

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Penelitian ini mengkaji pengaruh tiga dimensi tuntutan kerja terhadap niat keluar perawat, serta menguji sejauh mana dukungan organisasi dapat beroperasi sebagai mekanisme penyangga (*buffering effect*) di ekosistem RSIA swasta Kecamatan Kebayoran Baru. Berdasarkan pengujian model struktural, kesimpulan dari penelitian ini secara spesifik menjawab enam rumusan masalah yang diajukan:

1. *Workload* terbukti berpengaruh positif dan signifikan terhadap *Turnover Intention*. Tekanan fisik dan operasional seperti ketidakpastian rasio penanganan pasien dan keterlambatan fasilitas tidak sekadar dirasakan sebagai kelelahan rutin, melainkan beroperasi sebagai destruktur laten yang menguras kapasitas adaptasi perawat dan mendorong rasionalisasi pengunduran diri.
2. *Emotional Labor* terbukti berpengaruh positif dan signifikan terhadap *Turnover Intention*. Tuntutan regulasi emosi yang ekstrem untuk memenuhi standar *service excellence* di fasilitas premium memaksa perawat melakukan *surface acting* (memalsukan emosi). Disonansi ini secara langsung mengeksploitasi cadangan afektif perawat dan memicu niat separasi.
3. *Work-Family Conflict* (WFC) terbukti berpengaruh positif dan signifikan terhadap *Turnover Intention*. Lebih dari sekadar variabel prediktor, WFC tampil sebagai pendorong dengan visibilitas kognitif dan daya rusak paling mendalam. Invasi jadwal operasional klinis ke dalam ranah domestik menciptakan friksi ekuilibrium yang tidak dapat dikompromikan, menjadikannya akar kerentanan utama yang membulatkan keputusan tenaga kesehatan untuk meninggalkan institusi.
4. *Perceived Organizational Support* (POS) tidak terbukti memoderasi pengaruh *Workload* terhadap *Turnover Intention*. Hal ini secara analitis membuktikan bahwa dukungan perseptual dari manajemen kehilangan daya redamnya ketika dikonfrontasikan dengan tuntutan yang mutlak bersifat struktural dan kuantitatif. Apresiasi psikologis tidak mampu menyubstitusi defisit sistem kerja di lapangan.

5. *Perceived Organizational Support* (POS) terbukti memoderasi (memperlemah) pengaruh *Emotional Labor* terhadap *Turnover Intention*. Dukungan organisasi beroperasi secara optimal sebagai penyangga (*buffer*) karena memiliki kesesuaian domain (*resource-demand matching*) dengan tekanan afektif perawat. Validasi psikologis dari manajemen terbukti tangguh mencegah konversi kelelahan emosional menjadi keputusan *resign*.
6. *Perceived Organizational Support* (POS) tidak terbukti memoderasi pengaruh *Work-Family Conflict* terhadap *Turnover Intention*. Kegagalan moderasi pada jalur ini, bersanding dengan penolakan pada jalur *workload*, menegaskan kesimpulan puncak bahwa POS tidak dapat dipandang sebagai mekanisme mitigasi yang seragam dan universal. Afirmasi organisasional memiliki batasan yurisdiksi dan gagal mengompensasi disrupsi yang telah merusak tatanan di luar lingkungan kerja (ranah keluarga).

5.2 Saran

Mengacu pada simpulan yang telah dirumuskan, saran dalam penelitian ini diklasifikasikan ke dalam dua ranah utama yang berfokus pada resolusi taktis dan pengembangan empiris. Pertama, saran manajerial yang ditujukan bagi pihak manajemen rumah sakit selaku pemangku kebijakan operasional yang mengendalikan kondisi kerja. Kedua, saran akademis yang ditujukan bagi peneliti selanjutnya untuk menutupi kelemahan metodologis dan memperluas cakupan temuan dari studi ini.

5.2.1 Saran bagi Manajemen Rumah Sakit

Berdasarkan temuan bahwa POS memiliki batas efektivitas yang spesifik-domain, strategi retensi tidak dapat lagi mengandalkan anjuran normatif secara pukul rata. Intervensi harus dieksekusi melalui segmentasi operasional sebagai berikut:

1. Intervensi Struktural dan Resolusi *Workload*

Sebagai institusi dengan kapasitas operasional dan volume pasien yang masif, tekanan utama di RSIA Tipe B berpusat pada *Workload* struktural. Untuk mengatasinya, manajemen perlu mengubah paradigma efisiensi SDM:

a. Revisi Kebijakan Efisiensi HRD

Kebijakan manajemen SDM yang selama ini menahan kuota penambahan staf baru demi menekan struktur biaya operasional harus segera dievaluasi.

