



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGARUH KEPEMIMPINAN SENIOR, TATA KELOLA  
DAN TANGGUNG JAWAB SOSIAL TERHADAP KINERJA  
KEPALA RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT KARYA  
BHAKTI KOTA BOGOR TAHUN 2008**

**TESIS**

Oleh:

**ADILA KASNI ASTIENA**  
NPM: 0606021911

**PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
PASCASARJANA FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA**

**2009**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGARUH KEPEMIMPINAN SENIOR, TATA KELOLA  
DAN TANGGUNG JAWAB SOSIAL TERHADAP KINERJA  
KEPALA RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT KARYA  
BHAKTI KOTA BOGOR TAHUN 2008**

Tesis ini diajukan sebagai  
salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

Oleh:

**ADILA KASNI ASTIENA**  
NPM: 0606021911

**PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
PASCASARJANA FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
2009**

## **SURAT PERSETUJUAN**

Tesis dengan judul

### **PENGARUH KEPEMIMPINAN SENIOR, TATA KELOLA DAN TANGGUNG JAWAB SOSIAL TERHADAP KINERJA KEPALA RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT KARYA BHAKTI BOGOR 2008**

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim  
Penguji Tesis Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Indonesia

Depok, Mei 2009

Pembimbing Tesis

**(Dr.dr. H.M.Hafizurachman, MPH)**

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS**

**PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, Mei 2009

Ketua



**Dr. dr. H.M.Hafizurrachman, MPH**

Anggota

**dr. Adang Bachtiar, MPH, DSc.**

Anggota

**dr. Mieke Savitri, M.Kes**

Anggota

**Dra. Endang Adriyani, Apt., MARS**

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini, saya :

Nama : ADILA KASNI ASTIENA  
NPM : 0606021911  
Mahasiswa Program : PS KARS FKM UI  
Tahun Akademik : 2006-2008

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

**PENGARUH KEPEMIMPINAN SENIOR, TATA KELOLA DAN  
TANGGUNG JAWAB SOSIAL TERHADAP KINERJA KEPALA RUANG  
RAWAT INAP RUMAH SAKIT KARYA BHAKTI BOGOR TAHUN 2008**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, Mei 2009

ADILA KASNI ASTIENA

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : ADILA KASNI ASTIENA  
Alamat : Jl. Pondok Kelapa Va Blok C5/16 Duren Sawit  
Jakarta Timur 13450  
Tempat/tanggal lahir : Padang, 30 Mei 1976  
Agama : Islam

Riwayat Pendidikan :

- SDN. 13 Pauh Padang : 1983 - 1989
- MTsN Gunung Pangilun Padang : 1989 - 1992
- SMAN 3 Padang : 1992 - 1995
- Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang : 1995 - 2002
- Program Pascasarjana Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia : 2006 - Sekarang

Riwayat Pekerjaan:

- 2003 – sekarang: Dosen Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang
- 2003-2005 : Dokter Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Tentara  
(RST) Reksodiwiryo Padang
- 2004 – 2005 : Dokter Poliklinik Rumah Sakit PT Semen Padang
- 2004 – 2005 : Dosen Ilmu Gizi, Akademi Gizi Adzkie Padang
- 2006 – 2007 : Dokter Jaga UGD Puskesmas Kampung Makasar Jakarta
- 2007 – 2008 : Dosen Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan Sekolah  
Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Kesejahteraan Sosial  
(KESOSI) Jakarta

**UNIVERSITY OF INDONESIA  
FACULTY OF PUBLIC HEALTH  
POST GRADUATE PROGRAM  
MASTER OF HOSPITAL ADMINISTRATION**

Thesis, Mei 2009

**ADILA KASNI ASTIENA, NPM. 0606021911**

**The Influence of Senior Leadership, Governance and Social Responsibility to Work Performance Head Nurses Roomcare in Karya Bhakti Hospital Kota Bogor 2008**

x + 151 pages + 37 tables + 14 pictures + 6 appendices

**ABSTRACT**

This study has an objective to know the influence of senior leadership, governance, social responsibility to performance of roomcare head nurses in Karya Bhakti hospital Kota Bogor 2008. Theoretically, this concept is taken from Malcolm Baldrige Criteria for Performance Excellence (MBCfPE), in Health Care (Hertz, 2008). The chosen criteria MBCfPE is Leadership. Leadership criteria consist of senior leadership, governance and social responsibility variables.

The study design is a survey design with quantitative approaches. The method being used in this study is path-analysis-method. The data are primer taken by the questionnaires. Respondance are taken among nurses at Dahlia Anyelir roomcare Karya Bhakti Hospital Kota Bogor 2008.

The result shows that senior leadership, governance and social responsibility influenced work performance of roomcare head nurses is 57.59 % while the rest 42.41 % is influenced by other factors which is not included in this study.

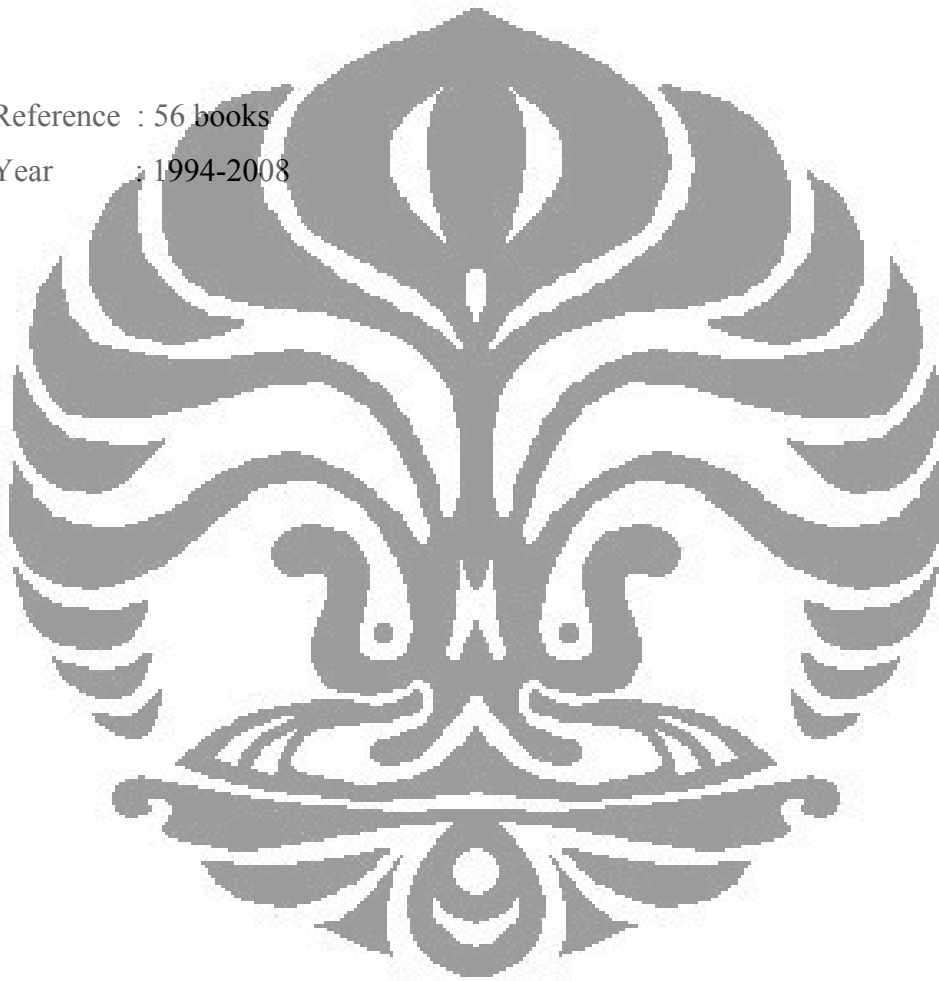
The biggest variable which influenced work performance of roomcare head nurses is senior leadership (30.44 %), followed by governance (22.96 %) and social responsibility (4.18 %). Social responsibility variable is not significant to work performance of roomcare head nurses, but it being defended because of substantive importance.

According to the result of this study, it is recommended to give more attention to improve senior leadership, governance and social responsibility to

improve work performance of roomcare head nurses, such as: (1) To maintain ability, skill and behaviour of roomcare headnurses (2) To create regulation to support improvement senior leadership capacity, governance and social responsibility with opportunity to improve knowledge (3) To give suggestion for election roomcare head nurses must have leadership capacity (ability, skill and behaviour), governance and social responsibility from the candidate.

Reference : 56 books

Year : 1994-2008





**UNIVERSITAS INDONESIA  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM PASCASARJANA  
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**

Tesis, Mei 2009

**ADILA KASNI ASTIENA, NPM. 0606021911**

**Pengaruh Kepemimpinan Senior, Tata Kelola dan Tanggung Jawab Sosial Terhadap Kinerja Kepala Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Karya Bhakti Kota Bogor Tahun 2008**

x+ 151 halaman + 37 tabel + 14 gambar + 6 lampiran

**ABSTRAK**

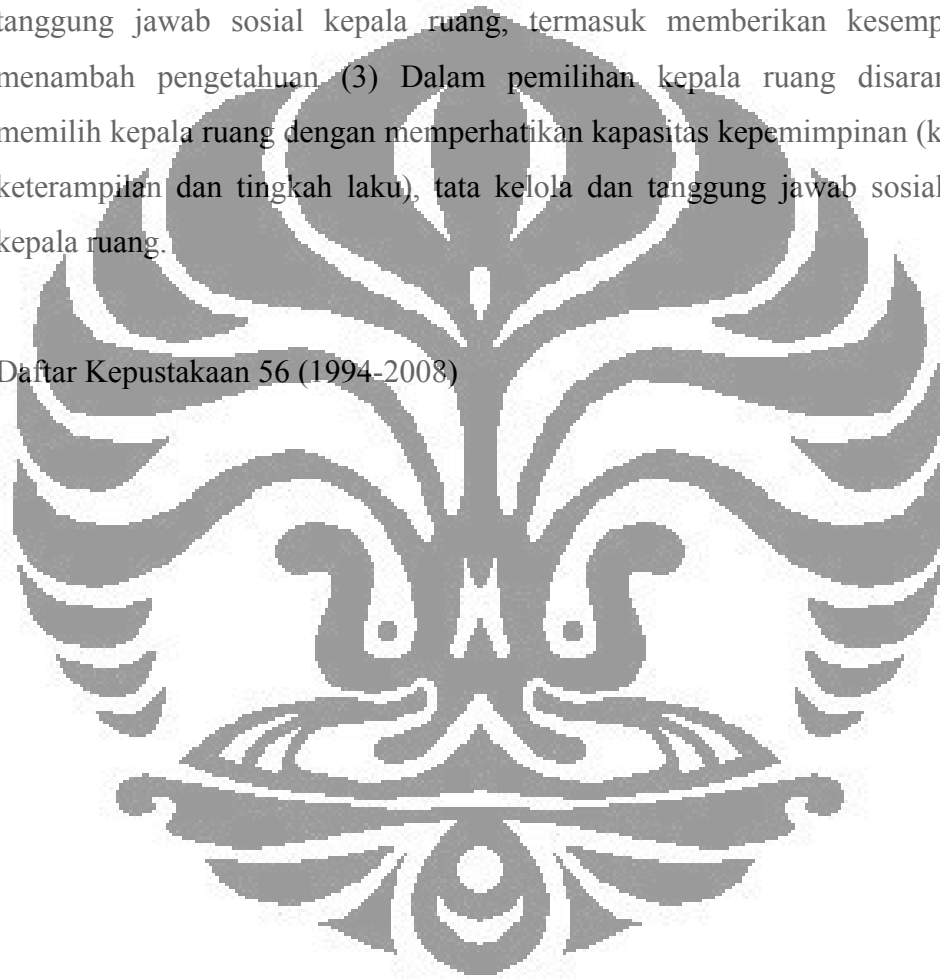
Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh Kepemimpinan Senior, Tata Kelola dan Tanggung Jawab Sosial Terhadap Kinerja Kepala Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Karya Bhakti Kota Bogor Tahun 2008. Kerangka teori dari penelitian ini diambil dari *Malcolm Baldrige Criteria for Performance Excellence (MBCfPE)* bagi institusi kesehatan dalam Hertz (2008). Kriteria *MBCfPE* yang diambil adalah kepemimpinan (*leadership*) yang dijabarkan menjadi variabel Kepemimpinan Senior, Tata Kelola Dan Tanggung Jawab Sosial.

Penelitian ini merupakan penelitian survei dengan pendekatan kuantitatif. Data yang dikumpulkan adalah data primer dengan memakai alat bantu kuesioner. Penelitian ini menggunakan metode analisis jalur (*Path Analysis*). Responden penelitian ini adalah semua perawat ruang rawat inap Dahlia Anyelir Rumah Sakit Karya Bhakti Kota Bogor Tahun 2008.

Hasil penelitian ditemukan bahwa Kepemimpinan Senior, Tata Kelola dan Tanggung Jawab Sosial mempengaruhi Kinerja Kepala Ruang sebesar 57.59 % sedangkan sisanya 42.41 % dipengaruhi oleh variabel yang tidak diteliti. Variabel yang paling besar mempengaruhi kinerja kepala ruang adalah kepemimpinan senior (30.44 %) disusul oleh variabel tata kelola (22.96 %) dan Tanggung Jawab Sosial (4.18 %). Tanggung Jawab Sosial mempunyai koefisien jalur yang tidak bermakna dan sangat kecil, namun tetap dipertahankan dalam model akhir karena secara substantif penting dalam menentukan kinerja kepala ruang.

Berdasarkan penelitian ini disarankan untuk lebih memperhatikan dan meningkatkan kepemimpinan senior, tata kelola dan tanggung jawab sosial guna meningkatkan kinerja kepala ruang dengan cara (1) melakukan pembinaan terhadap kepala ruang dari dalam hal kepemimpinan mencakup kemampuan (*ability*), keterampilan (*skill*) dan perilaku (*behaviour*). (2) Menciptakan kebijakan guna terciptanya kondisi peningkatan kemampuan kepemimpinan senior, tata kelola dan tanggung jawab sosial kepala ruang, termasuk memberikan kesempatan untuk menambah pengetahuan. (3) Dalam pemilihan kepala ruang disarankan untuk memilih kepala ruang dengan memperhatikan kapasitas kepemimpinan (kemampuan, keterampilan dan tingkah laku), tata kelola dan tanggung jawab sosial dari calon kepala ruang.

Daftar Kepustakaan 56 (1994-2008)



## KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur kehadirat Allah SWT, Tuhan Yang Maha Kuasa, karena atas rahmat dan izin-Nya, tesis dengan judul **“Pengaruh Kepemimpinan Senior, Tata Kelola dan Tanggung Jawab Sosial Terhadap Kinerja Kepala Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Karya Bhakti Bogor Tahun 2008”** ini dapat diselesaikan.

Tesis ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan guna memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit (MARS), setelah penulis menjalani pendidikan di Program Pascasarjana Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Dalam penyusunan tesis ini, Penulis banyak mendapatkan bimbingan dan masukan yang berharga dari berbagai pihak. Dengan segala kerendahan hati, penulis menyampaikan penghargaan dan terima kasih yang setinggi-tingginya kepada :

1. Dr. dr. H.M.Hafizurrachman, MPH selaku pembimbing akademik, yang selalu bersedia meluangkan waktu di tengah jadwal kesibukan yang sangat padat, untuk memberikan bimbingan yang sangat berharga dalam penyusunan tesis ini.
2. dr. Adang Bachtiar, MPH, DSc., yang telah bersedia meluangkan waktu untuk menghadiri dan memberikan masukan yang sangat berharga bagi penyempurnaan tesis ini.
3. dr. Mieke Savitri, M.Kes, yang telah bersedia meluangkan waktu untuk menghadiri dan memberikan masukan yang sangat berharga dalam penyempurnaan tesis ini.
4. Dra. Endang Adriyani, Apt., MARS, di tengah kesibukan aktivitas di Rumah Sakit Karya Bhakti Bogor yang telah bersedia membimbing peneliti dan meluangkan waktu menghadiri dan memberikan masukan demi penyempurnaan penulisan tesis ini.
5. Puput Oktamianti, SKM, MM, yang telah bersedia meluangkan waktu untuk memberikan masukan dan bimbingan yang sangat berharga dalam penyempurnaan tesis ini.

6. Seluruh staf pengajar Pasca Sarjana Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, yang telah memberikan ilmu selama peneliti menjalani kuliah di Program Studi KARS FKM-UI.
7. Seluruh staf administrasi, dan staf penunjang lainnya dalam lingkungan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
8. Teman-teman seperjuangan yang selalu bersedia saling berbagi dalam menempuh pendidikan selama ini.

Penulis menghaturkan rasa terimakasih yang sedalam-dalamnya kepada; Yang Tercinta Ibu Hj. Nur'aini Luth, BA dan Bapak drs. H. Abu Kasim SH, selaku orang tua yang senantiasa memberikan kasih sayang, perhatian, doa serta pengorbanan yang tulus dalam perjalanan hidup ini.

Akhir kata, "Tak Ada Gading yang Tak Retak", penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan. Penulis berharap dengan segala kekurangan dalam tesis ini, tetap dapat memberikan manfaat bagi diri penulis sendiri, bagi Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Universitas Indonesia, serta bagi pihak lain yang berkepentingan. Semoga Allah SWT senantiasa memberikan rahmat dan ridha-Nya bagi kita semua. Amin..

