

BAB 2

LANDASAN TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. Kinerja

a. Pengertian Kinerja

Kinerja (*performance*) merupakan kualitas dan atau kuantitas hasil kerja per orang atau kelompok dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsi yang berdasarkan norma, standar operasional prosedur, kriteria dan ukuran yang telah ditetapkan atau berlaku dalam organisasi (Torang, 2013).

Campbell (1990) dalam Jacobs (2013) menegaskan bahwa kinerja bukan merupakan tindakan tunggal melainkan “aktivitas yang kompleks”. Kinerja merupakan kualitas dan kuantitas dari hasil kerja (output) individu maupun kelompok dalam suatu aktivitas yang disebabkan oleh kemampuan alami atau yang diperoleh dari proses belajar serta keinginan untuk berprestasi (Rismawati dan Mattalata, 2018).

Campbell (1990) dalam Jacobs *et al.* (2013) mengemukakan bahwa kinerja berkaitan dengan tindakan melakukan pekerjaan. Kinerja adalah sarana untuk mencapai suatu tujuan dalam sebuah organisasi, pekerjaan dan karyawan itu sendiri tetapi bukan merupakan konsekuensi langsung dari tindakan yang dilakukan dalam suatu pekerjaan. Tujuan kinerja yaitu menyelaraskan harapan kinerja individual dengan harapan kinerja organisasi. Kesesuaian antara kinerja individual dengan kinerja organisasi akan mampu mewujudkan kinerja yang baik (Sundari, 2019).

b. Standar Kinerja

Standar kinerja yaitu tingkat kinerja yang diharapkan dalam organisasi dan merupakan pembandingan, tujuan atau target tergantung pendekatan yang digunakan (Abdullah, 2014). Standar kinerja merupakan pernyataan tentang keadaan yang terjadi ketika suatu pekerjaan dilaksanakan dengan efektif (Wibowo, 2010).

Standar kinerja menurut Abdullah (2014) memiliki fungsi yaitu:

1. Sebagai tolok ukur guna menentukan keberhasilan dan ketidakberhasilan kinerja.

2. Memotivasi karyawan supaya bekerja lebih giat untuk mencapai standar. Standar kinerja dapat memotivasi karyawan jika dihubungkan dengan *reward* atau imbalan dalam sistem kompensasi.
3. Memberikan petunjuk pelaksanaan pekerjaan yang harus dicapai, baik kuantitas maupun kualitas.
4. Merupakan pedoman karyawan terkait dengan proses pelaksanaan pekerjaan untuk mencapai standar kinerja yang ditetapkan.

Standar kinerja harus mempunyai persyaratan tertentu supaya dapat digunakan sebagai tolok ukur. Menurut Abdullah (2014) persyaratan tersebut adalah:

1. Ada hubungan dengan strategi organisasi.
2. Merepresentasikan keseluruhan tanggung jawab karyawan dalam melakukan pekerjaannya.
3. Memperhatikan pengaruh faktor-faktor di luar kontrol karyawan.
4. Memperhatikan teknologi dan proses produksi.
5. Sensitif, dapat membedakan antara kinerja yang dapat diterima dan tidak dapat diterima.
6. Memberikan tantangan pada karyawan.
7. Realistis, dapat diraih oleh karyawan.
8. Berkaitan dengan waktu pencapaian standar.
9. Standar harus konsisten.
10. Standar harus adil.
11. Standar harus memenuhi ketentuan undang-undang dan peraturan ketenagakerjaan.

c. Faktor-faktor yang memengaruhi Kinerja

Dalam lingkungan pelayanan kesehatan, kinerja karyawan adalah tantangan dasar yang paling penting. Hal ini dikarenakan kinerja terkait erat dengan aspek efektivitas, pengetahuan manajemen, kualitas manajemen, pembiayaan dan pengembangan organisasi (Platis *et al.*, 2015).

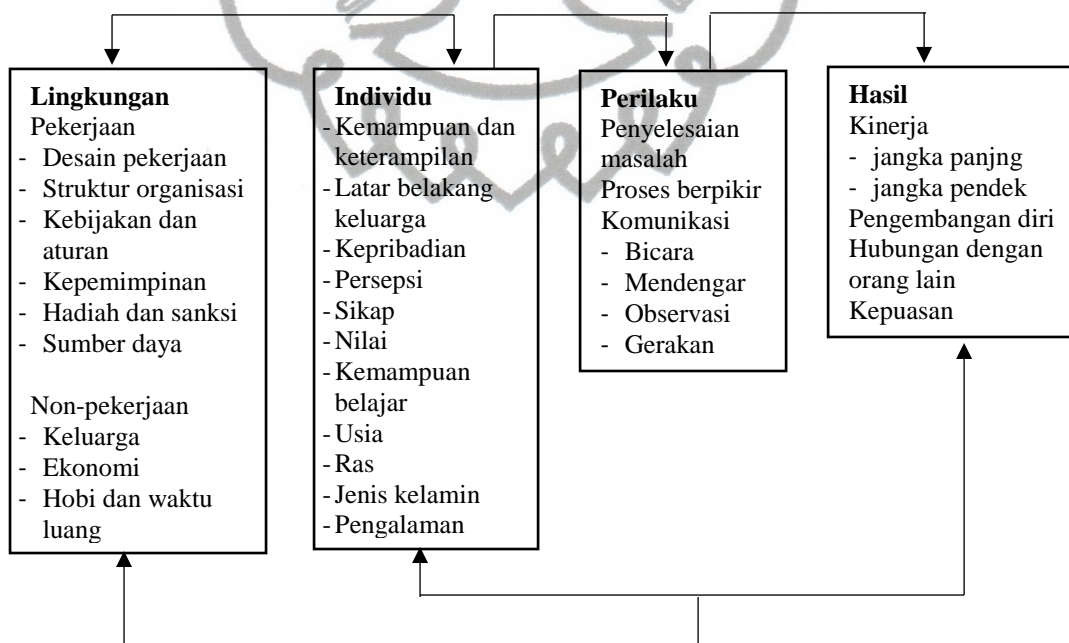
Gibson *et al.* (2012) mengungkapkan bahwa analisis perilaku individu dan kinerja membutuhkan pertimbangan variabel yang secara langsung memengaruhi perilaku individu. Gambar 2.1 menunjukkan bahwa perilaku dan hasil merupakan

umpan balik dari variabel lingkungan dan variabel individu. Hasil yang dimaksud adalah kinerja, pengembangan diri, hubungan dengan orang lain dan kepuasan.

Variabel individu terdiri dari kemampuan dan keterampilan, latar belakang keluarga, kepribadian, persepsi, sikap, nilai, kemampuan belajar, usia, ras, jenis kelamin dan pengalaman berpengaruh terhadap perilaku dan kinerja (Gibson *et al.*, 2012).

Hasil dari penelitian Van den Goor *et al.* (2015) pada dokter di Belanda menyatakan bahwa karakteristik kinerja yang buruk sebagian besar dijelaskan oleh kurangnya pengetahuan, keterampilan dan perilaku individu. Penyebab kinerja yang buruk mencakup aspek-aspek seperti kolaborasi yang buruk, kurangnya kritik, kepemimpinan yang tidak memadai dan kurangnya pengembangan profesional.

Variabel individu terkait dengan level pendidikan berpengaruh terhadap kinerja. Studi yang dilakukan Mosafarchi *et al.* (2018) pada perawat menunjukkan bahwa level pendidikan yang lebih tinggi mempunyai kinerja yang positif dan lebih baik. Alessandri *et al.* (2014) menemukan hal yang sama bahwa level pendidikan merupakan faktor yang berpengaruh terhadap kinerja.



