

**HUBUNGAN PENGARAHAN KEPALA RUANGAN DENGAN
KINERJA PERAWAT PELAKSANA DI RUANG
RAWAT INAP RSUD BUDHI ASIH
JAKARTA**

TESIS

**HERMAN J. WAROUW
0706254443**



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM PASCASARJANA ILMU KEPERAWATAN
DEPOK, JULI 2009**

**HUBUNGAN PENGARAHAN KEPALA RUANGAN DENGAN
KINERJA PERAWAT PELAKSANA DI RUANG
RAWAT INAP RSUD BUDHI ASIH
JAKARTA**

TESIS

**Diajukan Sebagai Persyaratan untuk memperoleh Gelar Magister
Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen
Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia**

**HERMAN J. WAROUW
0706254443**



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN MANAJEMEN DAN KEPEMIMPINAN KEPERAWATAN
DEPOK, JULI 2009**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

The background of the page features a large, faint watermark of the Universitas Indonesia logo, which is a stylized, symmetrical emblem with a central vertical axis and curved, flame-like or leaf-like shapes on either side.

Nama : Herman J. Warouw

NPM : 0706254443

Tanda Tangan :

Tanggal : 16 Juli 2009

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa oleh pembimbing. Disetujui untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Depok, 16 Juli 2009

Pembimbing I

Krisna Yetti, S.Kp., M.App.Sc

Pembimbing II

(Drs. Sutanto Priyo Hastono, M.Kes)

PENGESAHAN DEWAN PENGUJI

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Herman J. Warouw
NPM : 0706254443
Program Studi : Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen
Universitas Indonesia
Judul Tesis : Hubungan pengarahan kepala ruangan dengan
kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap
RSUD Budhi Asih Jakarta.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan pada Program Studi Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Krisna Yetti, S.Kp., M.App.Sc ()

Pembimbing 2 : Drs. Sutanto Priyo Hastono, M.Kes ()

Penguji : Enie Novieastari, SKp., MSN ()

Penguji : Anwar Kurniadi, SKp., M.Kep ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 16 Juli 2009

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala berkat dan kasih-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis berjudul “Hubungan pengarahan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Budhi Asih Jakarta” tepat pada waktunya. Tesis ini disusun sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan. Dalam menyusun tesis ini, penulis telah dibimbing dengan baik oleh para dosen dan mendapat banyak dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu sebagai bentuk rasa syukur, penulis patut mengucapkan limpah terima kasih kepada:

1. Ibu Krisna Yetti, S.Kp., M.App.Sc, sebagai pembimbing I dan Ketua Program Studi Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, yang dengan tekun memberikan bimbingan, pengarahan, *sharing*, dan usul/saran yang baik untuk kebaikan tesis ini.
2. Bapak Drs. Sutanto Priyo Hastono, M.Kes, sebagai pembimbing II, yang dengan tekun dan sabar memberikan bimbingan dan pengarahan kepada peneliti selama persiapan sampai selesai pembuatan laporan tesis ini.
3. Ibu Dewi Irawaty, MA., Ph.D, sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Direktur dan Staf Keperawatan RSUD Budhi Asih Jakarta, yang telah membantu memberikan kesempatan pada penulis untuk melaksanakan penelitian.
5. Direktur, Dosen dan staf Poltekkes Dep.Kes. Manado Khususnya Program Studi Keperawatan atas kesempatan, dukungan dan motivasi selama pendidikan
6. Kepala dan staf Instalasi Diklat Rumah Sakit Umum Daerah Budhi Asih Jakarta yang telah membantu dan memfasilitasi penulis selama penelitian

7. Dosen dan Staf Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah membagikan ilmu pada penulis selama Pendidikan.
8. Istri dan Putra/putri tercinta; Christanto, Irene, Jeremy, dan Jelita yang senantiasa menjadi sumber inspirasi dan memberi semangat selama mengikuti pendidikan.
9. Papa dan Mama (Alma) seluruh keluarga yang selalu memberi dukungan moril dan Doa pada penulis selama pendidikan.

Besar harapan saya, kiranya penelitian ini bermanfaat bagi semua pihak yang membaca tesis ini. Terima kasih banyak atas berbagai keritik dan saran demi melengkapi hasil penelitian ini. Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa menyertai kita semua.

Depok, Juli 2009

Peneliti

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Herman J. Warouw
NPM : 0706254443
Program Studi : Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Departemen : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Hubungan pengarahan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta.

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 16 Juli 2009

Yang menyatakan

(Herman J. Warouw)

ABSTRAK

Nama : Herman J. Warouw
Program Studi : Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Kekhususan Kepemimpinan dan manajemen
Universitas Indonesia
Judul : Hubungan Pengarahan Kepala Ruang dengan Kinerja Perawat
Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta

Tesis, Juli 2009
xvii+ 115 hal, 33 tabel, 3 skema, 6 lampiran

Kinerja merupakan hasil kerja seorang karyawan terhadap pekerjaan selama periode waktu tertentu berdasarkan standar, uraian tugas yang telah ditentukan sebelumnya. Pendapat perawat pelaksana tentang pengarahannya kepala ruangan berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta selama ini belum diketahui. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran bagaimana persepsi perawat pelaksana tentang penerapan fungsi pengarahannya kepala ruangan dan hubungannya dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta. Penelitian menggunakan metode kuantitatif dengan disain potong lintang. Sampel dalam penelitian adalah seluruh populasi perawat pelaksana yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 89 perawat. Pengambilan data dengan kuesioner dan analisa menggunakan uji kai kuadrat. Penelitian dilakukan tanggal 1 Mei sampai 28 Mei 2009. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar perawat pelaksana memiliki kinerja yang baik. Demikian juga uji analisis bivariat menunjukkan bahwa variabel kepemimpinan mempunyai hubungan yang bermakna dengan kinerja perawat pelaksana ($p\text{ value} = 0,031$), sedangkan variabel motivasi, komunikasi, pendelegasian, pelatihan, dan supervisi tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan kinerja. Hasil analisis dengan uji regresi logistik ganda menunjukkan bahwa variabel kepemimpinan paling berkontribusi terhadap kinerja perawat pelaksana dengan $p\text{ value} = 0,026$ dan $OR = 8,312$ dan motivasi $p\text{ value} = 0,004$ dengan $OR = 0,078$. Usulan terhadap pimpinan rumah sakit dan pimpinan keperawatan RSUD Budhi Asih Jakarta adalah merencanakan peningkatan pemahaman dan kemampuan kepala ruangan tentang kepemimpinan melalui program pelatihan atau jenjang pendidikan formal. Kepala ruangan diharapkan menerapkan kepemimpinan keperawatan yang baik dengan lebih memberdayakan perawat pelaksana dalam melaksanakan tugas melalui supervisi dan bimbingan yang berkesinambungan.

Kata Kunci: Pengarahan., karakteristik, kinerja.
Daftar bacaan: 80 (1985 – 2009).

ABSTRACT

Name : Herman J. Warouw
Program Study : Post Graduate Program of Nursing Faculty
Department of Nursing Leadership and management
University of Indonesia
Title : Related between Direction of Head Nurse with
Performance of Nursing Staff in Inpatient Rooms of
Budhi Asih General Hospital of District et Jakarta.

Thesis, July 2009

xvi + 115 pages, 33 tables, 4 figures, 6 appendices

Performance is a work result of an employee during period of selected time based on the job description standard which has been determined before. Perception of nursing staff, about directing from head nurse of in patient room at RSUD Budhi Asih in Jakarta is not known yet. Object of this research is to get description about perception of nursing staff in applying of the function of head nurse and its relation with the performance of nursing staff in inpatient rooms at RSUD Budhi Asih in Jakarta. This study used a cross sectional designs with 89 nurses, that was taken with all executor nursing staff who fulfilled an inclusion criterion. Collecting data with a questionnaire instrument and related each variable have been done by chi square test. The research was done on May 1st until May 22nd 2009. Result of univariate research shows that almost nursing staff have good performances. Beivariate analysis shows that leadership variable has significant relation with performance (p value= 0,031), while motivation, communication, delegation, training, and supervision variables do not have significant relation with the performance. Analysis result with using double logistic test shows that the most dominant leadership is related to the performance of nursing staff with p value = 0,026 and OR = 8,312 and p value motivation = 0,004 with OR = 0,078. Implication of this research is to give a contribution for management of hospital to increase ability of head nurse by training program and formal education of nursing. Head nurse able to implication of good nursing leadership by increasing ability of nursing staff with continuity supervision and guiding.

Keywords: Directing, characteristic, performance

References: 80 (1985 – 2009)

DAFTAR ISI

| | Hal |
|--|------|
| JUDUL PENELITIAN | i |
| PERNYATAAN ORISINALITAS | ii |
| PERSETUJUAN PEMBIMBING | iii |
| PENGESAHAN DEWAN PENGUJI | iv |
| KATA PENGANTAR | v |
| PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH | vii |
| ABSTRAK | viii |
| DAFTAR ISI | x |
| DAFTAR TABEL | xii |
| DAFTAR GAMBAR | xv |
| DAFTAR LAMPIRAN | xvi |
| 1. PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 7 |
| 1.3 Tujuan Penelitian | 8 |
| 1.4 Manfaat Penelitian | 9 |
| 2. TINJAUAN PUSTAKA | 10 |
| 2.1 Pengarahan | 10 |
| 2.2 Kepala Ruang | 22 |
| 2.3 Kinerja Perawat Pelaksana | 25 |
| 2.4 Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) | 40 |
| 3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFENISI | |
| OPERASIONAL | 44 |
| 3.1 Kerangka Konsep Penelitian | 44 |
| 3.2 Hipotesis | 45 |
| 3.3 Definisi Operasional | 46 |

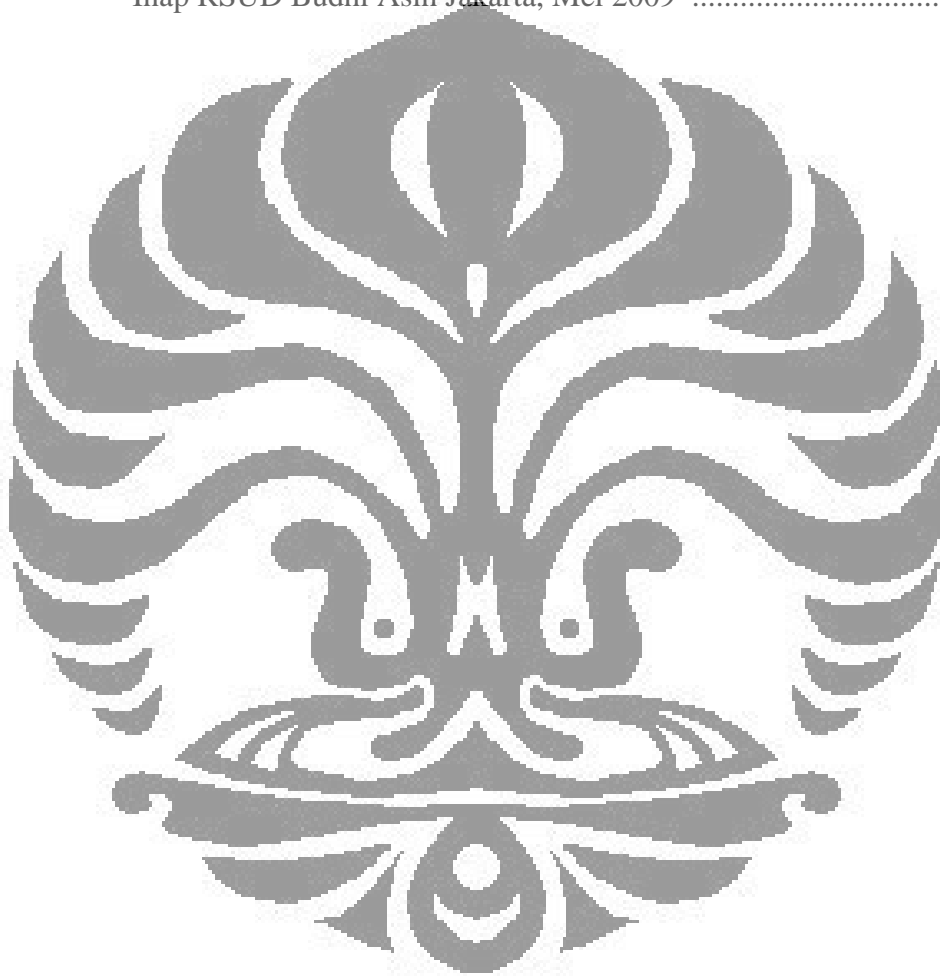
| | |
|--|------------|
| 4. METODE PENELITIAN | 49 |
| 4.1 Desain Penelitian | 49 |
| 4.2 Populasi dan Sampel | 49 |
| 4.3 Tempat Penelitian | 52 |
| 4.4 Waktu Penelitian | 53 |
| 4.5 Etika Penelitian | 53 |
| 4.6 Alat pengumpuldata | 53 |
| 4.7. Prosedur Pengumpulan Data | 54 |
| 4.8 Pengolahan dan Analisis Data | 56 |
| 5. HASIL PENELITIAN | 60 |
| 5.1 Analisis Univariat | 60 |
| 5.2 Analisis Bivariat | 66 |
| 5.3 Analisis Multivariat | 75 |
| 6. PEMBAHASAN | 84 |
| 6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil | 84 |
| 6.2 Keterbatasan Penelitian | 105 |
| 6.3 Implikasi untuk keperawatan | 106 |
| 7. KESIMPULAN DAN SARAN | 107 |
| 7.1 Kesimpulan | 107 |
| 7.2 Saran | 108 |
| DAFTAR PUSTAKA | 110 |
| LAMPIRAN-LAMPIRAN | |

DAFTAR TABEL

| | Hal |
|---|-----|
| Tabel 3.1. Definisi Operasional Variabel Independen | 46 |
| Tabel 3.2. Definisi Operasional Variabel Dependen | 47 |
| Tabel 3.3. Definisi Operasional Variabel <i>Confounding</i> | 48 |
| Tabel 4.1. Distribusi Responden di Ruang MPKP RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 | 52 |
| Tabel 4.2. Distribusi Responden di Ruang Rawat Inap Non MPKP RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 | 42 |
| Tabel 5.1. Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 | 60 |
| Tabel 5.2. Distribusi Responden Menurut Umur dan Lama Kerja di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 | 61 |
| Tabel 5.3. Distribusi Responden Menurut Kategori Umur di RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009..... | 62 |
| Tabel 5.4. Distribusi Responden Menurut Kategori Lama Kerja di Ruang Rawat RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 | 62 |
| Tabel 5.5. Distribusi Responden Berdasarkan Status Perkawinan, dan Status kepegawaian di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 | 62 |
| Tabel 5.6. Distribusi Responden Menurut Pengarahan Kepala Ruangan di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 | 63 |
| Tabel 5.7. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengarahan Kepala Ruangan di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 | 64 |
| Tabel 5.8. Distribusi Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 | 65 |
| Tabel 5.9. Distribusi Frekuensi Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 | 66 |
| Tabel 5.10. Hubungan Umur dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 | 66 |
| Tabel 5.11. Hubungan Status Perkawinan dengan Kinerja Perawat | 67 |

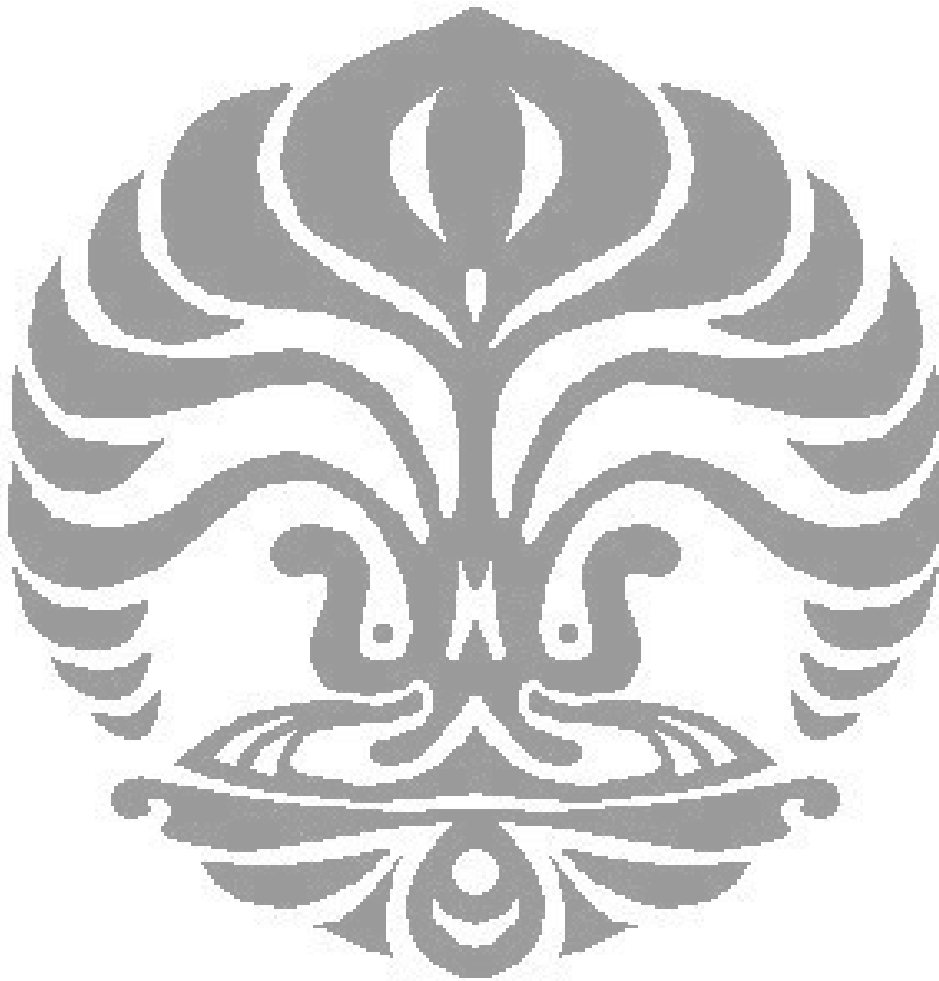
| | |
|---|----|
| Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 | |
| Tabel 5.12.Hubungan Status Kepegawaian dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 | 68 |
| Tabel 5.13.Hubungan Lama Kerja dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 | 69 |
| Tabel 5.14.Hubungan Kepemimpinan Kepala Ruangan dengan Kinerja perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 | 70 |
| Tabel 5.15.Hubungan Motivasi Kepala Ruangan dengan Kinerja perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 | 71 |
| Tabel 5.16.Hubungan Komunikasi Kepala Ruangan Dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 | 72 |
| Tabel 5.17.Hubungan Pendelegasian Kepala Ruangan dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 | 73 |
| Tabel 5.18.Hubungan Pelatihan dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009..... | 74 |
| Tabel 5.19.Hubungan Supervisi Kepala Ruangan dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 | 75 |
| Tabel 5.20.Hasil Seleksi Bivariat Regresi Logistik Sederhana Antara Variabel Independen dan <i>Confounding</i> dengan Variabel Dependen di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009..... | 76 |
| Tabel 5.21.Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda dengan Memasukkan Semua Variabel yang Dipilih di RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 | 77 |
| Tabel 5.22.Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Tanpa Variabel Lama Kerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 | 78 |
| Tabel 5.23.Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Tanpa Variabel Status Kepegawaian di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 | 79 |
| Tabel 5.24.Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Tanpa Variabel Supervisi Kepala Ruangan di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 | 80 |
| Tabel 5.25.Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Tanpa Variabel | 81 |

| | |
|--|----|
| Pendelegasian Kepala Ruangan di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 | |
| Tabel 5.26. Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Tanpa Variabel Pelatihan Kepala Ruangan di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 | 81 |
| Tabel 5.27. Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Tanpa Variabel Komunikasi Kepala Ruangan di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 | 82 |
| Tabel 5.28. Hasil akhir Analisis Regresi Logistik Ganda di Ruang rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 | 83 |



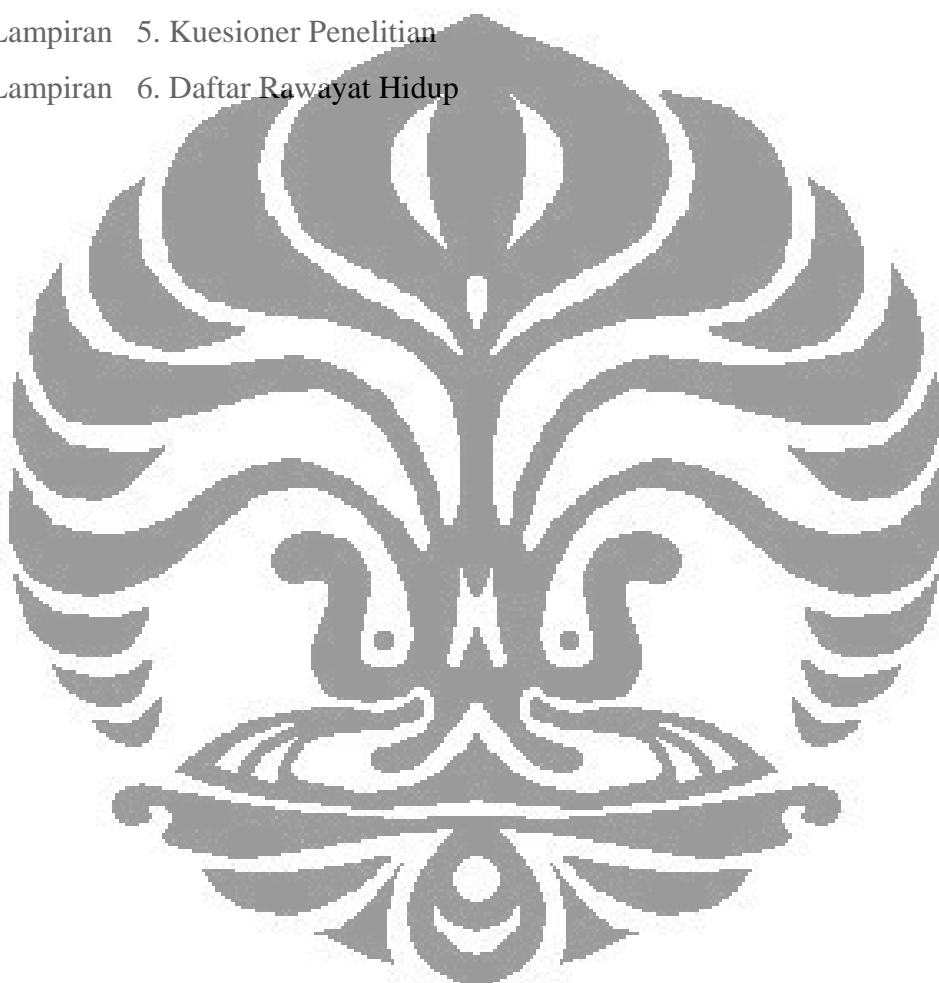
DAFTAR GAMBAR

| | Hal |
|---|-----|
| Gambar 2.1. Variabel yang Mempengaruhi Perilaku dan Kinerja | 27 |
| Gambar 2.2. Model Akurasi Persepsi Pribadi | 37 |
| Gambar 3.1. Kerangka Konseptual Penelitian | 45 |



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat Permohonan Ijin Penelitian
- Lampiran 2. Surat Keterangan izin Penelitian dari Gubernur Prov. DKI Jakarta
- Lampiran 3. Persetujuan Penelitian dari Direktur RSUD Budhi Asih Jakarta
- Lampiran 4. Penjelasan dan Persetujuan Penelitian
- Lampiran 5. Kuesioner Penelitian
- Lampiran 6. Daftar Rawayat Hidup



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Manajemen menurut Swansburg, & Swansburg (1999) didefinisikan sebagai ilmu atau seni tentang bagaimana menggunakan sumber daya secara efisien, efektif, dan rasional untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan sebelumnya. Hal senada disampaikan oleh Hasibuan, (2005) bahwa manajemen adalah ilmu dan seni mengatur proses pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber-sumber lainnya secara efektif dan efisien untuk mencapai suatu tujuan tertentu. Harsey & Blanchard (1997, dalam La Monica, 1998) menjelaskan bahwa manajemen adalah bekerja dengan dan melalui individu dan kelompok untuk mencapai tujuan organisasi. Dari uraian di atas dapat ditarik suatu kesimpulan bahwa manajemen adalah suatu ilmu dan seni bagaimana kita bekerja secara efektif dan efisien melalui orang lain, untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan bersama atau sebelumnya.

Fungsi-fungsi manajer menurut Dessler (2006) adalah perencanaan, pengorganisasian, penyusunan staf, kepemimpinan, dan pengendalian. Demikian juga menurut Stoner (1996) mendefinisikan manajemen sebagai suatu proses perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan, dan pengendalian upaya dari anggota organisasi serta penggunaan semua sumber daya yang ada pada organisasi untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan sebelumnya. Peran manajemen menurut Hasibuan (2005) bahwa seorang manajer dalam memimpin bawahannya harus mampu memberikan dorongan, pengarahan, bimbingan, penyuluhan, pengendalian, keteladanan, dan bersikap jujur serta tegas, agar para bawahannya mau bekerja sama dan bekerja efektif untuk mewujudkan tujuan yang diinginkan.

Peranan kepala ruangan sangat penting dan menentukan kualitas pelayanan keperawatan di ruangan. Salah satu peran kepala ruangan dalam

menjalankan tugas dan tanggung jawabnya berhubungan dengan manajemen pelayanan keperawatan adalah pengarahan.

Pengarahan merupakan salah satu fungsi dalam manajemen pelayanan keperawatan yang sangat menentukan keberhasilan suatu organisasi, sebab bagaimanapun baiknya atau hebatnya perencanaan, jika tanpa dilakukan pengarahan maka kegiatan atau hasil yang dicapai sering kurang memuaskan. Pengarahan mencakup tanggung jawab dalam mengelola sumber daya manusia seperti memotivasi, manajemen konflik, pendelegasian, komunikasi, dan memfasilitasi kolaborasi (Marquis & Huston, 2006).

Pengarahan pelayanan keperawatan adalah proses penerapan perencanaan pelayanan keperawatan untuk mencapai tujuan pelayanan keperawatan yang optimal. Untuk menunjang pelaksanaan pengarahan maka dilakukan kegiatan yang meliputi: motivasi, komunikasi dan kepemimpinan (Dep.kes, 2001). Demikian juga menurut Rowland dan Rowland dalam Swansburg, (1999) menyatakan bahwa pengarahan "berhubungan erat dengan kepemimpinan", di antara aktifitas pengarahan adalah delegasi, komunikasi, pelatihan, dan motivasi. Selain itu tiga elemen utama dalam pengarahan menurut Koontz & O'Donnell (dalam Swansburg, 1999) adalah motivasi, kepemimpinan, dan komunikasi.

Kepala ruangan mempunyai staf perawat yang sangat bervariasi baik dari segi demografi, harapan, keinginan, dan kemauan yang bermacam-macam sehingga memerlukan keterampilan dalam mengelola staf, agar mereka mau melaksanakan tugas dengan penuh rasa tanggung jawab. Di lain pihak perawat pelaksana sebagai bawahan, mengharapkan kepala ruangan agar dapat bersikap adil, bijaksana dan berperilaku yang dapat diterima bawahan, serta terampil dalam memimpin dan berkomunikasi dengan perawat.

Pengarahan atau *actuiting/ directing/ leading* merupakan istilah yang digunakan berhubungan dengan "melaksanakan" kegiatan yang telah direncanakan sebelumnya. Marquis & Houston (2006) menjabarkan aktifitas

pengarahan meliputi; menciptakan iklim motivasi, mengelola waktu secara efisien, mendemonstrasikan keterampilan komunikasi yang terbaik, mengelola konflik dan memfasilitasi kolaborasi, melaksanakan sistem pendelegasian, supervisi, dan negosiasi.

Seorang kepala ruangan dalam melaksanakan tugas, dibekali dengan 3 (tiga) jenis ketrampilan yaitu: *Human skill*, *conceptual skill*, dan *technical skill* (Davis & Greenly, 1994). Peran manajemen keperawatan dalam mengelola sumber daya keperawatan dan sumber daya lainnya sangat penting untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan. Manajer keperawatan secara terus-menerus dihadapkan dengan proses pengambilan keputusan. Oleh karena itu kemampuan manajer berpikir kritis dalam pengambilan keputusan sangat menentukan kualitas keputusan yang diambilnya. Dalam hal ini, kepala ruangan sebagai manajer tingkat bawah yang berada langsung dalam pengelolaan pemberian asuhan keperawatan sangat berperan dalam menentukan mutu pelayanan keperawatan.

Douglas (1992), dalam praktik keperawatan profesional, membagi manajemen keperawatan dalam tiga (3) tingkat yaitu: 1. Manajemen puncak (Direktur keperawatan), bertanggung jawab terhadap semua kegiatan, fasilitas dan layanan keperawatan, 2. Manajer menengah (*supervisor/ Koordinator*), bertanggung jawab mengarahkan aktivitas kepala ruangan dan bertanggung jawab kepada Direktur keperawatan atas semua kepala ruangan yang berada lingkup tanggung jawabnya, 3. Manajer bawah (kepala ruangan/ ketua tim), yang bertanggung jawab terhadap manajemen asuhan yang diberikan kepada klien.

Kalz (dalam Swansburg, 1999) mengklasifikasikan keterampilan manajer dalam tiga kategori yaitu :(1) Keterampilan intelektual; meliputi kemampuan/ penguasaan teori, keterampilan berpikir. (2). Keterampilan teknikal; meliputi metoda, proses, prosedur atau teknik, (3). Keterampilan Interpersonal; meliputi kemampuan kepemimpinan dalam berinteraksi

dengan individu atau kelompok. Ketiga keterampilan tersebut harus dimiliki oleh manajer keperawatan dalam mengelola layanan keperawatan.

Ketertarikan para manajer terhadap kepuasan kerja tentunya sangat beralasan di mana kepuasan kerja berdampak pada kinerja karyawan. Kepuasan kerja merupakan suatu sikap seseorang terhadap sesuatu yang telah dikerjakan yang berimplikasi pada dirinya. Kinerja adalah tingkat pencapaian hasil atas pelaksanaan tugas tertentu (Simanjuntak, 2005). Menurut Ilyas (2002) bahwa kinerja adalah penampilan hasil karya personel baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi. Dalam penilaian kinerja akan sulit bagi kita untuk menentukan kinerja seseorang, untuk itu perlu disusun suatu rangka pencapaian dan tujuan organisasi dalam unit kerja yang lebih kecil, dengan pembagian kerja, sistem kerja dan mekanisme kerja yang jelas. Robbins (2006) menyampaikan bahwa “mungkin tidak dikatakan bahwa pekerja yang bahagia adalah lebih produktif, namun mungkin benar bahwa organisasi yang bahagia lebih produktif”.

Kinerja individual mengacu pada prestasi kerja individu yang diatur berdasarkan standar atau kriteria yang telah ditetapkan oleh suatu organisasi. Kinerja individual yang tinggi dapat meningkatkan kinerja organisasi secara keseluruhan. Penelitian Goodhue, dan Thompson (1995) menyatakan bahwa pencapaian kinerja individual berkaitan dengan pencapaian serangkaian tugas-tugas individu. Kinerja yang lebih tinggi mengandung arti terjadinya peningkatan efisiensi, efektivitas atau kualitas yang lebih tinggi dari penyelesaian serangkaian tugas yang dibebankan kepada individu dalam perusahaan atau organisasi (Vancouver dkk, 2002)

Pelayanan keperawatan merupakan salah satu bagian yang menentukan kualitas pelayanan di rumah sakit. Asuhan Keperawatan adalah Kegiatan profesional Perawat yang dinamis, membutuhkan kreativitas dan berlaku rentang kehidupan dan keadaan.(Carpenito, 1998). Dalam hal ini perlu dilakukan penataan sistem model praktik keperawatan yang salah satunya melalui pengembangan model praktik keperawatan Profesional (MPKP).