Pembiaran terhadap beban kerja ekstrem justru melahirkan inefisiensi bisnis yang lebih fatal. Rumah sakit pada akhirnya harus menanggung lonjakan *hidden costs* yang jauh lebih mahal akibat siklus rekrutmen ulang yang terus berulang, biaya orientasi, serta degradasi produktivitas selama masa adaptasi perawat pengganti.

b. Optimalisasi *Relief Pool* dan Rasio Pasien

Manajemen wajib mengeksekusi rekayasa sistem kerja (*job redesign*) melalui pembentukan *relief pool* (tenaga bantuan cadangan) yang tersistematisasi. Hal ini krusial untuk menekan ketergantungan pada panggilan *on-call* mendadak saat terjadi lonjakan kunjungan. Kalibrasi rasio perawat-pasien harus didasarkan pada fluktuasi kedatangan riil, bukan sekadar rasio kapasitas tempat tidur terpasang.

c. Sinkronisasi Lintas-Unit

Proses pendaftaran dan reservasi pasien di area *Front Office* harus disinkronisasikan secara *real-time* dengan kapasitas beban di unit perawatan. Selain itu, optimalisasi *risk register* operasional mutlak dilakukan secara proaktif guna memetakan dan mengurai *bottleneck* pengadaan alat medis, sebelum kendala logistik tersebut bereskalasi menjadi beban kerja fisik tambahan bagi perawat garda terdepan.

2. Pelembagaan Perlindungan Afektif dan Mitigasi *Emotional Labor*

Dengan keunggulan pada layanan *hospitality* terpersonalisasi, eksploitasi *Emotional Labor* di RSIA Tipe C sangat pekat. Kondisi ini menjadi sangat destruktif bagi perawat di klaster usia 20 – 30 tahun, yang masih berada dalam fase adaptasi klinis awal dan sangat rentan menggunakan *surface acting* (memalsukan emosi). Intervensi bagi kelompok ini harus difokuskan pada infrastruktur psikologis:

a. Supervisi Suportif oleh Kepala Ruangan

Manajemen harus memosisikan Kepala Ruangan (*Head Nurse*) tidak sekadar sebagai pengawas klinis, tetapi sebagai *buffer* (penyangga) emosional utama. Kepala Ruangan diwajibkan memberikan validasi dan perlindungan langsung kepada perawat di lapangan saat menghadapi ekspektasi atau komplain dari

pasien VIP, alih-alih membiarkan perawat menyelesaikannya sendiri di bawah paksaan standar *service excellence*.

b. Fasilitas Pemulihan Psikologis

Institusi perlu menyediakan ruang perlindungan emosional yang terlembaga, seperti penyediaan sesi *post-incident debriefing*. Sesi ini wajib difasilitasi oleh manajemen pasca-penanganan gawat darurat obstetri atau pasca-insiden yang menguras afektif, guna menetralkan residu emosi perawat.

c. Revisi Indikator Kinerja Utama (KPI)

Manajemen harus merumuskan ulang sistem penilaian kinerja. Selama ini KPI sering kali hanya menuntut kepatuhan mutlak pada prosedur klinis dan pelaporan administratif. Ke depannya, elemen *Emotional Labor* yakni kemampuan meregulasi emosi di bawah tekanan pasien harus diakui, dinilai, dan dikompensasi sebagai kompetensi profesional utama, bukan sekadar pelengkap keramahan normatif.

3. Intervensi Fleksibilitas Lintas-Domain

Mengingat *Work-Family Conflict* (WFC) terbukti menjadi destruktur dengan daya rusak paling mendalam lintas institusi, intervensi ini secara mutlak harus memprioritaskan perawat pada klaster usia 31–40 tahun. Kelompok usia ini berada pada titik puncak pembentukan keluarga dan pengasuhan anak usia dini, sehingga sangat rentan terhadap invasi pekerjaan ke ranah domestik. Seluruh tipe RSIA wajib merancang kebijakan yang sensitif terhadap ekuilibrium peran (*family-friendly policies*). Hal ini mencakup perancangan jadwal *shift* yang memberikan prediktabilitas waktu pemulihan, serta prosedur penggantian *shift* kedaruratan domestik yang transparan tanpa memberikan konsekuensi administratif negatif bagi perawat.