Depok, Mei 2009

Adila Kasni Astiena

## DAFTAR ISI

Judul	Halamanan
<b>ABSTRAK</b>	
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	i
<b>DAFTAR ISI</b> .....	iii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	v
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	vi
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	vii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	1
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	8
1.3. Pertanyaan Penelitian .....	9
1.4. Tujuan Penelitian .....	10
1.4.1. Tujuan Umum .....	10
1.4.2. Tujuan Khusus .....	10
1.5. Manfaat Penelitian .....	10
1.6. Ruang Lingkup Penelitian .....	11
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	13
2.1. Definisi Rumah Sakit .....	13
2.2. Manajemen Rumah Sakit .....	14
2.3. Manajemen Keperawatan .....	17
2.4. Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP) .....	19
2.5. Kepemimpinan Senior .....	25
2.6. Tata Kelola .....	32
2.7. Tanggung Jawab Sosial .....	34
2.7.1. Perilaku Sesuai Etika dan Hukum .....	34
2.7.2. Tanggung Jawab Sosial .....	37
2.8. Mutu Pelayanan .....	41
2.9. Malcolm Baldrige dan Kriteria Baldrige .....	43
2.10 Kinerja .....	47
2.10.1. Definisi Kinerja.....	47
2.10.2. Model Teori Kinerja .....	49
2.10.3. Manfaat Pengukuran Kinerja .....	50
2.10.4. Metode Pengukuran Kinerja .....	50
2.10.5. Pengukuran Kinerja Kepemimpinan.....	53
<b>BAB 3 GAMBARAN UMUM RS KARYA BHAKTI</b> .....	55
3.1. Profil RS Karya Bhakti .....	55
3.2. Sejarah Rumah Sakit .....	56
3.3. Visi, Misi, Motto dan Tujuan .....	57
3.4. Status Kepemilikan dan Struktur Organisasi .....	58

3.5. Sumber Daya Manusia.....	58
3.6. Pelayanan .....	60
3.6.1. Pelayanan Rawat Inap.....	60
3.6.2. Pelayanan Tindakan .....	61
3.6.3. Pelayanan Rawat Jalan.....	61
3.6.4. Pelayanan Penunjang Medis .....	62
3.7. Kinerja Rumah Sakit .....	63
<b>BAB 4 KERANGKA KONSEP, DEFINISI DAN HIPOTESIS .....</b>	<b>65</b>
4.1. Kerangka Teori .....	65
4.2. Kerangka Konsep .....	67
4.3. Definisi .....	70
4.4. Hipotesis Penelitian .....	77
<b>BAB 5 METODE PENELITIAN.....</b>	<b>78</b>
5.1. Desain Penelitian .....	78
5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	79
5.3. Responden.....	79
5.4. Metode Pengumpulan Data.....	80
5.5. Pengolahan Data .....	81
5.6. Analisis Data.....	82
5.7. Langkah-langkah dan Rumus yang digunakan.....	83
<b>BAB 6 HASIL PENELITIAN.....</b>	<b>91</b>
6.1. Validitas dan Reliabilitas.....	91
6.2. Karakteristik Responden.....	96
6.3. Deskripsi Data.....	97
6.4. Uji Persyaratan.....	108
6.5. Pengujian Model .....	116
6.6. Penghitungan Pengaruh Langsung dan Tak Langsung.....	119
6.7. Pengaruh Variabel Residu .....	123
<b>BAB 7 PEMBAHASAN.....</b>	<b>126</b>
7.1. Keterbatasan Penelitian.....	126
7.2. Ketepatan Alat Ukur dan Persyaratan Analisis.....	127
7.3. Analisis Jalur.....	131
7.4. Pembahasan Temuan Penelitian .....	133
7.5. Implikasi .....	142
<b>BAB 8 KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>148</b>
8.1. Kesimpulan .....	148
8.2. Saran .....	149

## DAFTAR KEPUSTAKAAN

## LAMPIRAN

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Perbedaan Pemimpin dan Bukan Pemimpin .....	27
Tabel 2.2. Kompetensi Kepemimpinan Menurut Katz .....	29
Tabel 3.1. Distribusi Tenaga Medis di RSKB 2007 .....	58
Tabel 3.2. Distribusi Tenaga Keperawatan di RSKB 2007 .....	58
Tabel 3.3. Distribusi Tenaga Keteknisan Medis di RSKB 2007 .....	59
Tabel 3.4. Distribusi Tenaga Kesehatan Masyarakat di RSKB 2007 .....	59
Tabel 3.5. Distribusi Tenaga Keteknisan Non Medis di RSKB 2007 .....	59
Tabel 3.6. Kinerja Pelayanan Rawat Inap RSKB Tahun 2007 .....	63
Tabel 3.7. Tingkat Kunjungan RSKB 2007 .....	64
Tabel 6.1. Validitas dan Reliabilitas Kepemimpinan Senior .....	92
Tabel 6.2. Validitas dan Reliabilitas Tata Kelola .....	93
Tabel 6.3. Validitas dan Reliabilitas Tanggung Jawab Sosial .....	94
Tabel 6.4. Validitas dan Reliabilitas Kinerja Kepala Ruang .....	95
Tabel 6.5. Rekapitulasi Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas .....	96
Tabel 6.6. Distribusi Frekuensi Responden .....	96
Tabel 6.7. Deskripsi Data Sub Variabel .....	97
Tabel 6.8. Distribusi Skor Jawaban Responden .....	101
Tabel 6.9. Distribusi Skor Kepemimpinan Senior .....	101
Tabel 6.10. Distribusi Skor Tata kelola .....	103
Tabel 6.11. Distribusi Skor Tanggung Jawab Sosial .....	104
Tabel 6.12. Distribusi Skor Kinerja .....	106
Tabel 6.13. <i>Analysis of Varians</i> untuk Regresi Linear Y atas $X_1$ .....	108
Tabel 6.14. <i>Analysis of Varians</i> untuk Regresi Linear Y atas $X_2$ .....	109
Tabel 6.15. <i>Analysis of Varians</i> untuk Regresi Linear Y atas $X_3$ .....	109
Tabel 6.16. Rekapitulasi Hasil Uji Bartlett .....	111
Tabel 6.17. Rekapitulasi Hasil Uji Asumsi Kolinearity .....	112
Tabel 6.18. Rekapitulasi Hasil Uji Asumsi Eksistensi .....	113
Tabel 6.19. Rekapitulasi Hasil Uji Persyaratan .....	116
Tabel 6.20. Matriks Koefisien Korelasi Antar Variabel .....	117
Tabel 6.21. Matriks Inverse Antar Variabel Eksogen .....	118
Tabel 6.22. Rekapitulasi Hasil Pengujian Hipotesis .....	120
Tabel 6.23. Pengaruh Kepemimpinan Senior terhadap Kinerja .....	121
Tabel 6.24. Pengaruh Tata Kelola terhadap Kinerja .....	122
Tabel 6.25. Pengaruh Tanggung Jawab Sosial terhadap Kinerja .....	122
Tabel 6.26. Pengaruh Kepemimpinan Senior, Tata Kelola dan Tanggung Jawab Sosial terhadap Kinerja .....	123
Tabel 6.27. Koefisien Jalur Pengaruh Langsung dan Tidak Langsung .....	124
Tabel 7.1. Kemaknaan Nilai r Menurut Carlton .....	132

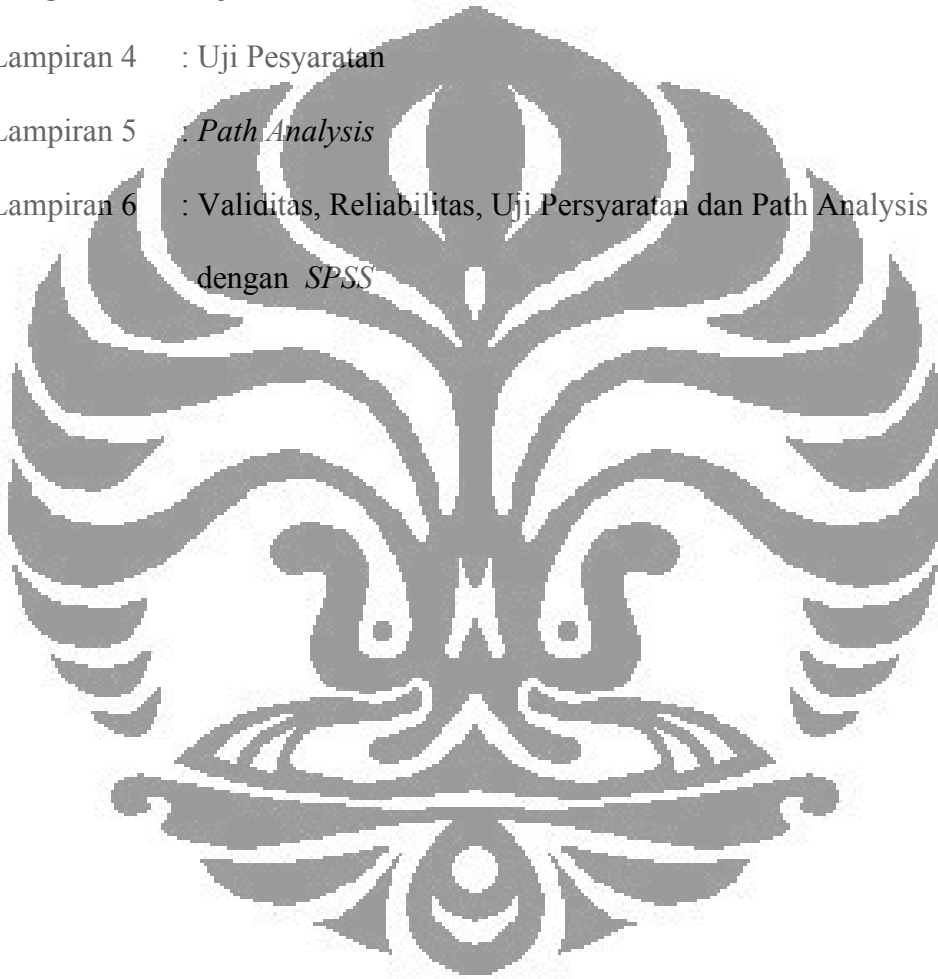
## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Struktur Organisasi Keperawatan Ruangan .....	22
Gambar 2.2. <i>Leadership Skills Model</i> .....	29
Gambar 2.3. Kerangka Konsep Kualitas Kepemimpinan.....	54
Gambar 4.1. <i>Baldrige Healthcare Criteria</i> .....	66
Gambar 4.1. Kerangka Konsep.....	67
Gambar 5.1. Skala Sikap .....	80
Gambar 6.1. Histogram Skor Kepemimpinan Senior .....	101
Gambar 6.2. Histogram Skor Tata Kelola .....	103
Gambar 6.3. Histogram Skor Tanggung Jawab Sosial .....	105
Gambar 6.4. Histogram Skor Kinerja .....	107
Gambar 6.5. Model Hubungan Antar Struktural .....	117
Gambar 6.6. Model Akhir Hubungan Struktural .....	124
Gambar 6.7. Prosentase Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Kepala Ruang .....	125
Gambar 7.1. Skema Pengaruh kepemimpinan terhadap Kinerja.....	134



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Struktur Organisasi Rumah Sakit Karya Bhakti
- Lampiran 2 : Kuisisioner Penelitian
- Lampiran 3 : Uji Validitas dan Reliabilitas
- Lampiran 4 : Uji Pesyaratan
- Lampiran 5 : *Path Analysis*
- Lampiran 6 : Validitas, Reliabilitas, Uji Persyaratan dan Path Analysis dengan *SPSS*



# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Dalam lingkungan persaingan yang semakin tajam dan bersifat global, perusahaan dituntut untuk meningkatkan mutu produk barang dan jasa yang dihasilkan. Persaingan global memberikan banyak pilihan kepada konsumen yang semakin sadar nilai dan sadar biaya untuk mengharapkan pelayanan atau jasa yang berkualitas tinggi. Kegagalan perusahaan dalam menghasilkan produk berkualitas tinggi akan menyebabkan biaya tinggi, antara lain tidak sebandingnya biaya yang dikeluarkan (*output*) dengan pemasukan (*input*) karena ditinggalkan pelanggan untuk mencari produk pesaing yang lebih berkualitas dengan harga terjangkau ([www.digilib@umm.ac.id](http://www.digilib@umm.ac.id)).

Dalam mencapai kualitas tinggi perlu upaya perbaikan terus menerus. Kualitas yang tinggi menjadi tujuan semua perusahaan karena meningkatkan kepuasan pelanggan, menurunkan biaya, serta mendorong dan mempertahankan profitabilitas jangka panjang ([www.digilib@umm.ac.id](http://www.digilib@umm.ac.id)). Bagaimanapun, kepemimpinan sangat berperan untuk meningkatkan kinerja dalam menciptakan produk barang dan jasa berkualitas.

Rumah sakit adalah sebuah tempat, fasilitas, institusi atau organisasi dengan manajemen yang sangat kompleks. Sejalan dengan perkembangan zaman, rumah sakit tidak hanya memberikan pelayanan dengan aspek kuratif saja, tetapi juga promotif, preventif dan rehabilitatif. Karena fungsi rumah sakit yang makin meningkat dan untuk mengantisipasi kepercayaan masyarakat akan citra pelayanan

yang bermutu, dibutuhkan profesionalitas dalam segala hal, termasuk profesionalitas dalam fungsi manajemen (Aditama, 2003)

Menurut Sabarguna (2007), gagalnya rumah sakit dalam melaksanakan kegiatan untuk memenuhi harapan pelanggan, baik secara langsung maupun tidak langsung pada dasarnya disebabkan oleh minimnya kemampuan manajemen guna memecahkan persoalan yang terdapat dalam sebuah organisasi. Sulistiani (2004) mengatakan bahwa guna mencapai sumber daya manusia yang berkinerja tinggi dibutuhkan efektivitas fungsi manajemen. Membicarakan manajemen berarti membicarakan kepemimpinan, sebab pada dasarnya inti dari manajemen adalah kepemimpinan. Kepemimpinan dan manajemen adalah ibarat dua sisi mata uang yang tidak dapat dipisahkan. Manakala pemimpin memiliki kemampuan manajerial yang baik kegiatan manajemen rumah sakit untuk mencapai tujuan organisasi yang berkinerja tinggi akan dapat dilakukan secara efektif.

Manajemen rumah sakit sesungguhnya bersifat kompleks, tidak hanya menyangkut manajemen pelayanan medis saja, tetapi juga pelayanan keperawatan, perhotelan, serta penunjang layanan kesehatan lainnya (Wijono, 2000). Sebagian besar fungsi pelayanan kepada pasien diperankan oleh perawat.

Menurut *WHO expert committee on nursing practice* (1996) dalam Aditama (2003) pelayanan keperawatan adalah gabungan dari ilmu kesehatan dan seni melayani/merawat (*care*), yang bertugas membantu individu, keluarga dan kelompok untuk mencapai potensi optimalnya di bidang fisik, mental dan sosial dalam ruang lingkup kehidupan dan pekerjaannya. Menurut Gillies (1996), manajemen keperawatan merupakan proses pelaksanaan pelayanan keperawatan, melalui upaya

staf keperawatan untuk memberikan asuhan pelayanan keperawatan, pengobatan dan rasa aman bagi pasien, keluarga dan masyarakat.

Pasien yang datang ke rumah sakit tidak hanya mengharapkan kesembuhan, tetapi juga keamanan, keselamatan (*safety*), kenyamanan serta kepuasan. Masyarakat menilai rumah sakit tidak hanya dari aspek pemberian pelayanan oleh dokter saja, tetapi mencakup semua aspek pelayanan termasuk pelayanan keperawatan dan pelayanan penunjang lainnya yang sangat terkait dengan dimensi mutu.

Mutu pelayanan rumah sakit sebenarnya adalah sesuatu yang abstrak, tidak ada satu definisi yang dapat memuaskan semua pihak. Goodler (1996) dalam Dawud (1999) menyatakan bahwa dalam menilai mutu pelayanan pasien, setidaknya ada 4 dimensi yang harus dinilai, yaitu *clinical, management, patient, dan population health*. Tetapi telah diterima secara umum bahwa mutu berkaitan dengan kepuasan pasien/masyarakat, profesional, manajemen dan pemilik. Dibutuhkan profesionalitas perawat untuk mencapai mutu pelayanan asuhan pasien.

Saat ini, sebagai upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan dan asuhan pasien, pemerintah sudah menetapkan standar pelayanan melalui akreditasi rumah sakit, yang baru-baru ini juga mencantumkan keselamatan pasien sebagai salah satu persyaratannya. Penilaian akreditasi rumah sakit belum menjamin aspek mutu asuhan pasien, karena hanya menilai kualitas rumah sakit dari bukti fisik dan pencatatan tertulis, kurang memperhatikan proses pelayanan langsung kepada pasien (Dawud, 1999). Penilaian kualitas rumah sakit seharusnya tidak hanya memperhatikan catatan tertulis, tetapi juga penilaian proses pelayanan mengingat produk rumah sakit sebagian besar bukan berupa barang yang dapat terlihat, tetapi berupa jasa pelayanan

terhadap manusia yang mempunyai jasmani, rohani, mental dan emosional yang dapat merasa kurang puas terhadap proses pelayanan yang mereka terima.