Model ini sangat menekankan pada kualitas kinerja tenaga keperawatan yang berfokus pada profesionalisme tenaga keperawatan (Sitorus, 2006). Model praktek keperawatan profesional (MPKP) menurut Hoffart & Woods, (1996, dalam Sitorus, 2006) adalah suatu sistem (struktur, proses dan nilai-nilai profesional) yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan, termasuk lingkungan untuk menopang pemberian asuhan tersebut.

Praktik pelayanan keperawatan di banyak rumah sakit di Indonesia saat ini belum mencerminkan praktik pelayanan profesional. Metoda pemberian asuhan keperawatan yang dilaksanakan belum sepenuhnya berorientasi pada upaya pemenuhan kebutuhan klien, melainkan lebih berorientasi pada pelaksanaan tugas (Amiyanti, 2002). Berdasarkan observasi tentang upaya yang dilakukan berbagai rumah sakit dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan dapat disimpulkan bahwa upaya yang dilakukan belum memberi hasil yang memuaskan (Sitorus, 2007)

Upaya meningkatkan mutu asuhan keperawatan di Indonesia belum memberikan hasil yang memuaskan. Upaya yang dilakukan lebih bersifat sesaat atau bersifat individu berupa pelatihan, akreditasi atau pendidikan tenaga keperawatan pada jenjang yang lebih tinggi, namun tidak dimanfaatkan secara optimal dalam pemberian asuhan keperawatan. Untuk mengatasinya perlu dilakukan penataan struktur, rekayasa ulang, dan dirancang ulang sistem pemberian asuhan keperawatan melalui pengembangan MPKP. Dalam hal ini, manajer keperawatan perlu melaksanakan peran & fungsinya agar pemberian asuhan keperawatan berjalan optimal (Sitorus & Yulia, 2006).

Rumah Sakit Umum Daerah “Budhi Asih” adalah rumah sakit tipe B non pendidikan milik Pemda DKI Jakarta yang selalu melakukan perubahan dan inovasi guna meningkatkan pemberian pelayanan keperawatan yang kualitas. Gambaran pelayanan ini sesuai dengan visinya yaitu “Pelayanan yang berkualitas dan menyenangkan bagi semua”(Olga , 2008). Salah satu

perubahan yang dilakukan dapat kita lihat pada peningkatan kapasitas tempat tidur dari 112 tempat tidur menjadi 176 tempat tidur. Penambahan kapasitas tempat tidur ini sudah dipersiapkan dengan peningkatan pelayanan keperawatan melalui pengembangan model praktik keperawatan profesional (Dumauli, 2008).

Komposisi perawat yang bekerja di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta adalah sebagai berikut: S1 keperawatan 1 orang (0,8%), D3 Keperawatan 120 orang (94,5%), D3 Kebidanan 4 orang (3,1%), D1 Kebidanan 1 orang (0,8%), dan SPK 1 orang (0,8%). Rumah sakit ini pula telah mengembangkan MPKP pemula dengan metode pemberian asuhan keperawatan modifikasi perawatan primer walaupun baru di tiga ruangan. Ruangan lain yang belum menerapkan MPKP, merujuk pada ketiga ruangan MPKP dengan metode pemberian asuhan keperawatan tim-fungsional.

Ruangan rawat inap yang menerapkan MPKP yaitu: ruang lantai 6 Barat, ruang lantai 7 Barat, dan ruang lantai 8 Barat. Sedangkan yang belum menerapkan MPKP adalah sebagai berikut: ruang lantai 5 Barat, ruang lantai 5 Timur, ruang lantai 6 Timur, ruang lantai 9 Barat, ruang perawatan perinatologi, dan ruang HCU. BOR untuk Ruangan MPKP sekitar 70% sedangkan untuk ruang non-MPKP adalah sekitar 65%. LOS untuk ruang MPKP sekitar 3-4 hari sedangkan untuk ruang non MPKP sekitar 4-5 hari.

Hasil wawancara yang dilakukan terhadap beberapa perawat yang bekerja di ruangan rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta ternyata pelaksanaan pengarahannya kepala ruangan belum berjalan secara optimal dengan berbagai pendapat sebagai berikut:

1. Kepala ruangan sebagai supervisor belum melibatkan perawat pelaksana dalam perencanaan maupun pengambilan keputusan, serta masih terkesan mencari kesalahan.
2. Perawat Pelaksana merasa kurang bebas menyampaikan pendapat secara langsung kepada atasannya

3. Terdapat kepala ruangan yang belum memberikan motivasi berupa pujian kepada perawat pelaksana ketika melaksanakan tugas dengan baik.
4. Rendahnya perawat yang mengikuti pelatihan yang berhubungan dengan tugas dan tanggung jawabnya di ruangan

Sesuai dengan hasil observasi penulis ketika melaksanakan residensi di RSUD Budhi Asih Jakarta tahun 2008, ditemukan bahwa pelaksanaan fungsi pengarahan kepala ruangan belum berjalan secara optimal seperti pelaksanaan supervisi belum dilaksanakan secara terencana serta komunikasi kepala ruangan dan perawat pelaksana belum dilaksanakan secara profesional (Warouw, 2008). Pendelegasian tugas oleh kepala ruangan terhadap perawat pelaksana sudah dilaksanakan namun belum sesuai dengan prosedur dengan surat tugas, demikian juga ketika selesai melaksanakan tugas belum ada evaluasi dari kepala ruangan. Kepala ruangan belum memberikan motivasi kepada staf ketika perawat pelaksana melaksanakan tugas dengan baik.

Penelitian ini perlu dilakukan sebagai cara untuk mengidentifikasi pelaksanaan fungsi pengarahan kepala ruangan serta bagaimana kinerja perawat pelaksana di ruangan rawat inap. Penelitian tentang pengarahan kepala ruangan secara spesifik dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih belum pernah dilakukan, sehingga penulis tertarik untuk meneliti hubungan pengarahan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah dikemukakan di atas, dimana penulis menemukan fenomena pengarahan kepala ruangan diduga berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana yang bekerja di ruang rawat inap. Dapat diasumsikan bahwa fungsi pengarahan kepala ruangan dan kinerja perawat pelaksana belum maksimal. Sementara belum ada informasi yang jelas yang mengungkapkan aspek yang spesifik berkaitan dengan hubungan

pengarahan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta.

Untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan RSUD Budhi Asih maka perlu dilakukan pengkajian tentang kinerja perawat pelaksana dan mengidentifikasi hubungan pengarahan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana. Dengan diketahuinya hubungan tersebut, diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan perbaikan selanjutnya. Masalah penelitian yang peneliti rumuskan adalah: “Apakah ada hubungan pelaksanaan pengarahan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menganalisa: Hubungan pengarahan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta.

1.3.2 Tujuan Khusus

Penelitian ini diharapkan diidentifikasi tentang:

1. Karakteristik perawat pelaksana yang bertugas di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta.
2. Kinerja perawat pelaksana yang bertugas di rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta.
3. Hubungan penerapan kepemimpinan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta.
4. Hubungan penerapan motivasi kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta.
5. Hubungan penerapan komunikasi kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta.
6. Hubungan penerapan pendelegasian kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta.

7. Hubungan penerapan pelatihan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta.
8. Hubungan penerapan supervisi kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta.
9. Hubungan karakteristik dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta.
10. Variabel yang paling berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana di RSUD Budhi Asih Jakarta.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Untuk manajemen Rumah Sakit tempat penelitian

Sebagai bahan masukan bagi pihak manajemen rumah sakit dalam meningkatkan kinerja perawat pelaksana melalui penerapan fungsi pengarahan kepala ruangan yaitu: kepemimpinan, motivasi, komunikasi, pendelegasian, pelatihan, dan supervisi. Manajemen rumah sakit dalam hal ini keperawatan telah mewacanakan penerapan sistem jenjang karir pada direktur untuk peningkatan peran kepala ruangan dan perawat pelaksana dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di RSUD Budhi Asih Jakarta.

1.4.2 Untuk Program Studi

Sebagai bahan rujukan mengenai fungsi pengarahan kepala ruangan yaitu: kepemimpinan, motivasi, komunikasi, pendelegasian, pelatihan, supervisi, serta kinerja perawat pelaksana, secara khusus untuk pengembangan studi tentang kepemimpinan dan manajemen keperawatan .

1.4.3 Untuk Penelitian

Sebagai informasi awal untuk penelitian selanjutnya dan sumbangan pemikiran bagi peneliti lain yang berminat pada lingkup yang sama, terkait dengan fungsi pengarahan kepala ruangan dan kinerja perawat pelaksana dalam melaksanakan asuhan keperawatan di rumah sakit.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

Manajemen keperawatan merupakan proses pelaksanaan pelayanan keperawatan melalui staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan, pengobatan dan rasa aman, kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Menurut Koontz & O'Donnel, (1984 dalam Hasibuan, 2005) menguraikan manajemen yang terdiri dari *Planning, Organizing, staffing, directing, dan Controlling*. Definisi manajemen seperti yang dikembangkan Depkes, (2001), adalah proses pengelolaan pelayanan keperawatan melalui pelaksanaan fungsi manajemen yaitu perencanaan, pengorganisasian, pengaturan tenaga, pengarahan, evaluasi, dan pengendalian mutu pelayanan keperawatan untuk mencapai tujuan pelayanan keperawatan. Jadi manajemen dapat dikatakan sebagai aktifitas pimpinan yang melaksanakan pekerjaan melalui orang lain untuk mencapai tujuan.

Bab ini menguraikan tentang teori yang terkait dan mendukung penelitian yang berhubungan dengan salah satu fungsi manajemen yaitu pengarahan. Variabel yang akan diuraikan berikut adalah tentang variabel dependen yaitu kinerja perawat pelaksana dan variabel independen yaitu fungsi pengarahan kepala ruangan.

2.1 Pengarahan

Pengarahan atau *directing* merupakan unsur yang penting dari keseluruhan fungsi administrasi dan manajemen. Selain itu, fungsi pengarahan sangat penting karena secara langsung berhubungan dengan manusia, segala jenis kepentingan, dan kebutuhannya. Tanpa adanya pengarahan, karyawan cenderung melakukan pekerjaan menurut cara pandang mereka sendiri tentang tugas-tugas apa yang seharusnya dilakukan, bagaimana melakukan dan apa manfaatnya (Hunger & Wheelen, 2003). Jadi pengarahan adalah bagaimana pimpinan menggerakkan bawahan, melaksanakan kegiatan dan mengkoordinasinya agar tujuan yang akan dicapai organisasi dapat terealisasi. Tujuan pokok dari pengawasan dan pengarahan menurut Notoatmodjo, (2006) adalah agar kegiatan-kegiatan dan orang-orang yang melakukan kegiatan yang

telah direncanakan tersebut dapat berjalan dengan baik dan tidak terjadi penyimpangan-penyimpangan yang memungkinkan tidak tercapainya tujuan yang telah ditetapkan.

Dalam masyarakat modern, komando dan koordinasi disebut “Pengarahan” (Swansburg, & Swansburg, 1999). Pandangan lain tentang pelaksanaan (*Actuating*) adalah fungsi yang teramat penting dalam manajemen. Seringkali diketahui perencanaan dan pengorganisasiannya bagus, namun dikarenakan kurangnya kemampuan pelaksanaan, hasil kegiatan suatu pekerjaan belum seperti diharapkan (Wijono, 1997). Istilah lain juga yang berhubungan dengan pengarahan atau pelaksanaan adalah *Actuating* atau disebut juga “gerakan aksi” mencakup kegiatan yang dilakukan seorang manajer dalam mengawali dan melanjutkan kegiatan yang ditetapkan oleh unsur perencanaan dan pengorganisasian, agar tujuan-tujuan dapat tercapai. *Actuating* mencakup penetapan dan pemuasan kebutuhan manusiawi dari pegawai-pegawainya, memberi penghargaan, memimpin, mengembangkan dan memberi kompensasi kepada mereka (Terry, 2006).

Jika sebuah organisasi menciptakan suatu lingkungan, dimana para pegawai dapat mencapai sasaran organisasi dan sasaran pribadi secara serentak, maka efisiensi, loyalitas, dan antusiasme kerja pasti tinggi. Pengarahan (*Directing*) adalah kegiatan mengarahkan semua karyawan, agar mau bekerja sama dan bekerja efektif serta efisien dalam membantu tercapainya tujuan perusahaan, karyawan, dan masyarakat (Hasibuan, 2005). Douglas mendefinisikan bahwa pengarahan adalah pengeluaran penugasan, pesanan, dan instruksi yang memungkinkan pekerja memahami apa yang diharapkan darinya, dan pedoman serta pandangan pekerja sehingga ia dapat berperan secara efektif dan efisien untuk mencapai objektif organisasi (Swanburg, 1999).

Pengarahan dapat didefinisikan sebagai “keseluruhan usaha, cara, teknik, dan metode untuk mendorong para anggota organisasi agar mau dan ikhlas bekerja dengan sebaik mungkin demi tercapainya tujuan organisasi secara efisien, efektif, dan ekonomis” (Siagian, 2007: hal 95). Pada hakekatnya pengarahan

sebagai salah satu fungsi manajemen adalah keputusan-keputusan pimpinan yang dilakukan agar kegiatan-kegiatan yang direncanakan dapat berjalan dengan baik (Notoatmodjo, 2003). Hasil penelitian tentang kemampuan manajerial kepala ruangan yang dilakukan oleh Suhendar (2004) di ruang rawat inap RSUD Kota Banjar Jawa Barat menemukan (66.7%) responden mempersepsikan fungsi pengarahan kurang baik.

Dalam penelitian ini fungsi pengarahan akan dibatasi pada beberapa hal sesuai dengan tujuan penelitian seperti kepemimpinan, motivasi, pendelegasian, komunikasi, pelatihan, dan supervisi (Depkes, 2001; Rowland, Rowland, 1999; dan Koontz, & O'Donnell, 1999) . Selanjutnya variable penelitian tersebut akan diuraikan secara terperinci sebagai berikut:

2.1.1 Kepemimpinan

Pemahaman tentang kepemimpinan tentunya sangat bervariasi sesuai dengan kepentingan masing-masing. Kepemimpinan merupakan seni untuk seorang pemimpin melayani orang lain (*leadership is an art of giving*), memberikan apa yang dimiliki untuk kepentingan orang lain. Sebagai pemimpin, ia menempatkan dirinya sebagai orang yang bermanfaat untuk orang lain, namun belum banyak pemimpin dalam keperawatan saat ini yang dapat memahami konsep ini secara mendalam (Nurachmah, 2005). Begitu pentingnya fungsi kepemimpinan bagi seorang kepala ruangan sehingga William & Harvard (dalam La Monica, 1998) menyatakan kepemimpinan positif dapat memotivasi pekerja untuk meningkatkan kinerja hingga 80-90%.

Definisi kepemimpinan telah banyak diajukan oleh para pakar yang pada dasarnya bermuara pada bagaimana memberdayakan bawahan dalam menjalankan organisasi untuk mencapai tujuan yang setinggi-tingginya. Kepemimpinan manajerial menurut Stogdill sebagai proses mengarahkan dan mempengaruhi aktifitas yang berkaitan dengan tugas dari anggota kelompok (Stoner, 1996). Pengertian kepemimpinan yang disampaikan oleh Robbins adalah sebagai kemampuan untuk mempengaruhi

kelompok menuju pencapaian sasaran (Robbins, 2006). Masih berhubungan dengan kepemimpinan, Hersey and *Colleagues* (2001, dalam Huber, 2006) menggambarkan kepemimpinan sebagai proses mempengaruhi perilaku baik perorangan maupun kelompok, untuk mencapai tujuan sesuai dengan waktu yang ditentukan. Menurut Gardner secara umum disampaikan bahwa kepemimpinan adalah proses mempengaruhi individu atau kelompok untuk melakukan aktifitas yang dimaksudkan (Swansburg & Swansburg, 1999).

Davis (1985) memandang kepemimpinan sebagai suatu proses mendorong dan membantu orang lain untuk bekerja dengan antusias mencapai tujuan. Wexley, & Yukl (2005) kepemimpinan adalah bagaimana mempengaruhi orang untuk melakukan usaha lebih banyak dalam sejumlah tugas atau mengubah perilakunya. Dalam hal tersebut diatas, ternyata seorang pemimpin bukan hanya mempengaruhi bawahannya, tetapi juga ia harus mampu menjamin bahwa bawahannya mampu melaksanakan tugas dengan baik dan penuh antusias. Sebagai manajer keperawatan pada semua tingkatan harus mampu memerankan *leadership skill* yang akan menciptakan iklim yang kondusif dimana setiap orang yang terlibat didalamnya melaksanakan pekerjaannya secara bertanggung jawab (swansburg & Swansburg, 1999), dengan kata lain bahwa seorang pemimpin yang efektif adalah seorang yang mampu menggerakkan bawahannya secara berdayaguna dan berhasil guna.

(Hasibuan, 2005) memandang dari sudut gaya kepemimpinan bagaimana mempengaruhi bawahannya, agar mau bekerja sama dan bekerja efektif sesuai dengan perintahnya. Kepemimpinan termasuk kegiatan berikut "mengarahkan atau menunjukkan jalan, mensupervisi atau mengawasi tindakan, dan mengkoordinasikan, atau mempersatukan usaha dari individu-individu yang berbeda" (Gillies, 1995).

Penelitian yang dilakukan oleh Pusat Penelitian dan Survei Universitas Michigan yang berhubungan dengan perilaku pemimpin menunjukkan

bahwa pemimpin yang berorientasi karyawan dikaitkan dengan peningkatan produktifitas kelompok dan kepuasan kerja. Sedangkan pemimpin yang berorientasi produksi cenderung dikaitkan dengan penurunan produktifitas kelompok dan kepuasan kerja (Robbins, 2006). Demikian teori ini dikuatkan oleh Fielder (dalam Robbins, 2006) yang menyatakan bahwa semakin baik hubungan pemimpin-anggota, semakin terstruktur pekerjaan itu, dan semakin kuat kekuasaan posisi, semakin banyak kendali atau pengaruh yang dimiliki pemimpin itu.

Pemimpin transaksional dan pemimpin transformasional (Robbins, 2006) dimana pemimpin transaksional adalah pemimpin yang memandu atau memotivasi pengikut mereka menuju ke sasaran yang ditetapkan dengan memperjelas persyaratan peran dan tugas. Demikian juga pemimpin transformasional adalah pemimpin yang mengantisipasi para pengikut untuk melampaui kepentingan pribadi mereka dan yang mampu membawa dampak mendalam dan luar biasa pada para pengikut. Bass (dalam Luthans, 2006) menyimpulkan bahwa kepemimpinan transaksional adalah resep bagi keadaan seimbang, sedangkan kepemimpinan transformasional membawa keadaan menuju pada kinerja yang tinggi pada organisasi yang menghadapi tuntutan pembaharuan dan perubahan.

Pandangan di atas dapat disimpulkan bahwa kepemimpinan merupakan proses mempengaruhi dan memberdayakan orang lain, melalui hubungan yang baik antara pimpinan dan anggota sesuai dengan situasi dan kondisi dalam mencapai tujuan suatu organisasi. Selain itu dapat dikatakan, bahwa efektivitas pegawai ditentukan oleh cara bagaimana pegawai tersebut dipimpin. Kepemimpinan dalam keperawatan merupakan penggunaan keterampilan seorang perawat kepala ruangan dalam mempengaruhi perawat pelaksana untuk melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya dalam memberikan pelayanan keperawatan sehingga tujuan keperawatan tercapai.

2.1.2 Motivasi

Motivasi adalah karakteristik psikologik manusia yang memberi kontribusi pada tingkat komitmen seseorang termasuk faktor-faktor yang menyebabkan, menyalurkan, dan mempertahankan tingkah laku manusia dalam arah tekad tertentu (Stoner, 1996), dalam konteks sekarang pengertian motivasi adalah “proses-proses psikologis meminta mengarahkan, arahan, dan menetapkan tindakan sukarela yang mengarah pada tujuan” (Kreitner & Kinicki, 2005).

Motivasi biasanya didefinisikan sebagai proses dimana perilaku diberikan energi dan arahan (Wexley & Yukl, 2005). Sebagai sebuah konsep, motivasi menggambarkan baik kondisi ekstrinsik yang merangsang perilaku tertentu, dan respons intrinsik ditopang oleh sumber energi yang disebut “motif” (Swanburg, 1999). Menurut teori “*expectancy*”, motivasi pekerja sangat ditentukan oleh harapannya bahwa suatu usaha yang mencapai tingkat pelaksanaan kerja terbaik akan menjadi alat untuk mendapatkan hasil-hasil yang positif dan menghindari hasil-hasil yang negatif (Wexley & Yukl, 2005), teori ini menjelaskan bagaimana perilaku pemimpin mempengaruhi motivasi bawahan yang pada gilirannya mempengaruhi pelaksanaan kerja bawahannya.

Motivasi merupakan proses dengan apa seorang menejer merangsang bawahan untuk bekerja dalam rangka upaya mencapai sasaran organisatorium sebagai alat untuk memuaskan keinginan pribadi mereka sendiri (Adikoesoemo, 2003). Mayo dan peneliti lain dalam (Stoner, 1996), menemukan bahwa kebosanan dan pengulangan berbagai tugas merupakan faktor yang menurunkan motivasi, sedangkan kontak sosial membantu menciptakan dan mempertahankan motivasi. Jadi memotivasi bawahan berarti menjadikan mereka merasakan bahwa bekerja sebagai bagian dari hidup yang dinikmati (Simanjuntak, 2005).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa Motivasi adalah bagaimana peran kepala ruangan sebagai manajer dalam merangsang perawat pelaksana dengan menanamkan perasaan berharga dan bermanfaat serta menjadikan kerja sebagai bagian dari kehidupan yang dinikmati. Pemenuhan kebutuhan sosial juga merupakan hal yang perlu diperhatikan dalam rangka meningkatkan motivasi perawat pelaksana dalam melaksanakan tugas.

2.1.3 Komunikasi

Pada dasarnya komunikasi adalah kepercayaan. Semakin baik anda mengenal seseorang, semakin akurat anda dapat memperkirakan apa yang dia lakukan. Berkomunikasi merupakan salah satu fungsi pokok manajemen khususnya pengarahannya. Demikian juga komunikasi yang kurang baik dapat mengganggu kelancaran organisasi dalam mencapai tujuannya (Keliat dkk, 2006). Suatu studi komprehensif oleh Barnard (1938, dalam Luthans, 2006) menemukan bahwa para manajer mencurahkan sepertiga aktifitas mereka untuk komunikasi rutin, menukar dan memproses informasi rutin. Akan tetapi yang lebih penting lagi adalah penemuan bahwa aktifitas komunikasi memberi kontribusi yang paling besar untuk manajer yang efektif. Komunikasi memperkuat motivasi dengan menjelaskan ke para karyawan apa yang harus dilakukan, seberapa baik mereka bekerja, dan apa yang dapat dikerjakan untuk memperbaiki kinerja yang dibawah standar (Robbins, 2006).

Kurangnya kerjasama adalah salah satu penyebab yang umum dari salah pengertian atau kegagalan dalam komunikasi. Komunikasi yang terbuka dan efektif dapat dianggap sebagai aset bagi sebuah organisasi. Charles E. McDonald, pengawas rumah sakit yang dikutip Stoner (1996), mengatakan kepuasan karyawan adalah faktor utama dari struktur komunikasi yang menonjol dari rumah sakit. Karyawan menerima komunikasi yang jujur, langsung dari manajemen dan bekerja dalam tim yang kompak serta berkomunikasi secara terbuka dan sering.

Komunikasi dalam suatu organisasi kita kenal seperti komunikasi kebawah dan komunikasi keatas. Proses komunikasi ke bawah (*downward process*). Tujuan proses komunikasi ke bawah oleh Katz dan Kahn (dalam Luthans, 2006) telah diidentifikasi menjadi 5 (Lima) tujuan dalam organisasi yaitu; 1) memberi arahan tugas khusus mengenai instruksi kerja; 2) memberi informasi mengenai prosedur dalam praktek organisasi; 3) menyediakan informasi mengenai pemikiran dasar pekerjaan; 4) memberitahu bawahan mengenai kinerja mereka; dan 5) menyediakan informasi ideologi guna memudahkan indoktrinasi tujuan. Demikian juga menurut Stoner (1996), bahwa tujuan utama komunikasi kebawah adalah memberi saran, memberi tahu, mengarahkan, memberi instruksi, dan mengevaluasi karyawan serta menyediakan informasi mengenai sasaran dan kebijakan perusahaan kepada anggota organisasi. Robbins (2006) mengemukakan komunikasi kebawah adalah pola yang digunakan oleh pemimpin kelompok dan manajer untuk menetapkan sasaran, memberikan instruksi pekerjaan, menginformasikan kebijakan dan prosedur ke bawahan.

Komunikasi ke atas, secara formal terdapat juga dalam organisasi, akan tetapi dalam prakteknya kecuali untuk kontrol umpan balik, sistem kebawah sesungguhnya mendominasi sistem keatas. Luthans (2006) mungkin cara terbaik dan termudah untuk mengembangkan komunikasi keatas adalah manajer yang mengembangkan kebiasaan mendengarkan dengan baik dan membangun sistem untuk mendengarkan. Robbins (2006) mengemukakan komunikasi keatas adalah komunikasi yang digunakan untuk memberikan umpan balik ke atasan, menginformasikan pada mereka mengenai kemajuan sasaran, dan menyampaikan masalah-masalah yang dihadapi

Dengan demikian dapat dikatakan bahwa fungsi komunikasi kepala ruangan dalam praktek keperawatan adalah bagaimana kemampuan kepala ruangan dalam membina komunikasi kebawah dan komunikasi keatas, bersifat terbuka, jujur, dan menyampaikan pesan dengan jelas

serta menanggapi perawat pelaksana dengan positif agar tidak terjadi kesalahan komunikasi yang menghambat arus informasi dan sekaligus mempengaruhi pencapaian tujuan organisasi.

2.1.4 Pendelegasian

Seorang pemimpin yang baik menyadari kesanggupan dan keterbatasannya serta menyadari pula akan kesanggupan orang-orang yang dipimpinnya. Oleh karena itu, ia harus belajar melepaskan tugas-tugas tertentu kepada orang-orang yang ia pimpin agar ia tidak mengerjakan segala sesuatu sendiri, karena memang tak mungkin ia dapat melakukannya. Pendelegasian yang dilakukan oleh seorang pemimpin memungkinkan dia dapat berbuat banyak hal melalui staf terhadap orang lain yang membutuhkannya.

Pendelegasian sebagai bagian dari penggerakkan atau pengarahan dalam suatu organisasi sangat penting artinya guna menyelesaikan setiap pekerjaan yang menuntut untuk segera diselesaikan dan tidak untuk ditunda lagi. Pendelegasian adalah elemen esensi dari phase penggerakkan dari proses manajemen sebab banyak pekerjaan yang dicapai oleh manajer tidak hanya melalui usaha atau aktifitasnya sendiri, tetapi juga melalui kegiatan orang lain atau bawahan. Delegasi dapat diartikan penyelesaian suatu pekerjaan melalui orang lain. Menurut Handoko (1999) delegasi merupakan pelimpahan wewenang dan tanggung jawab formal kepada orang lain untuk melaksanakan tugas tertentu. Dapat juga diartikan sebagai pemberian suatu tugas kepada seseorang atau kelompok dalam menyelesaikan tujuan organisasi (Marquis & Huston, 2006). Agar dapat berfungsi secara efisien, seorang manajer diberikan kesempatan untuk melaksanakan pendelegasian wewenang kepada bawahan.

Pendelegasian merupakan kompetensi dari manajemen yang efektif, dimana manajer perawatan dapat melakukan tugas melalui orang lain. (Swansburg & Swansburg, 1999). Pendelegasian Keperawatan menurut

NCSBN (1995, dalam Huber, 2006), mendefinisikan sebagai menyerahkan sebagian tugas dan tanggung jawab perawatan kepada seorang yang berkompeten untuk dilaksanakan sesuai dengan situasi. Sedangkan manfaat pendelegasian dilakukan adalah untuk memaksimalkan efektifitas karyawan, mempercepat pengambilan keputusan, dan/ atau dapat membuat keputusan yang lebih baik. *American Nurses Association (ANA)* mendefinisikan pendelegasian sebagai penyerahan tanggung jawab untuk melakukan suatu tugas dari individu kepada yang lain (Huber, 2006; Stoner, 1996) Delegasi yang baik tergantung dari keseimbangan antara 3 komponen utama yaitu; tanggung jawab, kemampuan dan wewenang (Nursalam, 2002). Kelebihan dilakukannya pendelegasian adalah meningkatkan bawahan untuk tumbuh dan berkembang bahkan dapat digunakan sebagai alat belajar dari kesalahan (Handoko, 1999)

Pendelegasian dalam praktek keperawatan profesional adalah, bagaimana kepala ruangan mengembangkan dan memberdayakan perawat pelaksana secara personal dan profesional untuk menyelesaikan tugas-tugas dengan cara menyerahkan tugas dan wewenang sesuai kecakapan, kemampuan dan dedikasi perawat pelaksana dalam mencapai tujuan organisasi.

2.1.5 Pelatihan

Pelatihan bagi karyawan merupakan sebuah proses mengajarkan pengetahuan dan keahlian tertentu serta sikap agar karyawan semakin terampil dan mampu melaksanakan tanggung jawabnya dengan semakin baik, sesuai dengan standar. Menurut Simanjuntak, (2005) menuliskan bahwa pelatihan merupakan bagian dari investasi sumber daya manusia (human investment) untuk meningkatkan kemampuan, ketrampilan kerja, dengan demikian meningkatkan kinerja karyawan. Demikian juga Sikula dalam (Hasibuan, 2005) pelatihan adalah suatu proses pendidikan jangka pendek dengan prosedur yang sistematis dan terorganisir, sehingga

karyawan operasional belajar pengetahuan teknik mengerjakan dan keahlian untuk tujuan tertentu..

Biasanya pelatihan merujuk pada pengembangan ketrampilan bekerja (*vocational*) yang dapat digunakan dengan segera. Program pelatihan dan pengembangan oleh Stoner (1996), dibedakan dimana program pelatihan ditujukan untuk mempertahankan atau memperbaiki prestasi kerja saat ini, sedangkan program pengembangan ditujukan pada aktifitas pekerjaan dimasa yang akan datang. Pelatihan adalah proses mengajar keterampilan yang dibutuhkan karyawan baru untuk melakukan pekerjaannya (Dessler, 2006). Pelatihan diberikan pada karyawan baru agar, memahami, terampil dan ahli dalam menyelesaikan pekerjaannya, sehingga mereka dapat bekerja secara efektif dan efisien pada pekerjaannya. Sedangkan pelatihan untuk karyawan lama dilaksanakan agar karyawan semakin memahami *technical skill*, *human skill*, *conceptual skill*, dan *managerial skill*, supaya moral kerja dan prestasi kerjanya meningkat (Hasibuan, 2005). Orientasi dan pelatihan karyawan baru memainkan peran penting dalam mensosialisasikan karyawan dan mereka memiliki pengetahuan yang mereka butuhkan untuk melaksanakan pekerjaan baru mereka (Dessler, 2006).