Gambar 2.1 Model Teori Perilaku dan Kinerja
Sumber: Gibson *et al.* (2012)

Variabel lingkungan dibedakan menjadi dua yaitu pekerjaan dan non-pekerjaan. Variabel lingkungan terkait pekerjaan yaitu desain pekerjaan, struktur

organisasi, kebijakan dan aturan, kepemimpinan, hadiah dan sanksi (*rewards and sanctions*) serta sumber daya berpengaruh terhadap perilaku dan kinerja (Gibson *et al.*, 2012).

Kinerja karyawan dapat ditingkatkan dengan desain ulang pekerjaan (Daniels K *et al.*, 2017). Desain kerja berupa sistem shift berpengaruh terhadap kinerja. Hasil penelitian Ora *et al.* (2016) menemukan bahwa sistem kerja shift bergilir berhubungan dengan kinerja yang lebih buruk. Kepuasan kerja karyawan shift malam berkurang. Karyawan shift malam lebih banyak melakukan kesalahan dan mengalami penurunan kinerja (Cordova *et al.*, 2016). Studi dari Marquie *et al.* (2014) menemukan bahwa pekerjaan shift berhubungan dengan gangguan kognitif dan pengaruhnya lebih kuat jika bekerja shift selama lebih dari 10 tahun. Pekerjaan shift lebih berpengaruh terhadap gangguan kognitif dibandingkan dengan pekerjaan tidak shift.

Kepemimpinan klinis (*clinical leadership*) berkembang sebagai aspek penting dari pekerjaan perawat dan bidan karena lingkungan kesehatan berubah dengan kompleks dan cepat (McCarthy, 2019). Studi kualitatif yang dilakukan oleh Okpani dan Abimbola (2016) menyimpulkan bahwa selain hambatan keuangan, perbedaan tingkat dukungan dan prioritas politik berkontribusi secara substansial terhadap layanan kesehatan ibu dan anak.

Variabel lingkungan yang tidak terkait pekerjaan yaitu keluarga, ekonomi, hobi dan waktu luang berpengaruh terhadap perilaku dan kinerja (Gibson *et al.*, 2012). Menurut hasil penelitian dari Indrayani *et al.* (2017) keluarga merupakan salah satu kendala yang menghambat kinerja bidan desa tidak optimal.

2. Evaluasi kinerja

Menurut Wahyudi dalam Rismawati dan Mattalata (2018) evaluasi kinerja adalah suatu evaluasi yang dilaksanakan secara periodik dan sistematis tentang prestasi kerja/jabatan seorang karyawan/pekerja serta potensi pengembangannya. Evaluasi kinerja merupakan metode yang paling adil dalam memberikan imbalan atau penghargaan kepada pekerja/karyawan. Setiap organisasi memiliki karakteristik yang berbeda dengan organisasi lain. Hal ini dikarenakan visi, misi, jenis kegiatan

dan strategi yang digunakan berbeda sehingga metode evaluasi kinerja juga berbeda antar organisasi yang satu dengan lainnya (Abdullah, 2014).

a. Metode Penilaian Kinerja

Metode penilaian kinerja dibagi menjadi metode penilaian kinerja berorientasi masa lalu dan metode penilaian kinerja berorientasi masa depan. Berikut ini beberapa metode evaluasi kinerja berorientasi masa lalu menurut Abdullah (2014) yaitu model *esai*, *critical incident*, *ranking method*, *checklist*, *graphic rating scales*, *behaviorally anchor rating scale* (BARS), *behavior expectation scale* (BES), *behavior observation scale* (BOS) dan *forced distribution*.

Metode penilaian kinerja berorientasi masa depan menurut Abdullah (2014) yaitu:

1. Penilaian diri sendiri (*Self Appraisal*)

Penilaian diri sendiri adalah penilaian yang dilakukan oleh karyawan/pekerja dengan harapan karyawan dapat mengetahui kekuatan dan kelemahannya sehingga karyawan tersebut mampu mengenali aspek-aspek perilaku yang perlu diperbaiki pada masa yang akan datang. *Self Appraisal* bertujuan untuk mengembangkan diri karyawan sendiri karena jika dia menilai dirinya sendiri, maka perilaku defensif cenderung tidak terjadi dan upaya perbaikan diri cenderung dilakukan. Dalam bekerja, karyawan tidak hanya bertanggung jawab pada atasan tetapi juga diri sendiri. Kalau kesadaran ini tumbuh dan berkembang dalam diri karyawan maka akan memotivasi untuk terus memperbaiki dirinya dalam bekerja sehingga meningkatkan kinerja.

2. *Management By Objective*

Metode ini mengacu pada metode kerja manajemen berdasarkan sasaran (MBO) yang mengarah pada pendekatan hasil. Metode ini bertujuan mengurangi kelemahan-kelemahan yang ada pada metode lain dan untuk mengembangkan kemampuan karyawan yang dapat dilakukan melalui prosedur.

Menurut Sundari (2019) metode penilaian yang umum diterapkan oleh perusahaan untuk sistem penilaian karya dilakukan dengan bantuan metode predeterminasi dan formal antara lain:

1. Metode Skala Penilaian Grafik.

Metode ini menggunakan skala yang mendaftarkan sejumlah sifat (seperti mutu dan kehandalan) dan kisaran kinerja (dari yang tidak memuaskan sampai yang luar biasa

memuaskan) dari setiap jabatan. Karyawan dinilai dengan mengidentifikasi skor yang sesuai dan menggambarkan kinerja untuk masing-masing sifat. Nilai yang ditetapkan tersebut kemudian dijumlahkan.

2. Metode Peringkat Alternasi.

Metode ini adalah dengan membuat peringkat dari karyawan yang terbaik sampai yang terjelek berdasarkan ciri tertentu.

3. Metode Distribusi Paksa.

Metode ini adalah dengan membuat peringkat karyawan pada sebuah kurva. Persentase yang sudah ditentukan dari peserta penilaian dikelompokkan berdasarkan berbagai kategori kinerja.

4. Evaluasi 360 derajat.

Pada evaluasi ini karyawan tidak hanya dinilai oleh atasannya, tetapi juga dinilai oleh rekan kerja, kolega, pelanggan, manajer lain dan bawahan. Model evaluasi 360 derajat ini adalah evaluasi bersama dari orang disekitar karyawan tersebut dan dilakukan di tiap level.

b. Instrumen Pengukuran Kinerja

Instrumen pengukuran kinerja adalah penting dalam evaluasi kinerja karyawan yang mencakup perilaku dan hasil. Instrumen pengukuran kinerja berkembang dari tahun ke tahun. Di tahun 1940an instrumen *Behavioral Anchored rating Scale* (BARS) dan *Behavioral Evaluation Scale* (BES) dikembangkan. Kemudian instrumen untuk mengukur kinerja individu dikembangkan yaitu *Individual Work Performance Questionnaire* (IWPQ) (Koopmans, 2014 dalam Widyastuti dan Hidayat, 2018).

Alat untuk mengukur kinerja perusahaan yaitu *Malcolm Bridge*, *Balance Score Card* dan *Six Sigma* (Julison, 2014). *Human Resources Scorecard* adalah alat pengukuran kinerja sumber daya manusia yang diperkenalkan oleh Becker *et al.*, 2001 (Yulianeu, 2015).

Alat pengukuran kinerja perawat menggunakan *Six-dimension Scale of Nursing Performance (6-DSNP)*. Tujuan dari instrumen ini adalah untuk mengukur kinerja perawat secara akurat, praktis dan benar. Pengukuran kinerja dengan instrumen 6-DSNP dapat dilakukan oleh perawat sendiri atau orang lain dengan cara yang cepat dan mudah (Schwirian, 1978).

