, dan PDLT (prestasi, dedikasi, loyalitas tidak tercela). Volume kerja diperhitungkan berdasar keaktifan karyawan dalam hal absensi dan penyelesaian tugas tepat waktu sesuai jabatan. Tanggung jawab diperhitungkan berdasarkan tanggung jawab fungsional dan struktural, sedangkan beban kerja di bedakan menjadi beban kerja medis, tenaga kesehatan lain dan tenaga non medis (Pemerintah Kabupaten Banyumas, RSUD Banyumas 2004).

Beberapa contoh model sistem insentif di beberapa rumah sakit didapatkan adanya keberagaman dalam menentukan jenis insentif di berbagai rumah sakit. Beberapa rumah sakit yang sudah mapan dan menyadari harus ada upaya untuk mengatasi dan memajukan kinerja keperawatan maka dilakukan pemberdayaan perawat dan sebagai salah satu penerapan sistem kompensasi dengan: 1) melakukan peningkatan pendidikan dan keterampilan kerja, 2) melakukan evaluasi kinerja secara wajar sesuai dengan kompetensi sebagai dasar penentuan peningkatan golongan atau tingkatan besaran insentif, 3)

menempatkan jabatan-jabatan yang memadai pada organisasi rumah sakit, 4) dilibatkan dalam tim kendali mutu rumah sakit, 5) memberi imbalan sistem penggajian yang memadai dan insentif jasa pelayanan keperawatan, 6) diupayakan penempatan kerja sesuai minat apabila memungkinkan (Achmad,N.S 2007).

6. Sistem insentif RS PKU Muhammadiyah Bantul

a. Menurut peraturan perusahaan rumah sakit umum PKU Muhammadiyah Bantul pasal 5 tahun 2012 sumber daya manusia dibagi menjadi:

1) Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan adalah seorang karyawan yang memberikan pelayanan medik dan atau pelayanan penunjang medis dan mempunyai disiplin ilmu tentang pengelolaan pasien. Tenaga kesehatan terdiri dari:

- | | |
|----------------|---------------------|
| a) Perawat | h) Radiografer |
| b) Dokter | i) Laboratoris |
| c) Apoteker | j) Asisten apoteker |
| d) Psikolog | k) Ahli madya gizi |
| e) Ahli gizi | l) Rekam medis |
| f) Bidan | m) Elektromedis |
| g) Fisioterapi | |

2) Tenaga Non kesehatan

Tenaga non kesehatan adalah karyawan yang bekerja di RSUD PKU Muhammadiyah dan tidak memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Jenis tenaga non kesehatan terdiri dari tenaga:

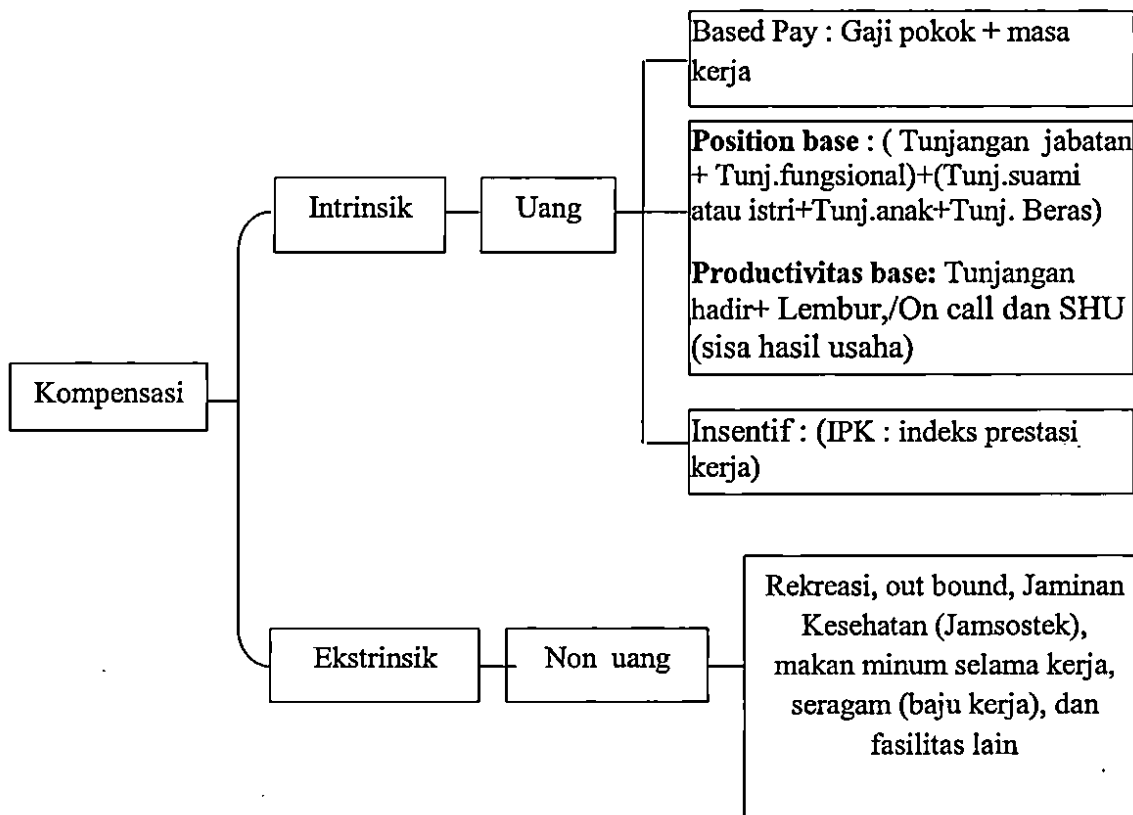
- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| a) Administrasi | j) Pendidikan dan pelatihan |
| b) Keuangan & Akuntansi | k) Customer service |
| c) Bina rohani | l) Sanitasi |
| d) Rumah tangga | m) Pengolah gizi |
| e) Perawatan & sarana
Rumah Sakit | n) Pekarya |
| f) Linen & Binatu | o) Penyaji |
| g) Kasir Rawat Jalan | p) Pelayanan pengamanan |
| h) Kasir Rawat Inap | q) Pelayanan transportasi |
| i) Pengembangan | r) Pemasaran |
| | s) Relasi |