5.2.2 Saran Bagi Peneliti Selanjutnya

Saran berikut bukan rekomendasi generik untuk menambah sampel atau variabel, melainkan pertanyaan penelitian spesifik yang muncul dari keterbatasan dan temuan penelitian ini.

1. Desain longitudinal untuk melacak transisi niat ke perilaku.

Penelitian ini hanya dapat memotret *turnover intention* pada satu titik waktu. Pertanyaan yang belum terjawab adalah: berapa lama jeda antara terukurnya niat keluar yang tinggi dan terjadinya pengunduran diri aktual? Apakah urutan dominasi prediktor yang ditemukan di sini ($WL > POS > WFC = EL$) tetap stabil ketika diukur pada dua titik waktu berbeda, atau berubah seiring dengan dinamika kondisi kerja? Desain panel dengan interval enam hingga dua belas bulan sudah memadai untuk menguji stabilitas model ini tanpa beban metodologis yang berlebihan.

2. Perbandingan lintas tipe institusi.

Semua temuan penelitian ini berlaku dalam konteks tekanan *service excellence* premium khas institusi swasta yang berorientasi profit. Apakah dominannya WFC dan keterbatasan POS merupakan karakteristik profesi keperawatan secara umum, atau artefak dari tekanan efisiensi yang spesifik pada rumah sakit swasta? Penelitian komparatif yang secara eksplisit membandingkan RSIA swasta dengan RSUD publik atau rumah sakit pendidikan akan menghasilkan temuan yang jauh lebih actionable bagi kebijakan retensi di masing-masing tipe institusi. Penelitian yang membandingkan antar-profesi perawat versus bidan versus tenaga kesehatan lain dalam institusi yang sama juga akan mengungkap apakah pola ini profesi-spesifik atau institusi-spesifik.

3. Uji peran mediasi *burnout* atau *kepuasan kerja*.

Nilai R^2 sebesar 31,7% menyisakan 63,8% varians yang belum menjelaskan. *Burnout* adalah kandidat mediator yang secara teoritis paling koheren ia berpotensi menjadi titik pertemuan di mana ketiga prediktor penelitian ini bermuara sebelum menghasilkan niat keluar. Model yang memosisikan *burnout* sebagai mediator antara job demands dan turnover intention akan melengkapi temuan penelitian ini secara substantif dan memberikan bukti tambahan tentang jalur kausal yang menghubungkan tekanan kerja dengan keputusan pengunduran diri.

4. Uji dimensi WFC secara terpisah.

Penelitian ini mengukur WFC sebagai konstruk tergabung dari tiga dimensi (*time-based*, *strain-based*, *behaviour-based*). Temuan bahwa *behaviour-based conflict* menjadi dimensi paling dominan adalah temuan yang tidak biasa dan perlu dikonfirmasi. Penelitian selanjutnya disarankan menguji ketiga dimensi WFC sebagai prediktor independen yang terpisah bukan sebagai refleksi dari satu

konstruk tunggal untuk mengidentifikasi dimensi mana yang paling membutuhkan intervensi dan apakah masing-masing dimensi merespons moderator yang berbeda.

5. Ganti POS global dengan moderator yang lebih spesifik untuk WFC.

Mengingat POS dalam pengukuran unidimensional tidak terbukti efektif memoderasi hubungan WFC–turnover intention, penelitian selanjutnya disarankan menguji *family-friendly policies* sebagai variabel moderasi tersendiri diukur dengan instrumen yang secara eksplisit mengacu pada ketersediaan dan aksesibilitas kebijakan fleksibilitas kerja, bukan persepsi dukungan secara umum. Jika *family-friendly policies* sebagai moderator spesifik terbukti signifikan sementara POS global tidak, ini akan memberikan bukti yang jauh lebih presisi bagi manajemen tentang intervensi mana yang benar-benar bekerja untuk konflik peran ganda.

5.3 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki sejumlah keterbatasan objektif yang perlu diakui secara terbuka. Keterbatasan ini menjadi batasan interpretasi atas temuan yang ada, sekaligus berfungsi sebagai landasan logis bagi agenda penelitian selanjutnya:.