6-DNSP adalah kuesioner yang terdiri dari 52 item pertanyaan yang dinilai pada 4 poin Skala Likert. Pernyataan nomor 1-42 dinilai dua kali. Jawaban pertama mewakili frekuensi perilaku yang diberikan oleh perawat (menampilkan kepercayaan diri). Jawaban kedua mewakili kualitas perilaku tertentu. Pernyataan nomor 43-52 diukur dari segi kualitas. 52 pernyataan dikelompokkan ke dalam enam subskala kinerja. 5 item pernyataan untuk kepemimpinan, 7 item pernyataan untuk perawatan kritis, 11 item pernyataan untuk pendidikan/kolaborasi, 7 item pernyataan untuk perencanaan/evaluasi, 12 item pernyataan untuk hubungan/komunikasi interpersonal dan 10 item pernyataan untuk pengembangan profesional (Schwirian, 1978). Penelitian ini menggunakan instrumen 6-DSNP karena instrumen ini yang paling sesuai dengan tujuan penelitian dibandingkan dengan instrumen yang lain.

c. Tujuan dan Manfaat Evaluasi Kinerja

Tujuan evaluasi kinerja adalah untuk memperbaiki atau meningkatkan kinerja organisasi melalui kinerja karyawan atau pekerja (Rismawati dan Mattalata, 2018). Fokus penilaian kinerja adalah untuk mengetahui seberapa produktif seorang karyawan dan apakah ia bisa berkinerja sama atau lebih efektif di masa yang akan datang (Sundari, 2019).

Tujuan evaluasi kinerja secara lebih rinci dikemukakan oleh Mangkunegara dalam Rismawati dan Mattalata (2018) yaitu:

1. Meningkatkan saling pengertian antara karyawan terkait dengan kinerja
2. Mencatat dan mengakui hasil kerja karyawan, sehingga karyawan termotivasi untuk lebih baik atau berprestasi sama dengan prestasi sebelumnya.
3. Memberikan peluang pada karyawan untuk mendiskusikan keinginan, aspirasi dan meningkatkan kepedulian terhadap karir atau pekerjaan yang sekarang menjadi tanggung jawabnya.
4. Merumuskan kembali target masa depan sehingga karyawan termotivasi untuk berprestasi sesuai dengan potensinya.
5. Memeriksa rencana pelaksanaan dan pengembangan yang sesuai dengan kebutuhan pelatihan, diklat dan kemudian menyetujui rencana tersebut apabila tidak ada yang perlu diubah.

Evaluasi kinerja mempunyai berbagai manfaat yaitu evaluasi antar individu dalam organisasi, pengembangan diri setiap individu, pemeliharaan sistem dan dokumentasi (Belarmino, 2013). Penilaian/evaluasi kinerja setiap individu dalam organisasi untuk menentukan jumlah dan jenis kompensasi yang merupakan hak setiap individu dalam organisasi. Evaluasi kinerja bermanfaat untuk pengembangan karyawan yang mempunyai kinerja rendah sehingga memerlukan pengembangan melalui pendidikan formal dan pelatihan. Evaluasi kinerja berguna untuk memelihara sistem dan semua sub sistem yang saling berkaitan dalam organisasi. Evaluasi kinerja bermanfaat untuk tindak lanjut posisi pekerjaan karyawan di masa yang akan datang. Hal ini berhubungan dengan pengambilan keputusan (Belarmino, 2013).

3. Teori Motivasi

a. Teori Hierarki Kebutuhan

Teori yang dijelaskan oleh Abraham Maslow ini memakai kata “hierarki” sebab menurut Maslow, seseorang dalam memenuhi kebutuhan dilakukan secara bertahap dan berjenjang mulai dari kebutuhan yang terbawah hingga ke kebutuhan teratas (Suparyadi, 2015). Maslow membuat hipotesis bahwa setiap manusia mempunyai hierarki lima kebutuhan (Robins dan Judge, 2017):

1. Fisiologis yaitu kelaparan, kehausan, tempat perlindungan, seks dan kebutuhan fisik lainnya.
2. Rasa aman, yaitu keamanan dan perlindungan dari bahaya fisik dan emosional.
3. Sosial, yaitu kasih sayang, rasa memiliki, penerimaan dan persahabatan.
4. Penghargaan, yaitu faktor-faktor internal seperti harga diri, kemandirian dan pencapaian serta faktor-faktor eksternal seperti status, pengakuan dan perhatian.
5. Aktualisasi diri, yaitu dorongan yang mampu membentuk seseorang untuk menjadi apa; meliputi pertumbuhan, mencapai potensi kita dan pemenuhan diri.

Teori Maslow mengasumsikan bahwa seseorang berusaha memenuhi kebutuhan yang lebih pokok (fisiologis) sebelum mengarahkan perilaku memenuhi kebutuhan yang lebih tinggi (aktualisasi diri) (Gibson *et al.*, 2012).



Gambar 2.2 Teori Hierarki Kebutuhan dari Maslow
Sumber: Robbins (2003) dalam Supriyadi (2015)

Beberapa hal penting dari pemikiran Maslow untuk dipahami dalam pendekatan hirarki kebutuhan adalah (Supriyadi, 2015):

1. Suatu kebutuhan yang terpuaskan menghentikan motivasi. Sebagai contoh, ketika seseorang merasa bahwa gaji yang diterimanya telah sesuai dengan kontribusinya kepada organisasi, maka uang kehilangan kekuatannya untuk memotivasi.
2. Kebutuhan yang tidak terpuaskan dapat mengakibatkan frustrasi, konflik dan stres. Ketidakpuasan berbahaya karena dapat mengakibatkan tampilan kinerja yang tidak diharapkan.
3. Maslow berasumsi bahwa manusia memiliki kebutuhan tumbuh dan berkembang sehingga mengakibatkan kebutuhan akan kepuasan terus bergerak naik. Asumsi ini mungkin benar untuk sebagian karyawan, tetapi tidak demikian bagi yang lain.

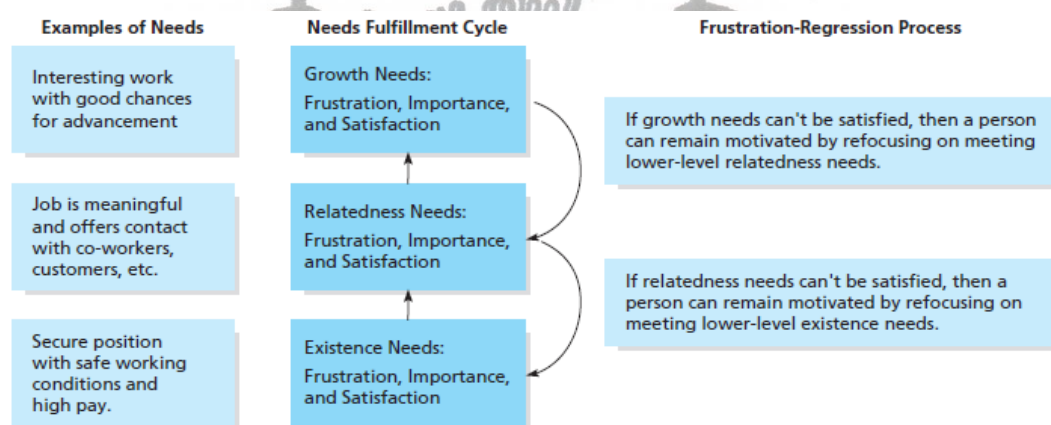
b. Teori ERG (Alderfer)

Alderfer pada dasarnya sependapat dengan Maslow bahwa kebutuhan manusia ada lima. Clayton Alderfer mengelompokkan kebutuhan manusia menjadi tiga, yaitu (Supriyadi, 2015):

1. *Existence* merupakan pemuasan kebutuhan oleh faktor-faktor seperti makanan, udara, air, gaji dan kondisi kerja.

2. *Relatedness* merupakan pemenuhan kebutuhan oleh manfaat sosial dan hubungan antarpribadi.
3. *Growth* merupakan pemenuhan kebutuhan oleh kreatifitas individual atau kontribusi produktivitas.