Sumber Daya Manusia

(SDI)

Berdasarkan gambaran di atas, maka sebenarnya kelompok SDM dibutuhkan oleh organisasi rumah sakit. Tidak ada satu kekuatan membawahi kekuatan yang lain, seluruh potensi SDM digunakan secara maksimal dan profesional untuk mencapai tujuan bersama (Subanegara, 2007).

b. Sistem kompensasi yang berlaku di RS PKU Bantul yaitu



Gambar 2.4.
Uraian Sistem Kompensasi di RS PKU Muhammadiyah Bantul 2013

Insentif dan kinerja pegawai adalah bagian dari pengelolaan yang kompleks untuk menyatakan hubungan kerja di antara organisasi dan pegawai. Kedua hal tersebut mendemonstrasikan tidak hanya apa yang hendak dicapai oleh manajemen, namun juga keyakinan manajemen tentang hubungan-hubungan tersebut.

Menurut Simamora (2004), perlunya mengkaitkan kompensasi atau insentif dengan kinerja pegawai dengan alasan sebagai berikut:

1) Motivasi

Teori harapan/ekspektasi (*expectancy theory*) yang dikemukakan oleh Vroom menyatakan bahwa kaitan prestasi kerja dan pembayaran adalah esensial untuk memotivasi prestasi kerja

2) Retensi

Mengkaitkan bayaran dengan prestasi kerja kemungkinan akan membantu memperbaiki komposisi tenaga kerja. Pegawai yang baik akan cenderung mendapatkan bagian yang lebih besar dari sumber daya kompensasi dan dengan demikian termotivasi untuk tetap bersama organisasi. Pegawai yang di bawah rata-rata akan menjadi kecil hati dan meninggalkan organisasi.

3) Produktivitas

Pada saat prestasi kerja dikaitkan dengan imbalan-imbalan, orang-orang dengan produktivitas tinggi akan lebih termotivasi untuk bekerja

4) Penghematan biaya

Manfaat paling utama dari bayaran berdasarkan prestasi kerja adalah kapabilitas mengkaitkan biaya-biaya komponen dengan hasil-hasil produktivitas. Dengan mendasarkan insentif atas kinerja, organisasi dapat memastikan bahwa biaya-biaya komponen akan bertalian dengan hasil-hasil organisasi