Salah satu alat ukur yang digunakan untuk menilai kinerja organisasi berdasarkan pada kriteria proses adalah berdasarkan *Malcolm Baldrige for Performance Excellence (MbfPE)* yang di Amerika Serikat sudah dijadikan ajang penghargaan bergengsi dalam bentuk *Malcolm Baldrige National Quality Award (MBQNA)*. Awalnya MBQNA dimaksudkan sebagai langkah-langkah untuk mencapai kinerja tinggi perusahaan bisnis *manufacturing* pada tahun 1987 di Amerika. Namun sejak tahun 1999 telah dikembangkan *MBQNA* untuk mencapai kinerja tinggi di institusi layanan kesehatan. Kriteria ini dimaksudkan untuk membantu institusi layanan kesehatan dalam menggunakan pendekatan terintegrasi terhadap manajemen penampilan organisasi yang akan berdampak bagi peningkatan kinerja rumah sakit, termasuk peningkatan kinerja pelayanan pasien (Hertz: 2007, Sadikin, 2008:26).

Kriteria *MBQNA* terdiri atas sekumpulan pertanyaan yang dikelompokkan menjadi 7 kriteria untuk menilai kinerja organisasi layanan kesehatan yang berfokus pada; 1) kepemimpinan, 2) perencanaan strategik, 3) fokus pada pasien, pelanggan lainnya dan *market*, 4) pengukuran, analisis dan pengetahuan manajemen, 5) fokus pada karyawan, 6) Manajemen Proses, dan 7) hasil (Hertz, 2007:10).

Kriteria kepemimpinan (*leadership*), menilai proses kepemimpinan pada sebuah organisasi layanan kesehatan yang mencakup 3 aspek penilaian yaitu; 1). bagaimana pemimpin senior menjalankan roda kepemimpinan organisasi, 2) bagaimana tata kelola organisasi, dan 3) bagaimana tanggung jawab sosial organisasi

terhadap masyarakat termasuk perilaku sesuai hukum dan etika dalam hubungannya dengan peningkatan kinerja organisasi layanan kesehatan. (Hertz, 2007:15-6).

Kepemimpinan di rumah sakit, terdiri atas beberapa tingkatan. Pemimpin senior yaitu pemimpin puncak organisasi atau *top management* yang dikenal dengan nama dewan direksi. Dalam organisasi keperawatan ruangan, kepemimpinan senior diperankan oleh perawat kepala ruang. Tak dapat dipungkiri, walaupun kepala ruang adalah level terendah dari eksekutif perawat di rumah sakit, kepala ruang adalah manajer perawat yang paling tahu kualitas pelayanan keperawatan karena mengepalari langsung perawat pelaksana. Peran strategis ini sangat menentukan kinerja keperawatan, kinerja layanan pasien dan pada akhirnya kinerja organisasi rumah sakit (Swanburg, 2000).

Dalam memerankan tugas organisasi ruangan, kepala ruang seperti juga eksekutif lainnya juga menjalankan prinsip-prinsip manajemen. Dalam organisasi keperawatan ruangan, manajemen berhubungan dengan perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), pengaturan staf (*staffing*), kepemimpinan (*leadding*), dan pengendalian (*controlling*) para perawat dan aktivitas keperawatan di ruangan (Swanburg, 2000). Disamping itu manajemen ruang perawatan juga dihadapkan kepada dinamika kelompok antara sesama perawat, sebagaimana profesi lainnya dalam berinteraksi di rumah sakit (Hidayat, 2007:54).

Dalam menjalankan fungsi-fungsi manajemen tadi, dibutuhkan seorang manajer keperawatan yang tidak hanya berperan sebagai pemberi perintah yang berorientasi tugas, tetapi juga berperan sebagai seorang pemimpin. Guna mencapai pelayanan keperawatan dengan kinerja tinggi, dibutuhkan kepemimpinan yang mampu menggerakkan semua potensi sumber daya keperawatan, terutama perawat

lini (perawat pelaksana) yang diperankan oleh kepala ruang. Baiknya kinerja kepemimpinan akan menentukan kinerja bawahan yang secara langsung juga berdampak terhadap kinerja rumah sakit. Kepemimpinan yang baik akan mengarahkan organisasi untuk mencapai pelayanan yang bermutu dan kinerja tinggi (Gillies, 1996). Mengingat peranannya yang besar, penilaian kepemimpinan (*leadership*) kepala ruang berdasarkan kriteria proses dari Malcolm Baldrige perlu untuk diteliti guna meningkatkan kinerja kepala ruang.

Rumah Sakit Karya Bhakti (RSKB) adalah salah satu rumah sakit terlengkap di Kota Bogor dengan 197 tempat tidur. Rumah Sakit ini sudah mendapat akreditasi dalam 12 bidang pelayanan dan saat ini dalam proses mendapatkan akreditasi 16 pelayanan. RS Karya Bhakti sudah bertahun-tahun dipercaya untuk melakukan *medical check up* terhadap seluruh pegawai negeri sipil (PNS) yang berada di lingkungan PEMDA Kota Bogor, termasuk pada Desember 2008 yang lalu. Kepercayaan yang tinggi ini juga diiringi dengan semakin menjamurnya pertumbuhan rumah sakit dan klinik pesaing dengan berbagai fasilitas kesehatan yang canggih di Kota Bogor.

Rumah Sakit Karya Bhakti (RSKB) memiliki 469 orang karyawan diantaranya terdapat 206 orang perawat yang merupakan profesi dengan jumlah terbanyak (hampir 50 %) di RSKB. Dari struktur organisasi RSKB, kepemimpinan tertinggi diperankan oleh direktur utama beserta jajarannya yang meliputi, direktur medik, direktur umum dan keuangan, badan pengawasan dan penelitian dan pengembangan rumah sakit (litbang) serta komite medis. Direktur medik membawahi kepala bidang medik dan kepala bidang keperawatan (kabid keperawatan). Kepala bidang keperawatan adalah level manajer tertinggi (*top*

*management*) bidang keperawatan di RSKB. Dibawah kabid keperawatan terdapat supervisor sebagai manajer menengah yang membawahi beberapa penanggung jawab pelayanan (PJ-pel) atau dikenal dengan kepala ruangan. PJ-pel atau kepala ruang adalah level kepemimpinan terendah dari organisasi bidang keperawatan rumah sakit. Kepala ruang mempunyai beberapa ketua tim (katim) yang mengetuai perawat lini atau perawat pelaksana untuk memberikan layanan langsung kepada pasien. Dalam organisasi keperawatan ruangan, kepala ruangan atau PJ-pel berperan sebagai pemimpin senior.

Dari hasil wawancara dengan kepala bidang keperawatan, bahwa saat ini rumah sakit sedang giat-giatnya melakukan upaya membenahan diri guna meningkatkan mutu pelayanan keperawatan pasien. Hal ini ditempuh sebagai upaya untuk meningkatkan performa rumah sakit dalam mengantisipasi harapan pelanggan serta tingginya tingkat persaingan dengan rumah sakit lain dengan peralatan yang canggih dan manajemen yang semakin baik. Salah satu upaya yang ditempuh adalah mengupayakan akreditasi dalam 16 bidang pelayanan. Namun seperti diketahui bahwa akreditasi hanya menilai dari bukti dan pencatatan tertulis. Saat ini belum pernah dilakukan penelitian terhadap faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja, terutama kinerja kepemimpinan kepala ruang yang berorientasi pada kriteria proses, sebagaimana yang terdapat dalam *Malcolm Baldrige Criteria for Performance Excellence* untuk institusi layanan kesehatan (rumah sakit).

Kepemimpinan sangat erat kaitannya dengan proses pemberian layanan kepada pasien melalui upaya pemberdayaan perawat. Tidak dapat dipungkiri bahwa tenaga perawat mempunyai kekuatan tersendiri (*power*) karena jumlahnya yang paling banyak dibanding profesi lain di rumah sakit (Subanegara, 2005). Tidak



optimalnya pemimpin dalam memberdayakan perawat, menyebabkan kurangnya mutu pelayanan yang akan berdampak pada pencapaian kinerja kepala ruang serta kinerja rumah sakit pada akhirnya. Kepemimpinan yang baik akan menghasilkan pengikut yang cerdas yang akan memberikan penampilan kerja organisasi yang tinggi (Shortell & Kaluzny, 2007). Kegagalan pemimpin melakukan upaya perbaikan terus menerus dalam meningkatkan mutu layanan, menyebabkan pelanggan akan mencari rumah sakit lain yang berkualitas dengan harga yang kompetitif.

Penilaian kepemimpinan senior, tata kelola dan tanggung jawab sosial kepala ruang rawat inap berdasarkan kriteria proses dari Malcolm Baldrige dihubungkan dengan kinerja kepala ruang rawat inap belum pernah diteliti di RSKB, padahal proses pemberian pelayanan keperawatan di ruang rawat inap merupakan "pintu gerbang" penilaian pelanggan akan baik buruknya citra dan kualitas pelayanan keperawatan rumah sakit. Berdasarkan hasil wawancara tadi, ingin diteliti Pengaruh Kepemimpinan Senior, Tata Kelola Dan Tanggung Jawab Sosial Terhadap Kinerja Kepala Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Karya Bhakti Tahun 2008.

## 1.2. Rumusan Masalah

Perawat adalah komponen sumber daya manusia (SDM) dengan jumlah terbanyak (hampir 50 %) di Rumah Sakit Karya Bhakti. Perawat Kepala ruang mempunyai peranan yang strategis untuk meningkatkan kinerja pelayanan khususnya, dan rumah sakit umumnya, karena berhubungan langsung dengan perawat pelaksana dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien. Diperlukan eksekutif perawat yang tidak hanya berfungsi sebagai manajer, tapi juga sebagai pemimpin dalam manajemen keperawatan ruangan yang berfungsi

memberikan pelayanan berorientasi mutu. Makin bertambahnya jumlah pesaing menyebabkan RS Karya Bhakti semakin memperhatikan mutu pelayanan pasien yang saat ini sedang dalam tahap mendapatkan akreditasi dalam 16 bidang pelayanan. Penilaian Kepemimpinan Senior, Tata Kelola dan Tanggung Jawab Sosial dihubungkan dengan Kinerja Kepala Ruang Rawat Inap yang berorientasi proses dengan Kriteria dari Malcolm Baldrige (*Malcolm Baldrige Criteria for Performance Excellence*) belum pernah dilakukan di RS Karya Bhakti. Perlu dilakukan penilaian kepemimpinan senior, tata kelola dan tanggung jawab sosial dihubungkan dengan kinerja kepala ruang sesuai dengan Kriteria Malcolm Baldrige.

### 1.3. Pertanyaan Penelitian

1. Berapa persen besarnya pengaruh langsung Kepemimpinan Senior terhadap Kinerja Kepala Ruang Rawat Inap RSKB Tahun 2008?.
2. Berapa persen besarnya pengaruh Kepemimpinan Senior terhadap Kinerja Kepala Ruang Rawat Inap RSKB Tahun 2008 melalui Tata Kelola?.
3. Berapa persen besarnya pengaruh Kepemimpinan Senior terhadap Kinerja Kepala Ruang Rawat Inap RSKB Tahun 2008 melalui Tanggung Jawab Sosial?.
4. Berapa persen besarnya pengaruh langsung Tata Kelola terhadap Kinerja Kepala Ruang Rawat Inap RSKB Tahun 2008?.

5. Berapa persen besarnya pengaruh Tata Kelola terhadap Kinerja Kepala Ruang Rawat Inap RSKB Tahun 2008 melalui Tanggung Jawab Sosial?.
6. Berapa persen besarnya pengaruh langsung Tanggung Jawab Sosial terhadap Kinerja Kepala Ruang Rawat Inap RSKB Tahun 2008?.
7. Berapa persen besarnya pengaruh Kepemimpinan Senior, Tata Kelola dan Tanggung Jawab Sosial secara bersama-sama terhadap Kinerja Kepala Ruang Rawat Inap RSKB Tahun 2008 ?.

#### **1.4. Tujuan Penelitian**

##### **1.4.1. Tujuan Umum**

Diketuinya pengaruh Kepemimpinan Senior, Tata Kelola dan Tanggung Jawab Sosial terhadap Kinerja Kepala Ruang Rawat Inap RSKB tahun 2008

##### **1.4.2. Tujuan Khusus**

1. Diketuinya persentase pengaruh Kepemimpinan Senior terhadap Kinerja Kepala Ruang Rawat Inap RSKB Tahun 2008.
2. Diketuinya persentase pengaruh Kepemimpinan Senior terhadap Kinerja Kepala Ruang Rawat Inap RSKB Tahun 2008 melalui Tata Kelola?.
3. Diketuinya persentase pengaruh Kepemimpinan Senior terhadap Kinerja Kepala Ruang Rawat Inap RSKB Tahun 2008 melalui Tanggung Jawab Sosial?.
4. Diketuinya persentase pengaruh langsung Tata Kelola terhadap Kinerja Kepala Ruang Rawat Inap RSKB Tahun 2008?.

5. Diketuainya persentase pengaruh Tata Kelola terhadap Kinerja Kepala Ruang Rawat Inap RSKB Tahun 2008 melalui melalui Tanggung Jawab Sosial?.
6. Diketuainya persentase pengaruh Tanggung Jawab Sosial terhadap Kinerja Kepala Ruang Rawat Inap RSKB Tahun 2008.
7. Diketuainya persentase pengaruh Kepemimpinan Senior, Tata Kelola dan Tanggung Jawab Sosial secara bersama-sama terhadap Kinerja Kepala Ruang Rawat Inap RSKB Tahun 2008.

#### **1.5. Manfaat Penelitian**

1. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sumbangan pemikiran bagi pihak manajemen RS Karya Bhakti untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan melalui peningkatan manajemen kepemimpinan kepala ruang (kepemimpinan senior, tata kelola dan tanggung jawab sosial).
2. Sebagai masukan bagi pengembangan dan penyusunan rencana strategis Rumah Sakit Karya Bhakti di tahun yang akan datang.
3. Bagi kepala bidang keperawatan, diharapkan dapat menilai kepemimpinan senior, tata kelola dan tanggung jawab sosial dihubungkan dengan kinerja keperawatan, sehingga dapat merencanakan intervensi kepada bawahannya sesuai temuan penelitian.
4. Bagi kepala ruang, dapat dijadikan sebagai umpan balik guna meningkatkan kinerja dan efektivitas kepemimpinannya (kepemimpinan senior, tata kelola dan tanggung jawab sosial) di masa yang akan datang.

5. Bagi peneliti lain, penelitian ini diharapkan memberikan referensi dan tantangan untuk mempelajari lebih lanjut tentang kepemimpinan khususnya kepemimpinan kepala ruang perawatan di rumah sakit.

### 1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini berjudul "Pengaruh Kepemimpinan Senior, Tata Kelola dan Tanggung Jawab Sosial Terhadap Kinerja Kepala Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Karya Bhakti Kota Bogor Tahun 2008". Responden penelitian diambil dari semua perawat rawat inap Dahlia Anyelir Rumah Sakit Karya Bhakti. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui besarnya pengaruh kepemimpinan senior, tata kelola dan tanggung jawab sosial terhadap kinerja kepala ruang rawat inap. Tempat Penelitian adalah di Rumah Sakit Karya Bhakti Kota Bogor. Penelitian dilakukan pada Bulan Desember tahun 2008. Data yang diperoleh adalah data primer, yang dikumpulkan dengan cara menyebarkan kuisioner kepada responden yang telah ditetapkan.

## BAB 2

### TINJAUAN KEPUSTAKAAN

#### 2.1. Definisi Rumah Sakit

Istilah *hospital* konon berasal dari bahasa latin, yaitu *hostel* yang digunakan pada abad pertengahan sebagai tempat persinggahan bagi pengungsi yang sakit, menderita dan miskin. Willan (1990) mengatakan bahwa kata *hospital* berasal dari kata latin yaitu *hospitium* yang berarti suatu ruangan atau tempat untuk menerima tamu. Yu (1997) menyatakan *hospital* berasal dari bahasa Prancis kuno dan *medieval English* yang diartikan sebagai tempat untuk beristirahat atau hiburan, institusi sosial yang membutuhkan akomodasi, lemah dan sakit, institusi sosial untuk kaum muda dan pendidikan serta institusi untuk merawat orang yang sakit atau cedera. Rumah sakit adalah suatu institusi (atau fasilitas) yang fungsi utamanya adalah memberikan pelayanan diagnostik, terapeutik kepada pasien baik berupa tindakan bedah maupun non bedah (Aditama, 2003:5).

Rumah Sakit menurut WHO, dalam Hendrik M, (2007) yang dikutip Saputra (2008) adalah suatu institusi untuk menampung pasien untuk *medical* dan *nursing care* yang meliputi : (1) fungsi pencegahan dan pengobatan (diagnosa, terapi, dan rehabilitasi) dari pasien yang dirawat, rawat jalan (*ambulatory care*), perawatan di rumah (*domiciliary care*), (2) tempat pendidikan, (3) tempat penelitian kedokteran, epidemiologi dan organisasi dan manajemen. Sementara itu SK Menteri Kesehatan RI No 983/Menkes/SK/XI/1992 menyebutkan bahwa rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialistik

dan subspecialistik, mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau, dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan bertugas untuk melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna demi penyembuhan dan pemulihan.