Penjelasan Alderfer tentang kebutuhan berbeda dengan Maslow dalam beberapa hal. Pertama Alderfer mengemukakan tiga hirarki yaitu *Existence* (E), *Relatedness* (R) dan *Growth* (G) atau ERG. Kebutuhan *existence* sama dengan kebutuhan fisiologis dan rasa aman, kebutuhan *relatedness* sama dengan kebutuhan sosial, kebutuhan *growth* sama dengan kebutuhan penghargaan dan aktualisasi diri (Gibson *et al.*, 2012).



Gambar 2.3 Teori Hubungan ERG antara Frustasi, Kadar Penting dan Pemuasan Kebutuhan

Sumber: Gibson *et al.* (2012)

Perbedaan Teori Maslow dan Teori ERG selain kategorisasi juga pada upaya seseorang untuk memenuhi kebutuhannya. Menurut Maslow, jika kebutuhan pada tingkat bawah belum terpenuhi maka upaya untuk memenuhi kebutuhan di atasnya tidak teraktifkan/terdorong. Hal ini bertentangan dengan Teori ERG karena teori ini menyatakan bahwa dapat beroperasi sekaligus lebih dari satu kebutuhan dan jika kepuasan dari suatu kebutuhan tingkat lebih tinggi tertahan, hasrat untuk memenuhi kebutuhan tingkat lebih rendah meningkat (Supriyadi, 2015). Misalnya, jika seseorang terus menerus terhambat dalam usaha untuk memenuhi kebutuhan *growth*, maka kebutuhan *relatedness* akan muncul kembali sebagai kekuatan motivasi utama yang menyebabkan seseorang mengarahkan kembali upayanya menuju pemenuhan kategori kebutuhan yang lebih rendah (Gibson *et al.*, 2012).

c. Teori Dua Faktor

Hertzberg mengembangkan teori kepuasan yang disebut teori dua faktor (*two factor theory*) juga dinamakan teori motivasi murni (*motivation-hygiene theory*) (Robbins dan Judge, 2017). Dua faktor itu dinamakan faktor yang membuat orang merasa tidak puas dan faktor yang membuat orang merasa puas (Gibson *et al.*, 2012).

Hertzberg mengategorikan kondisi seperti mutu pengawasan, gaji, kebijakan perusahaan, kondisi fisik kerja, hubungan dengan orang lain dan keamanan pekerjaan sebagai faktor murni (*hygiene factor*). Ketika faktor-faktor itu memadai, maka orang tidak akan tidak puas, tetapi mereka juga tidak akan dipuaskan (Robbins dan Judge, 2017).

Jika ingin memotivasi orang atas pekerjaan mereka, Hertzberg menyarankan penekanan ada faktor-faktor yang berhubungan dengan pekerjaan itu sendiri atau dengan hasil yang secara langsung dapat diperoleh dari pekerjaannya seperti kesempatan kenaikan pangkat, peluang pertumbuhan pribadi, pengakuan, tanggung jawab dan pencapaian (Robbins dan Judge, 2017). Dari hasil penelitian, Hertzberg menyimpulkan bahwa faktor-faktor penyebab terjadinya kepuasan bersifat intrinsik sedangkan yang penyebab ketidakpuasan merupakan faktor-faktor ekstrinsik (Supriyadi, 2015).

d. Teori Motivasi Harapan

Teori Motivasi Harapan (*Expectancy Theory*) yang dikemukakan oleh Victor Vroom (Vroom, 1964) banyak dikaitkan dengan upah berdasarkan kinerja (Wirawan, 2015). Teori Ekspektansi menyatakan bahwa kekuatan kecenderungan kita untuk bertindak dengan cara tertentu bergantung pada kekuatan ekspektansi kita mengenai hasil yang diberikan dan ketertarikannya. Penilaian kinerja yang baik akan mengarahkan pada imbalan organisasi, misalnya peningkatan gaji dan atau imbalan secara intrinsik (Robbins dan Judge, 2017).

Vroom mengemukakan formula sebagai berikut: $M = f(E \times I \times V)$ dimana M adalah motivasi kerja merupakan fungsi (f) dari harapan (E), instrumentasi (I) dan valensi (V) (Wirawan, 2015).

1. Harapan (*expectancy*) pegawai adalah persepsi individu pegawai, jika pegawai bekerja dalam kelompok kerja merupakan persepsi kelompok. Harapan pegawai mengenai kemungkinan bahwa suatu upaya yang dilakukan

menghasilkan hasil pelaksanaan tugas atau kinerja. Harapan sama dengan 0 (nol) jika dirasa tidak mungkin mencapai level kinerja yang diharapkan. Harapan sama dengan 1 jika pegawai merasa harapan tersebut 100 persen pasti dapat mencapai kinerja yang ditetapkan.

2. Instrumentalitas (*instrumentality*) adalah persepsi kemungkinan bahwa kinerja akan menghasilkan imbalan dalam bentuk upah/gaji. Instrumentalitas dikatakan 0 jika kinerja tidak menghasilkan upah dan dikatakan 100 jika upah mengikuti kinerja.
3. Valensi (*valence*) adalah nilai upah yang diharapkan oleh pegawai secara subjektif. Jika nilai upah tidak memenuhi harapan maka nilainya -1 dan jika nilai upah seperti yang diharapkan nilainya +1.

4. Faktor yang Memengaruhi Kinerja Bidan

1) Lama Kerja

Usia, pendidikan, posisi/jabatan dan masa kerja merupakan variabel demografi yang berpengaruh terhadap kinerja (Ugwu, 2017). Penelitian Wanma *et al.* (2018) pada bidan di Puskesmas Wania, Mimika membuktikan bahwa masa kerja berpengaruh terhadap kinerja pelayanan ANC. Bidan dengan masa kerja <5 tahun mempunyai kinerja lebih buruk 3.44 kali dibandingkan bidan dengan masa kerja \geq 5 tahun. Hasil penelitian dari Alkassseh dan Kweik (2019) juga membuktikan bahwa masa kerja berpengaruh terhadap kualitas kinerja bidan.

2) Status Kepegawaian

Status kepegawaian dan motivasi untuk berprestasi berpengaruh terhadap kinerja karyawan (Ogunleye dan Osekita, 2016). Wanma *et al.* (2018) dalam penelitian membuktikan bahwa status kepegawaian berpengaruh terhadap kinerja pelayanan ANC pada bidan di Puskesmas Wania, Mimika. Bidan dengan status kepegawaian tidak tetap mempunyai kinerja lebih buruk 7.33 kali dibandingkan bidan dengan status kepegawaian tetap. Hasil dari penelitian Tong (2018) membuktikan bahwa status kepegawaian berpengaruh secara tidak langsung terhadap kinerja.

3) Beban Kerja

Berdasarkan Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Republik Indonesia Nomor PER.17/MEN/XI/2010 beban kerja adalah sejumlah target pekerjaan atau

target hasil yang harus dicapai dalam satu satuan waktu tertentu. Berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 12 tahun 2008 beban kerja adalah besaran pekerjaan yang harus dipikul oleh suatu jabatan/unit organisasi dan merupakan hasil kali antara volume kerja dan norma waktu.

Setiap beban kerja harus sebanding atau setara dengan kemampuan fisik dan psikologis pekerja yang menerima beban kerja tersebut. Beban kerja fisik yaitu beratnya pekerjaan seperti mengangkut, mendorong, dan merawat. Beban kerja psikologis yaitu sejauh mana tingkat kompetensi dan kinerja yang dimiliki individu dengan individu lainnya (Manuaba dalam Manuho *et al.*, 2015).

Beban kerja merupakan moderator yang berefek pada stres kerja dan kinerja (Sandrin *et al.*, 2019). Penelitian sebelumnya di bidang pelayanan kesehatan dan farmasi membuktikan bahwa beban kerja yang terlalu tinggi mengarah pada stres yang lebih tinggi, perubahan kesehatan dan kinerja yang rendah (Baeriswyl, 2017). Penelitian Weber *et al.* (2018) menemukan bahwa beban kerja berhubungan dengan gangguan yang berat pada anggota tim saat bekerja di ruang operasi karena koordinasi dan komunikasi.