Supervisor dalam menjalankan tugas pembimbingan yaitu pelatihan seorang karyawan secara langsung merupakan teknik pengembangan manajemen yang paling baik (Stoner, 1996). Pada dasarnya pelatihan yang dilaksanakan pada karyawan yang baru untuk meningkatkan *performance* mereka dalam menghadapi tugas yang baru, sedangkan untuk karyawan yang lama untuk meningkatkan keterampilan atau menyesuaikan dengan perkembangan teknologi yang baru.

Pelatihan adalah proses pembelajaran dengan memberikan keterampilan tertentu yang berlangsung dalam waktu relatif singkat, dengan tujuan menggerakkan dan memacu potensi kemampuan sumber daya manusia dalam meningkatkan pelaksanaan pekerjaan (Asnawi, 1999). Seorang

pimpinan perlu menciptakan sistem kerja yang membuka kesempatan dan mendorong setiap karyawan untuk meningkatkan kemampuan, keterampilan serta prestasi kerja saat ini melalui pelatihan. Demikian juga merencanakan dan mengembangkan keterampilan untuk mengantisipasi tugas dan tanggung jawab di masa yang akan datang. Pelatihan dan pengembangan harus direncanakan berdasarkan penilaian kebutuhan organisasi seperti orientasi pegawai, pengembangan teknik, ketrampilan manajemen, program-program *on-the-job*, dan penjurangan karier.

2.1.6 Supervisi

Supervisi merupakan bagian dari fungsi *directing* (pengarahan) dalam fungsi manajemen yang berperan untuk mempertahankan agar segala kegiatan yang telah diprogramkan dapat terlaksana dengan baik dan lancar. Supervisi secara langsung memungkinkan manajer keperawatan menemukan berbagai hambatan/ permasalahan dalam pelaksanaan tugasnya. Pengawasan menurut *American Nurse Association (ANA)* dalam (McEachen, & Keogh, 2007) adalah proses pengarahan, memandu, dan mempengaruhi capaian kinerja individu dari suatu tugas atau aktivitas. Tanpa melakukan supervisi maka akan sulit untuk menjaga dan mempertahankan mutu asuhan keperawatan, karena masalah-masalah yang terjadi di ruangan tidak dapat diketahui hanya melalui informasi yang diberikan perawat pelaksana.

Supervisi klinis adalah suatu proses profesional mendukung dan belajar di mana perawat dibantu dalam mengembangkan praktek mereka melalui suatu diskusi berkala dengan rekan sekerja yang banyak mengetahui dan berpengalaman (Fowler 1996). Pemahaman supervisi juga disampaikan Swansburg & Swansburg, (1999) dimana Supervisi adalah suatu proses kemudahan sumber-sumber yang diperlukan untuk penyelesaian tugas-tugasnya. Tujuan supervisi adalah memberikan bantuan kepada bawahan secara langsung sehingga dengan bantuan tersebut memiliki bekal yang cukup untuk dapat melaksanakan tugas atau pekerjaan dengan hasil yang

baik, sedangkan, tujuan supervisi klinis adalah meningkatkan praktek keperawatan oleh karena itu perlu untuk dipusatkan pada interaksi pasien-perawat (van Ooijen, 2000)

Supervisi diarahkan pada kegiatan, mengorientasikan staf dan pelaksana keperawatan, memberikan arahan dalam pelaksanaan kegiatan sebagai upaya untuk menimbulkan kesadaran dan pengertian akan peran dan fungsinya sebagai staf dan difokuskan pada pemberian pelayanan kemampuan staf dan pelaksanaan keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan (Gillies, 1994). Jadi agar seorang manajer keperawatan mampu melakukan kegiatan supervisi secara benar, harus mengetahui dasar dan prinsip-prinsip supervisi seperti hubungan profesional, perencanaan yang matang, bersifat edukatif, memberikan rasa aman, dan membentuk suasana kerja yang demokratis.

Supervisi perlu dilakukan secara terprogram, terjadual, dan bukan untuk mencari kesalahan atau penyimpangan, supervisi juga dilakukan terutama memberikan bimbingan dan arahan untuk meningkatkan pemahaman perawat pelaksana dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya memberikan pelayanan.

2.2 Kepala Ruangan

Kepala ruangan sebagai seorang pemimpin adalah orang yang menghasilkan sesuatu melalui bawahannya. Sebagai manajer, kepala ruangan mempunyai tugas dan fungsi pengarahan dalam hal ini mengarahkan perawat pelaksana dalam merealisasikan tujuan keperawatan di ruangan.

Pelayanan keperawatan di rumah sakit dikelola oleh bidang keperawatan yang terdiri dari tiga tingkatan manajerial (Gillies, 1994) yaitu: 1) Manajer puncak, adalah Direktur keperawatan yang mempunyai tugas melaksanakan kegiatan organisasi dalam lingkup luas dan perencanaan strategis berdasarkan misi organisasi. 2) Manajer menengah, adalah pengelola keperawatan yang membantu manajer puncak untuk menyusun kebijakan, ketentuan, peraturan untuk karyawan dan perencanaan jangka menengah. 3) Manajer bawah adalah

pengelola keperawatan yang langsung mengelola pelayanan keperawatan dengan mengatur jadwal perencanaan harian dan mingguan untuk pemberian asuhan keperawatan, dalam hal ini dilaksanakan oleh kepala ruangan dan ketua tim. Pemimpin yang efektif adalah seorang yang berhasil dalam upaya mempengaruhi bawahannya untuk bekerjasama agar ia produktif dan menimbulkan kepuasan. Pemimpin adalah orang yang menghasilkan sesuatu melalui bawahannya, selanjutnya bawahan hanya menghasilkan sesuatu yang diinginkan atasannya, bila atasan itu memerintah bawahan tersebut untuk berbuat atau tidak berbuat. (Manulang, 2004).

Pengertian kepala ruangan menurut Depkes. R.I, (1999) sebagai seorang tenaga keperawatan yang diberi tanggung jawab dan wewenang dalam mengatur dan mengendalikan kegiatan pelayanan keperawatan di ruang rawat. Kepala ruangan ialah seorang perawat yang secara teratur bertanggung jawab dalam mengelola staf dan pelayanan pasien. Kepala ruangan juga bertanggung jawab terhadap kelancaran asuhan keperawatan seluruh pasien dalam unit yang dikekolanya, peraturan dan penempatan tenaga keperawatan dalam unitnya serta mempunyai keterampilan klinik dan mampu menjadi manajer yang baik. Selanjutnya Gillies (1994) menegaskan bahwa *Nursing First-level Manager* disebut juga *Head Nurse* atau *Patient care Manager* adalah seorang perawat yang bertanggung jawab dan berkedudukan pada ruang rawat/unit rawat pasien. Secara langsung *Patient care manager* bertanggung jawab terhadap pelayanan keperawatan yang dapat memberikan jaminan kenyamanan, aman dan efektif pada seluruh pasien.

Kepala ruangan dalam perjalanan kariernya mungkin saja mengalami berbagai hambatan, namun sebagai pemimpin harus mampu menetapkan pilihan yang tepat untuk memecahkan masalah bersama stafnya sehingga ia dapat meraih keberhasilan dalam memenuhi tanggung jawab yang diembannya. Untuk memaksimalkan fungsi kepala ruangan, pihak manajemen puncak harus mendelegasikan tugas dan tanggung jawab dengan tepat kepada manajemen operasional, dalam hal ini kepala ruangan. Menurut Hunger & Wheelen (2003) mereka harus mampu mendorong karyawan untuk berperilaku sesuai

cara yang diinginkan oleh organisasi dan mengkoordinasi tindakan tersebut untuk menghasilkan kinerja yang efektif.

Salah satu fungsi kepala ruangan berdasarkan proses manajemen yang berkaitan dengan prosedur keperawatan menurut Marquis, dan Huston (2006) adalah pengarahan yang mencakup tanggung jawab dalam mengelola sumber daya manusia seperti memotivasi, manajemen konflik, pendelegasian, komunikasi, dan memfasilitasi kolaborasi. Dalam melaksanakan tugasnya menurut Depkes. R. I. (1999), kepala ruangan bertanggung jawab kepada kepala instalasi perawatan terhadap hal-hal: Kebenaran dan ketepatan program kebutuhan tenaga keperawatan, kebenaran dan ketepatan program pengembangan pelayanan keperawatan, keobjektifan dan kebenaran penilaian kinerja tenaga keperawatan, kelancaran kegiatan orientasi perawat baru, kebenaran dan ketepatan protap/ Standar Operasional Prosedur (SOP) pelayanan keperawatan, kebenaran dan ketepatan laporan berkala pelaksanaan pelayanan keperawatan, kebenaran dan ketepatan kebutuhan penggunaan alat, kebenaran dan ketepatan pelaksanaan program bimbingan mahasiswa institusi pendidikan keperawatan.

Persyaratan untuk menduduki kepala ruangan menurut Depkes. R. I, (1999), harus memiliki pendidikan minimal Ahli Madya Keperawatan, telah mengikuti pelatihan manajemen pelayanan keperawatan, pengalaman kerja sebagai perawat pelaksana 3–5 tahun, sehat jasmani dan rohani. Banyak yang harus dipelajari oleh pimpinan/manajer untuk bisa mengarahkan anak buah untuk bisa bekerja sebaik mungkin dalam mencapai tujuan yang dikehendaki. (Adikoesoemo, 2003)

Katz mencatat bahwa terdapat tiga jenis keterampilan yang harus dimiliki seorang kepala ruangan agar efektif dalam mengendalikan organisasi, yaitu *Human Skill*, *Conseptual Skill*, dan *Technical Skill* (Davis & Greenly, 1994), yang selanjutnya oleh Linda (1994) dalam penelitiannya membagi ketiga keterampilan di atas menjadi lima katagori yaitu *human Skill*, *Conseptual Skill*, *Technical Skill*, *leadership Skill*, dan *Economic Skill*.

Tugas pokok kepala ruangan adalah mengendalikan kegiatan pelayanan keperawatan diruang rawat yang berada diwilayah tanggung jawabnya. Kepala ruangan mempunyai wewenang (Depkes. R. I, 1999 : 1). Meminta informasi dan pengarahan kepada atasan, 2). Memberi petunjuk dan bimbingan pelaksanaan tugas staff keperawatan, 3). Mengawasi, mengendalikan dan menilai pendayagunaan tenaga keperawatan diruang rawat, 4). Menandatangani surat dan dokumen yang ditetapkan menjadi wewenang kepala ruangan, 5). Menghadiri rapat berkala dengan kepala instalasi/kepala seksi/ kepala rumah sakit untuk kelancaran pelayanan keperawatan. Sebagai seorang pemimpin, kepala ruangan harus mampu memerankan *Leadership Skill* yang akan menciptakan iklim yang kondusif dimana setiap orang yang terlibat di dalamnya melaksanakan pekerjaannya secara bertanggung jawab (Swansburg & Swansburg, 1999), dengan kata lain bahwa seorang pemimpin yang efektif adalah seorang yang mampu menggerakkan bawahannya secara berdaya guna dan berhasil guna.

Kepala ruangan adalah seorang manajer yang berfungsi menggerakkan perawat pelaksana untuk melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien. Pengarahan yang baik merupakan kunci pokok keberhasilan seorang kepala ruangan dalam menjalankan kegiatan di ruangan.

2.3 Kinerja Perawat Pelaksana

Kinerja individual mengacu pada prestasi kerja individu yang diatur berdasarkan standar atau kriteria yang telah ditetapkan oleh organisasi. Kinerja individual yang tinggi dapat meningkatkan kinerja organisasi secara keseluruhan. Dalam suatu organisasi, karyawan mempunyai peranan yang sangat strategis, oleh karena kesuksesan seorang pimpinan bergantung kepada peran aktif para pengikutnya. karyawan dalam hal ini adalah seorang atau sekelompok perawat pelaksana yang setiap saat siap melaksanakan tugas yang telah disepakati bersama guna mencapai tujuan ini.

2.3.1 Pengertian Kinerja

Menurut As'ad (2003). Kinerja (*job performance*) adalah hasil yang dicapai oleh seseorang menurut ukuran yang berlaku untuk pekerja yang bersangkutan berdasarkan kualitas dan kuantitas sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan. Pengertian kinerja menurut Ilyas (2002) adalah penampilan hasil karya personel baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi. Sedangkan menurut Simanjuntak (2005), kinerja adalah tingkat pencapaian hasil atas pelaksanaan tugas tertentu. Kinerja dapat merupakan penampilan individu, kelompok kerja personil maupun organisasi, tidak terbatas hanya pada personil yang memangku jabatan fungsional maupun struktural, tetapi juga pada keseluruhan jajaran personil dalam organisasi (Gibson, 1996; Simanjuntak, 2005). Kinerja merupakan hasil kerja seseorang karyawan selama periode tertentu dibandingkan dengan standar, target/sasaran atau kinerja yang telah ditentukan terlebih dahulu dan setelah disepakati bersama. (Soeprihanto, 2001)

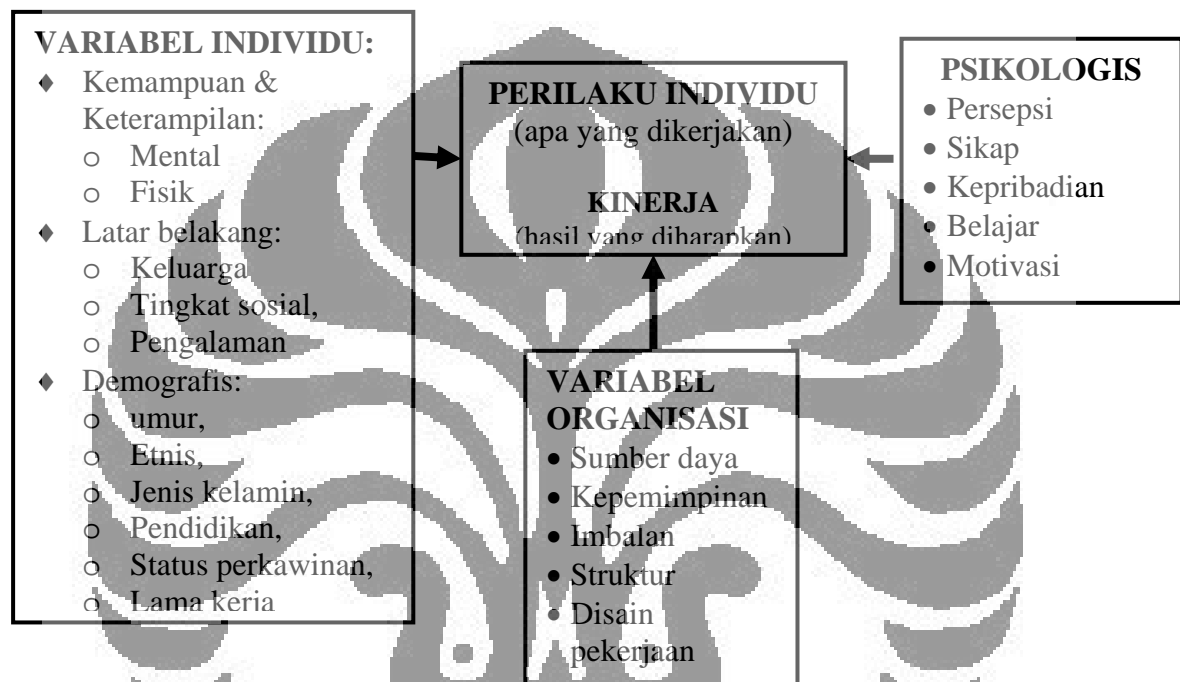
Berdasarkan beberapa pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa kinerja perawat adalah tingkat pencapaian hasil atas pelaksanaan asuhan keperawatan secara keseluruhan selama periode tertentu dibandingkan dengan standart-standart atau kriteria yang telah disepakati bersama. Menurut penelitian Lowin & Greig (1968) serta Farris & Lim (1969), menunjukkan bahwa “perilaku pimpinan dapat disebabkan oleh pelaksanaan kerja bawahan daripada pelaksanaan kerja bawahan dipengaruhi oleh perilaku pemimpin” (Wexley & Yukl, 2005)

2.3.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja

Kinerja setiap orang dipengaruhi oleh banyak faktor. Secara teoritis ada 3 (tiga) kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja (Gibson, 1999; Ilyas, 2002; Simanjuntak, 2005), yaitu: 1). variabel individu; meliputi kemampuan dan keterampilan mental dan fisik, latar belakang keluarga, tingkat sosial dan pengalaman, umur, etnis, jenis

kelamin, pendidikan, status perkawinan dan lama kerja, 2). variabel organisasi; meliputi sumber daya, iklim organisasi, imbalan, struktur, desain pekerjaan, supervisi kontrol, 3). variabel psikologis, meliputi persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Ketiga variabel tersebut dapat dilihat pada gambar 2.1 berikut:

Gambar 2.1 Variabel yang Mempengaruhi Perilaku dan Kinerja



Sumber: Gibson (1996); Ilyas (2002); Simanjuntak (2005)

Dari ketiga variabel kinerja individu tersebut diatas, akan dijelaskan sebagai berikut:

2.3.2.1 Variabel Individu

Karakteristik Individu meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan dan lama kerja, mempunyai efek tidak langsung pada perilaku dan kinerja individu (Ilyas, 2002). Berikut akan dijelaskan karakteristik individu sebagai berikut:

1. Umur

Ada keyakinan bahwa kinerja semakin merosot dengan meningkatnya usia. Keyakinan tersebut dapat dijadikan

alasan oleh banyak organisasi untuk mengukur produktivitas seseorang (Robbins, 2006). Menurut Dessler (2006), umur produktif adalah pada usia 25 tahun yang merupakan awal individu berkarir, usia 25 – 30 tahun merupakan tahap penentu seseorang untuk memilih bidang pekerjaan yang sesuai dengan karir, dan puncak karir terjadi pada usia 40 tahun. Pada usia diatas 40 tahun sudah terjadi penurunan karir. Hasil penelitian yang dilakukan Kurniadi (2006) menunjukkan adanya hubungan antara umur dengan kinerja perawat pelaksana. Menurut Siagian (2007), kaitan umur dengan tingkat kedewasaan psikologis menunjukkan kematangan jiwa , yaitu: semakin bijaksana, mampu mengendalikan emosi dan berpikir rasional, toleran terhadap perbedaan pandangan dan perilaku. Karyawan muda umumnya mempunyai fisik yang lebih kuat , dinamis dan kreatif, tetapi cepat bosan, kurang bertanggung jawab, cenderung absensi dan turnover tinggi. Sedangkan pada karyawan yang umurnya tua kondisi fisiknya kurang, tetapi bekerja ulet, tanggung jawa besar, serta absensi dan turnovernya rendah (Hasibuan, 2005).

2. Status Perkawinan

Menurut Robbin (2006), karyawan yang sudah menikah mempunyai tingkat keabsenan yang lebih rendah, dan lebih puas dengan pekerjaan mereka dibandingkan dengan karyawan yang tidak menikah. Perkawinan menuntut tanggung jawab lebih besar yang mungkin membuat pekerjaan tetap lebih berharga dan penting. Hal senada juga dinyatakan oleh Siagian (2007), bahwa status perkawinan berpengaruh terhadap perilaku karyawan dalam kehidupan organisasi baik secara positif maupun negatif.

3. Status Kepegawaian

Status kepegawaian merupakan salah satu faktor yang berpengaruh secara signifikan terhadap kinerja seseorang pada pekerjaannya. Menurut Undang-Undang Ketenagakerjaan, ada 2 macam status karyawan yaitu : a) Karyawan tetap yang diikat oleh perjanjian kerja untuk waktu tidak tertentu, dan karyawan kontrak yang diikat oleh perjanjian kerja untuk waktu tertentu. [Tabloidportrait \(2007\)](#).

Dalam suatu rumah sakit yang mempunyai berbagai jenis status ketenagaan memungkinkan terjadinya perbedaan kebijakan diantaranya. Harapan perawat untuk menjadi tenaga tetap di rumah sakit cukup tinggi dimana hasil wawancara menunjukkan bahwa jika mereka diterima sebagai pegawai tetap di rumah sakit lain, mereka rela meninggalkan rumah sakit ini.

Dengan diberlakukannya badan layanan umum (BLU) untuk rumah sakit maka status kepegawaian perawat yang bekerja jenisnya adalah pegawai tetap dan pegawai kontrak atau honorer.

4. Lama Kerja

Masa kerja turut menentukan kinerja seorang dalam melaksanakan tugas. Sebab itu [Simanjuntak \(2005, hlm 11\)](#) menuliskan bahwa "semakin sering seorang melakukan pekerjaan yang sama, semakin terampil dan semakin cepat dia menyelesaikan pekerjaan tersebut" Menurut [Robbins \(2006\)](#), jika kita mendefinisikan senioritas sebagai masa kerja seseorang pada pekerjaan tertentu, ada hubungan yang positif antara senioritas dengan produktifitas seseorang. Hasil penelitian yang dilakukan [Lusiani \(2006\)](#), menunjukkan adanya hubungan bermakna antara lama kerja dengan kinerja ($P \text{ value} = 0.025$), hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang

dilakukan oleh Panjaitan (2001) di Rumah Sakit Gatot Soebroto Jakarta, dimana terdapat hubungan yang bermakna antara lama kerja dengan kinerja.

Kita ketahui bahwa masa kerja yang relatif baru dapat menimbulkan hambatan terhadap pekerjaan, karena karyawan belum menghayati pekerjaannya. Sedangkan masa kerja yang terlalu lama dapat menimbulkan kebosanan pada karyawan tersebut.

2.3.2.2 Variabel Organisasi

Organisasi menurut Gibson (1996) berefek tidak langsung terhadap kinerja individu. Kinerja setiap pekerja, kinerja unit-unit kerja dan kinerja perusahaan dapat ditingkatkan melalui dukungan organisasi. Dukungan organisasi dan pelaksanaan fungsi manajemen bertujuan untuk memberikan kemudahan, memfasilitasi dan mendorong semua pekerja agar dapat menaikkan kinerjanya secara optimal (Simanjuntak, 2005).

1. Kepemimpinan

Definisi kepemimpinan menurut Gardner (1986, dalam Swansburg, 2000) adalah suatu proses personal dan memberi contoh sehingga individu (atau pimpinan kelompok) membujuk kelompoknya untuk mengambil tindakan yang sesuai dengan usulan pimpinan atau usulan bersama. Menurut Samsudin, (2006) bahwa kepemimpinan adalah kemampuan meyakinkan dan menggerakkan orang lain agar mau bekerjasama dibawah kepemimpinannya sebagai satu tim untuk mencapai tujuan tertentu. Peran pemimpin sangat penting dan dominan dalam meningkatkan kinerja karyawan, meningkatkan kemampuan dan keterampilan, baik melalui program pendidikan dan pelatihan maupun rotasi jabatan atau penugasan khusus (Simanjuntak, 2005). Penelitian yang

dilakukan oleh Rahmayati (2002) tentang hubungan kepemimpinan dengan kinerja perawat, menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara variabel kepemimpinan dengan kinerja perawat pelaksana di RSAB Harapan Kita. Kepemimpinan adalah kemampuan seseorang mempengaruhi orang lain untuk bekerja sesuai dengan yang diinginkan untuk mencapai tujuan.

2. Imbalan

Imbalan atau kompensasi yang diberikan harus bersifat adil dan berdasarkan kinerja atau kontribusi setiap orang kepada organisasi. Imbalan yang diberikan antara lain berupa: pemberian penghargaan dan atau uang; pemberian bonus yang lebih besar bagi karyawan yang kinerjanya lebih baik daripada karyawan lain; dan atau percepatan kenaikan pangkat atau gaji (Simanjuntak, 2005). Kopelman (1986, dalam Illyas, 2002) menyatakan bahwa imbalan akan berpengaruh untuk meningkatkan motivasi kerja yang pada akhirnya secara langsung akan meningkatkan kinerja individu.

3. Struktur Organisasi

Sutarto (2000) menyatakan struktur organisasi menunjukkan garis kewenangan dan rentang kendali dari suatu organisasi yang akan menentukan ruang lingkup kegiatan dan tanggung jawab setiap individu. Struktur organisasi memudahkan dalam mengendalikan kinerja karyawan, dimana karyawan tidak dapat membuat pilihan yang mutlak bebas dalam melakukan suatu pekerjaan dan cara mengerjakannya. Makin jelas wewenang dan tugas yang harus dicapai, maka diharapkan tingkat otonomi yang ditampilkan makin kuat.

4. Desain pekerjaan

Simanjuntak (2005) menyatakan desain pekerjaan dirumuskan melalui analisis jabatan dengan menguraikan visi, misi dan tujuan organisasi. Analisis jabatan menghimpun informasi mengenai karakteristik pekerjaan, serta kewenangan dan tanggung jawab orang yang menjalankan jabatan tersebut. Produk akhir dari analisis jabatan adalah deskripsi tertulis dari persyaratan aktual suatu pekerjaan. Sebab itu analisis jabatan sering disebut analisis pekerjaan atau *job analysis*, analisis aktivitas atau analisis tugas (Samsudin, 2006).

5. Supervisi dan Kontrol

Supervisi dan kontrol pada negara maju tidak berperan secara bermakna terhadap kinerja. Hal ini dikarenakan tingkat kinerja pada negara maju sudah pada tingkat yang optimum, sehingga tidak membutuhkan kontrol dan supervisi yang ketat dari atasan dan organisasi (Ilyas, 2002). Di Indonesia dan negara-negara berkembang, supervisi dan kontrol masih sangat penting pengaruhnya terhadap kinerja individu. Penelitian yang dilakukan Ilyas mengenai determinan kinerja dokter PTT (1998) ditemukan hubungan yang bermakna antara supervisi atasan dengan kinerja dokter PTT. (Ilyas, 2002).

2.3.2.3 Variabel Psikologis

Variabel psikologis menurut Gibson (1996, dalam Ilyas, 2002) banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial pengalaman kerja sebelumnya dan variabel demografis. Variabel psikologis merupakan hal yang kompleks, sulit diukur, dan sukar mencapai kesepakatan tentang pengertian dari variabel tersebut, karena seorang individu masuk dan bergabung dalam organisasi kerja

pada usia, etnis, latar belakang budaya, dan keterampilan berbeda satu dengan yang lainnya.

Persepsi pada variabel psikologis digunakan untuk mengartikan berbagai macam masukan yang diterima individu untuk dapat ditafsirkan oleh panca indera, dan dipengaruhi oleh berbagai macam faktor. Robbins (2006) menyatakan bahwa persepsi adalah suatu proses yang digunakan individu untuk mengorganisasi dan menafsirkan kesan inderawi mereka untuk memberi makna pada lingkungan mereka. pendapat lain juga mengatakan bahwa persepsi adalah proses kognitif yang memungkinkan kita dapat menafsirkan dan memahami lingkungan sekitar kita (Kreitner & Kinicki, 2005). Diantara karakteristik pribadi yang mempengaruhi persepsi adalah pengalaman, sikap, kepribadian, motif, kepentingan atau minat, dan harapan.

Karakteristik individu bersama lingkungan akan menghasilkan produktivitas yang secara berturut-turut berupa perilaku pekerjaan (*work behavior*), penampilan kerja (*job performance*), dan karier organisasi (*organizational career*) (Kopelman, 1988)

2.3.3 Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja individu sangat bermanfaat bagi dinamika pertumbuhan organisasi secara keseluruhan. Dengan melaksanakan penilaian, maka dapat diketahui secara nyata kondisi kinerja karyawan maupun organisasi. Penilaian kinerja yang dilakukan secara tepat dan adil, dapat menjadi sarana yang akan menimbulkan semangat kerja bagi karyawan. Secara umum terdapat tiga pendekatan pendekatan penilaian prestasi kerja yang biasa dilakukan, yaitu pendekatan karakteristik, pendekatan perilaku, dan pendekatan hasil (Kreitner & Kinicki, 2005). Pelaksana penilaian kinerja perawat pelaksana mengacu pada peran dan fungsi perawat di ruang rawat inap. Jadi kinerja yang dinilai

berhubungan dengan penerapan asuhan keperawatan dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

Pada kajian berikut ini akan dibahas tentang pengertian, penilaian kinerja pelayanan keperawatan, dan pengukuran kinerja.

2.3.3.1 Pengertian

Evaluasi kinerja adalah "suatu metode dan proses penilaian tugas (performance) seseorang atau sekelompok orang atau unit-unit kerja dalam suatu perusahaan atau organisasi sesuai dengan standar kinerja atau tujuan yang ditetapkan lebih dahulu" (Simanjuntak 2005 hlm 103). Penilaian kinerja berarti mengevaluasi kinerja karyawan saat ini dan/atau dimasa lalu relatif terhadap standar prestasinya (Dessler, 2006). Senada dengan itu Depkes (2005) memberikan pengertian penilaian kinerja sebagai suatu cara untuk mengetahui kualitas kerja staf sesuai dengan uraian tugasnya.

Penilaian kinerja dalam organisasi adalah proses ketika organisasi mengevaluasi hasil kerja atau prestasi kerja para karyawan (Sarwoto, 2002). Penilaian kinerja disebut juga *Performance appraisal*, merupakan komponen utama kegiatan pengawasan atau evaluasi dari manajemen keperawatan. Penilaian kinerja merupakan alat yang paling dapat dipercaya oleh manajer perawat dalam mengontrol sumber daya manusia dan produktivitas (Swanburg, 2000).

Huber (2000) menyampaikan penilaian kinerja dalam organisasi adalah merupakan strategi fundamental dan proses berkelanjutan organisasi dalam mengevaluasi hasil kerja atau prestasi kerja para karyawan untuk mencapai keuntungan kompetitif melalui mobilisasi sumber daya manusia yang murni. Penilaian kinerja merupakan salah satu kerangka dimana manajer dapat mendukung anggota timnya dari pada mendikte mereka dan akan

menjadi lebih penting jika dihargai sebagai suatu proses transformasional dari pada sebagai suatu proses penilaian (Amstrong, 2003). Kinerja perawat pelaksana Sub variabel dari struktur organisasi dalam hal perumusan masalah, pembagian tugas, pendelegasian dan wewenang, koordinasi, rentang kendali, cakupan pekerjaan, kedalaman pekerjaan, dan hubungan pekerjaan secara bermakna ada hubungan dengan kinerja. (Rusmiati, 2008).

2.3.3.2 Tujuan dan Manfaat Penilaian Kinerja Perawat

Tujuan dilakukan penilaian kinerja adalah untuk menjamin pencapaian sasaran dan tujuan organisasi (Simanjuntak, 2005). Demikian juga menurut Notoatmodjo, (2003) bahwa tujuan penilaian kinerja adalah untuk mengembangkan diri karyawan dalam rangka mengembangkan organisasi. Secara lebih terperinci, Cahayani, (2005) menjabarkan bahwa penilaian kinerja dilaksanakan dengan tujuan yaitu, peningkatan kinerja karyawan, sebagai umpan balik, meningkatkan motivasi, mengidentifikasi untuk kebutuhan pelatihan, mengidentifikasi kemampuan karyawan, memberikan kesempatan bagi perawat untuk mengetahui harapan organisasi dari mereka, untuk pengembangan karier, mempertimbangkan imbalan, serta memecahkan masalah dalam pekerjaan.