## 2.2. Manajemen Rumah Sakit

Pada dasarnya, rumah sakit merupakan suatu organisasi yang kompleks, karena adanya sumber kekuasaan dan otonomi yang terdiri dari, 1) pemerintah yang mengendalikan rumah sakit karena menyangkut pelayanan manusia yang paling asasi, 2) Pemilik rumah sakit, yang sangat berhati-hati dan menjaga ketat nama baiknya, 3) Profesional kesehatan, seperti dokter dan perawat yang mempunyai otonomi dan cara pandang terhadap kesehatan yang mengutamakan kesehatan dan keselamatan pasien, 4) Direksi rumah sakit, yang bersikap profesional dan efisien dalam mengelola sumber daya, sehingga perlu pola manajemen yang lebih efektif dan rasional, 5) Masyarakat, yang menuntut pelayanan yang memuaskan dan memenuhi standar kewajaran dan 6) Dunia bisnis, seperti alat kesehatan, obat, alat kantor dan lain-lain yang mendorong penggunaan barang modal yang harus dikelola secara dengan bijaksana. (Sabarguna, 2007). Sehingga dapat disadari bahwa rumah sakit adalah lembaga yang padat tenaga, padat modal, padat karya, padat teknologi dan padatnya masalah yang dihadapi, oleh karena itu perlu pengelolaan dengan manajemen rumah sakit yang profesional.

Pola manajemen rumah sakit saat ini menurut Soejitno dkk, (2000) adalah sebagai berikut;

1. Fungsi sosial rumah sakit semakin berkurang, beralih lebih ke arah mencapai tujuan ekonomi untuk mencari keuntungan semata-mata dengan akibat, pelayanan beralih orientasi dari kebutuhan (*need*) menjadi penawaran pasar (*demand*), dan pelayanan kesehatan yang bersifat jasa umum (*public goods*) beralih sifat menjadi komoditi pasar (*private goods*).
2. Manajemen rumah sakit masih berorientasi *intern* organisasi saja, belum berorientasi kepada pihak berkepentingan (*stakeholder*).
3. Manajemen rumah sakit masih berorientasi pada aspek masukan (*input*) saja, belum berorientasi pada aspek luaran (*output*) dan dampak atau hasil akhir (*outcome*).
4. Pola perencanaan masih berorientasi kepada penganggaran, belum berorientasi kepada perencanaan strategis, akibatnya lebih berorientasi pengadaan (*procurement planning*) bukan pelayanan (*service planning*).
5. Pola kerja yang bercirikan birokratis masih kental, belum beralih pada pola kerja dengan manajer yang berperan sebagai pemimpin unit.
6. Pelayanan rumah sakit masih berorientasi kepada tenaga kesehatan (*provider oriented*), belum beralih kepada orientasi pasien (*patient oriented*).
7. Pola kerja dokter di rumah sakit masih bersifat individual, belum beralih kepada kerjasama tim (*team work*), walaupun telah ada berbagai tim medik multi disipliner di rumah sakit.
8. Pelayanan yang diberikan masih berupaya memperpanjang harapan hidup (*extending life*), belum memperhatikan aspek kualitas hidup (*quality of life*).



Dalam berbagai dilema tadi, manajemen rumah sakit mempunyai tanggung jawab untuk meningkatkan kinerja dengan menjalankan hal-hal sebagai berikut; memperjelas tujuan, menglokasi sumber daya yang tepat dalam mencapai tujuan dan sasaran, melakukan analisis terhadap sumber daya dan manfaatnya, serta melakukan evaluasi dan melaporkan hasil evaluasi kerja yang dicapai kepada pihak yang berkepentingan. Semua ini sangat bergantung sekali kepada pola pengambilan keputusan dan kepemimpinan rumah sakit. Terdapat beberapa komponen dalam pengambilan keputusan di rumah sakit (Sabarguna, 2005), yaitu:

1. Yayasan, merupakan pemilik rumah sakit yang berperan sebagai pengarah.
2. Direksi dan jajarannya, sebagai pelaksana operasional medis, mengatur fungsi dan mutu pelayanan medis. Anggotanya dipilih secara bergiliran setahun sekali.
3. Dewan medis, sebagai pelaksana operasional beserta jajarannya melakukan pelayanan medis di rumah sakit.
4. Dewan penasehat yang merupakan gabungan dari, pengawas harian dari yayasan, wakil dari pemerintah (dinkes), wakil organisasi kemasyarakatan dan tokoh masyarakat, bertugas memberi nasehat tentang situasi lingkungan rumah sakit, agar bisa mengantisipasi kebutuhan masyarakat yang berkembang.
5. Konsultan manajemen, membimbing manajerial rumah sakit agar bisa berkembang secara terus menerus dan memberi bantuan agar situasi bisnis bisa diadopsi secara wajar.

Pengelola rumah sakit perlu memiliki wawasan yang luas dalam mengelola rumah sakit untuk meningkatkan kinerja, baik secara kuantitas maupun kualitas. Diperlukan pengetahuan manajemen rumah sakit, termasuk manajemen mutu pelayanan yang diperoleh melalui upaya pembelajaran terus menerus.

### 2.3. Manajemen Keperawatan

Teori manajemen modern dikembangkan oleh Henry Fayol. Dia memperkenalkan fungsi-fungsi dan aktivitas administrator yaitu; (Suyanto, 2008)

- a. *planning* (perencanaan), yaitu memperkirakan dan mempertimbangkan masa depan dengan menyusun rencana aktivitas.
- b. *organizing* (pengorganisasian), berarti mengikat, menyatukan dan menyelaraskan aktivitas dan usaha dalam aspek manusia maupun materi.
- c. *coordinating* (pengkoordinasian).
- d. *controlling* (pengendalian), berarti memperhatikan segala sesuatu yang terjadi sesuai dengan aturan main dan tuntunan yang telah disepakati sebelumnya.

Fayol menetapkan prinsip manajemen yaitu, pembagian kerja, otoritas, disiplin dan kesatuan perintah, kesatuan arah, penggajian (balas jasa), sentralisasi, garis otoritas, perintah, hak menurut keadilan, stabilitas/masa jabatan pegawai, inisiatif dan semangat bekerja sama (Suyanto, 2008)

Dalam lingkup keperawatan, manajemen didefinisikan juga sebagai *planning*, *organizing*, *coordinating* dan *controlling* aktivitas-aktivitas upaya keperawatan dari semua tingkatan manajemen yang digunakan oleh seorang perawat manajer untuk memberikan perawatan kesehatan kepada pasien. Administrasi keperawatan yang baik mengutamakan pemberian asuhan keperawatan terbaik, bekerja dengan menerapkan prinsip manajemen dalam membantu pasien meningkatkan kesehatan dan terkadang menghadapi kematian dengan tenang (Nursalam, 2007).

#### a. Perencanaan

Perencanaan dalam bidang keperawatan meliputi penggunaan sumber daya uang, bahan, alat alat maupun sumber daya orang (perawat) secara maksimal.

Perencanaan bisa termasuk jadwal satu minggu, aktivitas individu, urutan daftar aktivitas sehari-hari, kalender pertemuan, jadwal evaluasi dan lain sebagainya. Guna perencanaan adalah mengurangi resiko dari keputusan yang diambil, meningkatkan efektivitas perubahan dan pemecahan masalah, efisiensi waktu dan meningkatkan kepuasan kerja.

Selama perencanaan, perawat manajer melakukan analisa dan pengkajian suatu sistem, menyusun tujuan jangka pendek (taktik dan operasional), maupun tujuan jangka panjang (strategi), mengkaji masukan organisasi dan menetapkan prioritas. Perencanaan manajemen membuat manajer dapat menganalisa bentuk dan aktivitas unit sehingga dapat melakukan intervensi proses untuk mencapai target kerja yang diharapkan.

b. Pengorganisasian

Karena sumber daya yang dimiliki terbatas, maka penggunaannya harus diorganisasikan secara efektif dan efisien, baik tenaga kerja maupun penggunaan bahan dan peralatan dalam mencapai produktivitas kerja yang maksimal.

c. Pengkoordinasian

Masa jaga perawat rumah sakit yang 24 jam dalam sehari, membutuhkan proses pengkoordinasian, antara lain transfer informasi, pengambilan keputusan, yang melibatkan komunikasi efektif dan sistem komunikasi yang jelas. Gagalnya pengkoordinasian dapat berdampak kepada hasil layanan yang kurang memuaskan atau malah berdampak mencederai pasien. Diantara bentuk sistem komunikasi dalam keperawatan adalah “overan” pasien pada saat pertukaran jadwal jaga, membuat jadwal pertemuan rutin mingguan atau bulanan untuk

mengkoordinasikan pekerjaan antar sesama perawat dan melakukan evaluasi kinerja pelayanan

Dalam mengorganisasi perawat, tidak dapat dihindari akan adanya dinamika kelompok (Hidayat, 2007), persaingan dan konflik kerja sama, baik antar sesama perawat, maupun antar perawat dengan pimpinan seperti kepala ruang. Pengkoordinasian kerja akan mengurangi kesalahpahaman dan meningkatkan kerjasama, termasuk mendekatkan hubungan antar personal.

#### d. Pengendalian

Dalam memberikan pelayanan keperawatan, perlu dilakukan pengawasan (kontrol) apakah suatu pekerjaan dilakukan sesuai dengan prosedur, apakah terdapat kekeliruan yang bila tidak diantisipasi segera mengakibatkan efek yang lebih buruk. Pengendalian juga berfungsi untuk menilai apakah perawat bekerja dan berperilaku sesuai dengan norma etika dan hukum. Pengendalian juga dilakukan untuk menilai kesulitan dalam pelaksanaan pekerjaan, menilai kemampuan individu dan apabila terdapat kekurangan dapat diberikan masukan dan arahan. Dengan pengendalian, mutu pelayanan keperawatan dapat dievaluasi.

Dalam memerankan fungsi-fungsi manajemen tadi, dibutuhkan seorang manajer perawat yang tidak hanya berperan sebagai pemberi perintah yang berorientasi tugas kepada bawahan, tetapi berperan sebagai seorang pemimpin, mengingat tugas pelayanan keperawatan merupakan aspek paripurna yang harus diberikan kepada pasien.

## 2.4. Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP)

Dalam proses pelayanan keperawatan, model praktek keperawatan yang berkembang saat ini adalah Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP) yang

didasari atas model pemberian pelayanan keperawatan berbasis tim (Sitorus, 2006). Sebelumnya proses pelayanan keperawatan pernah mengembangkan model keperawatan kasus dan model keperawatan fungsional (Suyanto, 2008: 31-8). Model keperawatan kasus merupakan metode pemberian asuhan kepada pasien, dimana satu orang perawat melayani semua kebutuhan pasien pada saat itu, kemudian dilanjutkan dengan perawat lain pada saat pergantian jaga dan tidak ada jaminan pasien akan dirawat dengan perawat yang sama pada hari berikutnya. Umumnya model ini dilakukan oleh perawat privat (pribadi) dan perawat pada ruang perawatan intensif dan isolasi. Kelemahan metode ini adalah memerlukan jumlah perawat yang sama dengan jumlah pasien. Kelebihannya pelayanan keperawatan dilakukan oleh seorang perawat secara komprehensif.

Pada model keperawatan fungsional dilakukan pembagian habis tugas keperawatan sesuai dengan kebutuhan pelayanan keperawatan pada saat itu, misalnya perawat khusus injeksi, perawat khusus menangani luka, khusus memandikan dan merapikan pasien serta perawat khusus untuk administrasi dan bertanggung jawab pada saat *visite* dokter. Model ini didasarkan atas efisiensi pelaksanaan tugas, tetapi tidak memberikan kepuasan pasien maupun perawat, karena keperawatan dilakukan secara parsial sesuai dengan tugasnya saja.

Metode keperawatan tim merupakan cikal bakal Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP) (Sitorus, 2006). Pada model ini asuhan keperawatan diberikan oleh sekelompok perawat terhadap sekelompok pasien. Metode ini didasarkan pada: bahwa semua pasien berhak untuk menerima pelayanan terbaik, serta setiap perawat berhak menerima bantuan perawat lain untuk memberikan pelayanan terbaik sesuai kemampuan. Metode ini dikembangkan dalam rangka meningkatkan mutu asuhan

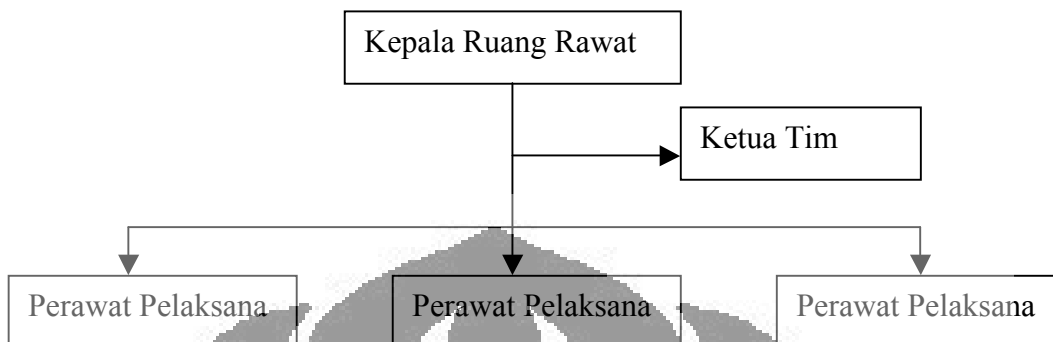
keperawatan. Dalam metode ini, jumlah perawat untuk satu tim adalah 2-3 orang, besarnya tim ditetapkan berdasarkan jumlah tenaga yang ada di ruangan, dan perlu mengadakan serah terima perawatan pasien selama 5 sampai 10 menit pada saat pergantian jadwal jaga (Suyanto, 2008).

Pada model ini, setiap ruangan terdiri atas kepala ruangan sebagai pemimpin, diikuti ketua tim untuk mengatur tugas perawat. Kepala ruangan bertanggung jawab untuk menentukan standar asuhan pelayanan keperawatan, melaksanakan supervisi dan evaluasi untuk setiap kegiatan keperawatan di ruangan, memberi pengarahan kepada perawat ruangan dengan beberapa ketua tim. Ketua tim bertanggung jawab lebih ke arah asuhan keperawatan pasien yang dikelola anggota tim nya. Anggota tim bertanggung jawab untuk melakukan pelayanan keperawatan pada pasien yang menjadi tanggung jawabnya, bekerjasama dengan sesama anggota tim dan antar tim serta memberikan laporan asuhan keperawatan yang diberikan kepada ketua tim (Suyanto, 2008:34).

Saat ini, metode ini banyak dikembangkan di berbagai rumah sakit di Indonesia. Salah satu sebabnya adalah karena metode ini dapat memenuhi semua fungsi manajemen seperti perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengendalian sehingga memungkinkan manajemen ruangan rawat inap dilaksanakan dengan sebaik-baiknya, mengoptimalkan penggunaan sumber daya dan meningkatkan praktek keperawatan yang bermutu dan profesional.

Adapun struktur organisasi ruangan dalam metode keperawatan tim sebagai berikut; (Sitorus, 2006)

**Gambar 2.1.**  
**Struktur Organisasi Keperawatan Ruangan**



a. Kepala Ruang Rawat

Kepala ruang rawat pada rumah sakit yang menggunakan Metode Praktek Keperawatan Profesional (MPKP) pemula adalah perawat pada jenjang D3 keperawatan yang berpengalaman. Kepala ruang bertugas sesuai jam kerja dengan jadwal dinas pagi. Adapun tugas dan tanggung jawab kepala ruangan adalah (Sitorus, 1996):

1. Mengatur pembagian tugas jaga perawat (jadwal dinas)
2. Mengatur dan mengendalikan kebersihan dan ketertiban ruangan
3. Mengadakan diskusi dengan staf untuk memecahkan masalah ruangan
4. Membimbing siswa/mahasiswa (bekerjasama dengan pembimbing klinik) dalam pemberian asuhan keperawatan di ruangan.
5. Melakukan kegiatan administrasi dan surat-menyurat.
6. Mengorientasikan pegawai baru, residen, mahasiswa yang akan melakukan praktek di ruangan.
7. Menciptakan dan memelihara hubungan kerja yang harmonis dengan klien/keluarga dan tim kesehatan lain.
8. Memeriksa kelengkapan persediaan status keperawatan.

9. Melaksanakan pembinaan terhadap perawat pelaksana dalam hal implementasi Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP), termasuk sikap dan tingkah laku profesional.
10. Merencanakan dan memfasilitasi ketersediaan fasilitas yang dibutuhkan ruangan, memantau dan melakukan evaluasi penampilan kerja semua tenaga yang ada di ruangan dan membuat usulan kenaikan pangkat perawat ruangan.
11. Melakukan pertemuan rutin dengan semua perawat setiap bulan untuk membahas kebutuhan di ruangan.
12. Merencanakan dan melakukan evaluasi mutu asuhan keperawatan.
13. Membuat peta resiko di ruang rawat.