4) Motivasi Kerja

Jumlah sumber daya, pendanaan dan tenaga kesehatan yang kompeten serta mempunyai motivasi kuat memadai merupakan faktor penting untuk mencapai tujuan kesehatan nasional dan internasional (Ayalew *et al.*, 2019). Rodger dalam teori *reinforcement* menyarankan agar karyawan mendapat umpan balik dari tugas yang mereka kerjakan secara teratur oleh pihak manajemen. Karyawan yang melaksanakan pekerjaan dengan baik diberikan penghargaan sebagai bentuk apresiasi. Hal ini membantu mengembangkan perilaku motivasi pada karyawan (Tasneem *et al.*, 2018).

Diamantidis (2018) menyatakan bahwa faktor-faktor yang memengaruhi kinerja yaitu faktor organisasi (internal dan eksternal) terdiri dari dukungan manajemen, budaya pelatihan, iklim organisasi dan dinamika lingkungan, faktor pekerjaan meliputi komunikasi, otonomi dan lingkungan serta faktor individu meliputi motivasi intrinsik, komitmen, kemampuan beradaptasi, proaktif dan tingkat keterampilan.

Motivasi merupakan kunci baik buruknya kinerja (Aduo-Adjei *et al.*, 2016). Hal yang sama juga ditemukan oleh Jayaweera (2015) yang mengungkapkan bahwa motivasi berpengaruh terhadap kinerja. Hasil penelitian dari Mauno *et al.* (2017) menemukan motivasi tenaga kesehatan yang berupa dedikasi pada pekerjaan lebih tinggi pada kelompok usia 45-54 tahun dan 55-65 tahun dibandingkan dengan kelompok usia 18-34 tahun dan 35-44 tahun.

Hasil studi yang dilakukan oleh Hedayati dan Pourmajidian (2016) pada bidan yang bekerja di Rumah Sakit Babol, Iran menyatakan bahwa motivator utama bagi bidan adalah gaji, remunerasi, dukungan, kesempatan kerja, keamanan kerja (*job security*), pelatihan, pengakuan, penghargaan, promosi pekerjaan dan peralatan. Sulastiningsih dan Nilasari (2018) dalam penelitiannya menemukan pengaruh gaya kepemimpinan dan motivasi terhadap kinerja.

Karyawan yang terlatih dan berkembang adalah kunci sukses suatu organisasi. Menurut Kanfer dan Franco *et al.* dalam Bonenberger (2014) motivasi tenaga kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu insentif, nilai dan harapan kemudian dimediasi menjadi hasil motivasi berupa kinerja dan kepuasan kerja.

5) Dukungan Sosial

Dukungan sosial didefinisikan sebagai iklim sosial dalam konteks kerja yang melibatkan hubungan dengan supervisor dan rekan kerja (Ramos dan Almeida, 2017). Dukungan sosial dari keluarga, teman, senior dan rekan kerja memainkan peran penting dalam meningkatkan kinerja karyawan (Jyoti dan Kour, 2016). Berbagi motivasi kepada karyawan merupakan hal yang harus dikuasai oleh seorang manajer sehingga karyawan akan terdorong untuk melakukan pekerjaan dengan rajin dan berkualitas tinggi (Mubarak *et al.*, 2016).

Dukungan sosial di tempat kerja berhubungan terhadap kinerja pada pekerja sosial di fasilitas geriatri Korea Selatan (Seo dan Cho, 2017). Studi kualitatif yang dilakukan Nabirye *et al.* (2016) yang menyatakan bahwa faktor organisasi yaitu lingkungan kerja yang buruk dan kurangnya peralatan dan bahan medis habis pakai menyebabkan rendahnya kualitas pelayanan kebidanan di rumah sakit Uganda.

Dukungan sosial merupakan faktor utama bagi bidan dan perawat agar betah bekerja di dalam suatu organisasi (McDonald *et al.*, 2016). Studi yang dilakukan

oleh Bhatti *et al.* (2018) membuktikan bahwa dukungan dari supervisor dan rekan kerja berpengaruh secara langsung dan tidak langsung terhadap kinerja.

6) Persepsi Kompensasi Finansial

Persepsi adalah proses yang berlangsung di dalam diri individu dimulai dengan diterimanya rangsang, hingga rangsang itu disadari dan dipahami oleh individu sehingga individu dapat mengenali dirinya sendiri dan kondisi di sekitarnya (Walgito, 2010). Menurut Wirawan (2015) kompensasi finansial adalah hasil kontrak sosial antara pemberi kerja perusahaan atau organisasi yang memberi pekerjaan dan upah dengan tenaga kerja yang melaksanakan pekerjaan dan menerima upah.

Ek dan Mukuru (2013) dalam studinya mengemukakan bahwa lingkungan kerja dan gaji berpengaruh terhadap kinerja. Studi dari Abuhashesh *et al.* (2019) menemukan bahwa gaji dan posisi merupakan faktor utama yang berpengaruh terhadap kinerja dan kepuasan kerja karyawan.

Studi dari Permatasari *et al.* (2017) kompensasi memengaruhi motivasi kerja yang akhirnya berpengaruh terhadap kinerja bidan pada pelayanan kontrasepsi IUD di Jombang. Hal yang sama ditemukan juga dalam penelitian Jayanti *et al.* (2017) yaitu insentif mempengaruhi motivasi kerja yang selanjutnya berpengaruh terhadap kinerja. Aduo-adjei *et al.* (2016) dalam penelitiannya menemukan bahwa imbalan finansial merupakan faktor ekstrinsik yang memengaruhi kinerja.

5. Bidan

a. Pengertian Bidan

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 Bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang telah teregistrasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Wewenang Bidan

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 Pasal 18, bidan memiliki kewenangan untuk memberikan pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak dan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

Pasal 19 menjelaskan bahwa pelayanan kesehatan ibu meliputi: konseling pada masa sebelum hamil; antenatal pada kehamilan normal; persalinan normal; ibu nifas normal; ibu menyusui; konseling pada masa antara dua kehamilan; episiotomi; pertolongan persalinan normal; penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II; penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan; pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil; pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas; fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi ASI Eksklusif; pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum; penyuluhan dan konseling; bimbingan pada kelompok ibu hamil; pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.

Pasal 20 menjelaskan bahwa pelayanan kesehatan anak meliputi: pelayanan neonatal esensial; penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan; pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah; konseling dan penyuluhan; inisiasi menyusui dini; pemotongan dan perawatan tali pusat; pemberian suntikan Vit K1, pemberian imunisasi B0; pemeriksaan fisik bayi baru lahir; pemantauan tanda bahaya; pemberian tanda identitas diri; merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang lebih mampu; penanganan awal asfiksia bayi baru lahir melalui pembersihan jalan nafas, ventilasi tekanan positif, dan/atau kompresi jantung; penanganan awal hipotermia pada bayi baru lahir dengan BBLR melalui penggunaan selimut atau fasilitasi dengan cara menghangatkan tubuh bayi dengan metode kangguru; penanganan awal infeksi tali pusat dengan mengoleskan alkohol atau povidon iodine serta menjaga luka tali pusat tetap bersih dan kering; membersihkan dan pemberian salep mata pada bayi baru lahir dengan infeksi gonore (GO); penimbangan berat badan, pengukuran lingkaran kepala, tinggi badan, stimulasi deteksi dini dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang balita dengan menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP); komunikasi, informasi, edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir, ASI Eksklusif, tanda bahaya bayi baru lahir, pelayanan kesehatan, imunisasi, gizi seimbang, PHBS, dan tumbuh kembang.