5) Sasaran organisasional

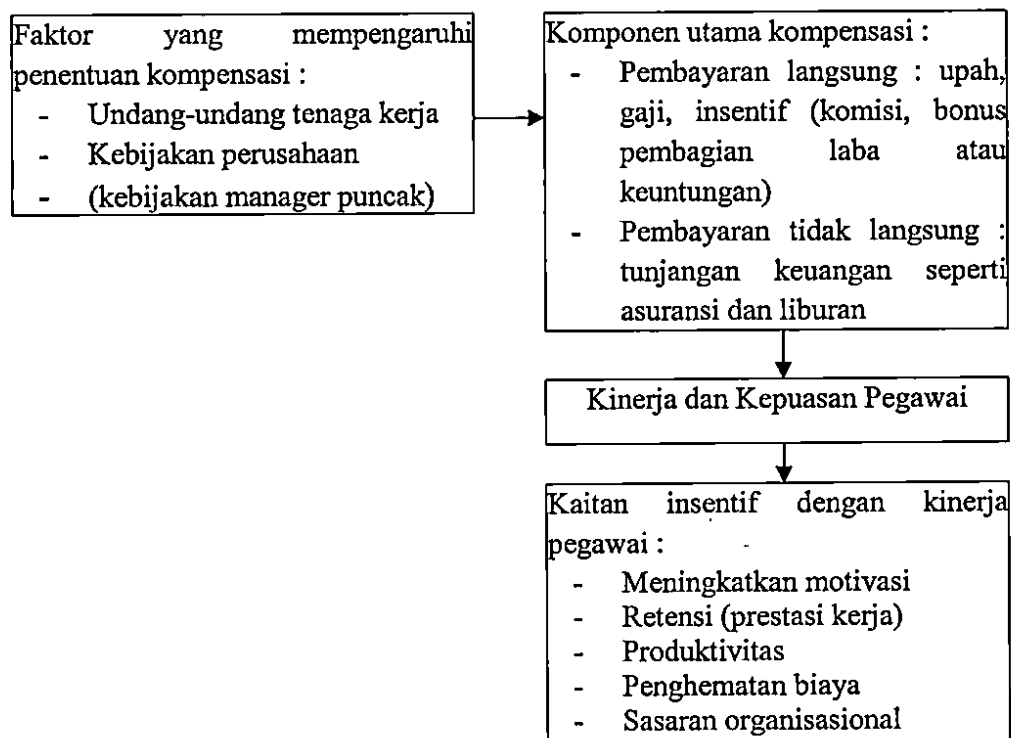
Merupakan suatu tantangan untuk memastikan bahwa semua pegawai memahami betul tujuan-tujuan organisasi. Dengan mengkaitkan insentif dengan prestasi kerja yang ditetapkan secara organisasional adalah memungkinkan untuk memastikan bahwa sasaran-sasaran individu adalah sejalan dengan tujuan-tujuan organisasional. Pegawai yang upaya-upayanya tidak sinkron dengan tujuan organisasi tidak bakal menikmati bagian imbalan yang setimpal.

Sehubungan dengan hal itu Simamora (2004) menambahkan bahwa program insentif yang baik harus memenuhi beberapa aturan sebagai berikut:

- 1) Sederhana, yaitu aturan sistem insentif haruslah ringkas, jelas dan dapat dimengerti
- 2) Spesifik, yaitu tidaklah cukup untuk mengatakan “hasilkan lebih baik atau hentikan kecelakaan kerja”, tetapi pegawai perlu mengetahui secara pasti rinci apa yang diharapkan supaya mereka kerjakan
- 3) Dapat dicapai, yaitu setiap pegawai harus memiliki kesempatan yang masuk akal untuk memperoleh sesuatu
- 4) Dapat diukur, yaitu tujuan yang terukur merupakan landasan di mana rencana insentif dibangun. Program bernilai rupiah

merupakan pemborosan jika pencapaian spesifik tidak dapat dikaitkan dengan uang yang dikeluarkan.