Menurut Ilyas (2002), penilaian kinerja bertujuan, yaitu: 1) menilai kemampuan perawat, 2) peningkatan dan pengembangan perawat, 3) mengukur tanggung jawab perawat, 4) merupakan informasi dalam mempertimbangkan promosi dan penetapan gaji, 5) memberikan umpan balik bagi para manajer maupun perawat pelaksana untuk melakukan evaluasi diri dan meninjau kembali perilaku yang ditampilkan selama ini, 6) memotivasi perawat menghasilkan mutu asuhan keperawatan yang berkualitas, 7) memperbaiki kinerja, 8) merupakan alat yang dapat dipercaya

oleh manajemen keperawatan dalam mengontrol SDM dan produktivitas, 9) sebagai rencana pengembangan dan motivasi kerja, promosi, penghargaan, dan kesempatan untuk mengikuti pendidikan bagi individu perawat.

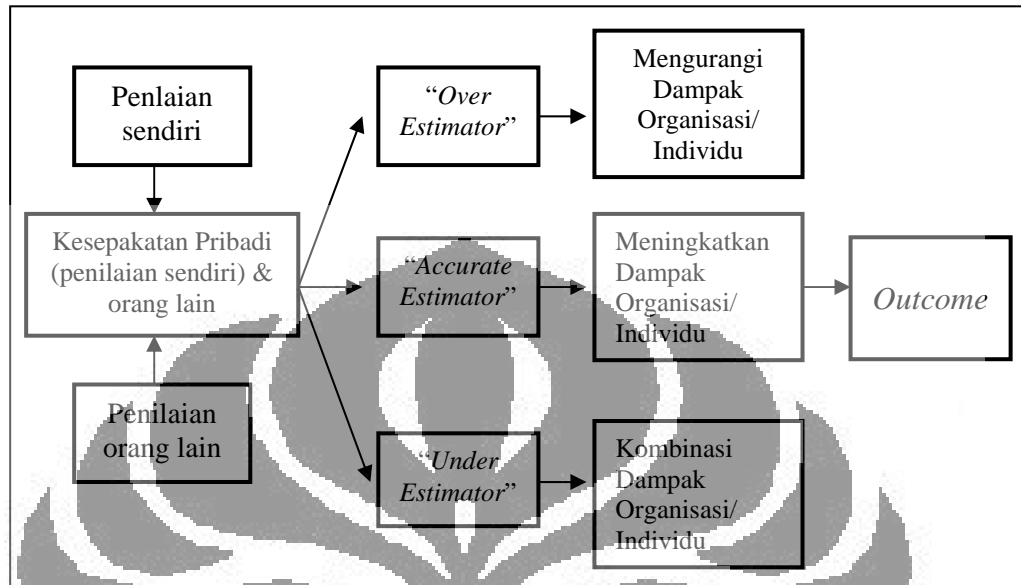
Proses *appraisal* menurut Swansburg, & Swansburg (1999) dapat digunakan perawat manajer untuk mengatur arah kinerja dalam memilih, melatih, bimbingan perencanaan karier, serta pemberian penghargaan personel. Penilaian prestasi kerja informal menurut Stoner, (1996) adalah proses terus menerus, memberikan umpan balik kepada karyawan informasi mengenai seberapa baik mereka melakukan pekerjaannya untuk organisasi.

Penilaian informal merupakan penilaian yang baik sekali untuk mendorong prestasi kerja yang diinginkan dan mencegah prestasi yang tidak dikehendaki sebelum menjadi kebiasaan.

2.3.3.3 Metode Penilaian Kinerja

Penilaian sendiri adalah pendekatan yang paling umum digunakan untuk mengukur dan memahami perbedaan individu. penilaian diri (*Self appraisals*) adalah penilaian prestasi kerja karyawan oleh karyawan itu sendiri. Penilaian kinerja perawat harus mengurangi penyebab "mahkota keagungan" (*halo effect*) dan pengaruh diri sendiri (*horn effect*) kecenderungan menilai lebih rendah dari pelaksanaan pekerjaan yang sebenarnya (Gillies, 1995). Alat evaluasi kinerja perawat yang paling efektif menurut Drucker, (1954 dalam Gillies, 1995) adalah apa yang dikenal dengan "manajemen sasaran" dimana pegawai sendiri yang menilai/ mengontrol tingkah lakunya sendiri, menentukan jumlah usaha yang diberikan pada pekerjaan, memutuskan sasaran mana yang akan dikejar. Model tentang ketepatan dan akurasi pengukuran penilaian sendiri dapat dilihat pada diagram berikut:

Gambar 2.2 Model Akurasi Persepsi Pribadi



Sumber: Yammarino and atwater, "Understanding Self-Perception Accuracy-Implications for Human Resource Management", *Human Resource Management*, Vol. 32, (Num 1 & 2, Summer and Fall 1993) (Ilyas, 2002)

2.3.4 Penilaian Kinerja Perawat Pelaksana

Dalam penelitian ini akan dilihat hubungan pengarahannya dengan kinerja perawat pelaksana. Proses penilaian kinerja bagi tenaga profesional menjadi bagian penting dari proses manajemen untuk meningkatkan kinerja organisasi yang efektif. Hasil dari interaksi yang kompleks dan agregasi dari kinerja seluruh individu dalam organisasi merupakan kinerja organisasi (Ilyas, 2002). Kinerja perawat pelaksana yang menjadi sasaran adalah sesuai dengan tahapan-tahapan dalam proses keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Depkes, 2001).

1. Pengkajian

Pengkajian adalah fase pertama dalam proses keperawatan, dimana elemen yang paling penting pada fase pengkajian adalah mengawali hubungan perawatan yang berarti, pengumpulan informasi yang

benar, pemilihan dan pengaturan data, serta verifikasi, analisis dan laporannya (Arets & Morle, 2006). Kegiatan pengumpulan data diperoleh dari berbagai sumber dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan interpretasi data penunjang (laboratorium, radiologi dan lain-lain). Sumber data berasal dari klien, keluarga atau orang yang terkait, tim kesehatan rekam medis, dan catatan lain. Data yang dikumpulkan, difokuskan untuk mengidentifikasi sistem kesehatan klien masa lalu, status kesehatan klien saat ini, status biologis psiko-sosio-spiritual, respon terhadap terapi dan harapan terhadap tingkat kesehatan yang optimal.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis mengenai respons individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan aktual dan potensial. Diagnosis keperawatan merupakan dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang diperhitungkan perawat. Menurut NANDA, (1990, dalam Arets & Morle, 2006). Diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan data status kesehatan pasien, dianalisis dan dibandingkan dengan norma fungsi kehidupan pasien (Depkes, 1997)

Perawat menganalisa data pengkajian untuk merumuskan diagnosa keperawatan. Proses diagnosa terdiri dari analisis, interpretasi data, identifikasi masalah klien dan perumusan diagnosa keperawatan. Identifikasi hasil ditetapkan untuk mencapai tujuan dari tindakan keperawatan yang diformulasikan berdasarkan pada kebutuhan klien yang dapat diukur dan realistis (Craven & Hirnle, 2000).

3. Perencanaan

Perencanaan asuhan keperawatan merupakan aktifitas berorientasi tujuan dan sistematis dimana rancangan intervensi keperawatan dituangkan dalam rencana keperawatan (Arets & Morle, 2006).

Perawat membuat rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah kesehatan klien. Perencanaan dibuat setelah diagnosa telah diprioritaskan dan tujuan serta hasil yang diharapkan telah ditetapkan. Perawat bekerja sama dengan klien dan petugas kesehatan lain untuk memvalidasi diagnosa keperawatan. Perencanaan keperawatan mencakup 4 (empat) unsur yaitu: observasi, monitoring, terapi keperawatan, dan pendidikan kesehatan.

4. Implementasi

Implementasi adalah tahap pelaksanaan tindakan dalam proses keperawatan. Menurut Depkes (1997), intervensi keperawatan adalah pelaksanaan rencana tindakan keperawatan agar kebutuhan pasien terpenuhi secara maksimal yang mencakup aspek *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*, dengan melibatkan pasien dan keluarganya. Pada tahap ini perawat harus selalu mengobservasi pasien secara cermat untuk mengetahui validitas masalah keperawatan, tujuan keperawatan, dan tindakan keperawatan serta efek tindakan keperawatan. (Arets & Morle, 2006)

Perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana keperawatan. Dalam implementasi, perawat bekerjasama dengan klien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, berkolaborasi dengan tim kesehatan, melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah kesehatan klien, memberikan pendidikan kesehatan, mengkaji ulang dan merevisi pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan respon klien.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah fase terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah aktifitas terus menerus yang memainkan peran penting selama seluruh fase proses keperawatan. Evaluasi keperawatan menunjukkan penilaian tentang keefektifan atau keberhasilan

struktur, proses, dan hasil efektifitas keperawatan dengan menggunakan standar atau nilai. (Arets & Morle, 2006)

Perawat mengevaluasi kemajuan terhadap tindakan keperawatan dalam pencapaian tujuan dan merevisi data dasar dan perencanaan. Pada tahap ini perawat mengevaluasi keberhasilan atau kegagalan suatu tindakan (Craven & Hirnle, 2000). Perawat menyusun perencanaan evaluasi hasil dari intervensi secara komprehensif, tepat waktu dan terus menerus, menggunakan data dasar dan respon klien dalam mengukur perkembangan kearah pencapaian tujuan, memvalidasi dan menganalisis data baru dengan teman sejawat, bekerjasama dengan klien dan keluarga untuk memodifikasi rencana asuhan keperawatan dan mendokumentasikan hasil evaluasi serta memodifikasi perencanaan.

2.4. Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)

2.4.1 Pengertian

Menurut Hoffart & Woods, (1996 dalam Sitorus, 2006) "Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) merupakan suatu Sistem (struktur, proses dan nilai-nilai profesional) yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan termasuk lingkungan, yang dapat menopang pemberian asuhan tersebut". Demikian juga menurut (Nurachmah, 1997), model praktek keperawatan profesional merupakan suatu model yang memberikan kesempatan bagi perawat untuk menunjukkan otonomi dan akontabilitas dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien.

Model praktek keperawatan profesional adalah bentuk pelayanan primanya keperawatan dimana seorang perawat diberikan otonomi yang luas mandiri dalam memberikan pelayanan sehingga tercapai tujuan organisasi untuk memuaskan pelanggan.

2.4.2 Tujuan

Model praktek keperawatan profesional merupakan sistem pelayanan dalam satu unit keperawatan yang bertujuan memberdayakan para perawat melalui peningkatan kesempatan untuk menunjukkan otonomi, akontabilitas, dan tanggung jawabnya (Nurachmah, 1998 hal. 171).

2.4.3 Tingkatan (Keliat, 2006)

2.4.3.1 MPKP Transisi

Adalah MPKP dasar dengan tenaga keperawatannya masih ada yang berlatar belakang SPK/SPR, namun kepala ruangan dan ketua timnya minimal DIII Keperawatan.

2.4.3.2 MPKP Pemula

Adalah MPKP dasar yang semua tenaga keperawatan minimal D.III Keperawatan

2.4.3.3 MPKP Profesional

Model ini dibagi atas 3 (tiga) tingkatan yaitu:

1. MPKP I dengan tenaga perawat pelaksana minimal DIII, tetapi kepala ruangan dan ketua tim mempunyai latar belakang pendidikan D.III Keperawatan.
2. MPKP II yang dikenal dengan MPKP intermediat dengan tenaga minimal D. III dan mayoritas sarjana keperawatan/ ners dan sudah memiliki tenaga spesialis.
3. MPKP III adalah MPKP advance dengan semua tenaga minimal sarjana Ners keperawatan, sudah memiliki tenaga spesialis keperawatan dan Doktor keperawatan sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing.

2.4.4 Ketenagaan

1. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan perawat asosiet (PA) sebaiknya dengan kemampuan DIII keperawatan. Namun bila belum semua perawat

mendapat pendidikan tambahan, maka boleh dengan pendidikan Sekolah perawat kesehatan dengan pengalaman yang sudah cukup lama di rumah sakit tersebut.

2. Jenis Tenaga

Dalam ruangan MPKP terdapat beberapa jenis tenaga perawat yang memberikan asuhan keperawatan yaitu; *clinical care manager* (CCM), perawat primer (PP), dan perawat asosiet (PA). Selain itu ada juga seorang kepala ruangan (Sitorus, 2006). Peran dan fungsi masing-masing jenis tenaga sesuai dengan kemampuan dan terdapat tanggung jawab yang jelas.

3. Jumlah Tenaga

Jumlah tenaga keperawatan didasarkan pada jumlah klien dan derajat ketergantungannya. Penetapan jumlah perawat sesuai kebutuhan klien menjadi hal penting, karena bila jumlah perawat tidak sesuai dengan jumlah tenaga yang dibutuhkan, tidak ada waktu bagi perawat untuk melakukan tindakan keperawatan.

2.4.5 Hasil

Pengembangan model praktik keperawatan profesional di RSUPN Cipto Mangunkusumo bekerjasama dengan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia pada 1996-2000 telah dilakukan evaluasi terhadap efektifitas pelaksanaan model ini dan dilaporkan bahwa ternyata dengan penggunaan model ini mampu meningkatkan mutu asuhan keperawatan (Sitorus, 2007). Berdasarkan penelitian kuasi eksperimen, implementasi MPKP di beberapa ruang rawat di rumah sakit dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang dinilai berdasarkan peningkatan kepuasan klien dan keluarga, peningkatan kepatuhan perawat terhadap standar, penurunan angka infeksi nosokomial serta lama hari rawat menjadi lebih pendek (Sitorus, 2002). Hasil lain yang dicapai menunjukkan, secara kualitatif bahwa perawat primer merasakan kebanggaan profesional, perawat asosiet mengatakan pekerjaan lebih

terencana dan dokter menilai, bahwa mereka merasakan kerjasama dengan perawat lebih baik dibandingkan dengan ruang rawat lainnya (Sudarsono, 2004). Hal ini sesuai dengan penelitian Pearson, & Baker, (1992 dalam Sitorus & Yulia, 2006) bahwa pada ruang MPKP, nilai rata-rata kepatuhan terhadap standar dokumentasi keperawatan lebih tinggi 26,4% dibanding dengan ruang rawat lainnya.

Saat ini, praktik pelayanan keperawatan di banyak rumah sakit di Indonesia belum mencerminkan praktik pelayanan profesional. Metoda pemberian asuhan keperawatan yang dilaksanakan belum sepenuhnya berorientasi pada upaya pemenuhan kebutuhan klien, melainkan lebih berorientasi pada pelaksanaan tugas (Siswono, 2002). Dengan demikian perlu dikembangkan suatu model yang dapat meningkatkan mutu yaitu model praktek keperawatan profesional.

2.4.6 Hambatan-Hambatan Dalam Implementasi

Pemberian asuhan keperawatan di ruang model ini berlandaskan nilai-nilai profesional yang menunjukkan adanya otonomi, akuntabilitas perawat, dan pengembangan profesi yang memfokuskan setiap upaya keperawatan pada kualitas pelayanan keperawatan yang tinggi. Kerja tim, kolaborasi, dan konsultasi dijalankan secara konsisten untuk meningkatkan hubungan profesional. (Sudarsono, 2000). Pengembangan model praktik keperawatan profesional telah memberikan dampak yang positif terhadap pemberian asuhan keperawatan.

BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teoritis yang telah diuraikan dalam tinjauan pustaka maka dapatlah dibuat kerangka konsep penelitian sebagai berikut: variabel independen (bebas) dalam penelitian ini merujuk pada teori Gibson (1996); Ilyas (2002); Simanjuntak ((2005), yang menyatakan 3 faktor yang mempengaruhi kinerja, yaitu: 1) variabel individu yang meliputi umur, etnis, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan lamanya kerja dan status kepegawaian. 2) variabel organisasi meliputi sumber daya, iklim kerja/organisasi, imbalan, struktur, desain pekerjaan, supervisi dan kontrol. 3) variabel psikologis meliputi persepsi, sikap, kepribadian, belajar, komunikasi, dan motivasi.

Dalam penelitian ini, mengingat waktu yang tersedia maka penulis hanya membatasi pada beberapa faktor. Adapun faktor-faktor yang dipilih adalah: faktor individu meliputi umur, jenis kelamin, status perkawinan, status kepegawaian, dan lama bekerja. Faktor psikologis meliputi komunikasi dan pelatihan. Faktor organisasi meliputi kepemimpinan, supervisi, pendelegasian, dan motivasi. Dalam penelitian ini yang berfungsi sebagai variabel dependen (terikat) adalah kinerja perawat pelaksana dengan tugas pokok memberikan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi dan dokumentasi. (Cumming, 1996; Carpenito, 1997; Craven & Hirnle 2000; PPNI, 2004),

Sedangkan variabel *confounding* adalah karakteristik responden yang terdiri dari: umur, status perkawinan, status kepegawaian, dan lama kerja, yang juga mempengaruhi kinerja dari Gibson, Ivancevich, dan Donnelly (1996); Ilyas (2002); Simanjuntak (2005). Kerangka konsep penelitian akan digambarkan pada bagan di bawah ini:

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian



3.2 Hipotesis

Berdasarkan kerangka konsep penelitian, maka rumusan hipotesis mayor adalah "Ada hubungan antara pengaruh kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta".

Dari masing-masing variabel independen dalam penelitian ini, akan dirumuskan hipotesis minor yang akan dijabarkan sebagai berikut:

1. Terdapat hubungan antara kepemimpinan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta.
2. Terdapat hubungan antara motivasi kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta.
3. Terdapat hubungan antara komunikasi kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta.
4. Terdapat hubungan antara pendelegasian kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta.
5. Terdapat hubungan antara peran pelatihan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta.
6. Terdapat hubungan antara supervisi kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta.

3.3 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel Independen

| No | Variabel | Definisi Operasional | Cara Ukur | Hasil Ukur | Skala |
|----------|-------------------------|---|-------------------------|---|---------|
| 1. a. | Pengarahan Kepemimpinan | Persepsi perawat pelaksana tentang cara kepala ruangan mempengaruhi, mengatur, dan mengarahkan perawat pelaksana dalam melaksanakan tugas di ruangan | Kuesioner Nomor 1 - 3 | Skor maksimal 12 dan skor minimal 3, selanjutnya untuk analisis univariat, data dikategorisasikan: Kemampuan kurang 1. Mean ≤ 9 Kemampuan baik 2. Mean > 9 | Ordinal |
| b. | Motivasi | Persepsi perawat pelaksana tentang cara kepala ruangan dalam mempengaruhi dengan memberikan pujian atau sanksi pada perawat pelaksana sebelum atau sesudah melaksanakan tugas di ruangan. | Kuesioner Nomor 4 - 8 | Skor maksimal 20 dan skor minimal 5, selanjutnya untuk analisis univariat, data dikategorisasikan: Kemampuan kurang 1 = Mean ≤ 15 Kemampuan baik 2 = Mean > 15 | Ordinal |
| c. | Komunikasi | Persepsi perawat pelaksana tentang cara kepala ruangan dalam menyampaikan pesan berupa kata-kata, mimik, gerakan tubuh, atau simbol lainnya dan cara kepala ruangan menanggapi pesan dari perawat pelaksana dalam pelaksanaan tugas | Kuesioner Nomor 9 - 12 | Skor maksimal 16 dan skor minimal 4, selanjutnya untuk analisis univariat, data dikategorisasikan: Kemampuan kurang 1 = Mean ≤ 12 Kemampuan baik 2 = Mean > 12 | Ordinal |
| d. | Pendelegasian | Persepsi perawat pelaksana tentang cara kepala ruangan dalam menyerahkan tugas dan tanggung jawab pada perawat pelaksana sesuai dengan situasi untuk kelancaran pekerjaan di ruangan | Kuesioner Nomor 13 - 17 | Skor maksimal 20 dan skor minimal 5, selanjutnya untuk analisis univariat, data dikategorisasikan: Kemampuan kurang 1 = Mean ≤ 15 Kemampuan baik 2 = Mean > 15 | Ordinal |

| No | Variabel | Definisi Operasional | Cara Ukur | Hasil Ukur | Skala |
|----|-----------|--|-------------------------|---|---------|
| e. | Pelatihan | Persepsi perawat pelaksana tentang cara kepala ruangan dalam menyusun rencana mengikuti orientasi, memberikan latihan berupa bimbingan kepada perawat pelaksana baik yang baru atau yang sudah lama tugas di ruangan | Kuesioner Nomor 18 - 21 | Skor maksimal 16 dan skor minimal 4, selanjutnya untuk analisis univariat, data dikategorisasikan: Kemampuan kurang 1 = Mean \leq 12 Kemampuan baik 2 = Mean $>$ 12 | Ordinal |
| f. | Supervisi | Persepsi perawat pelaksana tentang cara kepala ruangan dalam melakukan observasi, arahan, dan bimbingan kepada perawat pelaksana sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya di ruangan | Kuesioner Nomor 22 - 25 | Skor maksimal 16 dan skor minimal 4, selanjutnya untuk analisis univariat, data dikategorisasikan: Kemampuan kurang 1 = Mean \leq 10 Kemampuan baik 2 = Mean $>$ 10 | Ordinal |

Tabel 3.2 Definisi Operasional Variabel Dependen

| No | Variabel | Definisi Operasional | Cara Ukur | Hasil Ukur | Skala |
|----|----------|---|---|--|---------|
| 2. | Kinerja | Kinerja perawat pelaksana merupakan serangkaian kegiatan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien yang meliputi: pengkajian, perumusan diagnosa, menyusun rencana, mengimplementasikan dan mengevaluasi serta melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pasien. | Kuesioner berjumlah 25 pertanyaan dengan jawaban yang tertutup. | Skor maksimal 100 dan skor minimal 25 selanjutnya data dikategorisasikan: Kinerja Rendah 0 = Mean \leq 83 Kinerja Tinggi 1 = Mean $>$ 83 | Ordinal |

Tabel 3.3 Definisi Operasional Variabel *Confounding*
(Karakteristik perawat Pelaksana)

| No. | Variabel | Definisi Operasional | Cara Ukur | Hasil Ukur | Skala |
|----------|--------------------|---|--------------------------------------|--|---------|
| 3. a. | Umur | Usia perawat pelaksana tepat pada ulang tahun yang terakhir. Dimana semakin tua umur seorang semakin berpengalaman dan terampil dalam melaksanakan tugas. | Kuesioner dengan pertanyaan terbuka. | Umur responden dikelompokkan berdasarkan nilai mean 1. Mean \leq 30 Tahun 2. Mean $>$ 30 Tahun | Ordinal |
| b. | Status Perkawinan | Status yang dimiliki oleh seorang perawat pelaksana yang berhubungan dengan perkawinan dan dibedakan atas status belum kawin atau status kawin | Kuesioner Dengan pertanyaan tertutup | Status perkawinan adalah data katagorik: 1. Belum Kawin 2. Kawin | Nomimal |
| c. | Status Kepegawaian | Status kepegawaian yang dimiliki oleh perawat pelaksana yang bekerja di ruang rawat inap dan dibedakan atas status pegawai tidak tetap dan status pegawai tetap. | Kuesioner dengan pertanyaan tertutup | Status kepegawaian adalah data kategorik: 1. Pegawai tidak tetap 2. Pegawai tetap. | Ordinal |
| d. | Lama Kerja | Lamanya seorang perawat pelaksana bekerja di RSUD Budhi Asih Jakarta yang dihitung sejak bulan dan tahun pertama kali diterima bekerja sampai dengan bulan dan tahun terakhir saat ini. | Kuesioner dengan pertanyaan terbuka | Lama kerja akan dikelompokkan berdasarkan nilai mean. 1. Mean \leq 8 Tahun 2. Mean $>$ 8Tahun | Ordinal |

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Disain yang digunakan dalam penelitian ini jenis penelitian deskriptif korelasional dengan pendekatan *cross sectional*, dimana penelitian ini dilakukan dengan tujuan menggambarkan hubungan antar variable independen secara bersama-sama pada suatu saat tertentu (Creswell, 2003) pada perawat yang bekerja di ruang perawatan rawat inap. Penelitian ini dilakukan untuk mencari hubungan pengarahannya kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit umum daerah Budhi Asih Jakarta.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Secara umum populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas: obyek/ subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2007). Dalam penelitian ini Budiarto, (2002) menjelaskan bahwa populasi sebagai kumpulan semua individu dalam suatu batas tertentu. Populasi perawat dalam penelitian ini adalah seluruh perawat pelaksana yang bekerja ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta. Ruang yang dimaksud adalah ruangan MPKP yaitu ruang lantai 6 barat, lantai 7 barat, lantai 8 barat. Ruang Non-MPKP yaitu ruangan lantai 5 Barat, 5 Timur, 6 Timur, lantai 9 Barat. Jumlah populasi perawat pelaksana dalam penelitian ini sebanyak 99 orang. Sedangkan ruang *High Care Unit (HCU)*, dan perinatologi tidak dimasukkan dalam populasi oleh karena kedua ruangan tersebut telah terpapar dengan teknologi sehingga dalam melaksanakan pekerjaan lebih mandiri. Hal ini dilakukan untuk menghindari ketidakakuratan data dan hasil penelitian yang akan dilaksanakan.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2007). Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh anggota populasi yang memenuhi syarat inklusi, dengan menggunakan uji hipotesis beda proporsi populasi menurut Lemeshow at.al. (1997), maka dalam penelitian yang dilakukan untuk mengetahui hubungan pengarahannya dengan kinerja perawat pelaksana di ruang MPKP dan Non-MPKP ini digunakan nilai Z pada derajat kepercayaan $1-\alpha/2$ atau derajat kemaknaan α pada uji 2 sisi (*two tail*) sebesar 5%, yang berarti pada populasi tidak ada perbedaan proporsi ($P_1 = P_2$) dan peluang untuk memperlihatkan ada perbedaan proporsi ($P_1 \neq P_2$) atau kesalahan mengambil kesimpulan adalah 5% dengan nilai $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$. Kekuatan uji (*power*) $1-\beta$ sebesar 80%, yang berarti jika ada perbedaan proporsi pada populasi, maka peluang penelitian untuk memperlihatkan ada perbedaan proporsi adalah 80% ($Z_{1-\beta} = 0,842$). Dengan asumsi $n_1 = n_2 = n$, maka rumus untuk menentukan sampel yaitu:

Penelitian Dumauli (2008), dengan jumlah sampel sebanyak 50 orang menunjukkan kepala ruangan yang menerapkan fungsi pengarahannya

$$n = \frac{\{Z_{1-\alpha/2} \sqrt{P(1-P)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

demikian diketahui:

P_1 = Persentasi kinerja baik pada pengarahannya yang baik (71,4%)

P_2 = Persentasi kinerja baik pada pengarahannya yang kurang baik (31,8%)

P = Selisih antara P_1 dan P_2 $(71,4 + 31,8)/2 = 51,6$

$Z_{1-\alpha/2}$ = Nilai Z pada derajat kemaknaan $\alpha = 0,05$ (1,96)

$Z_{1-\beta}$ = kekuatan uji (*power*) 80% (0,842)

Dengan uji 2 (dua) sisi, maka besar sampel (n) adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{\{1,96\sqrt{2[0,516(0,484)]} + 0,842\sqrt{[0,714(0,286) + 0,318(0,682)]}\}^2}{(0,714 - 0,318)^2}$$

$$\frac{\{1,96\sqrt{2(0,250)} + 0,842\sqrt{(0,204) + 0,217}\}^2}{(0,396)^2}$$

$$\frac{\{1,96\sqrt{0,5} + 0,842\sqrt{0,456}\}^2}{0,396^2}$$

$$\frac{\{1,39 + 0,57\}^2}{0,16}$$

$$\frac{(1,96)^2}{0,16} = \frac{3,84}{0,16}$$

n = 24,01 atau 24 Responden

Perhitungan tersebut menunjukkan bahwa jumlah responden dalam penelitian ini untuk masing-masing ruangan sebanyak 24 orang. Untuk mengantisipasi responden yang *drop out*, maka sampel ditambah masing-masing 10%, sehingga menjadi 26 Responden. Jadi jumlah responden untuk masing-masing ruangan MPKP dan Non_MPKP sebesar 26 + 26 = 52 Responden.

Kriteria inklusi responden adalah perawat pelaksana yang bekerja di ruangan rawat inap, telah bekerja selama minimal 1 (satu) tahun di RSUD Budhi Asih Jakarta dan yang bersedia menjadi responden. Alasan telah bekerja selama minimal 1 (satu) tahun bahwa yang bersangkutan telah selesai program rotasi dan sudah mulai beradaptasi dengan lingkungan kerjanya. Sedangkan kriteria eksklusi adalah perawat pelaksana yang sedang menjalani cuti, izin sakit, dan sedang tugas belajar

Teknik penentuan sampel dalam penelitian ini dilakukan secara proporsional random. Untuk mendapatkan random yang representatif,

maka ditentukan jumlah sampel untuk setiap ruangan dengan menggunakan rumus:

$$\text{Sampel} = \frac{\text{Jumlah sampel}}{\text{Total Populasi}} \times \text{Jumlah perawat pelaksana ruangan}$$

Jumlah responden setiap ruang rawat inap dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.1 Distribusi Responden di Ruang Rawat Inap MPKP RSUD Budhi Asih Jakarta Bulan Mei Tahun 2009

| No | Ruang Rawat Inap | Jumlah Perawat Pelaksana | Jumlah Sampel |
|-------|------------------|--------------------------|---------------|
| 1. | Lantai 8 Barat | 26/45 x 11 | 6 |
| 2. | Lantai 7 Barat | 26/45 x 12 | 7 |
| 3. | Lantai 6 Barat | 26/45 x 22 | 13 |
| Total | | 45 | 26 |

Tabel 4.2 Distribusi Responden di Ruang Rawat Inap Non MPKP RSUD Budhi Asih Jakarta Bulan Mei Tahun 2009

| No | Ruang Rawat Inap | Jumlah Perawat Pelaksana | Jumlah Sampel |
|-------|------------------|--------------------------|---------------|
| 1. | Lantai 9 Barat | 26/54 x 12 | 6 |
| 2. | Lantai 6 Timur | 26/54 x 10 | 5 |
| 3. | Lantai 5 Barat | 26/54 x 18 | 9 |
| 4. | Lantai 5 Timur | 26/54 x 14 | 6 |
| Total | | 54 | 26 |

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di seluruh ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta. Alasan menggunakan rumah sakit ini karena selama yang penulis ketahui, bahwa belum pernah ada penelitian seperti ini sebelumnya. Dengan penelitian ini pula diharapkan menjadi bahan pertimbangan manajemen untuk melakukan penyempurnaan berhubungan dengan fungsi pengarahan kepala ruangan.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan mulai dari uji coba kuesioner hingga pelaksanaan pengumpulan data mulai bulan 1 Mei sampai 28 Mei 2009.

4.5 Etika Penelitian

Peneliti terlebih dahulu melakukan pendekatan dengan pihak manajemen Rumah Sakit berhubungan dengan rencana pelaksanaan penelitian. Setelah mendapat persetujuan pihak manajemen, mengusulkan permohonan penelitian di badan kesbang. Setelah mendapatkan izin penelitian, peneliti selanjutnya melakukan koordinasi dengan kepala instalasi Diklat, Kepala, Direktur keperawatan, dan kepada seluruh kepala ruang rawat inap.

Langkah selanjutnya peneliti menjelaskan kepada calon responden tentang tujuan, manfaat penelitian, prosedur, hak-hak responden dan kerahasiaan identitas responden. Dijelaskan pula bahwa angket yang disebar nanti, bukanlah alat yang digunakan untuk menilai kinerja responden. Setiap responden diberi hak penuh untuk menyetujui apakah yang bersangkutan bersedia atau menolak untuk menjadi responden penelitian dengan menandatangani *informed consent* menjadi responden yang telah disediakan.