Pasal 21 menjelaskan bahwa pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana meliputi penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana dan pelayanan kontrasepsi oral, kondom dan suntikan.

Pasal 22 menjelaskan bahwa bidan memiliki kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan dan/atau pelimpahan wewenang melakukan tindakan pelayanan kesehatan secara mandat dari dokter.

c. Standar Kompetensi Bidan

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 369/MENKES/SK/III/2007 menyatakan standar kompetensi bidan terdiri dari :

1. Kompetensi ke 1: Bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan keterampilan dari ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat dan etik yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya, untuk wanita, bayi baru lahir dan keluarganya.
2. Kompetensi ke 2: Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan pelayanan menyeluruh di masyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan dan kesiapan menjadi orang tua.
3. Kompetensi ke 3: Bidan memberi asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi : deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.
4. Kompetensi ke 4: Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin selama persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir.
5. Kompetensi ke 5: Bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat.
6. Kompetensi ke 6: Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi baru lahir sehat sampai dengan 1 bulan.
7. Kompetensi ke 7: Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi dan balita sehat (1 bulan – 5 tahun).

8. Kompetensi ke 8: Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat.
9. Kompetensi ke 9: Melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita/ibu dengan gangguan sistem reproduksi.

6. Puskesmas

1. Pengertian Puskesmas

Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) dalam tatanan sistem pelayanan kesehatan di Indonesia adalah pelaksana pelayanan tingkat pertama atau primer, yang dilaksanakan oleh tenaga-tenaga kesehatan non-spesialistik. Puskesmas adalah sarana terdepan melaksanakan pelayanan kesehatan dasar (PKD) (Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, 2018).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat mendefinisikan puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

2. Tujuan Puskesmas

Sewaktu Puskesmas diperkenalkan dalam Sistem Kesehatan di Indonesia pada tahun 1968, tujuan utamanya adalah untuk mempercepat pemerataan pelayanan kesehatan yang pada waktu itu menjadi masalah besar dalam membangun kesehatan penduduk Indonesia (Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, 2018).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat pasal 5 menyatakan bahwa Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang:

- a. memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat;

- b. mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu
- c. hidup dalam lingkungan sehat; dan
- d. memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

3. Fungsi Puskesmas

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat menyatakan bahwa Puskesmas berfungsi menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP). UKM adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat. UKP adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan.

	UKM	UKP
Jenis pelayanan	Promotif, preventif, skrining, kuratif, rehabilitatif	Promotif, preventif, skrining, kuratif, rehabilitatif
Sasaran	Kelompok/masyarakat	Individu/keluarga
Cara pelaksanaan dan kompetensi yang diperlukan	<ul style="list-style-type: none"> • Menggerakkan mesin birokrasi • Menggerakkan mesin sosial 	Menggerakkan mesin institusi fasilitas kesehatan
Pola hubungan Puskesmas dengan sasaran	Pola hubungan Puskesmas dengan masyarakat	Pola hubungan tenaga medis dengan pasien

Gambar 2.4 Persamaan dan Perbedaan antara UKM dan UKP

Sumber: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat (2018)

Puskesmas juga melaksanakan beberapa fungsi manajemen kesehatan di wilayah kerjanya yang meliputi kegiatan, sebagai berikut:

1. Melaksanakan Sistem Informasi Kesehatan tingkat kecamatan yang sumber datanya berasal dari:
 - a. Kegiatan pelayanan Puskesmas sebagai FKTP BPJS;
 - b. Kegiatan UKM di masyarakat;

- c. Kegiatan surveilans di masyarakat; dan
 - d. Laporan-laporan dari unit kesehatan dalam wilayah kerja Puskesmas (bidan, Pustu, Poskesdes, Posyandu, Posbindu, klinik swasta dan lain-lain).
2. Melaksanakan perencanaan kesehatan yang terdiri dari:
- a. Rencana lima tahun (*Microplanning*), mengacu pada Renstra Dinkes; dan
 - b. Rencana tahunan yang menghasilkan RKA (Rencana Kerja dan Anggaran) tahunan.
3. Melaksanakan koordinasi, monitoring dan supervisi terhadap kegiatan Puskesmas dalam pelaksanaan UKM dan UKP.
4. Melaksanakan manajemen unsur yang terdiri dari:
1. Manajemen SDM;
 2. Manajemen obat/logistik; dan
 3. Manajemen keuangan.

Puskesmas mempunyai fungsi penggerak pembangunan berwawasan kesehatan di tingkat kecamatan, pemberdayaan masyarakat dan keluarga dalam pembangunan masyarakat, kesehatan tingkat pertama, penyuluhan pelayanan dan pembinaan kesehatan masyarakat, pembina teknis untuk pelayanan kesehatan swasta dan kader pembangunan kesehatan, pengembangan kegiatan swadaya kesehatan masyarakat dan pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh kepala dinas (Nasution, 2016).

Dalam pasal 7 Permenkes Nomor 75 tahun 2014 menyatakan bahwa Puskesmas berwenang untuk:

- a. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu;
- b. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif;
- c. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat;
- d. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung;
- e. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi;

- f. melaksanakan rekam medis;
- g. melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses Pelayanan Kesehatan;
- h. melaksanakan peningkatan kompetensi Tenaga Kesehatan;
- i. mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya; dan
- j. melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan Sistem Rujukan.

4. Akreditasi Puskesmas

Dalam Permenkes No 75 Tahun 2014 akreditasi Puskesmas adalah pengakuan terhadap Puskesmas yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri setelah dinilai bahwa Puskesmas telah memenuhi standar pelayanan Puskesmas yang telah ditetapkan oleh Menteri untuk meningkatkan mutu pelayanan Puskesmas secara berkesinambungan. Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan, Puskesmas wajib diakreditasi secara berkala paling sedikit 3 (tiga) tahun sekali.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi, penyelenggaraan akreditasi puskesmas dilakukan melalui tahapan survei akreditasi dan penetapan akreditasi. Survei akreditasi dilakukan oleh surveior akreditasi dari lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri. Survei akreditasi puskesmas terdiri dari surveior bidang administrasi dan manajemen, bidang upaya kesehatan masyarakat, dan bidang upaya kesehatan perseorangan. Penetapan status akreditasi puskesmas terdiri dari tidak terakreditasi, terakreditasi dasar, terakreditasi madya, terakreditasi utama dan terakreditasi paripurna.

Akreditasi Puskesmas menilai tiga kelompok pelayanan di Puskesmas, yaitu:

A. Kelompok Administrasi Manajemen, yang diuraikan dalam :

1. Bab I. Penyelenggaraan Pelayanan Puskesmas (PPP)
2. Bab II. Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas (KMP)
3. Bab III. Peningkatan Mutu Puskesmas (PMP)

B. Kelompok Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM), yang diuraikan dalam:

1. Bab IV. Upaya Kesehatan Masyarakat yang Berorientasi Sasaran (UKMBS)
2. Bab V. Kepemimpinan dan Manajemen Upaya Kesehatan Masyarakat (KMUKM)
3. Bab VI. Sasaran Kinerja Upaya Kesehatan Masyarakat

C. Kelompok Upaya Kesehatan Perorangan, yang diuraikan dalam:

1. Bab VII. Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP)
2. Bab VIII. Manajemen Penunjang Layanan Klinis (MPLK)
3. Bab IX. Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien (PMKP)

5. Puskesmas di Kabupaten Mojokerto

Di Kabupaten Mojokerto Provinsi Jawa Timur terdapat 27 Puskesmas dengan rincian 16 Puskesmas Rawat Inap, 11 Puskesmas Rawat Jalan, 9 Puskesmas Keliling dan 55 Pustu (Puskesmas Pembantu). Tenaga yang ada di sarana pelayanan kesehatan Puskesmas di Kabupaten Mojokerto pada tahun 2016 meliputi tenaga dokter umum sejumlah 44 orang, dokter gigi 31 orang, perawat 388 orang, perawat gigi 31 orang, bidan 386 orang, farmasi 14 orang, kesehatan masyarakat 9 orang, sanitasi 18 orang, gizi 15, analis kesehatan 26 orang, pejabat struktural 53 orang, staf penunjang administrasi 255 orang dan juru 5 orang (Dinas Kesehatan Kab. Mojokerto, 2016).