Tugas kepala ruangan, sesuai dengan tujuan asuhan keperawatan yaitu mengontrol perawat pelaksana dalam hal:

1. Memberikan bantuan yang paripurna dan efektif kepada semua orang yang membutuhkan pelayanan kesehatan.
2. Menjamin bahwa semua bantuan diarahkan untuk memenuhi kebutuhan pasien (mengutamakan pasien)
3. Mengembangkan asuhan keperawatan yang ada.
4. Memberikan kesempatan kepada semua perawat untuk mengembangkan kemampuan profesionalnya.
5. Memelihara hubungan kerja yang efektif antara semua anggota tim kesehatan
6. Melibatkan pasien dalam perencanaan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan.



7. Menciptakan iklim yang menunjang proses pembelajaran untuk kegiatan pendidikan keperawatan
8. Menunjang program pendidikan berkelanjutan bagi tenaga perawat  
(Standar Asuhan Keperawatan, PPNI, 1983 dalam Hidayat, 2007)

Kepala ruang adalah manajer lini pertama dari hierarki manajemen keperawatan. Manajer lini pertama paling nyata dan paling mudah untuk dianalisa dalam pelaksanaan penampilan kepemimpinannya karena langsung berhubungan dengan perawat pelaksana (pekerja lini) dalam proses keperawatan. Manajer lini pertama (kepala ruang) mempunyai tugas mengarahkan, mengawasi dan mengkoordinasikan usaha dari bawahan yang berbeda dari manajer lini atas. Manajer lini atas hanya memberikan pengawasan yang bersifat umum. Manajer lini pertama mempunyai 2 tanggung jawab, yaitu; pertama, pemberian perawatan yang efektif serta aman pada sejumlah pasien dengan jumlah yang besar, sebegitu besarnya hingga ia dapat menjalankan tanggung jawab tersebut melalui usaha bawahan (ketua tim). Bagaimana kepala ruang dapat mengatur pembagian tugas dan mengatur organisasi tata ruang agar dapat memberikan pelayanan sebagaimana mestinya, mengikuti prosedur serta aman bagi pasien. Untuk memastikan pemberian pelayanan dengan kualitas yang baik, supervisor harus mengarahkan pelaksanaan tugas itu sesuai dengan kebijaksanaan dan standar kelembagaan. Tanggung jawab kedua dan sedikit ringan adalah memberikan kesejahteraan fisik, emosional dan jabatan bagi sekelompok pekerja yang telah ditentukan. Untuk menjalankan kedua tanggung jawab tersebut, manajer lini pertama (kepala ruang) harus mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang cukup, baik yang berhubungan dengan keperawatan maupun yang bersifat kepemimpinan (Gillies, 1996:433)

Kepala Ruang mempunyai tanggung jawab sosial berupa bagaimana penerapan perilaku etika dan sesuai hukum di kalangan perawat bawahannya serta bagaimana peran sosial perawat ruangan yang dipimpin oleh kepala ruangan untuk berkontribusi bagi pasien, keluarga, pengunjung maupun masyarakat sekitar dalam memberikan pelayanan yang lebih manusiawi, mengutamakan pelayanan pasien dari segi psikis, emosional dan spiritual tanpa membedakan pasien. Disamping itu, perawat juga dituntut untuk berkontribusi terhadap pengembangan masyarakat maupun kesehatan masyarakat.

## 2.5. Kepemimpinan Senior

Menurut George R. Terry dalam Wijono (1997), Kepemimpinan adalah upaya mempengaruhi orang lain untuk bekerja dengan penuh kemampuan untuk mencapai tujuan kelompok. Menurut Hafizurrachman (2007), "kepemimpinan merupakan salah satu fenomena yang paling mudah diobservasi tetapi menjadi salah satu hal yang paling sulit untuk dipahami". Richard L. Daft dalam Hafizurrachman (2007) kemudian mempermudah pemahaman dengan mendefinisikan kepemimpinan sebagai "sebuah hubungan yang saling mempengaruhi diantara pemimpin dan pengikut (bawahan) yang menginginkan perubahan nyata yang mencerminkan tujuan bersama".

Kepemimpinan mengarahkan organisasi melakukan perubahan ke arah perbaikan, intinya bagaimana seorang pemimpin mengarahkan organisasi bergerak pada rel yang telah ditentukan untuk mencapai tujuan bersama pada organisasi rumah sakit (Subanegara, 2005). Kepemimpinan bukanlah masalah *perifer*, tapi merupakan isu sentral untuk meningkatkan kinerja, mendesain ulang pelayanan, dan

membawanya ke arah keamanan yang lebih baik. Investasi dalam kepemimpinan merupakan intervensi dalam pelayanan kesehatan yang akan mendukung agenda perubahan ke arah yang lebih baik. Kepemimpinan yang baik akan menghasilkan pengikut yang cerdas yang akan membawa dampak bagi penampilan kerja organisasi (Shortell dan Kaluzny, 2007).

Kepemimpinan senior adalah kepemimpinan yang diperankan oleh level kepemimpinan tertinggi dalam suatu organisasi. Untuk organisasi rumah sakit, pemimpin senior adalah direktur beserta jajarannya, sedangkan untuk organisasi keperawatan ruangan diperankan oleh seorang kepala ruang. Kepala ruang harus mempunyai pemahaman bagaimana mengelola dan memimpin perawat pelaksana dalam mencapai tujuan suhan keperawatan yang berkualitas. Kepemimpinan kepala ruang merupakan sebuah proses untuk mengelola semua sumber daya yang ada di ruangan yang memungkinkan perawat pelaksana dapat menyelesaikan tugas dengan sebaik-baiknya.

Kepala ruang mempunyai tugas memimpin jalannya organisasi ruangan, merencanakan, mengorganisasikan, mengkoordinasikan, melakukan pembinaan dan mengevaluasi pelaksanaan perawat pelaksana sesuai dengan kebijakan dari kepala bidang keperawatan. Kepala ruang adalah seorang manajer perawat yang ditunjuk di di ruangnya. Menurut Grady dan Wilson (1995) dalam Soejitno (2000:182) tugas pokok manajer adalah:

1. Menyediakan iklim yang kondusif bagi staf untuk memiliki akuntabilitas terhadap pelayanan.
2. Memenuhi kebutuhan staf dalam hal sumber daya.
3. Menyediakan informasi yang dibutuhkan staf.

4. Memfasilitasi pemecahan masalah.
5. Meningkatkan keterampilan tim pelayanan.
6. Melancarkan hubungan dan keterkaitan antara sub sistem dan sistem dalam organisasi rumah sakit.
7. Mempersiapkan organisasi untuk perubahan di masa depan.

Disamping sebagai seorang manajer, kepala ruang juga berperan sebagai seorang pemimpin di ruangnya. Tidak sedikit kepala ruangan (manajer) yang tidak mempunyai jiwa pemimpin. Menurut George Terry dalam Wijono (1997), seorang pemimpin mempunyai kemampuan untuk mengembangkan kekuatan emosional dan rasional kepada para pengikutnya dalam mencapai tujuan yang dikehendaki. Berikut ini adalah perbedaan seorang pemimpin dan bukan pemimpin (Wijono, 1997).

**Tabel 2.1**  
**Perbedaan Pemimpin Dengan Bukan Pemimpin**

No	Seorang pemimpin	Bukan pemimpin
1.	Memberikan inspirasi kepada pengikutnya	Memaksa para pengikutnya
2.	Menyelesaikan pekerjaan dan mengembangkan pengikutnya	Menyelesaikan pekerjaan dengan jalan mengorbankan para pengikutnya
3.	Menunjukkan kepada para pengikutnya bagaimana cara melaksanakan pekerjaan	Menanamkan perasaan takut kepada pengikut melalui ancaman dan paksaan
4.	Menerima tanggung jawab	Menghindari tanggung jawab
5.	Memperbaiki kegagalan dalam hal mencapai tujuan	Menyatakan bahwa kesalahan terletak pada orang lain apabila terjadi kesalahan/kegagalan

Tidak sedikit seorang manajer yang tidak mempunyai kompetensi yang memadai sebagai seorang pemimpin. Akan sulit bagi rumah sakit untuk

meningkatkan kinerja karyawan, bila dipimpin oleh seorang manajer yang tidak cakap memimpin.

Menurut Walsh dan Smith, (2006), ada dua pendapat tentang kesuksesan seorang pemimpin dalam diri individu, yakni pendapat *the Nature Argument* dan *the Nurture Argument*. *Nature Argument* menyatakan bahwa variabilitas dalam keefektifan dan kesuksesan seorang pemimpin ditentukan oleh sifat dan pembawaan pada saat lahir atau berkembang pada masa awal kehidupan. Sedangkan *Nurture Argument* menyatakan bahwa kesuksesan pemimpin ditentukan oleh 3 hal yaitu:

1. kemampuan (*ability*)
2. keterampilan (*skill*)
3. perilaku (*behavior*)

#### 1. Perspective *Ability*

Stodgill (1974), Mann (1959) dan Alliger (1986) dalam Walsh dan Smith, (2006) menyimpulkan bahwa kemampuan (*abilities*) yang harus dimiliki seorang pemimpin adalah:

- a. *Intelligence* : meliputi persepsi umum, konseptual dan kemampuan menyelesaikan masalah
- b. *Articulateness* : kemampuan untuk mengungkapkan ide/pemikiran secara jelas dan tepat
- c. *Confidence* : Kepercayaan diri dan kepercayaan akan kemampuan kompetensi/kapasitas
- d. *Sociability* : Mempunyai kecenderungan dan kemampuan untuk mengembangkan hubungan antar pribadi

## 2. Perspective *Skill*

Katz (1955) dalam Walsh dan Smith (2006), menyatakan bahwa seorang pemimpin yang efektif mempunyai 3 keterampilan (*skill*) inti, yaitu:

- a. *Technical* : Kecakapan yang berhubungan dengan keterampilan organisasi untuk menghasilkan produk/jasa dan melayani pelanggan
- b. *Conceptual* : Keterampilan untuk mengidentifikasi, mendefinisikan dan memanipulasi sesuatu yang abstrak (untuk mempengaruhi orang lain menerima idenya)
- c. *Human* : Keterampilan yang mengacu pada interaksi dan pekerjaan dengan orang lain (mengajak/membujuk orang lain)

Kompetensi inti yang harus dimiliki seorang pemimpin berdasarkan tingkatan kepemimpinannya adalah (Walsh dan Smith, 2006):

**Tabel 2.2.**  
**Kompetensi Kepemimpinan Menurut Katz**

<b>Level Manajemen</b>	<b>Kemampuan <i>Technical</i></b>	<b>Kemampuan <i>Konseptual</i></b>	<b>Kemampuan <i>Human</i></b>
<i>Top Manajemen</i>	Rendah	Tinggi	Tinggi
<i>Midle-level management</i>	Sedang	Sedang	Tinggi
<i>Production Level Management</i>	Tinggi	Rendah	Tinggi

Kepala ruang adalah level kepemimpinan terendah dalam organisasi rumah sakit. Oleh karena itu, kemampuan yang dituntut adalah kemampuan teknis dan hubungan antar manusia yang tinggi dan tidak terlalu dituntut untuk memiliki keterampilan konseptual.

Sedangkan menurut Mumford and colleagues (2000) dalam Walsh dan Smith, (2006) kepemimpinan dikembangkan berdasarkan :

1. *individual attributes*
2. *skill*

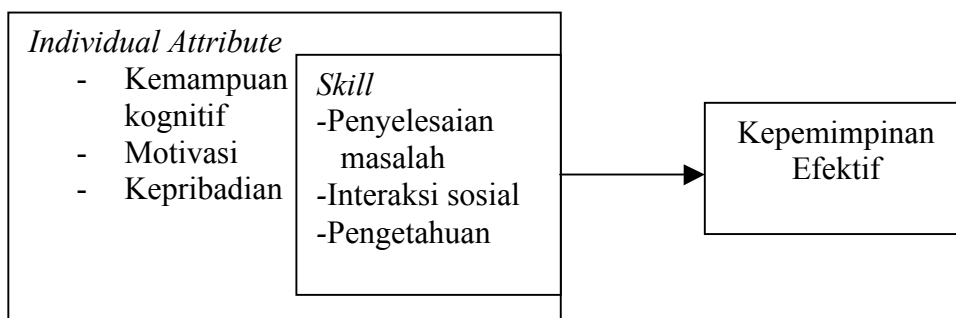
*Individual attributes* yang meliputi kemampuan kognitif, motivasi dan kepribadian, merupakan predisposisi terhadap pengembangan keterampilan (*skill*) yang menghasilkan perilaku kepemimpinan yang efektif. Kemampuan (*skill*) yang dimaksudkan Mumford hampir sama dengan Kantz, terdiri atas :

- a. *problem solving* : kemampuan untuk mengidentifikasi, memahami, menspesifikasi dan menyelesaikan masalah organisasi.
- b. *Social judgment* : kemampuan untuk memahami orang lain dan bagaimana berinteraksi dalam sistem sosial.
- c. *Knowledge* : kemampuan untuk mengumpulkan informasi dan mengorganisasinya ke dalam model mental/pemetaan

Kemampuan ini dapat dikembangkan melalui pembelajaran, pelatihan (*training*), pengalaman dan pembinaan. Berikut ini adalah model kepemimpinan yang efektif.

**Gambar 2.2.**

***Leadership Skills Model (Walshe dan Smith,2006)***



### 3. Perspektif *Behavioral/style perspective*

Perspektif ini memusatkan perhatian kepada: apakah seorang pekerja dapat mengkategorikan perilaku spesifik dari pemimpin berdasarkan atas 3 hal :

- a. *Leadership style*
- b. *Initiating structure*
- c. *Considerational*
- d. *Behavioral perspective*

*Leadership style* (kombinasi dari perilaku) yaitu bagaimana perbedaan *style* (gaya) kepemimpinan mempengaruhi kepemimpinan yang efektif. Lewin, Lippit and colleagues (1939) membagi 3 bagian *style of leadership* yaitu *autocratic*, *democratic* dan *laissez-faire*. *Democratic leader* mengkoordinasikan aktivitas dengan karyawan dan memfasilitasi kebanyakan pengambilan keputusan penting. *Autocratic leader* memberikan perintah kepada karyawan dan tidak melibatkan kelompok (bawahan) dalam membuat keputusan penting. Sedangkan *laissez-faire leader* (yang dalam penelitian adalah kepemimpinan yang terjadi secara mendadak) tidak memberikan perintah maupun tidak memberikan fasilitasi terhadap pengambilan keputusan.

Stodgill and Coons (1957) dalam Walshe and Smith, 2006) membedakan 2 dimensi perilaku pemimpin yaitu:

- a. *Initiating structure* : tingkatan dari pemimpin yang mendefinisikan dan mengatur bahwa pekerjaan harus dilaksanakan dan memfokuskan perhatian pada penyempurnaan tujuan yang dibuat pimpinan.



- b. *Consideration* : perilaku pemimpin yang memperhatikan kesejahteraan karyawan, menekankan pentingnya kepuasan kerja, memberikan penghargaan dan mencari masukan terhadap keputusan penting.

## 2.6. Tata Kelola (*Governance*)

Istilah tata kelola mengacu pada sistem manajemen dan kontrol yang diterapkan dalam pengelolaan organisasi (Sadikin, 2008:60). Kemunculan istilah tata kelola (*corporate governance*), didahului oleh istilah *governing body* atau *governance board* atau dewan penyantun di rumah sakit. *Governing body* atau dewan penyantun adalah sekelompok orang yang terorganisasi, dengan kewenangan kolektif mengendalikan dan membantu mengembangkan institusi, yang umumnya dikelola oleh eksekutif dan staf yang berkualifikasi (Jacobalis, 2006).

Pengertian *Corporate governance* secara umum adalah sistem yang berfungsi mengarahkan dan mengendalikan perusahaan. Mengarahkan artinya menetapkan pedoman, tujuan, sasaran yang harus dijalankan/dicapai pimpinan organisasi sesuai dengan falsafah, visi, misi dan tujuan yang ditetapkan. Mengendalikan artinya menjaga agar dalam menjalankan misi dan realisasi program kerja dan program anggaran yang sudah disetujui untuk mencapai tujuan dan sasaran, agar pimpinan organisasi bekerja dalam koridor kewenangan yang ditetapkan (Jacobalis, 2006)

Adapun asas-asas *good corporate governance* adalah;

1. Taat etika dan hukum
2. Akuntabilitas
3. Transparansi
4. Keterbukaan

5. Kejujuran
6. Kemandirian
7. Profesionalisme
8. Keadilan dan tanggung jawab sosial (Jacobalis, 2006)

Menurut Sjahrudin (2006), dalam menjalankan tata kelola organisasi rumah sakit, seorang pimpinan harus menjalankan *clinical governance*. Istilah tata kelola klinik atau *clinical governance* diperkenalkan secara resmi sebagai sebuah kebijakan pemerintah pada sistem kesehatan nasional di Inggris (UK-NHS) pada tahun 1997. Kata *clinical* berarti yang berhubungan dengan *clinic*. Klinik adalah tempat pasien menerima pertolongan pemeriksaan, tindakan dan nasehat medis. Klinik tidak hanya terkait dengan rumah sakit, tetapi terkait dengan pemberi pelayanan dasar seperti praktek dokter dan para medis. *Governance* menurut kamus Webster berasal dari kata *to govern*, yang dalam uraian lebih lanjut disamakan dengan *to direct, control and regulate by authority, to guide or influence, to restrain, check, keep under control, or regulate*.