4.6 Alat Pengumpul Data

Alat ukur atau instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner yang akan dibagikan kepada responden. Kuesioner ini dilakukan dengan tujuan untuk memperoleh data primer dari responden dalam hal ini perawat pelaksana sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan.

Kuesioner terdiri dari tiga bagian, yaitu kuesioner A, B, dan C. Kuesioner A sebagai kuesioner pembuka dan untuk mengontrol karakteristik sampel agar sesuai dengan kriteria yang diinginkan. Kuesioner ini berisi tentang data demografi responden meliputi umur, status perkawinan, status kepegawaian, dan lama kerja perawat pelaksana bekerja di RSUD Budhi Asih Jakarta.

Kuesioner B berisi tentang fungsi pengarah kepala ruangan yang terdiri dari kepemimpinan, motivasi, komunikasi, pendelegasian, pelatihan, dan supervisi

yang dapat mempengaruhi kinerja perawat pelaksana. Instrumen ini sudah dimodifikasi dengan berpedoman pada konsep kinerja yang dikemukakan oleh Gibson (1996); Ilyas (2002); Simanjuntak, 2005). Jumlah pernyataan sebanyak 30 item dengan rincian sebagai berikut: kepemimpinan 3 item (1-3), Motivasi 5 item (4-8), komunikasi 4 item (9-12), pendelegasian 5 item (13-17), pelatihan 4 item (18-21), dan supervisi 4 item (22-25). Instrument ini menggunakan skala Likert 1-4, dengan kriteria sebagai berikut: 1= Tidak Pernah, 2 = Jarang, 3 = Sering, 4 = Selalu.

Kuesioner C berisi tentang kinerja perawat pelaksana yang terdiri dari data umum, pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Jumlah pernyataan untuk responden sebanyak 35 item. Dengan perincian sebagai berikut; data umum berjumlah 5 item (1-5), pengkajian dan diagnosa 7 item (6-11), perencanaan 4 item (12-15), implementasi 5 item (16-20), dan evaluasi 5 item (21-25) Instrument ini menggunakan skala Likert 1-4, dengan kriteria sebagai berikut: 1 = Tidak Pernah, 2 = Jarang, 3 = Sering, 4 = Selalu.

4.7 Prosedur Pengumpulan Data

4.7.1 Uji coba kuesioner

Kuesioner diujicobakan terlebih dahulu kepada responden yang mempunyai karakteristik yang sama dengan responden yang akan digunakan dalam penelitian (Machfoedz at al, 2005). Uji coba kuesioner dilaksanakan di RSUD Sumedang dengan pertimbangan bahwa terdapat kesamaan dengan RSUD Budhi Asih Jakarta baik dari segi kualifikasi tenaga perawat, pola umum organisasi keperawatan serta menerapkan model praktik keperawatan professional. Sebagai responden dalam uji validitas maka digunakan 30 perawat pelaksana RSUD Sumedang sebagai rumah sakit pemerintah yang juga menerapkan MPKP. Pengujian instrumen dilakukan untuk mengukur validitas dan reliabilitas kuesioner dengan *alpha Cronbach*, karena kuesioner belum pernah digunakan. Penelitian ini bersifat deskriptif korelasi, maka uji coba instrumen dilakukan paling sedikit berjumlah 30 responden (Sugiyono, 1999)

Validitas berarti sejauh mana ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data (Hastono, 2007). Uji validitas dilakukan dengan cara membandingkan nilai r tabel dengan nilai r hitung. Nilai r tabel dilihat pada tabel r dengan menggunakan $df = n-2$ pada tingkat kemaknaan 5%, kemudian nilai r hitung dilihat pada *output* hasil uji validitas pada kolom “*Corrected item-Total Correlation*”. Bila r hasil $>$ r tabel, maka pernyataan itu dinyatakan valid.

Reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauhmana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dengan alat ukur yang sama (Hastono, 2007). Uji reliabilitas dilakukan setelah uji validitas menggunakan korelasi pearson dan uji reliabilitas menggunakan metode *Alpha-Cronbach's alpha* = 0,6. dengan membandingkan r hasil dengan (*Alpha-Cronbach's* = 0,6). Jika r hasil $>$ α 0,6, maka menunjukkan bahwa pernyataan tersebut reliabel

Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen pada kuesioner B (pengarahan kepala ruangan), dari 30 pernyataan, terdapat 5 pertanyaan yang tidak valid. ($r <$ r tabel), sedangkan untuk kuesioner C (kinerja perawat pelaksana) dari sebanyak 30 item pertanyaan terdapat 9 pertanyaan yang tidak valid. Sesuai dengan pertimbangan peneliti, maka lima pertanyaan tidak digunakan sedangkan empat pertanyaan dilakukan perbaikan pada pernyataannya.

4.7.2 Pengumpulan Data Penelitian

Setelah mendapat persetujuan dari Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta tentang pelaksanaa penelitian pada tanggal 13 mei 2009, maka pada tanggal 15 mei 2009 peneliti langsung ke RSUD Budhi Asih Jakarta untuk melapor dan minta persetujuan Direktur melalui Instalasi Diklat untuk melaksanakan penelitian. Setelah mendapatkan izin dari Direktur RSUD Budhi Asih Jakarta, maka pada tanggal 18 mei 2008 peneliti melakukan koordinasi dengan Kepala sub seksi keperawatan

serta instalasi Diklat serta kepala-kepala ruangan untuk mempersiapkan pelaksanaan penelitian.

Penjelasan tentang pelaksanaan penelitian terhadap kepala ruangan dilakukan sebelum pelaksanaan penelitian, dilanjutkan dengan penjelasan tentang cara pengisian kuesioner kepada responden dan penandatanganan pernyataan persetujuan (*informed Consent*) oleh perawat pelaksana. Kuesioner dibagikan kepada responden melalui bantuan kepala ruangan tapi untuk menghindari bias terhadap jawaban responden, pada saat pengumpulan kuesioner dilakukan langsung oleh peneliti. Mengantisipasi kesalahan dalam pengisian kuesioner, peneliti memonitor ke setiap ruangan untuk membantu responden apabila mengalami kesulitan dalam pengisian kuesioner.

4.8 Pengolahan dan Analisis Data

Analisis data yang dilakukan pada penelitian ini diawali dengan:

4.8.1 Pengolahan Data

Pengolahan dan analisis data dilakukan dengan menggunakan computer melalui tahap-tahap sebagai berikut:

1) *Editing*

Editing dilakukan untuk mengetahui kelengkapan pengisian, kejelasan, relevansi jawaban dan konsisten jawaban dari setiap pertanyaan agar dapat diolah dengan baik. Hasil yang ditemukan saat dilakukan *editing* adalah terdapat tiga responden yang mengisi kuesioner tidak lengkap.

2) *Coding*

Coding dilakukan untuk merubah atau mengkonversi data/isian kuesioner kedalam bentuk angka-angka, sehingga mempermudah saat memasukkan dan menganalisis data.

3) *Scoring*

Scoring dilakukan dengan cara memberikan skor pada masing-masing variable independen dan dependen sesuai dengan kategori data dan jumlah item pertanyaan dari tiap-tiap variable.

4) *Processing*

Processing dilakukan dengan cara memasukkan data dari kuesioner ke dalam computer untuk dianalisis.

5) *Cleaning*

Cleaning dilakukan untuk memeriksa kembali kebenaran data yang telah dimasukkan ke dalam komputer dengan cara melihat *missing variasi* dan konsistensinya data.

Pengolahan data dilakukan untuk menghindari kesalahan dalam pelaksanaan analisis data. Hasil analisis berhubungan dengan validitas data ditemukan bahwa *reliability statistics* pada pengarah kepala ruangan Cronbach's alpha 0,940 yang berarti kuesionernya valid dan reliabel. Sedangkan pada kinerja perawat pelaksana Cronbach's alpha 0,906 yang berarti kuesioner kinerja perawat pelaksana valid dan reliabel.

4.8.2 Teknik Analisis Data

Pengolahan data dilakukan menggunakan perangkat lunak dengan tahapan sebagai berikut:

4.8.2.1 Analisis Univariat

Analisis ini dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Setiap kategori jawaban pada variabel independen dan dependen dari hasil penelitian, akan dipaparkan dalam bentuk distribusi frekuensi dengan ukuran persentase atau proporsi. Data numerik ditampilkan dalam bentuk rata-rata hitung (mean, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal dengan CI 95%) (Hastono, 2007).

Dalam penelitian ini, analisis dilakukan untuk menggambarkan distribusi frekuensi dari variabel pengarahan kepala ruangan, karakteristik perawat pelaksana serta kinerja perawat pelaksana.

4.8.2.2 Analisis Bivariat

Kegunaan analisis bivariat adalah untuk mengetahui hubungan atau perbedaan yang signifikan antara dua variabel ataupun dua atau lebih kelompok (Hastono, 2007). Untuk melihat hubungan antara variabel bebas (*independent*) dan variabel terikat (*dependent*) menggunakan uji statistik chi square karena data yang dihasilkan baik pada variabel bebas (kepemimpinan, motivasi, komunikasi, pendelegasian, pelatihan, dan supervisi) maupun variabel terikat (kinerja perawat pelaksana) adalah data katagorik, sehingga dapat dilihat apakah ada hubungan yang signifikan antara variabel independen dengan variabel dependen pada tingkat kepercayaan (CI) 95% atau alpha sebesar 0.05. Sedangkan nilai *Odds Ratio* (OR) digunakan untuk mengetahui besar atau kekuatan hubungan antara 2 (dua) variabel (Hastono, 2007).

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Sumber: Pagano & Gauvreau (1993)

Keterangan:

X^2 = Statistik *Chi-Square*

O = Frekuensi hasil observasi

E = Frekuensi yang diharapkan

Untuk menentukan derajat kebebasan (*degre of freedom*) dengan menggunakan rumus : $df = (b - 1) (k - 1)$

b = jumlah baris dan k = jumlah kolom.

4.8.2.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat bertujuan melihat atau mempelajari hubungan beberapa variabel *independent* dengan satu atau lebih (umumnya satu) variabel dependen. Dalam penelitian ini analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui variabel independen mana yang paling besar pengaruhnya terhadap variabel dependen. Uji statistik yang digunakan adalah uji statistik *regresi logistic ganda*, mengingat variabel dependennya adalah katagorik yang dikotom. Melalui uji statistik ini dapat ditentukan urutan-urutan hubungan variabel independen dengan kinerja perawat pelaksana, dan pada akhirnya dapat ditentukan variabel yang paling dominan hubungannya dengan kinerja perawat pelaksana.

Adapun analisis model prediksi pada *regresi logistic ganda* ini adalah sebagai berikut:

- 1) Melakukan analisis bivariat antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependen. Bila hasil uji bivariat didapatkan *p value* $< 0,25$, maka variabel tersebut dimasukkan dalam multivariat.
- 2) Memilih variabel yang mempunyai *p value* $< 0,25$, dan mengeluarkan variabel yang mempunyai *p value* $> 0,05$ secara bertahap yang dimulai variabel *p value* terbesar. Setiap salah satu variabel dikeluarkan, akan dihitung perubahan nilai *OR* dan jika ternyata pada salah satu variabel yang dianalisis terjadi perubahan sebesar $> 10\%$, maka variabel yang dikeluarkan harus dimasukkan kembali. Jika perubahan $< 10\%$ maka tetap dikeluarkan dari model.

BAB 5 HASIL PENELITIAN

Pada bab ini akan dipaparkan hasil pengumpulan data penelitian yang dilaksanakan di RSUD Budhi Asih Jakarta mulai tanggal 22 Mei sampai 28 Mei 2009. Dari sebanyak 96 kuesioner yang disebarkan kepada responden, 93 kuesioner yang kembali, 3 kuesioner tidak lengkap jawabannya, dan 4 kuesioner tidak kembali, sehingga jumlah keseluruhan kuesioner yang dianalisis sebanyak 89 kuesioner. Rincian jumlah responden pada setiap ruangan akan dipaparkan dalam table 5.1 berikut ini:

Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009

| Ruangan | Jumlah Perawat Pelaksana | Cuti | Rusak/Tidak masuk | Sampel |
|-------------------|--------------------------|------|-------------------|--------|
| Lantai V Barat | 18 | 0 | 2/1 | 15 |
| Lantai V Timur | 14 | 0 | 0 | 14 |
| Lantai VI Barat | 22 | 1 | 0/1 | 20 |
| Lantai VI Timur | 10 | 0 | 1/1 | 8 |
| Lantai VII Barat | 12 | 1 | 0 | 11 |
| Lantai VIII Barat | 11 | 1 | 0 | 10 |
| Lantai IX Barat | 12 | 0 | 0/1 | 11 |
| Jumlah | 99 | 3 | 3/4 | 89 |

5.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap variabel *confounding* (karakteristik perawat pelaksana), Variabel independen (pengarahan kepala ruangan), dan variabel dependen (kinerja perawat pelaksana).

1. Karakteristik Perawat Pelaksana

Penelitian ini melibatkan sebanyak 89 sampel responden (90%) dari jumlah total 99 perawat pelaksana yang bertugas di ruang rawat inap

RSUD Budhi Asih Jakarta Mei 2009. Hasil analisis univariat terhadap karakteristik perawat pelaksana digambarkan berdasarkan, umur, status perkawinan, status kepegawaian, dan lama kerja, disajikan pada tabel 5.2 sampai dengan tabel 5.5 sebagai berikut:

Tabel 5.2 Distribusi Responden Menurut Umur dan Lama Kerja di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 (n=89)

| No. | Variabel | Mean-Median | SD | Min - Mak | 95% CI |
|-----|------------|---------------|-----|-----------|-------------|
| 1. | Umur | 30,16 – 30,00 | 6,6 | 21 – 54 | 28,77-31,55 |
| 2. | Lama Kerja | 8,91 – 8,00 | 6,7 | 1 - 32 | 7,51-10,31 |

Berdasarkan karakteristik responden di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta didapatkan rerata umur perawat pelaksana 30,16 tahun (95% CI: 28,77–31,55) dan median 30 dengan standar deviasi 6,6 tahun. umur termuda 21 tahun dan umur tertua 54 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rerata umur perawat pelaksana adalah antara 28,77 sampai dengan 31,55 tahun.

Hasil analisis menurut rerata lama kerja perawat pelaksana yang bekerja di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta adalah 8,91 tahun (95% CI: 7,51–10,31) dan median 8,00 tahun, dengan standar deviasi 6,7 tahun. Perawat pelaksana yang bekerja paling lama 32 tahun dan yang paling baru adalah 1 tahun. Dari hasil estimasi dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rerata lamanya perawat pelaksana bekerja di RSUD Budhi Asih Jakarta antara 7,51 tahun sampai 10,31 tahun. Gambaran analisis umur dan lama kerja dapat digambarkan pada tabel 5.3 dan tabel 5.4 berikut ini:

Tabel 5.3 Distribusi Responden Menurut Kategori Umur di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 (n = 89)

| No. | Variable | Frekuensi | Persentase |
|-----|--------------|-----------|------------|
| 1. | Umur | | |
| | - ≤ 30 Tahun | 53 | 59,6 |
| | - > 30 Tahun | 36 | 40,4 |
| | Jumlah | 89 | 100 |

Pada tabel 5.3 di atas bahwa distribusi responden yang berumur ≤30 tahun sebanyak 53 orang dari 89 orang (59,6%). Selebihnya responden yang berumur >30 tahun sebanyak 36 orang (40,4%).

Tabel 5.4 Distribusi Responden Menurut Kategori Lama Kerja di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 (n=89)

| No. | Variable | Frekuensi | Persentase |
|-----|-------------|-----------|------------|
| 1. | Lama Kerja | | |
| | - ≤ 8 Tahun | 49 | 55,1 |
| | - > 8 Tahun | 40 | 44,9 |
| | Jumlah | 89 | 100 |

Pada tabel 5.4 di atas bahwa distribusi responden yang mempunyai lama bekerja ≤ 8 tahun sebanyak 49 orang (55,1%). Selebihnya responden yang berumur > 8 tahun sebanyak 40 orang (44,9%).

Tabel 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Status Perkawinan, dan Status kepegawaian di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 (n = 89)

| No. | Variabel | Frekuensi | Persentase |
|-----|-----------------------|-----------|------------|
| 1. | Status Perkawinan | | |
| | - Belum Kawin | 30 | 33,7 |
| | - Kawin | 59 | 66,3 |
| 2. | Status Kepegawaian | | |
| | - Pegawai Tidak tetap | 56 | 62,9 |
| | - Pegawai Tetap | 33 | 37,1 |

Pada tabel 5.5 dapat kita perhatikan bahwa status perkawinan perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta lebih besar yang kawin 59 (66,3%), dan status pegawai tidak tetap sebanyak 56 (62,9%).

2. Pengarahan Kepala Ruangan

Pengarahannya kepala ruangan terdiri dari beberapa variabel yaitu kepemimpinan, motivasi, komunikasi, pendelegasian, pelatihan, dan supervisi. Persepsi perawat pelaksana terhadap pelaksanaan pengarahannya kepala ruangan dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 5.6 Distribusi Responden Menurut Pengarahannya Kepala Ruangan di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 (n = 89)

| No. | Pengarahannya | Mean Median | SD | Min - Mak | 95% CI |
|-----|---------------|--------------------|-------|-----------|-----------------|
| 1. | Pengarahannya | 73,3820 73,0000 | 13,19 | 36-100 | 70,6041-76,1599 |
| 2. | Kepemimpinan | 9,315 9,000 | 2,09 | 3 - 12 | 8,8739- 9,7553 |
| 3. | Motivasi | 14,607 15,000 | 3,04 | 7 - 20 | 13,9656-15,2479 |
| 4. | Komunikasi | 12,337 12,000 | 2,44 | 7 - 16 | 11,8221-12,8520 |
| 5. | Pendelegasian | 14,944 16,000 | 3,23 | 7 - 20 | 14,2632-15,6245 |
| 6. | Pelatihan | 12,202 12,000 | 2,42 | 5 - 16 | 11,6930-12,7115 |
| 7. | Supervisi | 9,977 11,000 | 3,34 | 4 - 16 | 9,2731-10,6819 |

Komponen penerapan fungsi pengarahannya kepala ruangan sesuai tabel 5.6. di atas dikategorikan berdasarkan nilai mean/median, sesuai dengan distribusi datanya. Menurut uji perbandingan koefisien varians didapatkan bahwa nilai kepemimpinan, motivasi, komunikasi, pelatihan dan pelatihan kepala ruangan berdistribusi normal sehingga menggunakan batasan nilai

mean, sedangkan supervisi menggunakan nilai median karena distribusi datanya tidak normal.

Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengarahan Kepala Ruangan di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 (n = 89)

| No. | Variabel | Frekuensi | Persentase |
|-----|-----------------|-----------|------------|
| 1. | Pengarahan | | |
| | - Kurang | 47 | 52,8 |
| | - Baik | 42 | 47,2 |
| 2. | Kepemimpinan | | |
| | - Kurang | 51 | 57,3 |
| | - Baik | 38 | 42,7 |
| 3. | Motivasi | | |
| | - Kurang | 41 | 46,1 |
| | - Baik | 48 | 53,9 |
| 4. | Komunikasi | | |
| | - Kurang | 49 | 55,1 |
| | - Baik | 40 | 44,9 |
| 5. | - Pendelegasian | | |
| | - Kurang | 33 | 37,1 |
| | - Baik | 56 | 62,9 |
| 6. | Pelatihan | | |
| | - Kurang | 47 | 52,8 |
| | - Baik | 42 | 47,2 |
| 7. | Supervisi | | |
| | - Kurang | 59 | 66,3 |
| | - Baik | 30 | 33,7 |

Pada tabel 5.7 menunjukkan bahwa secara umum fungsi pengarahannya kepala ruangan sesuai dengan nilai mean dikategorikan kurang sebesar (52,8%), kepemimpinan kepala ruangan sebagian besar dikategorikan kurang sebesar (57,3%), dan motivasi kepala ruangan dikategorikan baik sebesar (53,9%), komunikasi kepala ruangan dikategorikan kurang sebesar (55,1%), pendelegasian kepala ruangan pada kelompok baik sebesar (62,9%), pelaksanaan pelatihan kepala ruangan dikategorikan kurang

sebesar 52,8% dan pelaksanaan supervisi dikategorikan kurang sebesar 66,3%.

3. Kinerja Perawat Pelaksana

Kinerja perawat pelaksana menurut hasil analisis terhadap responden di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta didapatkan rerata kinerja perawat pelaksana 83,281 (95% CI: 81,3217 – 85,2401) dan median 85, dengan standar deviasi 9,3, jawaban paling rendah 52 dan jawaban tinggi 100. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rerata jawaban perawat pelaksana adalah antara 81,3217 sampai dengan 85,2401. Kinerja perawat pelaksana dapat dilihat pada tabel 5.8.

Tabel 5.8 Distribusi Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 (n = 89)

| Variabel | Mean Median | SD | Min-Mak | 90% CI |
|---------------------------|------------------|-----|----------|-----------------|
| Kinerja Perawat Pelaksana | 83,281 85,000 | 9,3 | 52 - 100 | 81,3217-85,2401 |

Kinerja perawat pelaksana merupakan komposit dari komponen penerapan asuhan keperawatan yang meliputi melaksanakan tugas pengkajian, penentuan diagnosis, perencanaan, pelaksanaan tindakan keperawatan, evaluasi serta pendokumentasian. Batasan nilai yang digunakan adalah mean karena hasil observasi datanya menurut parameter koefisien varians 11,17% (<30%) (Dahlan M.S, 2008). Distribusi frekuensi kinerja perawat pelaksana yang bekerja di ruang rawat inap lebih banyak termasuk dalam kategori tinggi yaitu sebanyak 48 orang (53,9%), sedangkan sisanya termasuk dalam kategori rendah sebanyak 41 orang (46,1%). Hasil pengumpulan data dapat dilihat pada tabel 5.9 berikut ini:

Tabel 5.9 Distribusi Frekuensi Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 (n = 89)

| No. | Kinerja Perawat Pelaksana | Frekuensi | Persentase |
|-----|---------------------------|-----------|------------|
| 1. | Rendah | 41 | 46,1 |
| 2. | Tinggi | 48 | 53,9 |
| | Jumlah | 89 | 100 |

5.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui adanya hubungan antara variabel independen dan variabel *confounding* dengan variabel dependen. Uji statistik yang digunakan yaitu *Chi-Square* dengan tingkat kepercayaan sebesar 95%. Untuk menarik kesimpulan apakah ada atau tidak ada hubungan antar variabel independen atau variabel *confounding* dengan variabel dependen, dilihat pada *p-value* dari hasil hitung *Chi-Square*. Dinyatakan kedua variabel tersebut ada hubungan yang bermakna apabila *p-value* hitung kurang dari 0,05 ($p\text{-value} = 0,05$). Untuk mengetahui kekuatan hubungan akan menggunakan nilai *Odds Ratio (OR)* karena penelitian ini bersifat *cross sectional*. Berikut ini hasil analisis bivariat:

5.2.1 Hubungan Karakteristik dengan Kinerja Perawat Pelaksana

1. Hubungan Umur dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Hasil analisis hubungan antara umur dengan kinerja perawat pelaksana disajikan dalam tabel 5.10 berikut.

Tabel 5.10 Hubungan Umur dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 (n = 89)

| Umur | Kinerja Perawat Pelaksana | | | | Total | | OR 95% CI | p value |
|------------|---------------------------|------|--------|------|-------|-----|--------------|---------|
| | Rendah | | Tinggi | | N | % | | |
| | n | % | n | % | | | | |
| ≤ 30 Tahun | 25 | 47,2 | 28 | 52,8 | 53 | 100 | 0,998 | 0,971 |
| > 30 Tahun | 16 | 44,4 | 20 | 55,6 | 36 | 100 | 0,5–2,6 | |
| Total | 41 | 46,1 | 48 | 53,9 | 89 | 100 | | |

Berdasarkan hasil analisis data menurut tabel 5.10 menunjukkan bahwa perawat pelaksana berumur >30 tahun mempunyai kinerja yang tinggi sebanyak 20 (55,6%), sedangkan diantara perawat pelaksana yang berumur ≤30 memiliki kinerja tinggi sebanyak 28 (52,8%). Hasil uji statistik diperoleh *p value* = 0,971, maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi antara kinerja perawat pelaksana yang berumur ≤30 dan yang berumur >30 tahun. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai *OR* = 0,998, artinya perawat pelaksana yang berumur >30 tahun mempunyai peluang 1,00 kali untuk memiliki kinerja yang tinggi dibanding perawat yang berumur ≤30 tahun.

2. Hubungan Status Perkawinan dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Hasil analisis hubungan persepsi perawat pelaksana tentang pelaksanaan pendelegasian kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana disajikan pada tabel 5.11 berikut:

Tabel 5.11 Hubungan Status Perkawinan dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 (n = 89)

| Status Perkawinan | Kinerja Perawat Pelaksana | | | | Total | | <i>OR</i> 95% <i>CI</i> | <i>p value</i> |
|-------------------|---------------------------|------|--------|------|-------|-----|----------------------------|----------------|
| | Rendah | | Tinggi | | N | % | | |
| | n | % | n | % | | | | |
| Belum kawin | 15 | 50,0 | 15 | 50,0 | 30 | 100 | 1,269 | 0,760 |
| Kawin kawin | 26 | 44,1 | 33 | 55,9 | 59 | 100 | 0,5-3,1 | |
| Total | 41 | 46,1 | 48 | 53,9 | 89 | 100 | | |

Pada tabel 5.11 menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang sudah kawin mempunyai kinerja yang tinggi sebanyak 33 (55,9%), sedangkan diantara perawat pelaksana yang belum kawin memiliki kinerja tinggi sebanyak 15 (50%). Hasil uji statistik diperoleh *p value* = 0,760, maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi antara kinerja perawat pelaksana belum kawin dengan perawat yang sudah kawin. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai *OR* = 1,269,

artinya perawat pelaksana yang berstatus kawin mempunyai peluang 1,269 kali memiliki kinerja yang tinggi dibanding perawat yang berstatus belum kawin dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

3. Hubungan Status Kepegawaian dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Hasil analisis hubungan status kepegawaian perawat pelaksana dengan kinerja perawat pelaksana disajikan pada tabel 5.12 berikut:

Tabel 5.12 Hubungan Status Kepegawaian dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 (n=89)

| Status kepegawaian | Kinerja Perawat Pelaksana | | | | Total | | OR 95% CI | p value |
|--------------------|---------------------------|------|--------|------|-------|-----|--------------|---------|
| | Rendah | | Tinggi | | N | % | | |
| | n | % | n | % | | | N | % |
| Tidak Tetap | 29 | 51,8 | 27 | 48,2 | 56 | 100 | 1,880 | 0,234 |
| Tetap | 12 | 36,4 | 21 | 63,6 | 33 | 100 | | |
| Total | 41 | 46,1 | 48 | 53,9 | 89 | 100 | 0,8-4,5 | |

Berdasarkan data yang tertera pada tabel 5.12 menunjukkan bahwa perawat pelaksana berstatus pegawai tetap mempunyai kinerja yang tinggi sebesar 21 (63,6%), sedangkan diantara perawat pelaksana berstatus tidak tetap memiliki kinerja tinggi sebanyak 27 (48,2%). Hasil uji statistik diperoleh $p\text{ value} = 0,234$, maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi antara kinerja perawat pelaksana berstatus tetap dengan perawat pelaksana bertatus tidak tetap. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR=1,880$, artinya perawat pelaksana yang berstatus pegawai tetap berpeluang 1,88 kali untuk memiliki kinerja tinggi dibanding dengan perawat berstatus pegawai tidak tetap.

4. Hubungan Lama Kerja dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Hasil analisis hubungan lama kerja terhadap kinerja perawat pelaksana disajikan pada tabel 5.13 berikut.

Tabel 5.13 Hubungan Lama Kerja dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 (n = 89)

| Lama Kerja | Kinerja Perawat Pelaksana | | | | Total | | OR 95% CI | p value |
|------------|---------------------------|------|--------|------|-------|-----|--------------|---------|
| | Rendah | | Tinggi | | N | % | | |
| | n | % | n | % | | | | |
| ≤ 8 Tahun | 26 | 53,1 | 23 | 46,9 | 49 | 100 | | |
| > 8 Tahun | 15 | 37,5 | 25 | 62,5 | 40 | 100 | 1,884 | 0,211 |
| Total | 41 | 46,1 | 48 | 53,9 | 89 | 100 | 0,8-4,4 | |

Hasil analisis pada tabel 5.13 menunjukkan bahwa perawat pelaksana dengan lama kerja >8 tahun mempunyai kinerja yang tinggi sebanyak 25 (62,5%), sedangkan diantara perawat pelaksana dengan masa kerja ≤ 8 tahun memiliki kinerja tinggi sebanyak 23 (46,9%). Hasil uji statistik diperoleh p value = 0,211, maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi antara kinerja perawat pelaksana lama kerja ≤ 8 tahun dengan perawat masa kerja >8 tahun. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR=1,884, artinya perawat pelaksana dengan masa kerja > 8 tahun mempunyai peluang 1,88 kali untuk memiliki kinerja yang tinggi dibanding perawat pelaksana masa kerja ≤ 8 tahun.

5.2.2 Hubungan Pengarahan Kepala Ruangan dengan Kinerja Perawat Pelaksana

1. Kepemimpinan Kepala Ruangan dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Hasil analisis hubungan pelaksanaan kepemimpinan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana disajikan pada tabel 5.14

Tabel 5.14 Hubungan Kepemimpinan Kepala Ruangan dengan Kinerja perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 (n = 89)

| Kepemimpinan | Kinerja Perawat Pelaksana | | | | Total | | OR 95% CI | p value |
|--------------|---------------------------|------|--------|------|-------|-----|--------------|------------|
| | Rendah | | Tinggi | | N | % | | |
| | n | % | n | % | | | | |
| Kurang | 29 | 56,9 | 22 | 43,1 | 51 | 100 | | |
| Baik | 12 | 31,6 | 26 | 68,4 | 38 | 100 | 2,856 | 0,031 |
| Total | 41 | 46,1 | 48 | 53,9 | 89 | 100 | 1,2-6,9 | |

Hasil analisis pada tabel 5.14 menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang mempersepsikan kepemimpinan kepala ruangan baik memiliki kinerja yang tinggi sebanyak 26 (68,4%), sedangkan diantara perawat pelaksana yang mempersepsikan kepemimpinan kepala ruangan yang kurang, memiliki kinerja tinggi sebanyak 22 (43,1%). Hasil uji statistik diperoleh $p \text{ value} = 0,031$, maka dapat disimpulkan terdapat perbedaan proporsi antara perawat pelaksana yang mempersepsikan kepemimpinan kepala ruangan baik dengan perawat pelaksana yang mempersepsikan kepemimpinan kepala ruangan kurang. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 2,856$, artinya perawat pelaksana yang mempersepsikan pelaksanaan kepemimpinan kepala ruangan baik memiliki peluang 2,86 kali untuk memiliki kinerja yang tinggi dibanding perawat pelaksana yang mempersepsikan pelaksanaan kepemimpinan kepala ruangan kurang.

2. Motivasi Kepala Ruangan dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Hasil analisis hubungan pelaksanaan motivasi kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana disajikan pada tabel 5.15 berikut ini.