B. Penelitian yang Relevan

1. Penelitian "*The Factors Influence with Midwife Performance to Antenatal Care at Public Health Centre Wania Sub Province Mimika*" oleh Wanma et al. (2018).

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang berpengaruh terhadap kinerja pelayanan ANC di Pusat Kesehatan Wania, Mimika. Faktor yang berpengaruh terhadap kinerja ANC yaitu usia (RP=2.53, CI 95% 1.19-5.39, p=0.007), status kepegawaian (RP=7.33, CI 95% 1.21-3.19, p<0.001), masa kerja (RP=3.44, CI 95% 1.60-7.39, p=0.000), sikap (RP=1.97, CI 95% 1.21-3.19, p=0.020), motivasi (RP=2.68, CI 95% 1.44-5.01, p=0.001) dan fasilitas (RP=1.97, CI 95% 1.28-3.04, p=0.012). Perbedaan dengan penelitian ini adalah pada variabel independen yaitu masa kerja, status kepegawaian, beban kerja, dukungan sosial, motivasi kerja, dan

persepsi kompensasi finansial. Variabel dependen yaitu kinerja bidan. Penelitian ini menggunakan sampel dan analisis data yang berbeda serta tempat penelitian yang berbeda yaitu di Kabupaten Mojokerto.

2. Penelitian “*Relationship between meaningful work and job performance in nurses*” oleh Tong (2018)

Penelitian yang dilakukan Tong (2018) menggunakan *stratified random-sampling* dan analisis regresi. Hasil penelitian ini membuktikan bahwa tingkat pendidikan, unit kerja dan status kepegawaian berpengaruh secara tidak langsung terhadap kinerja. Pekerjaan yang bernilai (*meaningful work*) dipengaruhi oleh tingkat pendidikan ($b=4.61$, $p < 0.001$), unit kerja ($b= -0.49$, $p < 0.001$) dan status kepegawaian ($b= -5.07$, $p < 0.001$). Pekerjaan yang bernilai berhubungan dengan kinerja ($r=0.44$ dan 0.49 dan $p < 0.010$). Perbedaan dengan penelitian ini adalah variabel yang diteliti, analisis data, teknik pemilihan sampel dan lokasi penelitian.

3. Penelitian “*The Effect of Socio-Demographic Factors on Quality of Midwifery Performance as Perceived by Midwives*” oleh Alkassseh dan Kweik (2019).

Penelitian ini bertujuan untuk menentukan faktor sosio demografis yang mempengaruhi kualitas kinerja bidan dari perspektif bidan. Penelitian yang dilakukan oleh Alkassseh dan Kweik (2019) menggunakan desain studi cross sectional serta menggunakan analisis independen T test dan one way ANOVA. Hasil penelitian yaitu gaji, ketersediaan transportasi, status pernikahan, umur, masa kerja, posisi kerja (supervisor, kepala ruangan/unit, staf) berpengaruh terhadap kualitas kinerja bidan. Perbedaan dengan penelitian ini adalah variabel yang diteliti, sampel dan lokasi serta analisis yaitu analisis jalur.

4. Penelitian “*Predictors of quality of work life and job performance in clinical staff in Qazvin, Iran*” oleh Kalhor *et al.* (2018).

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara kualitas kehidupan kerja dengan kinerja pada staf klinis di rumah sakit Kosar, Qazvin. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengalaman kerja ($b=3.67$, $p=0.040$), status kepegawaian ($b=11.3$, $p < 0.001$) dan pekerjaan shift ($b=60.49$, $p < 0.001$) berpengaruh terhadap kinerja pada staf klinis. Perbedaan dengan penelitian ini adalah variabel yang diteliti, sampel dan lokasi serta analisis yaitu analisis jalur.

5. Penelitian “*Mindfulness, job satisfaction and job performance: mutual relationships and moderation effect*” oleh Vaculik *et al.* (2016)

Hasil penelitian dari Vaculik *et al.* (2016) menemukan bahwa dinamika pekerjaan, neurotisme dan jenis kelamin merupakan prediktor yang lemah terhadap kinerja. Perhatian mempunyai pengaruh positif yang lemah terhadap kinerja. Kepuasan kerja tidak berpengaruh terhadap kinerja. Perbedaan dengan penelitian ini adalah variabel yang diteliti, sampel dan lokasi serta analisis yaitu analisis jalur.

6. Penelitian “*The effects of work stress and compensation on the employees’ performance through motivation and job satisfaction at the private life insurance companies in Jakarta, Indonesia*” oleh Anwar *et al.* (2015).

Penelitian ini menggunakan analisis SEM dengan bantuan program AMOS. Hasil penelitian membuktikan bahwa stres kerja berpengaruh negatif terhadap kinerja sedangkan kompensasi berpengaruh positif terhadap kinerja. Kompensasi melalui motivasi dan kepuasan kerja berpengaruh positif terhadap kinerja. Perbedaan dengan penelitian ini adalah variabel yang diteliti, sampel dan lokasi serta analisis yaitu analisis jalur.

7. Penelitian “*Analysis factors affecting employees ob performance in Libya*” oleh Aboazoum *et al.* (2015).

Hasil penelitian Aboazoum *et al.* (2015) menemukan bahwa budaya organisasi, kepuasan kerja, pelatihan dan pengembangan berpengaruh terhadap kinerja. Stres kerja tidak berpengaruh terhadap kinerja. Perbedaan dengan penelitian ini adalah variabel yang diteliti, teknik pemilihan sampel yang menggunakan *random sampling* sedangkan penelitian Aboazoum menggunakan *purposive sampling*, lokasi serta analisis yaitu analisis jalur.

8. Penelitian “*The impact of motivation on the work performance of health workers (Korle Bu Teaching Hospital): evidence from Ghana*” oleh Aduo-adjei *et al.* (2016).