1. Keterbatasan Desain Pendekatan Waktu (*Cross-Sectional*)

Penelitian ini menggunakan desain *cross-sectional*, di mana pengumpulan data dari responden (perawat dan bidan) hanya dilakukan pada satu titik waktu tertentu (*snapshot*). Padahal, variabel *Turnover Intention*, kelelahan kerja (*Workload*), dan kelelahan emosional (*Emotional Labor*) merupakan konstruk psikologis yang sangat dinamis dan dapat berfluktuasi seiring berjalannya waktu. Keterbatasan ini membuat penelitian tidak dapat membuktikan secara absolut apakah intensi keluar yang diukur saat ini benar-benar akan bertransformasi menjadi perilaku pengunduran diri aktual (*actual turnover behavior*) di masa depan. Pendekatan *longitudinal* idealnya diperlukan untuk mengonfirmasi relasi kausalitas tersebut secara lebih akurat.

2. Rentannya Bias Laporan Mandiri (*Self-Reported Bias*)

Seluruh data utama dalam penelitian ini dikumpulkan melalui kuesioner yang diisi secara mandiri oleh perawat dan bidan menggunakan skala penilaian subjektif. Penggunaan instrumen *self-report* ini membawa risiko bawaan berupa *Common Method Bias* dan *Social Desirability Bias*. Responden mungkin memberikan

jawaban yang dianggap ideal secara normatif atau menyembunyikan intensi yang sesungguhnya saat mengevaluasi kebijakan manajemen (*Perceived Organizational Support*), mengingat isu loyalitas dan beban kerja merupakan hal yang sensitif dalam lingkungan rumah sakit swasta.

3. Batasan Generalisasi Populasi dan Akses Data Kepegawaian

Lokus penelitian ini secara eksklusif berpusat pada 3 (tiga) Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA) swasta yang berlokasi di Kecamatan Kebayoran Baru, Jakarta Selatan. Mengingat RSIA swasta di kawasan premium ini memiliki karakteristik tuntutan *service excellence* dan demografi pasien yang sangat spesifik, hasil penelitian ini tidak dapat digeneralisasikan secara universal (keterbatasan validitas eksternal). Dinamika *Work-Family Conflict* maupun efek penyangga manajemen di RSIA akan sangat berbeda jika dibandingkan dengan kondisi perawat di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) pemerintah atau rumah sakit di wilayah non-urban. Penelitian ini juga tidak dapat mengonfirmasi secara tepat ukuran populasi aktual dari ketiga RSIA target, karena data kepegawaian formal bersifat konfidensial dan tidak dapat diakses oleh peneliti eksternal.

4. Keterbatasan Cakupan Variabel (Daya Penjelas Model)

Berdasarkan hasil pengujian koefisien determinasi (R^2), kemampuan ketiga variabel prediktor (*Workload*, *Emotional Labor*, *Work-Family Conflict*) bersama variabel moderasi (POS) dalam menjelaskan varians *Turnover Intention* adalah sebesar 31,7% (kategori lemah). Hal ini menegaskan bahwa masih terdapat 68,3% proporsi varians niat keluar perawat yang dipengaruhi oleh faktor-faktor eksogen lain di luar model struktural penelitian ini. Variabel-variabel seperti kepuasan kompensasi finansial, gaya kepemimpinan kepala ruangan (*transformational leadership*), iklim keselamatan kerja, maupun ketersediaan alternatif pekerjaan di pasar tenaga kerja belum diinkorporasikan ke dalam analisis ini.

5. Keterbatasan Pengukuran Dukungan Organisasi Global

Penelitian ini menggunakan instrumen POS yang bersifat global (agregat). Keterbatasan ini membuat model tidak mampu membedah secara spesifik dimensi dukungan mana yang paling dibutuhkan apakah dukungan instrumental (seperti fleksibilitas jadwal) atau dukungan sosio-emosional. Ketidadaan rincian ini menjadi dasar argumen mengapa kegagalan POS dalam meredam konflik struktural (WFC

dan *Workload*) di penelitian ini harus dijawab oleh peneliti selanjutnya dengan menggunakan instrumen moderasi yang lebih spesifik-domain, seperti *Family-Supportive Supervisor Behaviors* (FSSB).