Tabel 5.15 Hubungan Motivasi Kepala Ruangan dengan Kinerja perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 (n = 89)

| Motivasi | Kinerja Perawat Pelaksana | | | | Total | | OR 95% CI | p value |
|----------|---------------------------|------|--------|------|-------|-----|-----------------|---------|
| | Rendah | | Tinggi | | N | % | | |
| | n | % | n | % | | | | |
| Kurang | 16 | 39,0 | 25 | 61,0 | 41 | 100 | 0,589 | |
| Baik | 25 | 52,1 | 23 | 47,9 | 48 | 100 | 0,2-1,4 | 0,308 |
| Total | 41 | 46,1 | 48 | 53,9 | 89 | 100 | | |

Berdasarkan hasil analisis data pada tabel 5.15 menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang mempersepsikan kepala ruangan melaksanakan motivasi dengan baik mempunyai kinerja yang tinggi sebanyak 23 (47,9%), sedangkan diantara perawat pelaksana yang mempersepsikan kepala ruangan melaksanakan motivasi yang kurang memiliki kinerja tinggi sebanyak 25 (61,0%). Hasil uji statistik diperoleh $p\text{ value} = 0,308$, maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi kinerja antara perawat pelaksana yang mempersepsikan fungsi motivasi baik dengan perawat pelaksana yang mempersepsikan kepala ruangan yang melaksanakan motivasi yang kurang. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR=0,589$, artinya perawat pelaksana yang mempersepsikan kepala ruangan melaksanakan motivasi yang baik mempunyai peluang 0,59 kali untuk memiliki kinerja yang tinggi dibanding perawat pelaksana yang mempersepsikan kepala ruangan yang melaksanakan motivasi yang kurang.

3. Komunikasi Kepala Ruangan dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Hasil analisis hubungan pelaksanaan persepsi perawat pelaksana tentang pelaksanaan komunikasi kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana disajikan pada tabel 5.16 berikut.

Tabel 5.16 Hubungan Komunikasi Kepala Ruangan dengan Kinerja perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 (n = 89)

| Komunikasi | Kinerja Perawat Pelaksana | | | | Total | | OR 95% CI | p value |
|------------|---------------------------|------|--------|------|-------|-----|--------------|---------|
| | Rendah | | Tinggi | | N | % | | |
| | n | % | n | % | | | | |
| Kurang | 14 | 34,1 | 27 | 65,9 | 41 | 100 | 0,403 | 0,061 |
| Baik | 27 | 56,3 | 21 | 43,7 | 48 | 100 | 0,2-0,9 | |
| Total | 41 | 46,1 | 48 | 53,9 | 89 | 100 | | |

Hasil analisis tabel 5.16, menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang mempersepsikan pelaksanaan komunikasi kepala ruangan yang baik memiliki kinerja yang tinggi banyak 21 (43,7%), sedangkan perawat pelaksana yang mempersepsikan kepala ruangan melaksanakan komunikasi yang kurang, memiliki kinerja tinggi sebanyak 27 (65,9%). Hasil uji statistik diperoleh $p\text{ value} = 0,061$, maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi kinerja antara perawat pelaksana yang mempersepsikan pelaksanaan komunikasi kepala ruangan yang baik dengan perawat pelaksana yang mempersepsikan pelaksanaan komunikasi kepala ruangan yang kurang. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 0,403$, artinya perawat pelaksana yang mempersepsikan kepala ruangan melaksanakan komunikasi yang baik mempunyai peluang 0,4 kali untuk memiliki kinerja yang tinggi dibanding perawat pelaksana yang mempersepsikan kepala ruangan melaksanakan komunikasi yang kurang.

4. Pendelegasian Kepala Ruangan dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Hasil analisis hubungan pelaksanaan pendelegasian kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana disajikan pada tabel 5.17 berikut:

Tabel 5.17 Hubungan Pendelegasian Kepala Ruangan Dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 (n = 89)

| Pendelegasian | Kinerja Perawat Pelaksana | | | | Total | | OR 95% CI | p value |
|---------------|---------------------------|------|--------|------|-------|-----|--------------|---------|
| | Rendah | | Tinggi | | N | % | | |
| | n | % | n | % | | | | |
| Kurang | 17 | 51,5 | 16 | 48,5 | 33 | 100 | 1,417 | 0,568 |
| Baik | 24 | 42,9 | 32 | 57,1 | 56 | 100 | 0,6-3,4 | |
| Total | 41 | 46,1 | 48 | 53,9 | 89 | 100 | | |

Hasil analisis dari tabel 5.17 menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang mempersepsikan kepala ruangan melaksanakan fungsi pendelegasian yang baik mempunyai kinerja yang tinggi sebanyak 32 (57,1%), sedangkan diantara perawat pelaksana yang mempersepsikan kepala ruangan melaksanakan fungsi pendelegasian kurang memiliki kinerja tinggi sebanyak 16 (48,5%). Hasil uji statistik diperoleh $p\text{ value} = 0,568$, maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi kinerja antara perawat pelaksana yang mempersepsikan kepala ruangan melaksanakan komunikasi baik dengan perawat pelaksana yang mempersepsikan kepala ruangan melaksanakan komunikasi kurang. Hasil analisis diperoleh nilai $OR = 1,417$, artinya perawat pelaksana yang mempersepsikan kepala ruangan melaksanakan pendelegasian yang baik mempunyai peluang 1,42 kali memiliki kinerja tinggi dibandingkan perawat pelaksana yang mempersepsikan kepala ruangan melaksanakan pendelegasian kurang.

5. Pelatihan Kepala Ruangan dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Hasil analisis hubungan pelaksanaan pelatihan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana disajikan pada tabel 5.18 berikut:

Tabel 5.18 Hubungan Pelatihan dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 (n = 89)

| Pelatihan | Kinerja Perawat Pelaksana | | | | Total | OR 95% CI | p value |
|-----------|---------------------------|------|--------|------|-------|--------------|---------------------------|
| | Rendah | | Tinggi | | | | |
| | n | % | n | % | | | |
| Kurang | 26 | 55,3 | 21 | 44,7 | 47 | 100 | 2,229 0,9-5,2 0,101 |
| baik | 15 | 35,7 | 27 | 64,3 | 42 | 100 | |
| Total | 41 | 46,1 | 48 | 53,9 | 89 | 100 | |

Menurut hasil analisis data pada tabel 5.18 menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang mempersepsikan kepala ruangan melaksanakan pelatihan yang baik memiliki kinerja yang tinggi sebanyak 27 (64,3%), sedangkan diantara perawat pelaksana yang mempersepsikan kepala ruangan melaksanakan pelatihan kurang memiliki kinerja tinggi sebanyak 21 (44,7%). Hasil uji statistik diperoleh $p\text{ value} = 0,101$ dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi kinerja antara perawat pelaksana yang mempersepsikan kepala ruangan melaksanakan pelatihan baik dengan perawat pelaksana yang mempersepsikan kepala ruangan melaksanakan pelatihan kurang. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR=2,229$, artinya perawat pelaksana yang mempersepsikan kepala ruangan melaksanakan fungsi pelatihan baik mempunyai peluang 2,23 kali untuk memiliki kinerja tinggi dibanding perawat pelaksana yang mempersepsikan kepala ruangan melaksanakan fungsi pelatihan kurang.

6. Supervisi Kepala Ruangan dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Hasil analisis hubungan fungsi supervisi kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana disajikan pada tabel 5.19 berikut:

Tabel 5.19 Hubungan Supervisi Kepala Ruangan dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009 (n = 89)

| Supervisi | Kinerja Perawat Pelaksana | | | | Total | | OR 95% CI | p value |
|-----------|---------------------------|------|--------|------|-------|-----|--------------|---------|
| | Rendah | | Tinggi | | N | % | | |
| | n | % | n | % | | | | |
| Kurang | 30 | 50,8 | 29 | 49,2 | 59 | 100 | 1,787 | 0,297 |
| Baik | 11 | 36,7 | 19 | 63,3 | 30 | 100 | 0,7-4,4 | |
| Total | 41 | 46,1 | 48 | 53,9 | 89 | 100 | | |

Berdasarkan hasil analisis data pada tabel 5.19 menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang mempersepsikan kepala ruangan melaksanakan fungsi supervisi yang baik mempunyai kinerja yang tinggi sebanyak 19 (63,3%), sedangkan diantara perawat pelaksana yang mempersepsikan kepala ruangan melaksanakan supervisi kurang, memiliki kinerja tinggi sebanyak 29 (49,2%). Hasil uji statistik diperoleh $p\text{ value} = 0,297$ maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi kinerja antara perawat pelaksana yang mempersepsikan kepala ruangan melaksanakan supervisi baik dengan perawat pelaksana yang mempersepsikan kepala ruangan melaksanakan supervisi kurang. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR=1,787$, artinya perawat pelaksana yang mempersepsikan kepala ruangan melaksanakan supervisi baik mempunyai peluang 1,79 kali untuk melakukan kinerja tinggi dibanding perawat pelaksana yang mempersepsikan kepala ruangan melaksanakan fungsi kurang kurang.

5.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk menguji hubungan beberapa variabel independen dengan variabel dependen pada waktu bersamaan. Dalam penelitian ini analisis multivariat yang digunakan adalah uji regresi logistik ganda, dengan tahapan pemilihan variabel kandidat, pemodelan awal multivariat, uji interaksi dan pemodelan akhir multivariat.

5.3.1 Pemilihan Kandidat Multivariat

Pada tahap ini dilakukan analisis bivariat antara masing-masing variabel *confounding* yaitu umur, jenis kelamin, status perkawinan, status kepegawaian, dan lamanya bekerja dan variabel independen yaitu kepemimpinan, motivasi, komunikasi, pendelegasian, pelatihan, dan supervisi dengan variabel dependen yaitu kinerja perawat pelaksana. Jika analisis bivariat dipaparkan maka variabel yang memiliki *p value* $< 0,25$, maka variabel tersebut dapat masuk ke pemodelan multivariat, tetapi jika dalam analisis bivariat ditemukan *p value* $> 0,25$ namun secara substansial dianggap penting, maka variabel tersebut dapat dimasukkan dalam pemodelan multivariat. Dalam melakukan seleksi bivariat menggunakan uji regresi logistik sederhana. Adapun hasil analisis bivariat sederhana yang dilakukan dapat dilihat pada tabel 5.20 berikut:

Tabel 5.20 Hasil Seleksi Bivariat Regresi Logistik Sederhana Antara Variabel Independen dan *Confounding* dengan Variabel Dependen di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009

| Variabel | <i>p value</i> | <i>OR (expB)</i> |
|--------------------------------------|----------------|------------------|
| Kepemimpinan Kepala Ruangan | 0,017* | 2.856 |
| Motivasi Kepala Ruangan | 0.217* | 0.589 |
| Komunikasi Kepala Ruangan | 0.036* | 0,403 |
| Pendelegasian Kepala Ruangan | 0.429 | 1,417 |
| Pelatihan Kepala Ruangan | 0.063* | 2,229 |
| Supervisi Kepala Ruangan | 0.202* | 1,787 |
| Umur Perawat Pelaksana | 0,800 | 1,116 |
| Status Perkawinan Perawat Pelaksana | 0.596 | 1.269 |
| Status Kepegawaian Perawat Pelaksana | 0.157* | 1.880 |
| Lama Bekerja Perawat Pelaksana | 0.142* | 1.884 |

* Variabel yang diikutkan dalam kandidat model analisis regresi logistik ganda (*p value* $< 0,25$)

Berdasarkan hasil analisis seleksi bivariat pada tabel 5.20 menunjukkan bahwa sub variabel kepemimpinan, motivasi, komunikasi, pelatihan, dan

supervisi, status kepegawaian dan lama bekerja mempunyai *p value* <0,25, maka variabel tersebut dapat masuk langsung ke pemodelan multivariat. Sedangkan sub variabel pendelegasian *p value* > 0,25, tetapi secara substansi mempunyai pengaruh terhadap kinerja perawat pelaksana, dapat diikutsertakan dalam pemodelan multivariat.

5.3.2 Pemodelan Awal Multivariat

Pada tahap pemodelan awal multivariat, dilakukan dengan cara memasukkan semua variabel yang dipilih secara bersama-sama menjadi kandidat multivariat, kemudian dilakukan analisis regresi logistik ganda dengan *model enter*. Selanjutnya secara bertahap mengeluarkan variabel yang memiliki *p value* > 0,05, yang dimulai dari *p value* yang paling besar sambil melihat perubahan *OR*. Proses mengeluarkan variabel dilakukan terlebih dahulu untuk variabel *confounding*, setelah itu baru variabel independen. Hasil analisis dengan memasukkan semua variabel pengarah dan karakteristik yang dipilih dapat dilihat pada tabel 5.21 sebagai berikut:

Tabel 5.21 Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda dengan Memasukkan Semua Variabel yang Dipilih di RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009

| Variabel | <i>p value</i> | <i>Exp (B)</i> |
|--------------------------------------|----------------|----------------|
| Status kepegawaian Perawat Pelaksana | 0.082 | 3.177 |
| Lama Kerja Perawat Pelaksana | 0.610 | 1.359 |
| Kepemimpinan Kepala Ruangan | 0.026 | 8.579 |
| Motivasi Kepala Ruangan | 0.004 | 0.079 |
| Komunikasi Kepala Ruangan | 0.151 | 0.392 |
| Pendelegasian Kepala Ruangan | 0.546 | 1.518 |
| Pelatihan Kepala Ruangan | 0.486 | 1.584 |
| Supervisi Kepala Ruangan | 0.846 | 0.885 |
| Constant | 0.680 | 0.445 |

Berdasarkan tabel 5.21, diketahui bahwa sebagai variabel *confounding*, lama kerja perawat pelaksana memiliki nilai *p* tertinggi (*p value* = 0,610)

sehingga dikeluarkan dari analisis seperti pada tabel 5.22 pemodelan sebagai berikut:

Tabel 5.22 Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Tanpa Variabel Lama Kerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009

| Variabel | OR Lama kerja ada | OR lama kerja tak ada | Perubahan OR |
|--------------------|-------------------|-----------------------|--------------|
| Status Kepegawaian | 3.177 | 3.746 | 17,91% |
| Lama Kerja | 1.359 | - | - |
| Kepemimpinan | 8.579 | 8.548 | 0,36% |
| Motivasi | 0.079 | 0,075 | 5,06% |
| Komunikasi | 0.392 | 0.401 | 2,30% |
| Pendelegasian | 1.518 | 1.514 | 0,26% |
| Pelatihan | 1.584 | 1.569 | 0,95% |
| Supervisi | 0.885 | 0.934 | 5,54% |
| Constant | 0.445 | 0.552 | |

Pada tabel 5.23 setelah variabel lama kerja dikeluarkan terjadi perubahan OR sebesar 17,91% pada variabel status kepegawaian perawat pelaksana, sehingga variabel lama kerja tetap akan diikut sertakan dalam pemodelan analisis regresi logistik ganda berikutnya.

Langkah selanjutnya mengeluarkan variabel confounding dengan nilai tertinggi lainnya yaitu status kepegawaian dengan p value = 0,082, seperti pada tabel 5.23 berikut ini.

Tabel 5.23 Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Tanpa Variabel Status Kepegawaian Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009

| Variabel | OR St. Kepeg ada | OR St Kepeg tidak ada | Perubahan OR |
|--------------------|---------------------|--------------------------|-----------------|
| Status Kepegawaian | 3.177 | - | - |
| Lama Kerja | 1.359 | 2.317 | 70,49% |
| Kepemimpinan | 8.579 | 8.122 | 5,33% |
| Motivasi | 0.079 | 0.101 | 27,85% |
| Komunikasi | 0.392 | 0.487 | 24,23% |
| Pendelegasian | 1.518 | 1.277 | 15,88% |
| Pelatihan | 1.584 | 1.476 | 6,82% |
| Supervisi | 0.885 | 0.919 | 3,84% |
| Constant | 0.445 | 0.735 | |

Berdasarkan Tabel 5.23 menunjukkan bahwa terjadi perubahan *OR* pada variabel lama kerja perawat pelaksana sebesar 70,49%, sehingga variabel status kepegawaian tetap diikuti sertakan dalam pemodelan analisis regresi logistik ganda berikutnya. Langkah selanjutnya mengeluarkan variabel yang mempunyai *p value* tertinggi, yaitu variabel supervisi kepala ruangan dengan *p value* = 0,846 seperti pada tabel 5.24 sebagai berikut:

Tabel 5.24 Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Tanpa Supervisi Kepala Ruangan di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009

| Variabel | OR Supervisi ada | OR Supervisi tidak ada | Perubahan OR |
|--------------------|------------------|------------------------|--------------|
| Status Kepegawaian | 3,177 | 3.168 | 0,28% |
| Lama Kerja | 1,359 | 1.333 | 1,91% |
| Kepemimpinan | 8,579 | 8.312 | 3,11% |
| Motivasi | 0,079 | 0.078 | 1,27% |
| Komunikasi | 0,392 | 0,397 | 1,27% |
| Pendelegasian | 1,518 | 1.521 | 0,20% |
| Pelatihan | 1,584 | 1.542 | 2,65% |
| Supervisi | 0,885 | - | - |
| Constant | 0,445 | 0.425 | |

Tabel 5.24 menunjukkan bahwa perubahan *OR* pada variabel lainnya <10%, sehingga variabel supervisi tidak diikuti sertakan dalam pemodelan analisis regresi logistik ganda. Langkah selanjutnya mengeluarkan variabel lain yang mempunyai *p value* tertinggi, yaitu variabel pendelegasian kepala ruangan dengan (*p value* = 0,546) seperti pada tabel 5.25 berikut ini:

Tabel 5.25 Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Tanpa Variabel Pendelegasian Kepala Ruangan di RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009

| Variabel | OR Pendelegasian ada | OR Pendelegasian tidak ada | Perubahan OR |
|--------------------|----------------------|----------------------------|--------------|
| Status Kepegawaian | 3.177 | 3.013 | 5,16% |
| Lama Kerja | 1.359 | 1.330 | 2,13% |
| Kepemimpinan | 8.579 | 7.682 | 10,45% |
| Motivasi | 0.079 | 0.090 | 13,92% |
| Komunikasi | 0.392 | 0.390 | 0,51% |
| Pendelegasian | 1.518 | - | - |
| Pelatihan | 1.584 | 1.903 | 20,14% |
| Supervisi | 0.885 | - | - |
| Constant | 0.445 | .622 | |

Pada tabel 5.25, menunjukkan bahwa terjadinya perubahan *OR* sebesar 20,14% pada variabel pelatihan kepala ruangan, sehingga variabel pendelegasian kepala ruangan diikuti sertakan dalam pemodelan analisis regresi logistik ganda. Selanjutnya mengeluarkan variabel tertinggi lainnya yaitu pelatihan kepala ruangan dengan (*p value* = 0,486) seperti pada tabel 5.26 berikut ini:

Tabel 5.26 Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Tanpa Variabel Pelatihan Kepala Ruangan di Ruang rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009

| Variabel | <i>OR</i> Pelatihan ada | <i>OR</i> Pelatihan tidak ada | Perubahan <i>OR</i> |
|----------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------|
| Status Kepegawaian | 3.177 | 3.079 | 3,08% |
| Lama Kerja | 1.359 | 1.329 | 2,21% |
| Kepemimpinan | 8.579 | 10.274 | 19,76% |
| Motivasi | 0.079 | 0.070 | 11,39% |
| Komunikasi | 0.392 | 0.427 | 8,93% |
| Pendelegasian | 1.518 | 1.949 | 28,39% |
| Pelatihan | 1.584 | - | - |
| Supervisi | 0.885 | - | - |
| Constant | 0.445 | 0.431 | - |

Pada tabel 5.26, menunjukkan bahwa variabel pelatihan kepala ruangan tetap diikuti sertakan dalam pemodelan analisis regresi logistik ganda, karena terjadinya perubahan *OR* sebesar 28,39% pada variabel pendelegasian. Selanjutnya mengeluarkan variabel yang tertinggi lainnya yaitu komunikasi kepala ruangan dengan (*p value* = 0,151) seperti pada tabel 5.27 berikut ini:

Tabel 5.27 Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Tanpa Variabel Komunikasi Kepala Ruangan di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009

| Variabel | OR komunikasi ada | OR komunikasi tak ada | Perubahan OR |
|---------------------|-------------------|-----------------------|---------------|
| Status Kepegawaian | 3.177 | 2.673 | 15,86% |
| Lama Kerja | 1.359 | 1.268 | 6,70% |
| Kepemimpinan | 8.579 | 14.721 | 71,59% |
| Motivasi | 0.079 | 0.079 | 0 |
| Komunikasi | 0.392 | - | - |
| Pendelegasian | 1.518 | 1.577 | 3,89% |
| Pelatihan | 1.584 | 1.319 | 16,73% |
| Supervisi | 0.885 | - | - |
| <i>Constant</i> | 0.445 | 0.072 | |

Pada tabel 5.27, menunjukkan bahwa variabel komunikasi kepala ruangan tetap diikuti sertakan dalam pemodelan analisis regresi logistik ganda, karena terjadinya perubahan *OR* sebesar 71,59% pada variabel kepemimpinan kepala ruangan.

Dengan demikian, variabel bebas yang akan diikuti serta dalam model akhir analisis regresi logistik ganda adalah variabel independen seperti; kepemimpinan, motivasi, komunikasi, pendelegasian, dan pelatihan. Variabel *confounding* yang diikutsertakan dalam analisis regresi logistik ganda adalah status kepegawaian dan lama kerja. Hasil akhir pemodelan dapat dilihat pada tabel 5.28 berikut ini:

Tabel 5.28 Hasil Akhir Analisis Regresi Logistik Ganda Hubungan Pengarahan Kepala Ruangan Dengan Kinerja Perawat Pelaksana Di Ruang Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2009

| Variabel | <i>p value</i> | <i>OR (ExpB)</i> |
|---------------------|----------------|------------------|
| Status Kepegawaian | 0.082 | 3.168 |
| Lama Kerja | 0.629 | 1.333 |
| Kepemimpinan | 0.026 | 8.312 |
| Motivasi | 0.004 | 0.078 |
| Komunikasi | 0.155 | 0.397 |
| Pendelegasian | 0.544 | 1.521 |
| Pelatihan | 0.502 | 1.542 |
| Constant | 0.660 | 0.425 |

Pada tabel 5.28. kita perhatikan hasil analisis multivariat, ternyata terdapat variabel yang dominan berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana yaitu variabel kepemimpinan kepala ruangan (*p value* = 0,026), dan variabel motivasi kepala ruangan (*p value* = 0,004). Dari kedua variabel tersebut, yang paling dominan berkontribusi terhadap kinerja perawat pelaksana adalah kepemimpinan dengan *Odds Ratio (OR* = 8,312). Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa perawat pelaksana yang mempersepsikan kepala ruangan melaksanakan kepemimpinan yang baik, berpeluang memiliki kinerja tinggi sebesar 8,31 kali dalam melaksanakan asuhan keperawatan, dibanding dengan perawat pelaksana yang mempersepsikan bahwa kepemimpinan kepala ruangan kurang setelah dikontrol motivasi, komunikasi, pendelegasian, pelatihan, supervisi, status kepegawaian, dan lama kerja.

BAB 6 PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan memaparkan hasil penelitian dalam bentuk uraian, selanjutnya dilakukan pembahasan secara rinci yang dikaitkan dengan tujuan penelitian. Dalam pembahasan ini juga penulis membandingkan dengan berbagai penelitian sebelumnya terutama yang menunjang dan searah dengan hasil yang ditemui di RSUD Budhi Asih Jakarta.

Bab pembahasan ini dibagi menjadi tiga bagian yaitu pertama menginterpretasikan dan mendiskusikan hasil penelitian dari variabel pengarah kepala ruangan yang dihubungkan dengan kinerja perawat pelaksana dikaitkan dengan konsep dan hasil peneliti lain, kedua memaparkan tentang keterbatasan penelitian, dan ketiga menjelaskan tentang implikasi untuk keperawatan.

6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil

6.1.1 Kinerja

Kinerja adalah penampilan hasil karya personel baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi (Ilyas, 2002). Kinerja dapat merupakan penampilan individu maupun kelompok kerja personel. Gambaran umum kinerja perawat pelaksana dilakukan dengan menggunakan kuesioner terhadap perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta. Hasil analisis kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta menunjukkan hal yang positif, karena dengan nilai minimum 52 dan maksimum 100 pada nilai rerata 83,281, jika dibandingkan dengan nilai harapan minimum 25 dan maksimum 100, maka nilai tengah normatif adalah 62,5. Sesuai hasil distribusi frekuensi kinerja berdasarkan nilai mean, maka dikategorikan kinerja tinggi sebesar (53,9%), sedangkan yang dikategorikan rendah sebesar 46,1%. Hal ini menunjukkan bahwa kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta sudah baik dengan hasil diatas rerata tinggi.

Seseorang yang menunjukkan kinerja baik sangat ditentukan oleh berbagai faktor serta situasi dalam pekerjaan. Pemahaman seseorang tentang jenis pekerjaan yang sedang dilakukan turut berkontribusi dalam menentukan keberhasilan kinerja seseorang terhadap suatu pekerjaan. Simanjuntak (2005) berpendapat, dimana seseorang yang memandang pekerjaan sebagai kebutuhan, pengabdian, tantangan dan prestasi akan menghasilkan kinerja yang tinggi. Prestasi kerja yang ditunjukkan oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta, perlu mendapat tanggapan yang positif dari pihak manajemen untuk lebih memacu produktifitas dan efektifitas pelayanan yang mereka lakukan. Pandangan lain juga dikemukakan oleh King (1993) bahwa kinerja adalah aktivitas seseorang dalam melaksanakan tugas pokok yang dibebankan kepadanya. Mengacu dari pandangan ini, dapat diinterpretasikan bahwa kinerja seseorang dihubungkan dengan tugas-tugas rutin yang dikerjakannya apabila didasarkan pada pemahaman bahwa itu adalah kebutuhan, pengabdian dan tantangan untuk berprestasi maka pasti akan berdaya guna dan berhasil guna.

Dalam penelitian ini peneliti berasumsi bahwa kinerja adalah hasil kerja yang ditampilkan oleh seorang perawat sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya setelah dibandingkan dengan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan sebelumnya. Jadi kinerja seorang perawat diukur berdasarkan tugas pokok dan fungsi masing-masing dibandingkan dengan capaian yang pada kesempatan ini menurut persepsi perawat dengan metode menilai diri sendiri. Prestasi kerja yang ditunjukkan diatas menggambarkan kepercayaan diri dan kemampuan perawat pelaksana serta adanya pengaruh kepemimpinan kepala ruangan di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta. Hal ini dapat dijadikan sebagai suatu momentum bagi pimpinan rumah sakit dan keperawatan untuk lebih memberdayakan mereka dalam melaksanakan tugas.

Kinerja perawat pelaksana tidak berdiri sendiri, tapi juga ditentukan oleh berbagai faktor yang saling mempengaruhi. Pada bagian selanjutnya

peneliti akan membahas bagaimana hubungan fungsi pengarahan kepala ruangan dan karakteristik perawat pelaksana dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta.

6.1.2 Pengarahan Kepala Ruangan

Pada umumnya pimpinan melakukan pengarahan kepada bawahan dengan maksud agar mereka bersedia untuk bekerja sebaik mungkin, dan diharapkan tidak menyimpang dari prinsip-prinsip yang ada. Pengarahan kepala ruangan merupakan upaya mempengaruhi tingkah laku perawat pelaksana untuk melakukan kegiatan sesuai dengan tugas dan tanggung jawab yang diberikan. Hasil analisis univariat dengan menggunakan nilai mean menunjukkan bahwa pengarahan kepala ruangan di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta masih kurang sebanyak 47 (52,8%).

1. Kepemimpinan

Kepemimpinan adalah kemampuan untuk menciptakan rasa percaya diri dan menghasilkan dukungan dari bawahan, sehingga tujuan yang ditetapkan bersama dalam organisasi dapat tercapai (Nurachmah, 2005a). Menurut hasil analisis univariat pendapat perawat pelaksana tentang kepemimpinan kepala ruangan menunjukkan bahwa kepala ruangan yang melaksanakan kepemimpinan dengan baik, kurang dari rerata. Sesuai dengan analisis bivariat dimana perawat pelaksana yang berpendapat kepala ruangan melaksanakan kepemimpinan yang baik memiliki kinerja tinggi sebesar (68,4%), sedangkan perawat pelaksana yang berpendapat kepala ruangan melaksanakan kepemimpinan kurang memiliki kinerja tinggi sebesar (43,1%). Berdasarkan analisis multivariat dengan uji statistik $p \text{ value} = 0,026$, menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kepemimpinan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana dalam melaksanakan asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta. Demikian juga variabel kepemimpinan kepala ruangan merupakan faktor yang paling dominan berkontribusi

terhadap kinerja perawat.pelaksana, dengan $OR = 8,312$, dapat disimpulkan bahwa perawat pelaksana yang berpendapat kepala ruangan melaksanakan kepemimpinan baik, akan berpeluang memiliki kinerja tinggi sebesar 8,312 kali dalam melaksanakan asuhan keperawatan, dibandingkan dengan perawat pelaksana yang berpendapat kepala ruangan melaksanakan kepemimpinan kurang, setelah dikontrol variabel motivasi, komunikasi, pendelegasian, pelatihan, status kepegawaian, dan lama kerja.

Hasil penelitian ini sejalan dengan pendapat Gibson (1996), bahwa kepemimpinan berefek secara tidak langsung pada perilaku dan kinerja individu. Demikian juga menurut Fiedler (dalam Robbins, 2006) yang menyatakan bahwa semakin baik hubungan pemimpin-anggota, semakin terstruktur pekerjaan itu, dan semakin kuat kekuasaan posisi, semakin banyak kendali atau pengaruh yang dimiliki pemimpin. Kepekaan menentukan kehebatan seorang pemimpin dalam menetapkan sifat kepemimpinan yang sesuai dengan kondisi dan situasi, seperti pendapat Hasibuan (2005) menyampaikan bahwa kepemimpinan yang ditetapkan oleh seorang manajer dalam organisasi dapat menciptakan integrasi yang serasi dan mendorong gairah kerja karyawan untuk mencapai sasaran yang maksimal. Jadi capaian merupakan salah satu tolok ukur kinerja seorang seperti penjelasan Nurachmah (2005) yang mengatakan bahwa Seorang pemimpin dianggap berhasil menjalankan fungsi kepemimpinannya apabila berdasarkan upayanya untuk memperlihatkan kriteria perilaku dilanjutkan dengan menghasilkan keluaran secara efektif. Begitu pula sebagai seorang pemimpin kepala ruangan harus mempunyai tanggung jawab mengarahkan pelaksanaan asuhan keperawatan melalui kinerja perawat pelaksana (Gillies, 1995).

Kepemimpinan kepala ruangan di RSUD Budhi Asih ini perlu mendapat perhatian yang khusus, oleh karena dengan hasil uji

bivariat mempunyai hubungan dan uji multivariat paling dominan, namun kenyataan pada data univariat menunjukkan bahwa kepemimpinan kepala ruangan yang kurang, lebih besar daripada kepemimpinan yang baik. Hal ini didukung oleh harapan Nurachmah (2005), bahwa pada saat ini diperlukan kepemimpinan yang mampu mengarahkan profesi keperawatan dalam menyesuaikan dirinya ditengah-tengah perubahan dan pembaharuan sistem pelayanan kesehatan. Kepemimpinan ini seyogyanya yang *fleksible, accessible*, dan dirasakan kehadirannya, serta bersifat kontemporer.