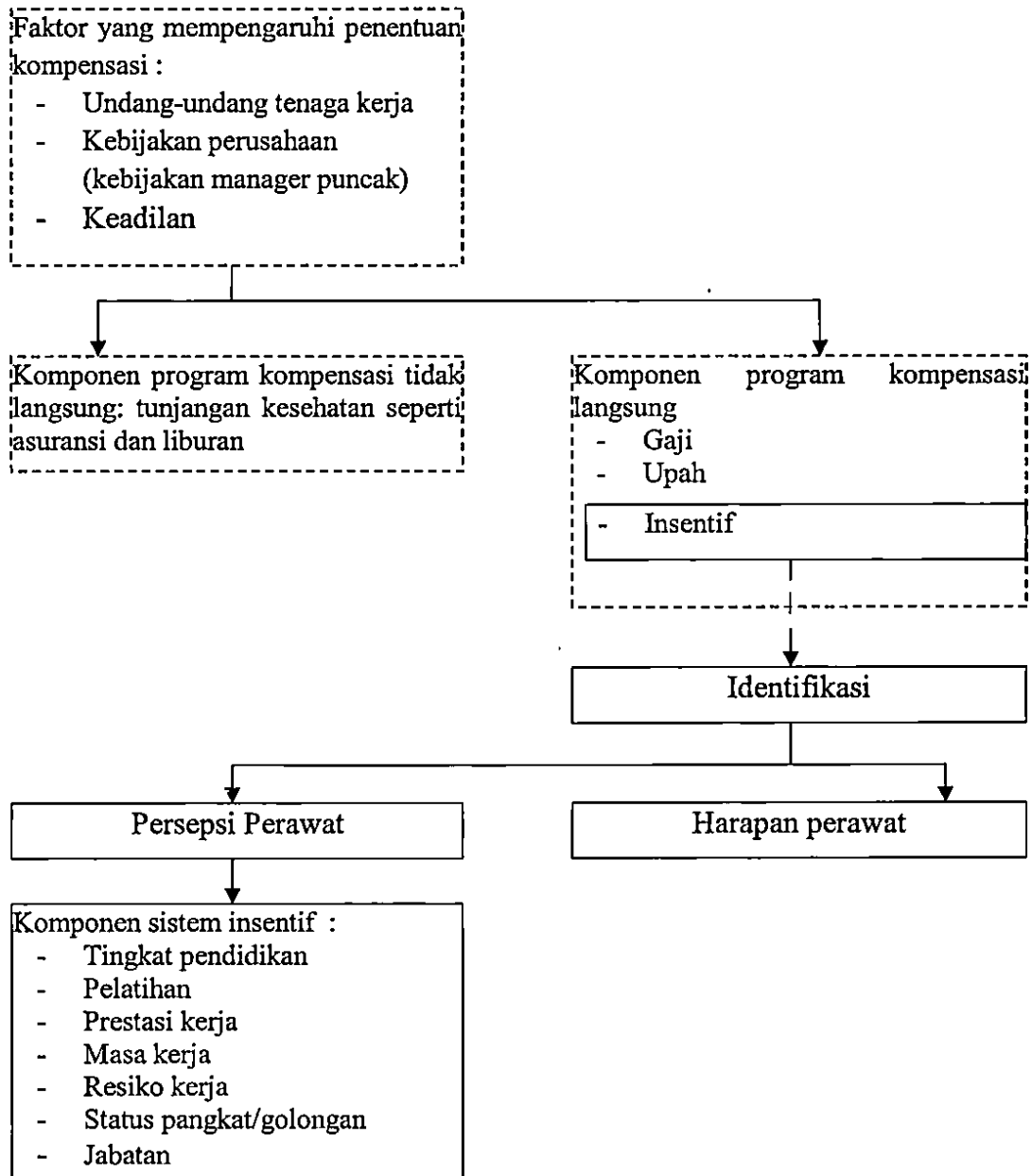
B. Kerangka Teori



Gambar 2.5.

Adaptasi teori Dessler (2009), Simamora (2004) dan Sudibyo (2008)

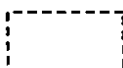
C. Kerangka Konsep



Keterangan :



: Diteliti



: Tidak di teliti

D. Pertanyaan Penelitian

Bagaimana persepsi perawat terhadap penerapan sistem insentif pelayanan tenaga perawat rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Bantul?

E. Keaslian Penelitian

Sepanjang pengetahuan penulis, belum banyak penelitian yang mengangkat topik penelitian analisa persepsi perawat terhadap penerapan sistem insentif tenaga perawat di instalasi rawat inap rumah sakit PKU Muhammadiyah Bantul. Hal ini mengingat bahwa konsep kebijakan sistem perhitungan jasa pelayanan yang dilakukan sekarang ini belum pernah dilakukan evaluasi terhadap pelayanan asuhan keperawatan yang akhirnya akan berdampak pada peningkatan dan kepuasan pasien sebagai bagian dari salah satu mutu pelayanan rumah sakit.