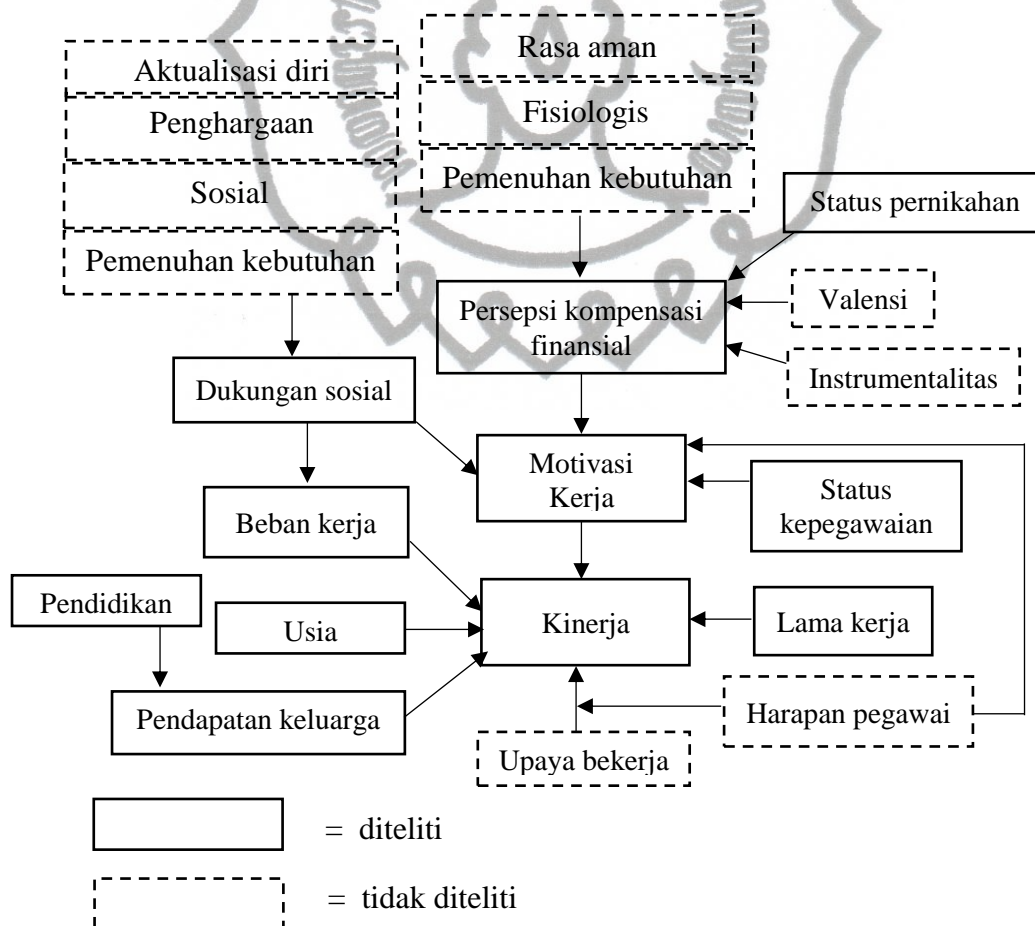
Studi yang dilakukan oleh Aduo-adjei *et al.* (2016) merupakan studi kualitatif pada karyawan kesehatan baik medis maupun paramedis. Hasil penelitian membuktikan bahwa motivasi adalah kunci bagi kinerja perawat. Kepuasan kerja, logistik dan lingkungan kerja merupakan faktor intrinsik yang berpengaruh terhadap kinerja. Imbalan finansial, akomodasi dan transportasi juga berpengaruh terhadap kinerja.

Perbedaan dengan penelitian ini adalah metode penelitian yang menggunakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*, variabel yang diteliti, teknik pemilihan sampel dan lokasi serta analisis yaitu analisis jalur.

C. Kebaruan Penelitian

Kebaruan dalam penelitian ini adalah terletak pada variabel independen, analisis data dan tempat penelitian. Belum ada penelitian sebelumnya yang meneliti lama kerja, persepsi kompensasi finansial, status kepegawaian, beban kerja, dukungan sosial, motivasi terhadap kinerja badan secara bersama-sama dengan menggunakan analisis jalur (*path analysis*) di Kabupaten Mojokerto.

D. Kerangka Berpikir



Gambar 2.5 Kerangka Berpikir

Sumber: Robbins dan Judge (2017) dan Vroom (1964) dalam Wirawan (2015)

Uraian kerangka berpikir adalah sebagai berikut:

Kerangka berpikir dibuat berdasarkan teori hierarki kebutuhan yang dikemukakan oleh Abraham Maslow dan teori motivasi harapan yang dikemukakan oleh Victor Vroom. Maslow menjelaskan bahwa setiap manusia mempunyai lima hierarki kebutuhan. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan untuk makan, minum, perlindungan dan bebas sakit. Kebutuhan rasa aman merupakan kebutuhan bebas dari ancaman, yaitu keamanan dari kegiatan yang membahayakan secara fisik dan non fisik sehingga memerlukan penghasilan yang terus meningkat, memiliki asuransi kesehatan dan bekerja di lingkungan yang bebas bahaya.

Kebutuhan fisiologis dan rasa aman memengaruhi manusia untuk memperoleh penghasilan yang cukup guna memenuhi kebutuhan tersebut. Hal ini mendorong individu termotivasi untuk mencapai kinerja yang diharapkan. Pendidikan memengaruhi upah yang diperoleh pegawai sehingga memengaruhi jumlah pendapatan keluarga. Hal ini memicu pegawai untuk meningkatkan kinerja.

Kebutuhan sosial merupakan kebutuhan untuk bersahabat, berinteraksi, berafiliasi dan cinta. Kebutuhan sosial didapatkan dengan penerimaan rekan kerja dan dukungan dari supervisor di tempat kerja. Kebutuhan penghargaan didapatkan dengan hasil kerja yang dihargai oleh orang lain baik dari rekan kerja ataupun supervisor. Kebutuhan aktualisasi diri didapatkan dengan mengembangkan keterampilan dan membimbing orang lain. Hal ini dapat terjadi bila individu mendapat dukungan dari supervisor untuk membimbing pegawai baru atau direkomendasikan untuk mengikuti pelatihan guna meningkatkan keterampilan. Oleh karena itu kebutuhan sosial, penghargaan dan aktualisasi diri memengaruhi dukungan sosial dimana dukungan sosial merupakan hubungan dengan rekan kerja dan supervisor. Dukungan sosial yang dipengaruhi oleh kebutuhan individu akan sosial, penghargaan dan aktualisasi diri mendorong individu tersebut untuk berkinerja baik. Dukungan sosial berpengaruh terhadap beban kerja. Beban kerja memengaruhi kinerja.

Victor Vroom mengemukakan bahwa motivasi kerja merupakan fungsi dari harapan, instrumentasi dan valensi. Upaya bekerja yang didasari oleh harapan pegawai untuk mencapai kinerja yang diharapkan akan meningkatkan kinerja. Instrumentalitas merupakan persepsi pegawai bahwa kinerja akan menghasilkan

gaji/upah dan valensi merupakan nilai upah/gaji yang diharapkan pegawai secara subjektif. Status pernikahan, instrumentalitas dan valensi memengaruhi persepsi kompensasi finansial. Harapan pegawai, instrumentalitas dan valensi mendorong pegawai termotivasi untuk berkinerja baik.

Status kepegawaian merupakan keadaan yang membedakan pegawai yang satu dengan yang lain dalam suatu organisasi. Status kepegawaian tetap memberikan rasa aman dari pemutusan hubungan kerja bagi pegawai. Status kepegawaian mendorong pegawai termotivasi untuk menghasilkan kinerja yang baik. Lama kerja merupakan lamanya waktu yang dilalui pegawai sejak hari pertama bekerja sampai saat ini. Usia memengaruhi kinerja.

E. Hipotesis

1. Ada pengaruh pengaruh usia terhadap kinerja bidan. Semakin senior usia bidan, semakin baik kinerja bidan
2. Ada pengaruh pengaruh lama kerja terhadap kinerja bidan. Semakin lama masa kerja, semakin baik kinerja bidan.
3. Ada pengaruh pengaruh pendidikan terhadap kinerja bidan. Semakin tinggi tingkat pendidikan bidan, semakin baik kinerja bidan
4. Ada pengaruh pengaruh status pernikahan terhadap kinerja bidan. bidan degan status menikah meningkatkan kinerja bidan.
5. Ada pengaruh status kepegawaian terhadap kinerja bidan. Status kepegawaian tetap meningkatkan kinerja bidan.
6. Ada pengaruh pengaruh pendapatan keluarga terhadap kinerja bidan. Semakin tinggi pendapatan keluarga, semakin baik kinerja bidan
7. Ada pengaruh persepsi kompensasi finansial terhadap kinerja bidan. Persepsi kompensasi finansial cukup meningkatkan kinerja bidan.
8. Ada pengaruh beban kerja terhadap kinerja bidan. Semakin berat beban kerja, semakin, semakin buruk kinerja bidan.
9. Ada pengaruh dukungan sosial terhadap kinerja bidan. Semakin kuat dukungan sosial, semakin semakin baik kinerja bidan.
10. Ada pengaruh motivasi kerja terhadap kinerja bidan. Semakin kuat motivasi bidan, semakin baik kinerja bidan.