Pendapat peneliti bahwa kepemimpinan merupakan seni bagi seorang untuk melayani orang lain, memberikan apa yang dimiliki untuk kepentingan orang banyak. Sebagai pemimpin harus percaya diri dan mampu mempengaruhi bawahan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Dalam kenyataannya kepemimpinan kepala ruangan di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta masih kurang, sedangkan hal ini merupakan kunci keberhasilan pelayanan karena variabel kepemimpinan kepala ruangan berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana sehingga jika fungsi kepemimpinan kepala ruangan meningkat tentunya akan diikuti dengan peningkatan kinerja perawat pelaksana dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Disinilah diperlukan seorang pemimpin efektif yang mampu menggerakkan bawahannya secara efektif dan efisien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan bersama.

2. Motivasi

Berdasarkan data hasil analisis univariat motivasi kepala ruangan menurut pendapat perawat pelaksana menunjukkan bahwa kepala ruangan yang menerapkan motivasi dengan baik sebesar (53,9%), sedangkan kepala ruangan yang menerapkan motivasi kurang sebesar (46,1%). Hal ini menunjukkan bahwa motivasi kepala ruangan di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta di atas rerata baik. Sesuai dengan hasil analisis bivariat dimana perawat pelaksana yang

berpendapat kepala ruangan melaksanakan motivasi baik memiliki kinerja yang tinggi sebesar (47,9%), sedangkan perawat pelaksana yang berpendapat kepala ruangan melaksanakan motivasi kurang memiliki kinerja yang tinggi sebesar (61,0%). Menurut hasil analisis uji statistik multivariat dengan $p \text{ value} = 0,004$ menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara motivasi kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana dalam melaksanakan asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta. Namun dengan hasil $OR = 0,078$, maka dapat disimpulkan bahwa perawat pelaksana yang berpendapat kepala ruangan melaksanakan motivasi baik berpeluang memiliki kinerja tinggi sebesar 0,078 kali dibandingkan dengan perawat pelaksana yang berpendapat kepala ruangan melaksanakan motivasi kurang, setelah dikontrol variabel kepemimpinan, komunikasi, pendelegasian, pelatihan, status kepegawaian, dan lama kerja.

Kesimpulan penelitian ini sesuai dengan hipotesis dan berbagai teori seperti pendapat Hasibuan (2005) yang mengatakan bahwa jika ada kesempatan bagi setiap karyawan dipromosikan berdasarkan asas keadilan dan objektivitas, karyawan akan terdorong bekerja giat, bersemangat, berdisiplin, dan berprestasi kerja sehingga sasaran perusahaan secara optimal akan dicapai. Demikian juga pendapat La Monica (1998) yang menyimpulkan bahwa pada saat motivasi meningkat, waktu dan biaya menurun sementara kualitas dan kepuasan meningkat. Oleh sebab itu penulis mengutip kesimpulan Simanjuntak (2005) bahwa motivasi dan etos kerja sangat penting mendorong semangat kerja.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilaksanakan oleh Riyadi, & Kusnanto (2007) di RSD Dr. H. Moh. Anwar Sumenep Madura yang menunjukkan tidak ada hubungan antara motivasi kerja perawat dengan kinerja perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan pada klien ($p \text{ value} = 0,114 > 0,05$). Rumah

sakit ini mempunyai karakteristik yang relatif sama dengan di RSUD Budhi Asih Jakarta dimana sama-sama rumah sakit umum daerah yang memiliki tipe B non pendidikan. Perbedaan ini terjadi karena adanya perbedaan pada variabel kinerja. Penelitian di RSD Dr. H. Moh Anwar Sumenep Madura menggunakan variabel dependen kinerja mengenai disiplin kerja, sikap dan perilaku serta kemampuan penerapan standart asuhan keperawatan, sedangkan penelitian di RSUD Budhi Asih adalah tentang penerapan asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana.

Peneliti berpendapat bahwa pemimpin yang berhasil adalah pemimpin yang mampu memberikan motivasi pada bawahan sesuai dengan kondisi dan kebutuhan masing-masing dalam rangka pencapaian tujuan organisasi. Karena pada prinsipnya secara normatif bahwa motivasi yang baik tentunya akan menghasilkan kinerja yang tinggi. Mengingat hal tersebut, kepemimpinan motivasional seyogyanya dimiliki oleh setiap pemimpin dalam keperawatan. Situasi saat ini dimana banyak terjadi perubahan dan juga tantangan telah memberikan kecenderungan pada para pelaksana keperawatan untuk lebih mudah merasa lelah dan cepat menyerah sehingga ketika dihadapkan pada suatu masalah akan cepat merasa putus asa (Nurachmah, 2005). Salah satu cara yang dilakukan kepala ruangan untuk meningkatkan perawat pelaksana seperti yang disampaikan oleh Huber (2000), bahwa penilaian kinerja merupakan salah satu system manajemen kinerja yang digunakan organisasi untuk memotivasi karyawannya. Selain itu, ketrampilan memotivasi merupakan kompetensi kepemimpinan berikutnya yang harus dimiliki oleh pemimpin keperawatan. Ketrampilan ini sangat penting karena merupakan potensi untuk mengarahkan bawahan melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya karena dengan demikian perawat pelaksana akan merasa ada sesuatu yang menarik hati untuk mengerjakan pekerjaan tersebut.

3. Komunikasi

Hasil analisis univariat fungsi komunikasi kepala ruangan menurut pendapat perawat pelaksana menunjukkan bahwa kepala ruangan yang menerapkan komunikasi dengan baik sebesar (44,9%), sedangkan kepala ruangan yang menerapkan komunikasi kurang sebesar (55,1%). Hal ini menunjukkan bahwa menurut pendapat perawat bahwa komunikasi kepala ruangan masih dibawah rerata, belum sesuai dengan harapan.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang berpendapat kepala ruangan melaksanakan komunikasi baik memiliki kinerja tinggi sebesar (43,7%), sedangkan perawat pelaksana yang berpendapat kepala ruangan melaksanakan komunikasi kurang memiliki kinerja tinggi sebesar (65,9%). Hasil analisis statistik multivariat $p\ value = 0,155$ menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara komunikasi kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana dalam melaksanakan asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta, dengan $OR = 0,397$ dapat disimpulkan bahwa perawat pelaksana yang berpendapat kepala ruangan melaksanakan komunikasi baik memiliki peluang kinerja tinggi sebesar 0,397 kali dibandingkan dengan perawat pelaksana yang berpendapat kepala ruangan melaksanakan komunikasi kurang setelah dikontrol variabel kepemimpinan, motivasi, pendelegasian, pelatihan, status kepegawaian, dan lama kerja.

Kesimpulan penelitian ini bertentangan dengan hipotesis dan pendapat Robbins (2006) yang menjelaskan bahwa semakin banyak anda melakukan komunikasi dan interaksi regular dengan seseorang, semakin dapat bentuk kepercayaan itu dikembangkan dan dijadikan landasan. Semakin baik anda mengenal seseorang, semakin akurat anda dapat memperkirakan apa yang akan dia lakukan. Begitu pula hasil penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan

kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Soebroto Jakarta oleh Asman (2001), yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara komunikasi dengan kinerja responden dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan. Perilaku kepala ruangan yang mau mendengarkan pendapat bawahan atau sejawat merupakan salah satu metode yang baik untuk mengerakkan dan menumbuhkan komunikasi terbuka dengan perawat pelaksana. Demikian menurut Luthans (2006) yang mengatakan bahwa salah satu keberhasilan dari komunikasi adalah mendengarkan suara dari bawah sehingga kepala ruangan perlu perhatikan untuk mengembangkan komunikasi keatas dimana manajer mengembangkan kebiasaan mendengarkan dengan baik dan membangun sistem untuk mendengarkan.

Melihat hasil analisis di atas dimana peran komunikasi kepala ruangan yang masih kurang adalah hal yang perlu diperhatikan, karena variabel komunikasi ternyata berkontribusi terhadap kinerja perawat pelaksana. Jika penerapan komunikasi kepala ruangan kurang maka dapat berdampak pada rendahnya kinerja perawat pelaksana, dan sebaliknya jika kepala ruangan melakukan komunikasi yang baik akan meningkatkan kinerja perawat pelaksana. Kepala ruangan dituntut kemampuannya dalam menentukan metode dan berkomunikasi dengan baik seperti kata Hasibuan (2005) bahwa manajer yang cakap akan menerapkan metode yang sesuai, karena dengan komunikasi yang baik akan dapat diselesaikan problem-problem yang terjadi dalam perusahaan. Sehingga Nurachmah (2005) menyatakan bahwa pemimpin yang memahami secara mendalam dan spesifik tentang bawahannya akan mampu menciptakan dan memodifikasi materi komunikasi sehingga hasil komunikasi dapat menjadi lebih optimal. Kalaupun hal tersebut belum tercapai maka kita boleh melihat pendapat Gibson (1996) menegaskan bahwa manajer keperawatan menyediakan informasi, memberi perintah dan

instruksi serta berusaha mempengaruhi dan membujuk agar tercapai prestasi yang efektif.

Menurut pendapat peneliti dengan memperhatikan teori yang ada bahwa kemampuan berkomunikasi merupakan faktor yang amat menentukan keberhasilan pencapaian tujuan. Kepemimpinan kepala ruangan yang efektif tidak akan menggunakan cara dan pendekatan yang sama dalam berkomunikasi untuk semua bawahan melainkan membedakan metode dan teknik komunikasi dalam memotivasi bawahan yang satu dengan lainnya. Kepemimpinan kepala ruangan di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta perlu mendapat perhatian sebab jika komunikasi tidak terjalin dengan baik antara pimpinan dan bawahan maka dapat menghambat proses komunikasi yang berujung pada terhambatnya informasi antara atasan dengan bawahan demikian juga antara sesama perawat pelaksana.

4. Pendelegasian

Hasil analisis univariat pendelegasian kepala ruangan menurut pendapat perawat pelaksana menunjukkan bahwa kepala ruangan yang menerapkan pendelegasian dengan baik sebesar (62,9%), sedangkan kepala ruangan yang menerapkan pendelegasian yang kurang sebesar (37,1%). Hal ini menunjukkan bahwa pelaksanaan pendelegasian kepala ruangan sudah baik.

Hasil analisis bivariat pendapat perawat pelaksana tentang pendelegasian kepala ruangan menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang berpendapat kepala ruangan melaksanakan pendelegasian baik memiliki kinerja tinggi sebesar (57,1%), sedangkan perawat pelaksana yang berpendapat kepala ruangan melaksanakan motivasi kurang memiliki kinerja tinggi sebesar (48,5%). Berdasarkan hasil analisis statistik multivariate p value = 0,544 menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pendelegasian kepala ruangan dengan kinerja perawat

pelaksana dalam melaksanakan asuhan keperawatan, dengan $OR = 1,521$, dapat disimpulkan bahwa perawat pelaksana yang berpendapat kepala ruangan melaksanakan pendelegasian yang baik memiliki peluang kinerja tinggi sebesar 1,521 kali dalam melaksanakan asuhan keperawatan dibandingkan dengan perawat pelaksana yang berpendapat bahwa kepala ruangan melaksanakan pendelegasian kurang setelah dikontrol variabel kepemimpinan, motivasi, komunikasi, pelatihan, status kepegawaian, dan lama kerja.

Hasil penelitian ini menolak hipotesis dan beberapa pendapat seperti Stoner (1996) yang menyimpulkan bahwa dengan pendelegasian akan mendapat kesempatan lebih baik untuk berhasil, bagi semua yang terlibat, kalau mereka bekerjasama untuk membangun rasa saling percaya.. kepala ruangan yang bejaksana perlu mendelegasikan tugas kepada bawahan agar pekerjaan dapat dilaksanakan dengan cepat, seperti menurut teori bahwa pendelegasian dapat diartikan sebagai pemberian suatu tugas kepada seseorang atau kelompok dalam menyelesaikan tujuan organisasi (Marquis & Huston, 2006). Dimana jika hal ini ditanggapi dengan baik oleh bawahan akan berdampak positif dalam diri staf yang diberikan wewenang sebagai penghargaan. seperti juga menurut Stoner (1996) yang menyampaikan bahwa semakin banyak tugas manajer yang diselegasikan, semakin besar peluang mereka untuk mencari dan menerima lebih banyak tanggung jawab dari manajer tingkat yang lebih tinggi. Swansburg & Swansburg (1999) pendelegasian merupakan kompetensi dari manajemen yang efektif, dimana para manajer perawat dapat melakukan tugasnya melalui pekerjaan perawat pelaksana. Pendelegasian ini perlu dilaksanakan karena menurut penelitian Pohan (2008); dan Rusmiati. (2006) ternyata ada hubungan yang bermakna antara pendelegasian dengan kinerja perawat pelaksana.

Opini peneliti, mengenai pendapat perawat pelaksana tentang pelaksanaan pendelegasian kepala ruangan di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih ini sudah menunjukkan diatas rerata. Hal ini dapat dijadikan sebagai modal bagi kepala ruangan dalam meningkatkan kepercayaan diri perawat pelaksana untuk lebih berusaha meningkatkan kinerja. Jadi menurut pandangan peneliti pada bahwa dasarnya jika kita melakukan pendelegasian yang baik maka pasti akan mengurangi beban pimpinan dalam menjalankan tugas serta menjadi pengalaman baik bagi staf dalam menghadapi dan memecahkan masalah yang sementara atau mungkin mereka dihadapi di waktu yang akan datang. Menurut Marquis (2006) dikatakan bahwa banyak pekerjaan yang sukses dilaksanakan manajer, tidak hanya karena diselesaikan sendiri, tapi pekerjaan itu juga diselesaikan bawahannya. Akan tetapi dalam pendelegasian, kepala ruangan perlu mempertimbangkan kemampuan perawat pelaksana yang akan menerima delegasi, karena tanpa kemampuan maka akan menjadi beban yang berat bagi perawat pelaksana tapi jika sesuai kemampuan, maka pendelegasian akan menjadi suatu motivasi bagi perawat pelaksana dalam menyelesaikannya.

5. Pelatihan

Hasil analisis univariat fungsi pelatihan kepala ruangan menurut pendapat perawat pelaksana menunjukkan bahwa kepala ruangan yang menerapkan pelatihan dengan baik sebesar (47,2%), sedangkan kepala ruangan yang kurang menerapkan pelatihan sebesar (52,8%). Hal ini menunjukkan bahwa fungsi pelatihan kepala ruangan masih dibawah rerata.

Hasil analisis bivariat pendapat perawat pelaksana tentang pelatihan kepala ruangan menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang berpendapat kepala ruangan melaksanakan pelatihan baik memiliki kinerja tinggi sebesar (64,3%), sedangkan perawat pelaksana yang berpendapat kepala ruangan melaksanakan pendelegasian kurang

memiliki kinerja tinggi sebesar (44,7%). Menurut analisis statistik multivariate p value = 0,502 menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara fungsi pelatihan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana dalam melaksanakan asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta. Berdasarkan hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa pelatihan dengan $OR = 1,542$, dapat disimpulkan bahwa perawat pelaksana yang berpendapat kepala ruangan melaksanakan pelatihan yang baik memiliki peluang kinerja tinggi sebesar 1,542 kali melaksanakan asuhan keperawatan, dibandingkan dengan perawat pelaksana yang berpendapat kepala ruangan melaksanakan pelatihan kurang setelah dikontrol variabel kepemimpinan, motivasi, komunikasi, pendelegasian, status kepegawaian, dan lama kerja.

Hasil penelitian ini menolak hipotesis dan bertentangan dengan pendapat Hasibuan (2005) bahwa pengembangan karyawan perlu dilaksanakan agar para karyawan semakin memahami *technical skill*, *human skill*, *conceptual skill*, dan *managerial skill*, supaya moral kerja dan prestasi kerja meningkat. Simanjuntak (2005) tetap memandang pentingnya pendidikan dan pelatihan karena merupakan investasi sumberdaya manusia yang dapat meningkatkan kemampuan dan keterampilan kerja, sehingga meningkatkan kinerja orang yang bersangkutan. Begitu pentingnya pelatihan sehingga Dessler (2006), menyatakan bahwa Orientasi dan pelatihan karyawan baru memainkan peran penting dalam mensosialisasikan karyawan terhadap pekerjaan yang baru bagi mereka.

Menurut pandangan peneliti bahwa dalam berbagai jenis pekerjaan, pelaksanaan orientasi dan pelatihan merupakan hal yang mutlak dilaksanakan terutama bagi pegawai baru. Hal ini penting dilakukan untuk penyesuaian karyawan terhadap pekerjaannya bagi yang baru dan peningkatan mutu pelayanan bagi yang telah lama bekerja.

Seperti pendapat Stoner (1996) dalam menjalankan tugas, pembimbingan yaitu pelatihan seorang karyawan oleh supervisor langsung merupakan teknik pengembangan manajemen yang paling baik. Disamping itu peran kepala ruangan yang lain adalah merencanakan staf untuk melaksanakan pelatihan di luar dan juga bagaimana kepala ruangan membimbing perawat junior atau mahasiswa dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Masalah yang dihadapi kepala ruangan adalah tingkat pendidikan dalam hal ini pada umumnya adalah lulusan D3, sedangkan perawat yang berpendidikan S1 sebanyak 2 orang, bekerja sebagai staf keperawatan.

6. Supervisi

Hasil analisis univariat supervisi kepala ruangan menurut pendapat perawat pelaksana menunjukkan bahwa kepala ruangan yang menerapkan supervisi dengan baik sebesar (33,7%), sedangkan kepala ruangan yang menerapkan supervisi kurang, sebesar (66,3%). Hal ini menunjukkan bahwa pelaksanaan supervisi kepala ruangan masih dibawah rerata.

Hasil analisis bivariat pendapat perawat pelaksana tentang supervisi kepala ruangan menunjukkan bahwa supervisi kepala ruangan yang baik dengan kinerja perawat pelaksana yang tinggi sebesar (63,3%), sedangkan perawat pelaksana yang berpendapat supervisi kepala ruangan yang kurang memiliki kinerja yang tinggi sebesar (49,2%). Uji statistik *p value* = 0,297 menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara supervisi kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa supervisi kepala ruangan bukan merupakan faktor yang berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta.

Hasil penelitian ini menolak hipotesis serta beberapa penelitin seperti penelitian tentang hubungan karakteristik individu dan faktor organisasi dengan kinerja perawat di RSUD Langsa Nanggroe Aceh Darussalam oleh Muzaputri (2008) yang menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara supervisi dengan kinerja perawat pelaksana ($p \text{ value} = 0,000$). Penelitian tentang hubungan faktor-faktor motivasi kerja dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSU Pusat Gatot Jakarta oleh Zahra (2008) yang menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan supervisi dengan kinerja perawat pelaksana ($p \text{ value} = 0,000$).

Hasil penelitian ini juga menolak beberapa pendapat bahwa pelaksanaan supervisi yang rendah berpotensi kurang profesionalnya perawat dimana menurut Fowler (1996) supervisi klinis adalah suatu proses profesional mendukung dan belajar di mana perawat dibantu dalam mengembangkan praktek mereka melalui suatu diskusi berkala dengan rekan sekerja yang banyak mengetahui dan berpengalaman. Gillies (1996) seorang kepala ruangan saat melaksanakan supervisi keperawatan harus menetapkan seluruh rincian program kepegawaian dan manajer keperawatan harus memutuskan metode penugasan apa yang digunakan.

Opini peneliti berhubungan dengan supervisi kepala ruangan di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta perlu mendapat perhatian dimana walaupun tidak terdapat hubungan yang signifikan, namun melihat kurangnya supervisi kepala ruangan menunjukkan perlu adanya perhatian khusus karena dapat mempengaruhi kinerja perawat pelaksana. Selain itu pelaksanaan supervisi perlu dilakukan secara berkelanjutan karena suatu saat ketika supervisi kepala ruangan tidak dilakukan secara terus menerus, akan berdampak buruk pada kinerja perawat pelaksana.

6.1.3 Karakteristik Responden

1. Umur

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang bekerja di ruang rawat inap lebih banyak pada kelompok umur ≤ 30 tahun sebesar (59,6%) sedangkan kelompok umur >30 tahun sebesar (40,4%). Data tersebut menunjukkan bahwa umumnya perawat pelaksana berumur produktif yang potensial dan merupakan sumberdaya bagi rumah sakit jika dikelola dengan baik untuk meningkatkan produktifitas kerja dan bermuara pada peningkatan kualitas pelayanan. Perlu diperhatikan bahwa menurut Hasibuan (2005) karyawan muda umumnya mempunyai fisik yang lebih kuat, dinamis dan kreatif.

Hasil analisis bivariat dengan menggunakan kai kuadrat menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang berumur >30 tahun yang memiliki kinerja tinggi sebesar (55,6%), sedangkan perawat pelaksana berumur ≤ 30 tahun yang memiliki kinerja tinggi sebanyak (52,8%). Uji statistik (*p value* = 0,971) menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan kinerja perawat pelaksana dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Berdasarkan analisis multivariat menunjukkan bahwa umur bukan merupakan faktor yang berkontribusi terhadap kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta.

Hasil penelitian ini menolak hipotesis dan penelitian sebelumnya yang disampaikan oleh Asman (2001) yang menyatakan ada hubungan yang bermakna antara umur dengan kinerja perawat pelaksana. Serta terdapat suatu keyakinan yang menurut Robbins (2006) bahwa produktifitas akan merosot dengan semakin bertambahnya usia seseorang. Hasil berbeda menurut penelitian Riyadi & Kusnanto (2007) didapatkan adanya hubungan yang signifikan antara umur perawat dengan kinerja perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan pada klien (*p value* = 0.006).

Hubungan tersebut terjadi setelah dilakukan pembatasan pada usia diatas 25 tahun dengan pengalaman kerja diatas 15 tahun. Hal ini dapat diartikan bahwa semakin dewasa/tua usia seseorang perawat, maka semakin tinggi kinerja keperawatannya. Demikian pula yang disampaikan oleh Siagian (2003) menyampaikan bahwa umur mempunyai kaitan yang erat dengan berbagai segi kehidupan organisasional, kaitan umur dengan tingkat kedewasaan psikologis menunjukkan kematangan jiwa dalam arti semakin bijaksana, mampu mengendalikan emosi, makin mampu berpikir rasional, toleran terhadap perbedaan pandangan dan perilaku.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Lusiani (2006); Zahra (2008); dan Pohan (2008) yang menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan kinerja perawat pelaksana. Hubungan antara umur dengan kinerja dikemukakan oleh McEvoy & Cascio (dalam Robbins, 2006) yang mengungkapkan bahwa usia dan kinerja tidak berhubungan. Demikian juga hasil penelitian yang disampaikan oleh Muzaputri (2008); dan Emiliana (2004) yang menyimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan kinerja perawat pelaksana dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

Dalam pandangan peneliti bahwa umur bukan merupakan hal yang pasti mempunyai hubungan dengan kinerja perawat pelaksana. Secara khusus perawat pelaksana yang bekerja di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta bisa disebabkan karena diantara kedua kelompok umur perawat pelaksana memiliki sinergitas dalam bekerja sama dan saling melengkapi dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, sehingga perbedaan umur tidak mempengaruhi kinerja mereka. Walau penelitian ini tidak menemui hubungan antara umur dengan kinerja perawat pelaksana dalam melaksanakan asuhan keperawatan, tetapi penelitian ini dapat menjelaskan bahwa perawat yang berumur ≤ 30 tahun dan > 30 tahun memiliki kinerja yang

tinggi dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Sama halnya seperti pendapat Dessler (2006), yang menekankan pada umur 25 tahun sampai 30 tahun sebagai umur penentu karir serta puncak karir yang terjadi pada umur 40 tahun.

2. Status Perkawinan

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa perawat pelaksana umumnya berstatus sudah kawin sebesar 66,3%. Sedangkan yang belum kawin sebesar (33,7%). Keadaan ini merupakan sumberdaya potensial bagi rumah sakit, karena mereka belum disibukan dengan pekerjaan dalam rumah tangga atau masalah dalam keluarga. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa perawat dengan status kawin memiliki kinerja tinggi sebesar (55,9%), dibandingkan dengan perawat yang belum kawin memiliki kinerja tinggi sebesar 50%. Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa status perkawinan bukan merupakan faktor yang berpengaruh terhadap kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan pendapat Robbins (2006), yang menyatakan bahwa seorang yang belum menikah produktifitas kerjanya tinggi. Hal ini terjadi karena responden yang belum menikah secara psikologis belum terbebani oleh masalah keluarga dan pekerjaan belum merupakan hal yang berharga dan penting. Siagian (2007), berpendapat bahwa status perkawinan berpengaruh terhadap perilaku karyawan dalam kehidupan organisasi baik secara positif maupun negative. Walaupun lokasi yang berbeda dengan penelitian yang dilakukan saat ini tapi hasilnya sama dengan penelitian sebelumnya oleh Lusiani (2006); Muzaputri (2008); Pohan (2008); dan Zahra (2008) yang menyimpulkan tidak ada hubungan bermakna antara status perkawinan dengan kinerja perawat pelaksana dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

Pendapat peneliti dimana tidak adanya perbedaan antara perawat pelaksana yang belum menikah dengan yang sudah menikah terjadi karena tanggung jawab dan loyalitas perawat pelaksana yang tinggi terhadap pekerjaan.

3. Status Kepegawaian

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta status pegawai tidak tetap sebesar (61,8%). Sedangkan yang berstatus pegawai tetap sebesar (38,2%). Hal ini menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang bertugas di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta lebih banyak pegawai tidak tetap daripada pegawai tetap.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang berstatus pegawai tetap memiliki kinerja tinggi sebesar (63,6%), dan yang berstatus pegawai tidak tetap memiliki kinerja tinggi hanya sebesar (48,2%). Hasil analisis multivariat $p\ value = 0,082$ menunjukkan bahwa status kepegawaian bukan merupakan faktor yang berkontribusi terhadap kinerja perawat pelaksana, dengan $OR = 3,168$, dapat disimpulkan bahwa perawat pelaksana dengan status pegawai tetap memiliki peluang kinerja tinggi sebesar 3,168 kali dibandingkan dengan perawat pelaksana dengan status tidak tetap setelah dikontrol kepemimpinan, motivasi, komunikasi, pendelegasian, pelatihan, dan lama kerja.

Kesimpulan hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Muzaputri (2008); Panjaitan (2004); dan Asman. (2001) yang menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara status kepegawaian dengan kinerja perawat pelaksana. Walaupun demikian jika diperhatikan bahwa ternyata proporsi pegawai tetap mempunyai kinerja yang lebih baik dibandingkan dengan pegawai tidak tetap. Demikian juga pendapat

Riyadi, & Kusnanto (2007) tang menyimpulkan tidak ada hubungan antara status kepegawaian dengan kinerja perawat pelaksana dalam memberikan pelayanan kesehatan, dengan $p \text{ value} = 0.393 > 0.05$

Menurut pendapat peneliti bahwa pegawai tetap ternyata lebih bertanggung jawab dan lebih terfokus dalam melaksanakan tugas dibandingkan dengan pegawai tidak tetap. Hal ini terjadi karena pegawai tidak tetap masih memikirkan masa depan status kepegawaian mereka yang belum jelas. Dengan memperhatikan bahwa lebih dari setengah perawat pelaksana adalah pegawai tidak tetap dan analisis multivariate maka hal ini dapat mempengaruhi kinerja perawat. Kondisi seperti ini jika tidak dikelola dengan baik dapat mempengaruhi pelayanan yang mereka lakukan di ruangan. Untuk itu pihak manajemen rumah sakit perlu mempertimbangkan pegawai tidak tetap untuk dijadikan sebagai pegawai tetap sesuai dengan ketentuan yang berlaku dengan harapan mereka dapat meningkatkan kinerja mereka dalam melaksanakan pelayanan di ruangan.

4. Lama Kerja

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa perawat yang bekerja di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta lebih banyak pada masa kerja ≤ 8 tahun sebesar (55,1%) dibandingkan dengan perawat dengan masa bekerja > 8 tahun.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa perawat pelaksana dengan lama bekerja > 8 tahun yang memiliki kinerja tinggi sebesar (62,5%), dan perawat pelaksana dengan lama kerja ≤ 8 tahun yang memiliki kinerja tinggi sebesar (46,9%). Hasil analisis multivariat dengan $p \text{ value} = 0,629$ menunjukkan bahwa lama kerja bukan merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan kinerja perawat.pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta. Dengan $OR= 1,333$, dapat disimpulkan bahwa perawat pelaksana

dengan lama kerja > 8 tahun memiliki peluang kinerja tinggi sebesar 1,333 kali dibandingkan dengan perawat pelaksana dengan lama kerja ≤ 8 tahun setelah dikontrol oleh status kepegawaian, kepemimpinan, motivasi, komunikasi, pendelegasian, dan pelatihan. Kesimpulan hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Pohan (2008); Lusiani (2006); Panjaitan (2004) yang menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara lama kerja dengan kinerja. Tidak ada hubungan antara pengalaman kerja perawat dengan kinerja perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan pada klien ($p \text{ value} = 0.470 > 0.05$). (Riyadi & Kusnanto, 2007).

Demikian juga hasil kajian yang dikemukakan oleh Robbins (2006) bahwa masa kerja seseorang pada pekerjaan tertentu memiliki hubungan positif dengan produktivitas pekerjaan, semakin lama seseorang bekerja maka semakin terampil dan berpengalaman pula dalam melaksanakan pekerjaannya. Simanjuntak (2005) menyampaikan bahwa pekerjaan yang sama dilakukan secara berulang-ulang dalam waktu yang lama membuat seseorang menjadi tambah fasih dan tambah cepat melakukan pekerjaan.

Menurut pendapat peneliti bahwa lama bekerja seseorang perawat pelaksana dapat meningkatkan kinerja jika didukung dengan pendidikan dan pelatihan serta kepemimpinan dan motivasi yang baik dari manajer keperawatan. Melihat data yang ada tentang lama kerja perawat pelaksana dimana lebih banyak yang memiliki masa kerja kurang dari 8 tahun, menunjukkan bahwa ternyata tenaga kerja baru di RSUD Budhi Asih ini merupakan tenaga kerja potensial perlu dikelola dengan baik agar mereka mendapat pengalaman yang cukup dalam memberikan pelayanan. Keadaan ini merupakan tantangan bagi pihak rumah sakit karena mempunyai tenaga baru, yang masih memerlukan bimbingan serta pengalaman. dengan kualitas hasil yang lebih baik. Semakin lama pengalaman kerja, semakin tinggi kinerja seseorang. Pemberian bimbingan dan

kesempatan untuk mengikuti pelatihan adalah mutlak bagi mereka yang masih memiliki masa kerja kurang dari 8 tahun untuk meningkatkan keterampilan mereka.

6.2 Keterbatasan Penelitian

6.2.1 Rancangan Penelitian

Kelemahan pendekatan ini adalah peneliti hanya mendapatkan gambaran data menurut pendapat responden sehingga tanpa kejujuran, maka hasilnya belum tentu sesuai dengan kenyataan sebenarnya.

6.2.2 Populasi dan Sampel

Perawat pelaksana yang bekerja di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta sering dijadikan sebagai objek praktek dan penelitian, sehingga dapat menimbulkan kebosanan dalam mengisi kuesioner. Perawat pelaksana yang menjawab sesuai dengan persepsi responden tentang pengalaman serta yang dirasakan, sehingga kualitas data tergantung pada kejujuran, daya ingat, keberanian serta kemampuan memberikan jawaban tentang dirinya. Jumlah pertanyaan yang relatif banyak menimbulkan kejenuhan responden dalam menjawab, sehingga beberapa responden menjawab pertanyaan dengan tidak objektif sehingga mempengaruhi kualitas data serta terjadinya bias.