Definisi *clinical governance* adalah “*a framework through which NHS organization are accountable for continuously improving the quality of their service, and safeguarding high standard of care by creating an environment which excellence in clinical care can flourish*”. *Clinical governance* merupakan suatu kerangka kerja dimana organisasi NHS bertanggung gugat (akuntabel) terhadap peningkatan mutu layanannya secara terus menerus dan menjamin standar mutu pelayanan yang tinggi dengan cara membangun lingkungan yang mendukung dimana layanan klinis akan berkembang (Jacobalis, 2001).

Definisi kerja dari tata kelola klinik adalah sebuah sistem yang membuat organisasi pelayanan kesehatan nasional menjadi dapat mempertanggung jawabkan mutu pelayanan secara terus menerus dan menjaga standar pelayanan yang tinggi dengan menciptakan lingkungan yang kondusif agar pelayanan klinikal yang unggul dapat berkembang subur (Sally dan Donaldson, 1998) dalam Sjahrudin (2006).

Dalam menjalankan tata kelola ruangan, kepala ruang dituntut untuk menjalankan tata kelola organisasi ruangnya sesuai dengan *clinical governance* meliputi akuntabilitas dalam manajemen dan asuhan layanan pasien, akuntabilitas keuangan, transparansi dalam kebijakan yang diambil, independensi dalam pelaksanaan pemeriksaan (audit), profesionalisme serta kejujuran.

## **2.7. Tanggung Jawab Sosial**

### **2.7.1. Perilaku Sesuai Etika dan Hukum**

Etik berasal dari bahasa Yunani, *ethos*, berarti budaya atau karakter. Etik memiliki dua arti dalam penggunaan umum, pertama, mengacu pada metode penyelidikan yang membantu manusia, suatu studi moralitas artinya bagaimana cara memandang atau menyelidiki isu tertentu mengenai perilaku manusia. Kedua, etik mengacu pada praktik keyakinan atau standar perilaku kelompok tertentu seperti dokter, perawat (Blais, 2002).

Moral adalah tolok ukur yang dipakai masyarakat untuk mengukur kebaikan seseorang. Dengan norma-norma moral seseorang betul-betul dinilai, tidak hanya dilihat dari segi peranan dan jabatannya saja, melainkan hakikatnya sebagai manusia. Etika berkaitan dengan moral. Kata moral mengacu pada baik buruknya seseorang sebagai manusia. Norma–norma moral adalah tolok ukur untuk menyatakan betul

salahnya sikap dan tindakan seseorang, dan bukan sebagai pelaku peran tertentu yang terbatas (Soejitno, 2000).

Pembahasan etika dan moralitas berkaitan dengan peraturan. Peraturan ada karena manusia memiliki kebebasan sehingga dibebani kewajiban moral. Binatang yang tindakannya ditentukan oleh naluri, tidak mengenal kewajiban dan tidak dapat dianggap bertanggung jawab, karena tidak memiliki kebebasan. Jadi moralitas manusia hanya ada karena manusia itu memiliki kebebasan (Soejitno, 2000).

Pada hakekatnya kebebasan manusia ada 2 macam, yaitu kebebasan sosial dan kebebasan eksistensial. Kebebasan sosial adalah kebebasan yang kita terima dari orang lain antara lain kebebasan jasmani, rohani dan kebebasan normatif (kebebasan dari kewajiban dan larangan). Kebebasan eksistensial merupakan kebebasan diri sendiri untuk menentukan tindakan kita sendiri. Kebebasan ini berakar dari kebebasan rohani dalam penugasan manusia terhadap batinnya, terhadap pikirannya dan kehendaknya. Oleh karena itu kebebasan seseorang juga adalah pembatasan kebebasannya dari kebebasan yang sama dari orang lain (Soejitno, 2000).

Cara pembatasan kebebasan dapat berupa paksaan, tekanan atau manipulasi, maupun kewajiban dan larangan. Pembatasan itu tidak boleh melebihi apa yang diperlukan untuk mencapai tujuan masyarakat secara keseluruhan. Agar pertanggung jawaban selalu dapat dituntut, pembatasan kebebasan sosial harus dilakukan secara terbuka dan terus terang. Masyarakat dan berbagai lembaga di dalamnya termasuk pemerintah dalam batas kewenangannya masing-masing berhak membatasi kebebasan manusia untuk kepentingan bersama (Soejitno, 2000).

Dalam organisasi profesi, kebebasan anggotanya diatur dalam kode etik profesi. Perilaku etika mengacu pada bagaimana setiap orang dalam profesi itu

memastikan bahwa dalam semua keputusan, tindakan dan interaksi sesuai dengan prinsip moral dan profesionalitas profesinya. Prinsip ini harus mendukung pelaksanaan seluruh hukum dan regulasi dan merupakan fondasi bagi budaya dan tata nilai. Prinsip ini membedakan benar dan salah. Dalam suatu organisasi, pemimpin harus berperan sebagai panutan (*rule models*) dimana prinsip ini diterapkan kepada seluruh individu yang terlibat dalam organisasi. Kadangkala ada juga organisasi yang memandang prinsip etikanya sebagai batasan dalam berperilaku. Suatu prinsip etika yang dirancang dan diartikulasikan dengan baik harus dapat memberdayakan orang dalam membuat keputusan yang efektif dengan tingkat kepercayaan yang tinggi (Soejitno, 2000).

Perilaku sesuai etika dan hukum juga diatur dalam organisasi profesi keperawatan. Sesuai dengan Kode Etik Keperawatan Indonesia, etika keperawatan yang harus dipunyai seorang perawat terhadap pasien (klien) adalah:

- a. Menghargai harkat dan martabat manusia, keunikan klien, tidak terpengaruh oleh pertimbangan kebangsaan, suku, warna kulit, umur, jenis kelamin, aliran politik agama dan kedudukan sosial.
- b. Memelihara suasana lingkungan yang menghormati nilai-nilai budaya, adat istiadat dan kelangsungan hidup beragama klien.
- c. Memiliki tanggung jawab utama terhadap orang yang memerlukan asuhan keperawatan.
- d. Wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahui sehubungan dengan tugasnya kecuali jika diperlukan oleh pihak yang berwenang sesuai ketentuan hukum (Hidayat, 2007:22).

Menurut Nursalam (2006:13), masalah etika keperawatan yang berkembang di Indonesia saat ini adalah dikarenakan:

- a. Dasar-dasar moral yang makin memudar; antara lain karena kurangnya contoh dari geerasi yang lebih tua serta contoh dalam masyarakat.
- b. Lemahnya dasar dan sendi agama; agama merupakan landasan kuat dan mendasar dalam moral dan etika.
- c. Nilai moral dan etika saat ini kadang tidak mungkin dapat diterapkan pada masa sekarang. Nilai dan etik kadang dianggap menghambat perkembangan kemajuan ilmu dan teknologi, dan cenderung lebih mengagungkan ilmu.
- d. Terfragmentasinya pelayanan keperawatan dikarenakan perkembangan spesialisasi profesional yang menyebabkan pasien dianggap sebagai objek dengan pelayanan yang tidak paripurna.
- e. Globalisasi yang menyebabkan orientasi sosial layanan kesehatan beralih fungsi menjadi bisnis.
- f. Meningkatnya kesadaran masyarakat akan hak-haknya, menyebabkan masyarakat menggunakan pengacara terhadap kelalaian dalam pemberian pelayanan.

Kepala ruangan, harus memastikan pelaksanaan etika keperawatan dlm organisasi ruangnya dan berperan sebagai pemberi contoh atau panutan bagi pelaksanaan perilaku sesuai hukum dan etika terhadap perawat di ruangnya.

### **2.7.2. Tanggung Jawab Sosial**

Pelaksanaan tanggung jawab dalam diri seseorang didasari oleh suara hati. Suara hati adalah kesadaran moral manusia dalam situasi konkret. Kita sadar akan apa yang sebenarnya dituntut dari kita. Meskipun berbagai pihak mengatakan kepada

kita akan apa yang kita lakukan, namun pada hakikatnya kitalah yang tahu apa yang harus kita lakukan. Jadi secara moral, kita akhirnya harus memutuskan sendiri apa yang akan kita lakukan (Soejitno, 2000).

Setiap manusia dalam hatinya memiliki suatu kesadaran tentang apa yang menjadi tanggung jawab dan kewajibannya. Dia sadar bahwa berapa pun biayanya, disetujui atau tidak oleh panutan dan ideologinya maupun lingkungan, dia selalu wajib mengambil sikap yang sudah menjadi kewajiban dan tanggung jawab kita. Nilai kita sebagai manusia tergantung pada ketaatan kita kepada suara hati. Jika kita tidak berani mengikuti suara hati, kita akan merasa bersalah atau menyesal yang berarti nilai diri kita berkurang (Soejitno, 2000:33).

Ada dua pendekatan dasar terhadap konsep tanggung jawab sosial perusahaan, yaitu secara mikro, menunjukkan bahwa perusahaan mereka tanggap secara sosial, dan secara makro, dengan mengaitkannya dengan tujuan sosial suatu negara. Menurut Ackerman, menyatakan bahwa ketanggapan sosial harus menjadi tujuan ikhtiar sosial setiap perusahaan. Menurutnya, terdapat 3 tahap yang harus dilalui setiap perusahaan guna mengembangkan tanggapan terhadap isu-isu sosial. Pada tahap 1, manajer puncak mempelajari masalah sosial yang ada. Pada tahap 2, perusahaan mengangkat staf spesialis atau memperkerjakan konsultan luar untuk mempelajari masalah itu dan mengusulkan cara menghadapinya. Tahap 3, perusahaan memadukan kebijaksanaan itu ke dalam operasi perusahaan. Namun aplikasinya sering lamban sehingga memaksa pemerintah atau pendapat umum memaksa perusahaan harus bertindak (Stoner dan Freeman, 1999).

Lee Preston dan James Post mengemukakan bahwa perusahaan dan masyarakat berinteraksi dengan dua cara berbeda. Hubungan primer perusahaan yaitu

hubungannya dengan pelanggan, karyawan, pemegang saham dan pemberi kredit hubungan yang berorientasi pasar. Apabila hubungan ini menyebabkan masalah sosial (dan) hubungan sekunder (bukan pasar) seperti hukum dan moralitas mulai mengambil peran (Stoner dan Freeman,1999).

Carrol (1979) dalam Stoner dan Freeman (1999) mengatakan bahwa gagasan mengenai tanggung jawab sosial perusahaan erat kaitannya dengan dasar filosofis dari tindakan sosial, dasar kelembagaan (perusahaan dan pemerintah) dan akibat-akibatnya bagi kebijaksanaan sosial. Dengan kata lain gagasan mengenai tanggung jawab sosial berhubungan dengan prinsip sosial, proses sosial dan kebijaksanaan sosial yang di jadikan menjadi satu teori oleh Carol yaitu tentang “prestasi sosial perusahaan”. Pada tahap mikro, prestasi sosial perusahaan mengacu pada hubungan antara perusahaan dengan lingkungannya, sedang pada tahap makro, perusahaan menggunakan tanggung jawab sosial itu sebagai dasar filosofis, sebagai titik tolak keterlibatan sosial perusahaan yang secara ekonomis, hukum dan etis digunakan untuk menciptakan kontrak sosial antara perusahaan dengan masyarakat karena memungkinkan perusahaan bertindak sebagai agen moral. Dan masyarakatlah yang akan menentukan prinsip sosial mana yang mengikat perusahaan (Stoner dan Freeman,1999).

Dalam organisasi rumah sakit, pemimpin di rumah sakit perlu menekankan tanggung jawabnya kepada publik dan perlu berperilaku yang baik sebagai anggota masyarakat. Pemimpin organisasi harus menjadi panutan bagi organisasinya dalam menfokuskan diri kepada etika dan perlindungan atas kesehatan masyarakat, keselamatan dan lingkungan termasuk operasionalisasi rumah sakit. Pemimpin rumah sakit mempunyai tanggung jawab sosial kepada masyarakat dan berperilaku



yang baik sebagai anggota masyarakat, mengantisipasi dampak buruk terhadap operasi rumah sakit, mencegah timbulnya masalah dan memberikan respon yang tulus jika terjadi masalah. Dalam menjalankan organisasi rumah sakit, rumah sakit harus mempertimbangkan dampak operasional, dampak proses pelayanan terhadap masyarakat, serta ikut ambil bagian untuk berkontribusi mengembangkan masyarakat dan kesehatan masyarakat (Hertz, 2007, Sadikin, 2008:20).

Dalam organisasi manajemen keperawatan, perawat juga dituntut untuk mempunyai tanggung jawab sosial. Perawat memiliki tanggung jawab terhadap keputusan yang diambil meliputi tindakan keperawatan, biaya, hasil akhir dan manfaat dari pelayanan keperawatan yang berkaitan dengan efektivitas, efisiensi, kemanusiaan dan pemerataan (Soejitno, 2000:25). Tanggung jawab sosial perawat diatur dalam Kode Etik Keperawatan Indonesia meliputi tanggung jawab terhadap klien, terhadap praktik, tanggung jawab terhadap masyarakat, teman sejawat dan profesi keperawatan. Tanggung jawab itu meliputi pemberian asuhan paripurna (biopsikososial, mental dan spiritual) kepada klien sebagai tugas pokoknya, menghargai kepercayaan, nilai-nilai dan kebiasaan klien, mempertahankan standar asuhan keperawatan yang tinggi, memprakarsai dan mendukung berbagai kegiatan guna memenuhi kebutuhan masyarakat, memelihara hubungan baik sesama perawat dan tenaga kesehatan lainnya, partisipasi dalam pengembangan pendidikan keperawatan, berperan aktif dalam organisasi profesi guna demi terwujudnya asuhan keperawatan yang bermutu tinggi (Hidayat, 2007).

## 2.8. Mutu Pelayanan

Pengertian mutu sulit untuk dapat dirumuskan karena setiap orang yang terlibat dalam pelayanan kesehatan mempunyai pandangan yang berbeda. Hal ini tergantung dari tingkat pendidikan, pengetahuan, pengalaman, lingkungan dan tingkat kepentingan serta penggunaan standar/karakteristik yang berbeda dalam penilaian mutu. Penilaian mutu menurut pasien/konsumen, pemberi pelayanan kesehatan, penyanggah dana, masyarakat ataupun pemilik sarana pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh faktor subyektifitas dan kepentingan mereka (Imbalo SP 2003; Azrul A. 1994; Djoko Wijono 1999 dalam Saputra 2008). Beberapa pandangan mutu dari berbagai pihak antara lain

a. Menurut pemakai jasa pelayanan kesehatan (Pasien/masyarakat)

Pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan dimensi ketanggapan, rasa empati dan respek petugas dalam memenuhi kebutuhan yang dirasakannya, diberikan dengan cara yang sopan santun, ramah dan tepat waktu pada saat dibutuhkannya serta dapat menyembuhkan penyakit yang sedang dideritanya.

b. Menurut penyelenggara pelayanan kesehatan (Petugas kesehatan)

Pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan prosedur kerja dan kebebasan profesi dalam melakukan pelayanan kesehatan terhadap kebutuhan pasien secara profesional sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan keterampilan dalam menggunakan kemajuan teknologi yang sesuai dengan standar yang baik.

c. Menurut Penyanggah Dana

Penggunaan sumber daya yang ada secara efisien dan efektif dalam pemberian pelayanan kesehatan dan biaya pelayanan kesehatan yang wajar serta peningkatan kemampuan pemberi pelayanan kesehatan dalam menurunkan angka

kesakitan melalui promosi kesehatan sehingga dapat mengurangi kerugian penyandang dana pelayanan kesehatan.

d. Menurut Pemilik Sarana Pelayanan Kesehatan

Pemberian pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan yang profesional sesuai dengan prosedur pelayanan yang dapat meningkatkan pendapatan sarana pelayanan sehingga dapat menutupi biaya operasional dan pemeliharaan sarana pelayanan dengan penggunaan sumber yang efisien dan efektif, tanpa adanya keluhan dari pengguna pelayanan.

e. Menurut Administrator Pelayanan Kesehatan

Walaupun secara tidak langsung berhubungan dengan pelayanan kesehatan, tetapi fungsi supervisi sangat memegang peranan yang penting dalam hal pemenuhan kebutuhan pelayanan sehingga dapat memenuhi harapan dari pelanggan/pasien dan terhadap pemberi pelayanan (Imbalo SP 2003; Azrul A 1994; Djoko Wijono 1999 dalam Saputra 2008).

Mutu asuhan kesehatan yaitu, derajat dipenuhinya standar profesi yang baik dalam pelayanan pasien, dan terwujudnya hasil-hasil atau *outcome* seperti yang diharapkan menyangkut asuhan pasien, diagnosa, prosedur atau tindakan masalah klinis (Wijono, 1997: 237). Dalam memberikan mutu asuhan keperawatan yang tinggi, harus diciptakan iklim kerja yang menunjang yang berpedoman kepada standar asuhan keperawatan. Menurut Loveridge dan Cumming (1996) dalam Suyanto (2008), standar merupakan aturan dan prosedur yang menuntut perilaku staf dalam bekerja. Menurut Murray dan DiCroce (1997) dalam Suyanto (2008), standar dalam keperawatan terdiri atas:

- a. Standar struktur (*structure standards*); meliputi standar peraturan, fasilitas dan tenaga keperawatan.
- b. Standar proses (*process standards*); yaitu standar praktek keperawatan dan standar asuhan keperawatan yang disusun oleh Depkes RI.
- c. Standar hasil (*outcome standards*); yaitu standar hasil yang diharapkan dari pemberian pelayanan keperawatan pasien. Penggunaan standar keperawatan diperlukan agar dapat diketahui upaya mutu pelayanan yang diberikan dan dapat membatasi kemungkinan kelalaian (Gillies, 1994).