Di Indonesia sendiri, undang-undang keperawatan belum di syahkan sehingga untuk membuat kebijakan masih terkendala dengan kewenangan profesi lain. Terdapat beberapa penelitian dengan topik ,jasa pelayanan perawat diantaranya sebagai berikut:

1. Penelitian yang dilakukan oleh Sudiby (2008) yang berjudul *“Penyusunan Formula Pembagian Insentif Jasa Perawat Berdasarkan Performance Related Pay”* di RSUD dr. Haryoto Lumajang menemukan bahwa responden menyatakan tidak puas dengan formula pembagian insentif jasa perawat yang di gunakan saat ini, sebagian besar responden merekomendasikan adalah formula pembagian insentif jasa perawat

berdasarkan *performance related pay* (PRP) sesuai penilaian kinerja *output* dan *input*. Insentif berdasarkan kinerja *output* diberikan langsung sebesar 70% sesuai capaian hasil tiap perawat selama satu bulan. Sedangkan insentif berdasarkan kinerja *input* diberikan sesuai besarnya indeks tiap perawat dikalikan 30% dari capaian hasil seluruh perawat selama satu bulan. Angka indeks tiap perawat diperoleh melalui penilaian terhadap 3 komponen pembentuk formula yang meliputi tingkat jabatan, penguasaan kompetensi dan resiko kerja terhadap penularan penyakit. Penelitian ini merupakan suatu studi kasus, dengan menggunakan instrumen *kuesioner*, dan dalam mengumpulkan data secara *cross-sectional*. Perbedaan dengan penulis terletak pada variabel penelitian, jenis penelitian serta metode pengumpulan data. Pada penelitian ini meneliti tentang analisa persepsi perawat terhadap penerapan sistem insentif tenaga perawat di instalasi rawat inap rumah sakit PKU Muhammadiyah Bantul dan harapan perawat terhadap penerapan sistem insentif. Penelitian ini merupakan jenis penelitian kualitatif murni data dikumpulkan dengan *kuesioner*. Sedangkan, penelitian yang penulis lakukan merupakan jenis penelitian *mix method* dan menggunakan metode *indepth interview*. Persamaan penelitian ini dengan penelitian penulis adalah variabel insentif jasa perawat dan salah satu metode pengumpulan data yang digunakan yaitu dengan *kuesioner*.

2. Hidayat, A (2002) meneliti tentang "*Sistem Penentuan Insentif Yang Diharapkan Oleh Perawat Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta (Studi Kasus Kebijakan Insentif Perawat)*". Penelitian ini merupakan penelitian studi kasus kuantitatif dan kualitatif kemudian di konfirmasi melalui FGD, analisis uji beda dengan menggunakan analisis *Anova*, dan analisis uji beda antar dimensi persepsi dengan *Post Hoc Test*. Cara pengambilan sampel dengan cara *purposive sampling*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa: Faktor karakteristik demografi pendidikan, lama bekerja dan tempat kerja perawat mempunyai hubungan yang bermakna dengan persepsi perawat terhadap sistem insentif, Pengujian lebih lanjut dengan menggunakan *Post Hoc Test* dapat lebih memperjelas hasil perbedaan persepsi antar subvariabel; Analisis *t-Test* menunjukkan perbedaan bermakna antara persepsi sistem insentif saat ini dengan sistem insentif yang diharapkan dan Analisis perbedaan dengan menggunakan *Gap Analysis* menunjukkan bahwa terdapat kesenjangan antara sistem insentif saat ini dengan sistem insentif yang diharapkan. Persamaan penelitian ini dengan penelitian penulis terletak pada variabel penelitian yaitu persepsi perawat terhadap sistem insentif tenaga perawat, dan merupakan penelitian *mix methode* yaitu kuantitatif dan kualitatif. Perbedaan dalam penelitian ini adalah pada instansi yang diteliti, pada penelitian tersebut dilakukan di rumah sakit di rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta sedangkan dalam penelitian ini dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

3. Achmad, N,S. (2007) meneliti tentang "*evaluasi sistem insentif perawat di RS Pertamina Balikpapan*". Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan kuesioner dan dilengkapi dengan data kualitatif menggunakan wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah (FGD) untuk menetapkan faktor usulan perbaikan sistem insentif perawat. Persamaan dalam penelitian adalah menggunakan metode wawancara mendalam. Hasil dalam penelitian ini menunjukkan jumlah perawat di ruang pelayanan keperawatan yang baru dirancang dengan memperhitungkan beban kerja dan kompensasi sesuai harapan. Persamaan penelitian ini adalah variabel sistem pembagian insentif atau jasa pelayanan perawat dan metode yang digunakan. Perbedaan dalam penelitian ini adalah tempat penelitian dan waktu penelitian.