6.2.3 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data dalam penelitian ini berbentuk angket/ kuesioner yang disebarakan pada perawat pelaksana. Pengumpulan kuesioner rencananya dilakukan langsung oleh peneliti, ternyata di beberapa ruangan dilakukan oleh kepala ruangan dan ketua tim sehingga dapat mempengaruhi perawat pelaksana dalam pengisian yang dapat menimbulkan bias.

Jumlah item pertanyaan yang relatif banyak menimbulkan kebosanan bagi responden sehingga ada responden yang mengelukan tentang

jumlah pertanyaan, yang dapat mempengaruhi responden dalam mengisi kuesioner.

6.3 Implikasi untuk Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan dampak yang positif dan menjadi masukan yang berarti bagi pimpinan RSUD Budhi Asih Jakarta khususnya bagi pimpinan keperawatan dalam upaya meningkatkan kinerja kepala ruangan dengan membekali mereka tentang fungsi pengarahannya seperti kepemimpinan, motivasi, komunikasi, pendelegasian, pelatihan, dan supervisi.

Hasil penelitian ini dapat menjadi acuan bagi pimpinan rumah sakit, secara khusus pimpinan keperawatan dalam memahami dan menyelesaikan berbagai permasalahan yang berkaitan dengan pengarahannya kepala ruangan yang berdampak pada kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta. Dengan dilakukannya penelitian ini dapat menjadi dasar bagi peneliti selanjutnya yang berminat untuk mengembangkan hubungan fungsi pengarahannya lebih spesifik dengan kinerja perawat pelaksana.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengumpulan data dan pembahasan dapat disimpulkan bahwa:

1. Karakteristik perawat pelaksana di RSUD Budhi Asih Jakarta sebagian besar berumur ≤ 30 tahun (59,6%), menikah (66,3%), pada umumnya pegawai tidak tetap (62,9%), masa kerja paling banyak ≤ 8 tahun (55,1%).
2. Persepsi perawat pelaksana tentang pelaksanaan fungsi pengarahan kepala ruangan di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta masih kurang (52,8%).
3. Persepsi perawat pelaksana tentang kepemimpinan kepala ruangan masih kurang (57,3%), motivasi kepala ruangan yang baik (53,9%), komunikasi kepala ruangan yang kurang (55,1%), pendelegasian kepala ruangan yang baik (62,9%), pelatihan kepala ruangan yang kurang (52,8%), dan supervisi kepala ruangan yang kurang (66,3%).
4. Perawat pelaksana yang bertugas di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta, memiliki kinerja tinggi sebesar (53,9%), dibandingkan dengan yang memiliki kinerja rendah (46,1%).
5. Karakteristik perawat pelaksana menurut umur dan status perkawinan, tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan kinerja perawat pelaksana, sedangkan status kepegawaian dan lama kerja berkontribusi terhadap kinerja perawat pelaksana. Penelitian ini juga dapat menjelaskan bahwa perawat pelaksana yang berumur > 30 tahun mempunyai kinerja yang tinggi (55,6%), perawat pelaksana yang berstatus kawin (55,9%) memiliki kinerja yang baik, perawat pelaksana dengan status kepegawaian tetap memiliki kinerja yang tinggi (63,6%), dan perawat pelaksana dengan masa kerja > 8 tahun memiliki kinerja yang tinggi (62,5%).
6. Hipotesis yang menyatakan terdapat hubungan yang bermakna antara kepemimpinan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta adalah terbukti dengan p value = 0,026 dan OR 8,312.

7. Hipotesis yang menyatakan terdapat hubungan yang bermakna antara motivasi kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta adalah terbukti dengan $p\text{ value} = 0,004$ dan $OR\ 0,078$.
8. Hipotesis yang menyatakan terdapat hubungan yang bermakna antara komunikasi kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta adalah tidak terbukti dengan $p\text{ value} = 0,155$ dan $OR\ 0,397$.
9. Hipotesis yang menyatakan terdapat hubungan yang bermakna antara pendelegasian kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta adalah tidak terbukti dengan $p\text{ value} = 0,544$ dan $OR\ 1,521$.
10. Hipotesis yang menyatakan terdapat hubungan yang bermakna antara pelatihan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta adalah tidak terbukti dengan $p\text{ value} = 0,502$ dan $OR\ 1,542$.
11. Hipotesis yang menyatakan terdapat hubungan yang bermakna antara supervisi kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta adalah tidak terbukti.

7.2 Saran

Hasil penelitian dan kesimpulan diatas dijadikan dasar oleh peneliti dalam memberikan masukan berkaitan dengan variable yang terbukti berkontribusi dalam hubungan dengan peningkatan kinerja perawat pelaksana di RSUD Budhi Asih Jakarta. Adapun saran yang disampaikan, direkomendasikan kepada:

7.2.1 Pimpinan Rumah Sakit dan Pimpinan Keperawatan

1. Sumber daya perawat yang tersedia di RSUD Budhi Asih Jakarta sangat potensial dan perlu dikelola dengan baik sehingga meningkatkan kinerja pelayanan di rumah sakit secara umum.
2. Mekanisme supervisi mulai tingkat direktur keperawatan hingga ke perawat pelaksana perlu dilakukan secara terjadual dan berkesinambungan, agar terjadi pembiasaan.

3. Kepala ruangan perlu diberikan kesempatan secara bergantian untuk melanjutkan pendidikan formal atau diikutsertakan dalam pelatihan berhubungan dengan manajemen pengarahannya atau pengelolaan ruangan.
4. Upaya peningkatan kinerja perawat pelaksana dapat dilaksanakan melalui kegiatan supervisi berjenjang terhadap kepala ruangan maupun proses evaluasi secara berkala sehingga hasilnya dapat digunakan sebagai umpan balik bagi pengembangan kinerja kepala ruangan yang berdampak pada kinerja perawat pelaksana.

7.2.2 Kepala Ruangan

1. Kepala ruangan di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta perlu meningkatkan kemampuan fungsi pengarahannya terutama kepemimpinan melalui pelatihan atau meningkatkan pendidikan ke jenjang pendidikan formal keperawatan yang lebih tinggi.
2. Kepala ruangan perlu meningkatkan pemberian motivasi dengan pujian atau delegasi tugas yang menantang sesuai kemampuan masing-masing perawat pelaksana untuk menggerakkan dan meningkatkan kinerja.
3. Kepala ruangan perlu melakukan orientasi dan bimbingan latihan kepada perawat pelaksana yang baru masuk atau perawat yang dimutasikan dari ruangan yang lain sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya, untuk meningkatkan pemahaman dan rasa percaya diri dalam melaksanakan tugas di ruangan.

7.2.3 Penelitian Lebih Lanjut

1. Perlu dilakukan penelitian dengan menggunakan metode dan desain yang lain untuk melihat lebih mendalam tentang fungsi pengarahannya kepala ruangan dan kinerja perawat pelaksana.
2. Penelitian ini hanya terbatas pada bagaimana persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengarahannya kepala ruangan dan kinerja perawat pelaksana di RSUD Budhi Asih Jakarta, bukan merupakan representasi dari rumah sakit secara umum, akan tetapi penelitian ini dapat dijadikan sebagai data dasar dalam melakukan penelitian lebih lanjut di rumah sakit yang lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Adikoesoemo, S. (2003). *Manajemen rumah sakit*. Cetakan kelima. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan
- Aditama, Y.T. (2006). *Manajemen administrasi rumah sakit*. Edisi kedua. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press)
- Arets, J., & K. Morle. (2006). Proses keperawatan: Metode perencanaan dan pemberian asuhan keperawatan, dalam Basford, L. & Slevin O.(Eds), *Teori & praktek keperawatan, pendekatan integral pada asuhan pasien*. (Agung Waluyo, Cs, penerjemah) (hlm. 256-339). Jakarta: EGC
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*. Modul kuliah: tidak dipublikasikan. Jakarta: FKM-UI.
- Arikunto, S. (2002). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktek, Edisi Revisi V*. Jakarta: Rineka Cipta
- Armstrong, M. (2003). *Managing people: practical guide for line managers*. London: Kogan page limited.
- Arwani, & Supriyatno, H. (2005). *Manajemen bangsa keperawatan*. Jakarta: EGC
- As'ad, M. (2003). *Psikologi industri*. Yogyakarta: Liberti
- Asman, S. (2001). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Soebroto Jakarta*. Thesis tidak dipublikasikan, Universitas Indonesia: Jakarta: Indonesia.
- Brink, P.J., & Marilyn J.W. (1994). *Basic steps in planning nursing research: From question to proposal*. 4/E. Jones & Barlett Publishers, Inc.
- Brunero, S., & Stein, P.J. *The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review*. Australian journal of advanced nursing. Volume 25 Number 3
<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1571354161&sid=3&Fmt=2&clientId=45625&RQT=309&VName=PQD> diperoleh 21 pebruari, 2009. :
- Cahayani, A. (2005). *Strategi dan kebijakan manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: Indeks.
- Craven, R.F., & Hirnle, C.J. (2000). *Fundamental of nursing, human, health and function, (3rd.ed)*. Philadelphia: JB.Lippincott.

- Creswell, J.W. (2003). *Research design, quantitative & qualitative approaches*. Edisi revisi. Jakarta: KIK Press.
- Dahlan, M.S. (2008). *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan; Deskriptif, bivariat, dan multivariat, dilengkapi aplikasi dengan menggunakan SPSS*. Jakarta: Salemba Medika.
- Davis, K., & Newstrom, J.W. (1985). *Human behavior at work: Organizational behavior*, seventh edition. New York: McGraw-Hill. Inc
- Depkes R.I. (2006). *Pedoman pengembangan jenjang karir profesional perawat..* Jakarta: Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan.
- , (2001). *Standar manajemen pelayanan keperawatan dan kebidanan di sarana kesehatan*. Cetakan ke 1. Jakarta: Direktorat Pelayanan Keperawatan.
- (1999). *Pedoman uraian tugas tenaga keperawatan di rumah sakit*. Cetakan kedua. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Medik.
- , (1997). *Standar asuhan keperawatan*. Cetakan keempat. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Medik.
- Dessler, G. (2006). *Manajemen sumber daya manusia* Edisi ke sepuluh. (Paramita Rahayu, Penerjemah). Jakarta: Indeks.
- Dharma, A. (2000). *Organisasi: perilaku, struktur, proses*. Cetakan ke-9. Jakarta: Erlangga.
- Dumauli. (2008). *Hubungan persepsi perawat pelaksana tentang pelaksanaan fungsi manajemen kepala ruangan dengan kinerja perawat ruangan MPKP dan nonMPKP RSUD Budhi Asih Jakarta*. Thesis tidak dipublikasikan, Universitas Indonesia: Jakarta: Indonesia.
- Emiliana. (2004). *Persepsi perawat pelaksana terhadap jenjang karir dan hubungannya dengan kinerja di unit medical bedah PK Sint Carolus Jakarta..* Thesis tidak dipublikasikan, Universitas Indonesia: Jakarta: Indonesia.
- Fowler, J. (1996). The organization of clinical supervision within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 23 (3): 471-478
- Gibson, J.L. John M. Ivancevich. James H. Donnelly., (1996). *Organization*, 8ed (terj. Nunuk Adriani), Binarupa Aksara.
- Gillies, D.A. (1995). *Nursing management a system approach*. (3rd ed). Philadelphia. W.B.Sounders Company.
- Handoko, H.T. (1999) *Manajemen*, edisi 2, Yogyakarta: BPFE

- Hasibuan, M.S.P. (2005). *Manajemen sumber daya manusia*. Edisi revisi. Jakarta: Bumi Aksara.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Depok: FKM-UI
- Huber, L.D. (2006). *Leadership and nursing care management*. Third edition. Philadelphia: Pennsylvania. Elsevier
- Hunger J.D., & Wheelen, T.L. (2003). *Manajemen strategis*. Ed. II. (Julianto Agung, Penerjemah). Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Ilyas, Y. (2002). *Kinerja; teori, penilaian, dan penelitian*. Cetakan ketiga. Depok: Pusat kajian ekonomi kesehatan FKM UI.
- Jones, R. A. P. (2007). *Nursing leadership and management; theories, processes and practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company (<http://www.proquest.umi.com/pqdweb?> Diperoleh 19 Pebruari, 2009)
- King, P. (1993). *Performance planning & appraisal, a how-to book for manager*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Kreitner, R., Kinicki. A. (2005). *Organizational behavior 5th (Perilaku Organisasi)*. Edisi 5, (Erly Suandy, Pennerjemah). Jakarta: Salemba Empat
- Kopelman, R.E. (1988). *Managing productivity in organization a practice-people oriented perspective*. New York: McGraw Hill Book Company.
- La Monica, L.E. (1998). *Kepemimpinan dan manajemen keperawatan: Pendekatan berdasarkan pengalaman*. Jakarta: ECG.
- Lusiani. M. (2006). *Hubungan karakteristik individu dan sistem penghargaan dengan kinerja perawat berdasarkan persepsi perawat pelaksana di Rumah Sakit Sumber Waras jakarta*. Tesis tidak dipublikasikan, Universitas Indonesia: Jakarta: Indonesia.
- Luthans. F. (2005). *Perilaku organisasi*. Edisi Sepuluh. Yogyakarta: Andi.
- Mangkuprawira, S. (2007). *Kinerja: apa itu* (<http://www.wordpress.com?>). diperoleh 2 pebruari, 2008)
- , (2008). *Strategi manajemen pelatihan*. (<http://www.ronawajah.wordpress.com>) diperoleh 12 maret 2009
- Manulang, M. (2004). *Dasar-dasar manajemen*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Marquis, B.L., & Houston, C.J. (2006). *Leadership roles and management function in nursing: theory and application*. Fifth edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

McEachen, I., & Keogh. J. (2007). *Nurse management demystified; a self –teach guide*. New York: McGraw Hill. companies.

Muzaputri, (2008). *Hubungan karakteristik individu dan factor organisasi dengan kinerja perawat di RSUD Langsa Nanggroe Aceh Darussalam*. Thesis tidak dipublikasikan, Universitas Indonesia: Jakarta: Indonesia.

Notoatmodjo, S. (2002). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

----- (2003). *Pengembangan sumber daya manusia*. Cetakan ketiga Jakarta: Rineka cipta

Nurachmah. E. (1998). *Program evaluasi model praktek keperawatan profsional*, Jurnal Keperawatan Indonesia Volume II, No. 5, Oktober 1998. <http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail.jsp?id=89909&lokasi=lokal> diperoleh pada tanggal 6 maret 2009

-----, (2005a). *Leadership dalam keperawatan. (Part.1)*. May 11, 2007. (<http://www.pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=951&tbl=artikel> diperoleh 23 maret 2009).

-----, (2005b). *Leadership Dalam Keperawatan. (part 2)* 22 Nov 2005 www.pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=952&tbl=artikel diperoleh 26 juni 2009

Nursalam. (2002). *Manajemen keperawatan: Aplikasi dalam praktik keperawatan profesional*. Jakarta: Salemba Medika.

Olga-T, D. (2008). *Rencana strategi satuan kerja perangkat daerah (Renstra SKPD) RSUD Budhi Asih tahun 2008-2012*. Jakarta: Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta

Ooijen, E. (2000). *Clinical supervision: a practical guide*. Churchill Livingstone, Edinburgh.

Pagano, M., Gauvreau. K. ((1993). *Principles of biostatistics*. California: Duxbury Press

Panjaitan, R.U. (2004). *Persepsi perawat pelaksana tentang budaya organisasi dan hubungannya dengan kinerja di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor*. Thesis tidak dipublikasikan, Universitas Indonesia: Jakarta: Indonesia.

Pegg, M. (1994). *Kepemimpinan positif* (Arif Suyoko, Penerjemah). Jakarta: Pustaka Binaman Pressindo.

- Pohan, V.Y. (2008). *Hubungan pendelegasian kepala ruangan dan karakteristik perawat pelaksana dalam memberikan asuhan keperawatan di R.S Roemani Semarang*. Thesis tidak dipublikasikan, Universitas Indonesia: Jakarta: Indonesia.
- Rahmayati. (2002). *Hubungan kepemimpinan dengan kinerja perawat RSAB Harapan Kita Jakarta*. Thesis tidak dipublikasikan, Universitas Indonesia, Jakarta: Indonesia.
- Riyadi, S., & Kusnanto, H. (2007). *Motivasi kerja dan karakteristik individu perawat di RSD Dr. H. Moh Anwar Sumenep Madura*. Thesis Yogyakarta: <http://lrckmpk.ugm.ac.id> diperoleh 26 juni 2009
- Robbins, S.P. (2003). *Organizational behavior, Tenth edition (Perilaku organisasi. Edis kesepuluh, Benyamin Molan, Penerjemah)*. Jakarta: PT. Indeks, kelompok Gramedia.
- Rusmiati. (2006). *Hubungan lingkungan organisasi dan karakteristik perawat dengan kinerja perawat pelaksana di ruangan rawat inap rumah sakit umum pusat persahabatan Jakarta*. Thesis tidak dipublikasikan, Universitas Indonesia, Jakarta: Indonesia.
- Sabri, L., & Hastono, S.P. (2008). *Statistik kesehatan*. Edisi revisi. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Samsudin, S. (2006). *Manajemen sumber daya manusia*. Cetakan I. Bandung: CV.Pustaka Setia.
- Siagian, S.P. (2007). *Fungsi-fungsi manajerial*. Cetakan kedua. Jakarta: PT. Bumi Aksara
- Simanjuntak, P.J. (2005). *Manajemen dan evaluasi kinerja*. Jakarta: Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- Sitorus, R., & Yulia. (2006). *Model praktik keperawatan profesional di rumah sakit; panduan implementasi*. Cetakan I. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta: Penerbit buku kedokteran EGC.
- Soeprihanto, J. (2001). *Penilaian kinerja dan pengembangan karyawan*. Yogyakarta: BPFE
- Stoner, J.A.F., Freeman, R.E., Gilbert, D.R (1996). *Manajemen*. jilid II. Edisi bahasa Indonesia. (Alexander Sindoro, Penerjemah) Jakarta: Prenhalindo.
- Sudarsono, R.S. pengembangan model praktek keperawatan profesional (PKP) di RSUP Cipto Mangunkusumo dan hasil yang dicapai <http://www.fik.ui.ac.id/?> diperoleh 2 Desember 2004

- Sugiyono. (2007). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan R & D*. Cetakan Ketiga. Bandung : Alfabeta.
- Suhendar. (2004). *Hubungan antara kemampuan manajerial kepala ruangan dengan absentism perawat pelaksana diruang rawat inap RSUD kota Banjar Jawa Barat*. Thesis tidak dipublikasikan. Jakarta: Universitas Indonesia
- Sundarwati, S.H. (2005). *Laporan kegiatan residensi kepemimpinan dan manajemen keperawatan di rumah sakit umum daerah "Budhi Asih" Jakarta*. Depok: Laporan residensi pascasarjana FIK-Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- Swansburg, R.C., & Swansburg R.J. (1999). *Introductory management and leadership for clinical nurses*. (2nd ed). Boston: Jones and Bartlett Publiser. Inc.
- Tim Pascasarjana FIK-UI. (2008). *Pedoman penulisan tesis*. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Triasih, D. (2007). *Hubungan kepuasan, motivasi dan beban kerja dengan kinerja perawat pelaksana di instalasi rawat inap RSUD Dr. Adjidarmo kabupaten Lebak*. Thesis tidak dipublikasikan, Universitas Indonesia, Jakarta: Indonesia.
- Warouw. H.J. (2007). *Laporan kegiatan residensi kepemimpinan dan manajemen keperawatan di rumah sakit umum daerah Budhi Asih" Jakarta*. Tidak dipublikasikan. Depok: Pasca Sarjana FIK-Universitas Indonesia.
- Wexley,. K.N., & Yukl, G.A. (2005). *Organizational behavior and personnel psychology*. (Perilaku Organisasi dan Psikologi Personalia, Muh. Shobaruddin). Jakarta:Rineka Cipta.
- Wijono, D. (1999). *Manajemen mutu pelayanan kesehatan; teori, strategi dan aplikasi*. Vol. I. Surabaya: Airlangga University Press.
- Zahra, Y. (2008). *Hubungan factor-faktor motivasi kerja dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Pusat Gatot Soebroto Jakarta*. Thesis tidak dipublikasikan, Universitas Indonesia: Jakarta: Indonesia.

PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Teman sejawat yang saya hormati,

Dengan ini, saya : Herman J. Warouw, NPM: 0706254443, mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, bermaksud mengadakan penelitian tentang "Hubungan pengarahan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta".

Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran tentang kinerja perawat pelaksana dan fungsi pengarahan kepala ruangan, serta hasilnya diharapkan dapat bermanfaat untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan sebagai dampak dari fungsi pengarahan kepala ruangan dalam memimpin perawat pelaksana di ruangan.

Bapak/ibu/saudara diminta kesediaannya untuk menjadi responden dalam penelitian ini secara sukarela. Sebagai responden, bapak/ibu/saudara berhak penuh untuk menentukan sikap dan keputusan untuk menjadi responden atau menolak karena alasan tertentu. Keputusan yang dibuat bapak/ibu/saudara tidak ada konsekuensi/dampak apapun.

Penelitian ini tidak menimbulkan resiko apapun terhadap bapak/ibu/saudara maupun institusi. Peneliti sangat menghargai hak-hak Bapak/Ibu/saudara dengan cara menjamin kerahasiaan identitas maupun informasi yang diberikan. Informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Atas kesediaan dan partisipasi Bapak/Ibu/Saudara, saya ucapkan terima kasih.

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (INFORMED CONCENT)

Setelah mendapatkan informasi secukupnya dengan membaca penjelasan tentang penelitian, maka saya memahami tujuan dan manfaat penelitian dengan judul "Hubungan pengarahan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Budhi Asih Jakarta".

Dengan sukarela saya menyetujui untuk diikuti sertakan dalam penelitian ini serta menjawab dengan sejujurnya. Saya menyadari bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya untuk peningkatan kualitas pelayanan keperawatan di RSUD Budhi Asih Jakarta.

Jakarta, 2009
Responden

(_____)

**HUBUNGAN PENGARAHAN KEPALA RUANGAN DENGAN
KINERJA PERAWAT PELAKSANA DI RUANG RAWAT
INAP RSUD BUDHI ASIH JAKARTA**

KUESIONER PENELITIAN

Oleh
Herman J. Warouw
0706254443

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, MEI 2009**

KUESIONER PENELITIAN

HUBUNGAN PENGARAHAN KEPALA RUANGAN DENGAN KINERJA PERAWAT PELAKSANA DI RUANG RAWAT INAP RSUD BUDHI ASIH JAKARTA

PETUNJUK PENGISIAN

1. Bacalah dengan cermat dan teliti setiap item pertanyaan.
2. Pilihlah salah satu alternative jawaban yang menurut saudara paling sesuai dengan tempat kerja saudara, dengan memberikan tanda check (✓) pada kotak jawaban yang ada disebelah kanan.
3. Jawaban saudara akan dijamin kerahasiaannya dan tidak ada hubungannya dengan pangkat / karir saudara.

A. IDENTITAS RESPONDEN

Nomor Responden : _____

Lantai/ Ruang : _____

Umur : Tahun

Status Perkawinan : Belum Menikah Sudah Menikah

Status Kepegawaian : Honorer/PTT/Bantuan Pegawai Tetap

Lama Kerja :Tahun

B. PENGARAHAN KEPALA RUANGAN

Pilihlah pernyataan-pernyataan berikut ini sesuai pendapat saudara dengan memberi tanda check list (√) pada kolom sebelah kanan masing-masing pernyataan.

| No. | Pernyataan | Tidak Pernah | Kadang-kadang | Sering | Selalu |
|-----|---|--------------|---------------|--------|--------|
| 1. | Kepala ruangan menciptakan hubungan saling percaya dengan saudara. | | | | |
| 2. | Kepala ruangan melibatkan saudara dalam pengambilan keputusan. | | | | |
| 3. | Kepala ruangan memiliki kemampuan untuk memimpin saudara di ruangan. | | | | |
| 4. | Kepala ruangan memberikan pujian jika saudara melakukan pekerjaan dengan baik. | | | | |
| 5. | Kepala ruangan menghargai saudara walau terjadi perbedaan pendapat. | | | | |
| 6. | Kepala ruangan bersikap <i>fair</i> dan konsisten terhadap semua staf di ruangan. | | | | |
| 7. | Kepala ruangan mendorong saudara untuk lebih berprestasi demi peningkatan karier. | | | | |
| 8. | Kepala ruangan menghargai pendapat saudara dalam pertemuan/ diskusi. | | | | |
| 9. | Kepala ruangan memimpin operan pada pergantian dinas. | | | | |
| 10. | Kepala ruangan memberikan informasi dengan jelas dan mudah dimengerti. | | | | |
| 11. | Kepala ruangan menerapkan komunikasi secara terbuka dengan staf di ruangan. | | | | |
| 12. | Kepala ruangan mempunyai kemampuan dalam berkomunikasi dengan staf. | | | | |
| 13. | Kepala ruangan melakukan pendelegasian kepada staf yang memiliki kompetensi | | | | |

| No. | Pernyataan | Tidak Pernah | Kadang-kadang | Sering | Selalu |
|-----|---|--------------|---------------|--------|--------|
| 14. | Kepala ruangan menjelaskan tugas yang dilimpahkan sebelum melakukan pendelegasian | | | | |
| 15. | Kepala ruangan melakukan evaluasi setelah staf selesai melaksanakan tugas yang di delegasikan | | | | |
| 16. | Kepala ruangan memberikan arahan bila saudara mengalami kesulitan dalam melaksanakan tugas yang didelegasikan | | | | |
| 17. | Kepala ruangan melimpahkan tugas dan kewenangan dalam pendelegasian. | | | | |
| 18. | Kepala ruangan mengorientasikan tugas pada saudara sebelum saudara bekerja | | | | |
| 19. | Kepala ruangan memberikan bimbingan pada saudara selama menjalankan tugas di ruangan | | | | |
| 20. | Kepala ruangan memberikan bimbingan pada mahasiswa yang praktek di ruangan | | | | |
| 21. | Kepala ruangan menunjukkan kemampuan dan menguasai keterampilan teknis untuk memberikan pelatihan pada perawat di ruangan | | | | |
| 22. | Kepala ruangan menyusun jadwal supervisi terhadap saudara. | | | | |
| 23. | Kepala ruangan mengorientasikan materi supervisi kepada saudara sebelum disupervisi | | | | |
| 24. | Kepala ruangan menjelaskan tindak lanjut supervisi yang telah dilaksanakan | | | | |
| 25. | Kepala ruangan menunjukkan kemampuan melaksanakan supervisi pada perawat ruangan | | | | |

C. KINERJA PERAWAT PELAKSANA

Pilihlah pernyataan-pernyataan berikut ini sesuai pendapat saudara dengan memberi tanda check list (√) pada kolom sebelah kanan masing-masing pernyataan.

| No. | Pernyataan | Tidak Pernah | Kadang-kadang | Sering | Selalu |
|-----|--|--------------|---------------|--------|--------|
| 1. | Saya membuat rencana kegiatan harian setiap memulai kegiatan | | | | |
| 2. | Saya mengorientasikan pasien dan keluarga yang baru masuk di ruangan perawatan | | | | |
| 3. | Saya memperkenalkan diri pada awal pertemuan dengan pasien. | | | | |
| 4. | Saya melayani pasien dengan cepat. | | | | |
| 5. | Saya menjaga (<i>privacy</i>) rahasia pribadi pasien selama dirawat. | | | | |
| 6. | Saya melakukan pengkajian secara menyeluruh mencakup bio-psiko-sosio-spiritual | | | | |
| 7. | Saya melakukan pengkajian sesuai dengan standar pengkajian yang telah ditetapkan | | | | |
| 8. | Saya mengelompokkan data pengkajian sesuai standar | | | | |
| 9. | Saya langsung mendokumentasikan hasil pengkajian pada status pasien. | | | | |
| 10. | Saya membuat prioritas utama untuk masalah yang mengancam kehidupan | | | | |
| 11. | Saya segera mendokumentasikan pada status pasien, diagnosa keperawatan yang telah dirumuskan | | | | |
| 12. | Saya menyusun rencana tindakan berdasarkan urutan prioritas masalah | | | | |
| 13. | Saya menyusun rencana tindakan berdasarkan diagnosa keperawatan | | | | |

Lanjutan

| No. | Pernyataan | Tidak Pernah | Kadang-kadang | Sering | Selalu |
|-----|--|--------------|---------------|--------|--------|
| 14. | Saya membuat rencana tindakan dengan melibatkan pasien dan keluarga | | | | |
| 15. | Saya langsung mencatat pada status pasien, rencana tindakan yang telah dirumuskan. | | | | |
| 16. | Saya melakukan tindakan berdasarkan rencana yang telah dibuat | | | | |
| 17. | Saya melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan SOP yang ditetapkan rumah sakit | | | | |
| 18. | Saya memberikan penjelasan pada pasien sebelum melakukan tindakan keperawatan. | | | | |
| 19. | Saya melakukan observasi setiap kali selesai melakukan tindakan keperawatan | | | | |
| 20. | Saya langsung mencatat pada status pasien, setiap tindakan yang dilakukan | | | | |
| 21. | Saya melakukan evaluasi dengan melibatkan pasien | | | | |
| 22. | Saya melakukan evaluasi proses asuhan keperawatan sesuai dengan yang direncanakan | | | | |
| 23. | Saya menggunakan hasil evaluasi untuk melihat perkembangan pasien | | | | |
| 24. | Saya melakukan pengkajian kembali, jika dalam evaluasi tidak berhasil | | | | |
| 25. | Saya langsung mendokumentasikan hasil evaluasi setiap selesai melakukan penilaian. | | | | |

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Data Pribadi

Nama : Herman J. Warouw
Tpt/ Tgl Lahir : Lembean, 09 Juni 1964
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Pekerjaan : PNS/Dosen Poltekkes. Depkes. R. I. Manado
Alamat Rumah : Perum Graha Indah Blok G. No. 7 Pineleng 2
Kec. Pineleng Kab. Minahasa. Prov. Sulut
Telp. (0431)835636
Alamat Institusi : Jurusan Keperawatan Poltekkes Depkes Manado
: Jl. R. W. Mongisidi-Malalayang 2 Manado
Telp. (0431) 838312

B. Riwayat Pendidikan

1. Akta IV IKIP Ujung Pandang, lulus tahun 1997
2. S1, FKM UNHAS Ujung Pandang, lulus tahun 1994
3. Akta III IKIP Malang, lulus tahun 1990
4. Akademi Perawat Depkes. Manado, lulus tahun 1986
5. SMA Negeri Airmadidi, lulus tahun , lulus tahun 1983
6. SMP Negeri Treman, lulus tahun 1980
7. SD Negeri Tumulung, lulus tahun 1976

C. Riwayat Pekerjaan

1. Dosen Jurusan.Keperawatan Poltekkes Dep.Kes. Manado, sampai sekarang
2. Sek.Jur. Keperawatan Poltekkes Dep.Kes. Manado, tahun 2002 - 2006
3. Dosen PAM Keperawatan DepKes. Manado, tahun 1999 - 2001
4. Dosen Akademi Perawatan Dep.Kes. Manado, tahun 1001 - 1999
5. Staf Pendidikan Akper Dep.Kes. R.I. Manado, tahun 1997 - 1990