## 2.9. Malcolm Baldrige dan Kriteria Baldrige

Malcolm Baldrige adalah Menteri Perdagangan Amerika Serikat (AS) ke-26 sejak tahun 1981 sampai ia tewas karena kecelakaan pada tahun 1987. Ia merupakan penganjur manajemen mutu sebagai kunci bagi kemakmuran dan kekuatan jangka panjang Amerika. Melalui kepemimpinannya yang agresif, didorong oleh persaingan ketat dari serangan produk Jepang yang notabene adalah negara yang ditaklukkannya pada perang dunia kedua lebih dari 30 tahun yang lalu. Jepang dapat bangkit membangun ekonomi negaranya justeru dari bantuan ahli dari Amerika yaitu Joseph M. Juran (*Managing for Quality*) dan W. Edwards Deming (*Statistical Quality Control*), yang memberikan pelatihan terstruktur tentang manajemen mutu di Jepang (Sadikin, 2008).

Didorong oleh hal diatas, maka Malcolm Baldrige menciptakan kriteria keunggulan perusahaan yang meliputi aspek secara holistik dengan diciptakannya beberapa kriteria yang dikenal dengan Kriteria Baldrige. Akhirnya pada tahun 1987, Presiden Amerika kala itu menandatangani dan mensahkan undang-undang (*public*

*law*) dan disusunlah kriteria *Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA)* yang sasarannya untuk mendorong perusahaan industri dan bisnis Amerika mempraktekkan pengendalian mutu yang efektif dalam menyediakan barang dan jasa (Sadikin, 2008).

Pada mulanya *MBNQA* disusun untuk perusahaan bisnis *manufacture*, namun pada tahun 1999 disusunlah kriteria Baldrige untuk institusi layanan kesehatan. *Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA)* untuk institusi layanan kesehatan terdiri atas tujuh kriteria yang saling berhubungan untuk mencapai kinerja unggul.

Tujuh Kriteria *MBNQA* itu adalah,

1. Kepemimpinan (*Leadership*)
2. Perencanaan Strategis (*Strategic Planning*)
3. Fokus Pasien, Pelanggan lainnya dan Pasar (*Focus on Patients, Other Customers and Markets*)
4. Pengukuran, Analisis dan Manajemen Pengetahuan (*Measurement, Analysis, and Knowledge Management*)
5. Fokus Karyawan (*Workforce Focus*)
6. Manajemen Proses (*Process Management*)
7. Hasil (*Results*)

Kriteria Malcolm Baldrige dibangun atas dasar sekumpulan tata nilai dan konsep inti (*core values and concept*) yang berkaitan erat satu dengan lainnya. Tata nilai dan konsep inti ini melekat pada keyakinan dan perilaku yang ada di organisasi berkinerja tinggi. Tata nilai dan konsep inti tersebut merupakan fondasi untuk mengintegrasikan persyaratan bisnis utama ke dalam suatu kerangka kerja

berorientasi hasil-hasil (*result oriented frame waork*) yang kemudian dijadikan bisnis untuk bertindak dan memberi atau menerima umpan balik. Kriteria Baldrige dibangun atas sebelas tata nilai dan konsep inti. Yang untuk organisasi layanan kesehatan, yaitu (Hertz,2007);

1. Kepemimpinan yang visioner(*visionary leadership*)
2. Fokus pada pasien (*Patient focus excellence*)
3. Pembelajaran personal dan organisasi (*Personal and organizational learning*)
4. Memberikan nilai kepada staf dan partner (*valuing staff and partner*)
5. Kegesitan (*agility*)
6. Fokus pada masa depan (*focus on the future*)
7. Memimpin dengan inovasi (*leading by innovation*)
8. Manajemen berdasarkan fakta (*managemnt by fact*)
9. Tanggung jawab sosial dan kesehatan masyarakat (*social responsibility and community health*)
10. Fokus pada penciptaan hasil dan nilai (*focus on result and value*)
11. Perspektif sistem (*system perspective*)

Kepemimpinan yang visioner (*visionary leadership*) menekankan bahwa pemimpin senior dalam organisasi harus menetapkan arah organisasi dan menciptakan focus pada pelanggan, menciptakan tata nilai yang jelas serta nyata dan menciptakan ekspektasi. Arah organisasi, tata nilai dan ekpektasi tersebut harus menyeimbangkan kebutuhan semua pihak yang berkepentingan (*stakeholder*). Pemimpin perlu menciptakan strategi, sistem dan metode untuk mencapai keunggulan, membangkitkan inovasi dan membina pengetahuan dan kapabilitas

serta memastikan keberlanjutan organisasi. Tata nilai dan strategi harus dapat menjadi tuntunan bagi seluruh aktivitas dan keputusan yang diambil organisasi.

Pemimpin senior harus mampu memberikan inspirasi, motivasi seluruh karyawan serta mendorong seluruh karyawan untuk berkontribusi, berkembang dan belajar, inovatif serta kreatif. Pemimpin senior harus bertanggung jawab kepada dewan penyantun (badan tata kelola atau *governing board*) atas segala tindakan dan kinerjanya. Badan tata kelola pada akhirnya harus bertanggung jawab kepada semua *stakeholder* atas etika, tindakan, kinerja organisasi dan para pemimpin seniornya. Pemimpin senior juga harus bertindak sebagai panutan (*role models*) melalui perilakunya yang etis (Gasperz, 2007).

Pemimpin senior terlibat secara aktif dalam perencanaan, komunikasi, pembimbingan dan pengembangan calon pemimpin masa depan, meninjau kinerja organisasi dan memberikan pengakuan (penghargaan) kepada karyawan. Mereka dapat memperkuat etika, tata nilai dan ekspektasi sambil membangun kepemimpinan, komitmen dan inisiatif seluruh organisasi.

Kategori Kepemimpinan menunjukkan bagaimana pemimpin senior membimbing dan mempertahankan organisasi, menetapkan visi, tata nilai dan ekspektasi kinerja organisasi. Perhatian diberikan kepada bagaimana pemimpin senior berkomunikasi dengan para tenaga kerja, mengembangkan pemimpin masa depan, mengukur kinerja organisasional, dan menciptakan lingkungan yang mendorong perilaku etis dan kinerja tinggi. Kategori ini juga meliputi sistem tata kelola organisasi dan bagaimana memastikan perilaku beretika, tanggung jawab sosial serta praktek sebagai warga negara yang baik.

Sistem kepemimpinan (*leadership system*) mengacu kepada bagaimana kepemimpinan dilaksanakan, baik formal maupun informal diseluruh organisasi sebagai basis dan cara untuk dibuatnya keputusan kunci, dikomunikasikan dan dilaksanakan. Di dalamnya termasuk struktur dan mekanisme pengambilan keputusan, pemilihan dan pengembangan pemimpin dan manajer, penguatan tata nilai, arah dan ekspektasi kinerja (Hertz,2007, Sadikin,2008).

Sistem kepemimpinan yang efektif menghargai kapabilitas dan persyaratan anggota tenaga kerja dan *stakeholder* lainnya, dan menentukan ekspektasi yang tinggi bagi kinerja dan perbaikan kinerja. Sistem ini membangun loyalitas dan kerjasama tim berbasis visi dan tata nilai organisasi serta menuju pencapaian tujuan organisasi. Sistem ini mendukung inisiatif serta pengambilan resiko yang memadai, menata organisasi sesuai tujuan dan fungsi dan menghindari rantai komando yang terlalu panjang. Dalam suatu sistem kepemimpinan yang efektif, termasuk di dalamnya ada mekanisme bagi para pemimpin melakukan uji mandiri, menerima umpan balik dan perbaikan (Hertz, 2007, Sadikin,2008)

## 2.10. Kinerja

### 2.10.1 Definisi Kinerja

Kinerja merupakan istilah yang berasal dari *job performance* atau *actual performance* yang artinya prestasi kerja atau prestasi sesungguhnya yang dicapai oleh seseorang dalam pekerjaannya (Mangkunegara,2007). Menurut Helfert dalam Hafizurrachman (2007) kinerja merupakan suatu tampilan keadaan secara utuh organisasi selama periode waktu tertentu, dan merupakan hasil atau prestasi yang



dipengaruhi oleh kegiatan operasional untuk memanfaatkan sumber daya yang dimiliki.

Kinerja merujuk pada sebagian atau seluruh tindakan atau aktivitas suatu organisasi pada suatu periode dengan menunjuk pada sejumlah standar, seperti biaya-biaya masa lalu atau yang diproyeksikan dengan dasar efisiensi (Hafizurrachman (2007). Sedangkan menurut Ilyas (2000) kinerja adalah penampilan hasil kerja personel baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi. Kinerja juga dapat dihubungkan dengan efektivitas suatu fungsi. Efektif artinya mengacu pada seberapa jauh suatu proses atau ukuran menjawab tujuan yang diinginkan. Menentukan efektivitas memerlukan (1) evaluasi seberapa jauh suatu pendekatan selaras dengan kebutuhan organisasi dan (2) evaluasi atas ukuran yang digunakan.

Istilah kinerja (*performance*) juga mengacu kepada hasil *output* dan *outcome* yang diperoleh dari proses, produk dan layanan yang memungkinkan evaluasi dan perbandingan dengan tujuan, standar, hasil masa lalu dan organisasi lain. Kinerja dapat merupakan penampilan individu maupun kelompok kerja dan dapat disajikan dalam istilah finansial dan non finansial. Kinerja non finansial salah satu contohnya adalah kinerja manajemen atau kinerja kepemimpinan. Untuk organisasi bisnis, kinerja kepemimpinan masih jarang dilakukan pengukuran, tidak seperti kinerja karyawan (Ilyas, 2000).

Deskripsi kinerja menyangkut 3 komponen penting yaitu tujuan, ukuran dan penilaian. Tujuan akan memberikan arah dan mempengaruhi bagaimana seharusnya perilaku kerja yang diharapkan organisasi terhadap personel. Ukuran menentukan apakah seorang personel telah mencapai kinerja yang diharapkan. Untuk itu, ukuran kuantitatif dan kualitatif standar kinerja untuk setiap tugas dan jabatan personel

memegang peranan penting. Sedangkan penilaian harus dilakukan secara reguler hingga dapat dikaitkan dengan proses pencapaian tujuan kinerja secara personel (Ilyas, 2000). Kinerja kepemimpinan menunjukkan aktivitas kepemimpinan pada suatu periode tertentu yang diproyeksikan dengan dasar efektivitas kepemimpinan.

### 2.10.2. Model Teori Kinerja

Di dalam organisasi, sejumlah orang harus memainkan peranan sebagai pemimpin sedangkan yang lainnya sebagai pengikut. Tenaga kerja profesional adalah sumber daya terbaik suatu organisasi sehingga evaluasi kerja mereka menjadi suatu variabel yang penting bagi efektivitas organisasi. Tenaga profesional mewakili *knowledge workers* biasanya kritis terhadap inovasi dan produktivitas organisasi. Mereka adalah penangkap informasi penting, perancang bagi produk-produk dan sistem baru, pengendali produktivitas dan profitabilitas organisasi (Drucker, 1994 dalam Ilyas, 2002).

Dalam organisasi pelayanan kesehatan, sangatlah penting untuk memiliki instrumen penilaian kinerja yang efektif bagi tenaga kerja profesional. Proses evaluasi kinerja bagi profesional menjadi bagian terpenting dalam upaya manajemen untuk meningkatkan kinerja organisasi yang efektif. Untuk meningkatkan kinerja tenaga profesional di rumah sakit dibutuhkan seorang pimpinan dengan standar kepemimpinan yang mumpuni, artinya kinerja kepemimpinannya juga baik. Bagaimanapun, kinerja kepemimpinan yang baik akan menciptakan anak buah yang cerdas yang secara keseluruhan akan berdampak bagi kinerja organisasi (Shortell and Kaluzny, 2007).

### 2.10.3. Manfaat Pengukuran Kinerja

Banyak hal yang dapat diketahui oleh manajer dari pengukuran kinerja perusahaan di antaranya ada minimal empat hal pokok (Willy S, 2002 dalam Saputra, 2008) :

1. Pengukuran untuk mengecek posisi kinerja

Manajer harus mengetahui pada posisi dimana kinerja organisasinya berada saat ini, sebelum menuju kinerja yang diinginkan.

2. Pengukuran untuk mengkomunikasikan posisi kinerja

Hasil pengukuran kinerja harus disampaikan kepada semua karyawan agar mereka termotivasi dalam meningkatkan kinerja organisasi.

3. Pengukuran untuk menetapkan prioritas tindakan

Di dalam melakukan tindakan peningkatan kinerja organisasi harus ditekankan kepada bagian yang mempunyai dampak yang besar dalam meningkatkan kinerja organisasi.

4. Pengukuran untuk memacu prestasi

Hasil pengukuran kinerja berguna untuk meningkatkan semangat untuk berprestasi untuk mengejar ketinggalan yang dialami guna mengalahi kinerja pesaing.

### 2.10.4. Metode Pengukuran Kinerja

Ada beberapa metode untuk pengukuran kinerja (Ilyas, 2000);

1. Penilaian kinerja sendiri (*self assesment*)

Ada dua teori yang menyarankan penilaian sendiri yaitu teori kontrol dan interaksi simbolik. Teori kontrol oleh Carver dan Scheiner (1981), menyatakan bahwa individu harus melakukan 3 tugas untuk mencapai tujuan mereka, yaitu;

(1) menetapkan standar untuk perilaku mereka, (2) mendeteksi perbedaan antara perilaku mereka dan standarnya (umpan balik) dan, (3) berperilaku sesuai dan layak untuk mengurangi perbedaan ini. Selanjutnya individu disarankan untuk melihat apa dan bagaimana mereka mencapai tujuan mereka. Dengan pengenalan terhadap kesalahan yang dilakukan, mereka mempunyai kesempatan untuk melakukan perbaikan.

Teori interaksi simbolik menyatakan bahwa bagaimana mengembangkan konsep sendiri dan membuat penilaian sendiri berdasarkan kepercayaan sendiri tentang bagaimana orang lain memahami dan mengevaluasi kita (Edward dan Klockars, 1981; Mead, 1934). Teori ini juga menyebutkan akan pentingnya memahami pendapat orang lain terhadap perilaku sendiri. (Ilyas, 2000)

Penilaian sendiri adalah pendekatan yang paling umum digunakan untuk mengukur dan memahami perbedaan individu. Penilaian sendiri biasanya digunakan pada bidang manajemen sumber daya manusia, salah satunya adalah untuk mengukur perilaku kepemimpinan, penilaian kinerja dan lainnya. Disamping mempunyai beberapa kelebihan (mudah, murah, cepat) penilaian sendiri mempunyai beberapa kelemahan antara lain kecenderungan untuk memberikan skor tinggi pada item penilaian, kecenderungan untuk memberi skor pada nilai tertentu, misalnya pada nilai tengah (*error of central tendency*) yang mengakibatkan hampir setiap orang dinilai rata-rata. Kekurangan lainnya adalah adanya bias personal dimana nilai, budaya, cemburu dan harapan personal ikut menentukan penilaian yang mengakibatkan terjadinya distorsi.

## 2. Penilaian 360 derajat

Pengembangan terakhir dari penilaian sendiri disebut penilaian 360 *degree assesment*. Data penilaian merupakan nilai kumulatif dari tiga kelompok penilai, sehingga memberikan hasil yang lebih baik. Hasil penilaian ini diharapkan dapat mengurangi kemungkinan terjadinya kerancuan bila penilaian kinerja hanya dilakukan oleh penilaian sendiri saja. Pada teknik ini dilakukan penilaian silang dari bawahan, mitra, dan atasan personel (Beatty, 1993 dalam Ilyas 2002).

Penilaian atasan dilakukan terhadap kinerja bawahan. Penilaian mitra kerja dilakukan pada kelompok kerja yang memiliki otonomi kerja yang tinggi. Penilaian mitra dilakukan oleh seluruh anggota kerja kelompok. Penilaian bawahan dilakukan oleh bawahan terhadap atasannya.

Penilaian bawahan terhadap kinerja personel terutama dilakukan dengan tujuan untuk pengembangan dan umpan balik terhadap atasan. Bila penilaian ini digunakan untuk administratif dan evaluasi, menentukan tingkat gaji dan promosi maka penilaian ini kurang mendapat dukungan. Libbey-Oweth-Ford (LOF) melakukan suatu program penilaian bawahan terhadap manajer dalam rangka perencanaan dan penilaian kinerja manajer. Program ini meminta kepada manajer untuk dapat menerima penilaian bawahan sebagai umpan balik atas kemampuan manajemen mereka. Umpan balik bawahan berdasarkan kriteria sebagai berikut: pencapaian perencanaan kinerja strategik, pencapaian komitmen personel, penetapan tujuan kerja unit, negosiasi tujuan kinerja individual dan standar, observasi kinerja personel, dokumentasi kinerja personel, umpan balik dan pelatihan personel, pelaksanaan penilaian kinerja dan imbalan kerja. Temuan yang menonjol dari usaha LOF ini adalah terdapatnya peningkatan keterampilan atasan dalam melatih

bawahan, setelah dilakukan penilaian oleh bawahan. Atasan diharapkan dapat mengubah perilaku manajemen sesuai dengan harapan bawahan. Sistem kontrol ini menolong atasan untuk meningkatkan kinerja manajemen sesuai dengan umpan balik bawahan terhadap kinerja yang diharapkan. Walaupun demikian, penilaian bawahan masih jarang dilakukan di dunia bisnis (Miner and Crane, 1995 dalam Ilyass, 2002)

Mabe dan West menemukan korelasi yang rendah antara penilaian sendiri dan penilaian lainnya, termasuk penyelia dan mitra kerja. Selanjutnya Thornton (1980) menunjukkan bahwa pandangan pribadi individu tentang kinerja adalah berbeda nyata dengan pandangan orang lain tentang kinerja individu tersebut. Tampaknya terjadi perbedaan antara penilaian sendiri dan penilaian lainnya, khususnya pada studi yang ditujukan untuk penilaian kinerja atau kepemimpinan (Ilyas, 2002)

#### **2.10.5. Pengukuran Kinerja Kepemimpinan**

Pengukuran kinerja kepemimpinan dapat didasarkan pada kerangka konseptual kepemimpinan organisasi layanan kesehatan yang dibuat oleh *National Health Service* (NHIS, Amerika). Pada awalnya kerangka konsep ini ditujukan untuk *chief executive* di NHS, namun kemudian diadaptasi untuk melingkupi peranan kepemimpinan lainnya. Kerangka konsep ini terdiri dari 3 dimensi dan 15 skala yang pengaruhnya terlihat dengan cukup nyata terhadap keberhasilan kepemimpinan dan dapat memandu para manajer untuk menjadi pemimpin yang lebih efektif, sebagai berikut:

**Gambar. 2.3. Kerangka Konsep Kualitas Kepemimpinan NHS**  
**Sumber: Shortell dan Kaluzny (2006)**

<p><b><i>Setting direction</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Seizing the future</i></li> <li>- <i>Intellectual flexibility</i></li> <li>- <i>Broad scanning</i></li> <li>- <i>Political astuteness</i></li> <li>- <i>Drive for results</i></li> </ul>	<p><b><i>Personal qualities</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Self belief</i></li> <li>- <i>Self-awareness</i></li> <li>- <i>Self-management</i></li> <li>- <i>Drive for improvement</i></li> <li>- <i>Personal integrity</i></li> </ul>	<p><b><i>Delivering the service</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Leading change through people</i></li> <li>- <i>Holding to account</i></li> <li>- <i>Empowering others</i></li> <li>- <i>Effective and strategic influencing</i></li> <li>- <i>Collaborative working</i></li> </ul>
---	--	---

Dalam menetapkan arahan, pemimpin meraih masa depan, mempunyai fleksibilitas intelektual, pengamatan yang luas, kecakapan politik dan berorientasi hasil. Secara personal, pemimpin mempunyai kepercayaan diri, kesadaran diri, manajemen diri, membawa ke arah peningkatan dan mempunyai integritas personal. Dalam pemberian pelayanan, memimpin perubahan, menguasai keuangan, memberdayakan orang lain, mempengaruhi orang lain secara efektif dan penuh strategi serta mampu bekerja sama (Shortell, Kaluzny, 2007).

Hafizurrachman (2007) menyatakan bahwa kinerja adalah penampilan kerja yang dicapai oleh seseorang dalam melaksanakan tugasnya untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan dengan indikatornya adalah 1) Penampilan kerja berdasarkan sasaran, 2) Unjuk kerja yang mengikuti prosedur, 3) Berinisiatif dalam bekerja, 4) Menyelesaikan tugas pokok, 5) Memberikan umpan balik.

## BAB 3

### GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT KARYA BHAKTI

#### 3.1. Profil Rumah Sakit Karya Bhakti

Nama	: Rumah Sakit Karya Bhakti
Alamat	: Jalan Dr. Sumeru No. 120 Bogor 16111
	Telp. : (0251) 8312292 (hunting)
	Fax. : (0251) 8371001
	Web. : <a href="http://www.rskaryabhakti.co.id">www.rskaryabhakti.co.id</a>
Tanggal pendirian	: 14 Agustus 1984
Ijin Usaha	: Surat Ijin Penyelenggaraan RS Kepmenkes RI No. : HK.07.06/III/1899/08 Tentang Pemberian Ijin Penyelenggaraan Perpanjangan (IV) berlaku 5 tahun 29 Mei 2008 s.d 29 Mei 2013
Bidang Usaha	: Pelayanan Jasa Kesehatan
Tipe Rumah Sakit	: RS Swasta kelas Madya
Jumlah Tempat Tidur	: 196 TT
Standar Pelayanan	: Depkes Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit No. HK.00.06.3.5.2605
Status Akreditasi	: Penuh Tingkat Lanjut (12 Pelayanan)
Wilayah Kerja	: Bogor & Sekitarnya (6 Kecamatan, 68 Kelurahan)



### 3.2. Sejarah Rumah Sakit

Pada tahun 1980, Walikotamadya Kepala Daerah Tingkat II Bogor bermaksud membangun rumah sakit umum. Maka di atas tanah Pemda seluas 5 hektar di daerah Cilendek Kelurahan Menteng Kecamatan Bogor Barat didirikan bangunan seluas 990 M<sup>2</sup> sebagai unit gawat darurat. Namun, oleh karena keterbatasan berbagai hal, rencana tersebut tidak dapat diwujudkan yang berakibat terbengkalainya gedung dan lahan tersebut.

Kesulitan yang dihadapi Pemda Kodya Bogor tersebut diantisipasi oleh pihak Yayasan Karya Bhakti. Sejalan dengan misinya, Yayasan Karya Bhakti ingin turut berpartisipasi dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat kota Bogor dan sekitarnya. Partisipasi ini diwujudkan dalam bentuk melakukan perjanjian kerjasama dengan Pemda Kodya Bogor pada tanggal 10 Agustus 1984 dengan masa perjanjian 30 tahun dan berakhir pada tahun 2014 yang ditandatangani oleh :

1. Walikota Madya Kepala Daerah Tingkat II Bogor
2. Ketua Yayasan Karya Bhakti
3. Ketua DPRD Tingkat II Bogor

Rumah Sakit Karya Bhakti yang beralamat di Jalan Dr. Sumeru No. 120 Bogor, diresmikan pada tanggal 14 Agustus 1984 oleh Menteri Sosial RI Ny. Nani Sudarsono, SH.

### 3.3. Visi, Misi, Moto dan Tujuan

Visi:

Visi Rumah Sakit Karya Bhakti adalah; ”Pelayanan yang bermutu dengan karyawan yang professional serta didukung teknologi yang memadai untuk dapat bersaing pada era globalisasi dengan tidak melupakan unsur kesejahteraan”

Misi:

Misi Rumah Sakit Karya Bhakti adalah;

1. Berpartisipasi dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Bogor dan sekitarnya.
2. Menyajikan pelayanan yang professional dengan mutu yang terstandarisasi untuk menghadapi era globalisasi.
3. Meningkatkan kemampuan Profesionalisme karyawan agar mampu meningkatkan kinerjanya pada produktivitas optimal.
4. Memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dengan biaya terjangkau.
5. Memberikan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan Kepuasan pengguna jasa.

Motto:

“Melayani dengan sentuhan Kasih Sayang melalui Karya dan Bhakti”.

Tujuan:

1. Meningkatnya pelayanan kesehatan yang bermutu.
2. Tingkat kesejahteraan karyawan yang memadai.
3. Meningkatnya profesionalisme para karyawan.
4. Terwujudnya pelayanan kesehatan yang mengutamakan Kepuasan kepada pengguna jasa.

5. Turut membantu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Bogor dan sekitarnya.

### 3.4. Status Kepemilikan dan Struktur Organisasi

Rumah Sakit Karya Bhakti adalah milik Yayasan Karya Bhakti. Struktur organisasi Rumah sakit Karya Bhakti seperti terlampir.

### 3.5. Sumber Daya Manusia

Jumlah SDM RS. Karya Bhakti tahun 2007 sebanyak 469 orang terdiri dari:

- a. Tenaga Medis, jumlah tenaga medis sebanyak 70 orang, meliputi:

**Tabel 3.1.**  
**Distribusi Jumlah Tenaga Medis di RSKB Tahun 2007**

No	Tenaga	Jumlah Tenaga Tetap	Jumlah Tenaga Paruh Waktu	Total
1.	Dokter Spesialis	9 orang	43 orang	52 orang
2.	Dokter Umum	11 orang	3 orang	14 orang
3.	Dokter Gigi	3 orang	1 orang	4 orang
	Jumlah	23 orang	47 orang	70 orang

- b. Tenaga Keperawatan

**Tabel 3.2.**  
**Distribusi Jumlah Tenaga Keperawatan di RSKB Tahun 2007**

No	Jenis Tenaga	Jumlah (orang)
1.	Perawat	3
	a. S1	142
	b. D3	45
	c. SPK	
2.	Bidan D3	3
	Bidan D1	6
3.	Perawat Gigi	3
	Jumlah	206

- d. Tenaga Kefarmasian, jumlah tenaga kefarmasian RS. Karya Bhakti pada tahun 2007 sebanyak 21 orang, terdiri dari : Apoteker 2 orang, dan Asisten apoteker 19 orang.
- e. Jumlah tenaga psikolog sebanyak 2 Orang
- f. Tenaga Ketechnisian medis, jumlah tenaga ketechnisian medis sebanyak 20 orang, terdiri dari :

**Tabel 3.3.**  
**Distribusi Jumlah Tenaga Ketechnisian Medik di RSKB Tahun 2007**

No	Tenaga	Jumlah Tenaga
1.	Penata Rontgen	4 orang
2.	Penata Anestesi	2 orang
3.	Penata Analis	14 orang
	Jumlah	20 orang

- g. Tenaga Kesehatan Masyarakat, jumlah tenaga kesehatan masyarakat sebanyak 21 orang, terdiri dari :

**Tabel 3.4.**  
**Distribusi Jumlah Tenaga Kesehatan Masyarakat di RSKB Tahun 2007**

No	Tenaga	Jumlah Tenaga
1.	Magister Manajemen RS	3 orang
2.	Sarjana Kesehatan Masyarakat	6 orang
3.	Diploma Kesmas	4 orang
4.	Diploma Gizi	4 orang
5.	Diploma Rekam Medis	4 orang
	Jumlah	21 orang

- h. Tenaga Non Medis, jumlah tenaga keteknisian non medis sebanyak 129 orang, terdiri dari :

**Tabel 3.5.**

**Distribusi Jumlah Tenaga Keteknisian Non Medik di RSKB Tahun 2007**

No	Tingkat Pendidikan Tenaga	Jumlah Tenaga
1.	Magister Manajemen	2 orang
2.	Sarjana	21 orang
3.	Diploma 3 dan Diploma 1	15 orang
4.	SMA	34 orang
5.	SMEA	7 orang
6.	STM	10 orang
7.	SMKK	7 orang
8.	SMP	15 orang
9.	SD	17 orang

### 3.6. Pelayanan

Rumah Sakit Karya Bhakti mempunyai 3 pelayanan medis besar ditambah pelayanan penunjang medis yaitu pelayanan rawat inap, pelayanan rawat jalan dan pelayanan tindakan. Untuk pelayanan penunjang medis, antara lain: pelayanan farmasi, pelayanan radiologi, pelayanan laboratorium, pelayanan gizi, fisioterapi dan pelayanan ambulan.

#### 3.6.1. Pelayanan Rawat Inap

Pelayanan rawat inap RS Karya Bhakti terdiri dari pelayanan rawat inap super VIP, VIP, kelas I, kelas II, kelas III, Ruang Isolasi, ICU, HCU dengan total kapasitas TT sebanyak 197 TT. ICU saat ini merupakan andalan RS Karya Bhakti karena mempunyai fasilitas terlengkap se-Kota Bogor.

### 3.6.2. Pelayanan Tindakan

Pelayanan tindakan RS Karya Bhakti terdiri dari pelayanan kamar operasi, kamar bersalin, dan IGD.

### 3.6.3. Pelayanan Rawat Jalan

Terdiri dari *Medical Check Up* dan Poliklinik. Poliklinik RS Karya Bhakti terdiri dari, yaitu :

1. Poliklinik umum yang terdiri dari 2 ruang.
2. Poliklinik Penyakit Dalam yang terdiri dari 2 ruang.
3. Poliklinik Saraf 1 ruang.
4. Poliklinik Bedah Tulang 1 ruang
5. Poliklinik Bedah Mulut 1 ruang
6. Poliklinik Bedah Saraf 1 ruang.
7. Poliklinik THT 1 ruang.
8. Poliklinik Jantung 1 ruang.
9. Poliklinik Paru-paru 1 ruang.
10. Poliklinik Bedah Umum 1 ruang.
11. Poliklinik Gigi 2 ruang.
12. Poliklinik Mata 1 ruang.
13. Poliklinik Anak 2 ruang.
14. Poliklinik Kandungan dan Kebidanan 2 ruang.
15. Poliklinik Kesehatan Jiwa 1 ruang.

16. Poliklinik Urologi 1 ruang.
17. Poliklinik Gizi 1 ruang.
18. Poliklinik Psikologi 1 ruang.
19. Poliklinik Geriatri 1 ruang.
20. Poliklinik Asma dan Alergi 1 ruang.
21. Klinik Tumbuh Kembang

#### 3.6.4. Pelayanan Penunjang Medis

1. Pelayanan Farmasi.
2. Pelayanan Laboratorium.
3. Pelayanan Radiologi dan pemeriksaan canggih, antara lain USG 3 Dimensi Color Doppler, *Echocardiography*, *CT Scan*, Endoskopi, Panoramik, dan *Mammography*.
4. Pelayanan Gizi.
5. Pelayanan Fisioterapi.
6. Pelayanan *Ambulance*.

### 3.7. Kinerja Rumah sakit

Berikut ini kinerja pelayanan rawat inap selama tahun 2007

**Tabel 3.6.**  
**Kinerja Pelayanan Rawat Inap RS Karya Bhakti**  
**Di Tahun 2007**

No	Ruangan	BOR		LOS (1-6 hari)	TOI (1-3 hari)
		Target (%)	Hasil (%)		
1	Edelweis	18,49	33,82	3,65 hari	9,09 hari
2	Vanda	76,00	73,41	5,02 hari	1,68 hari
3	Cattlea	58,00	57,68	3,31 hari	2,95 hari
4	Pafio	67,65	68,95	3,81 hari	2,03 hari
5	Dahlia	87,81	87,87	4,48 hari	0,75 hari
6	Anyelir A	86,63	80,91	4,04 hari	1,07 hari
7	Anyelir B1	85,97	81,69	3,78 hari	0,86 hari
8	Anyelir B2	65,12	70,58	5,88 hari	1,57 hari
9	Flamboyan	70,78	74,29	3,52 hari	1,27 hari
10	Jasmin VIP	75,40	59,9	3,25 hari	1,50 hari
11	Jasmin I	57,18	46,41	2,83 hari	3,92 hari
12	Jasmin IIA	55,24	45,5	2,83 hari	3,25 hari
13	Jasmin IIB	49,12	46,74	2,83 hari	3,75 hari
14	Jasmin III	63,98	47,63	2,92 hari	2,58 hari
15	Lavender VIP	51,41	45,04	3 hari	4 hari
16	Lavender I	34,00	41,34	2,92 hari	4,83 hari
17	Lavender IIA	56,06	53,1	2,83 hari	2,58 hari
18	Lavender IIB	36,13	40,22	2,50 hari	4,42 hari
19	Lavender III	66,02	47,62	2,83 hari	3,52 hari
20	Perinatologi	82,83	59,64	3,58 hari	2,67 hari
21	Isolasi Anyelir	57,38	67,26	4,56 hari	2,41 hari
22	Isolasi Flamboyan	33,53	33,61	7,81 hari	13,65 hari
23	Isolasi Jasmin	26,82	14,37	3,25 hari	20,58 hari
24	ICU	64,31	56,02	3,37 hari	2,58 hari
25	HCU	-	109	-	-



Berikut ini kinerja tingkat kunjungan Rumah Sakit Karya Bhakti tahun 2007

**Tabel. 3.7.**  
**Tingkat Kunjungan RS Karya Bhakti**  
**Di Tahun 2007**

No	Ruangan	Kunjungan	
		Target	Capai
1	IGD	14.577 (5%)	14.997
2	Rawat Jalan	64.801 (10%)	63.472
3	MCU	2.191 (10 %)	1.047
4	Kamar Bedah	1.547 (5 %)	1.407
5	Kamar Bersalin	1.181 (5%)	843

Dari tabel terlihat bahwa tingkat kunjungan rawat jalan, MCU, kamar bedah dan kamar bersalin naik tetapi tidak mencapai target sedangkan IGD mencapai target yang ditetapkan.

## BAB 4

### KERANGKA KONSEP, DEFINISI DAN HIPOTESIS

#### 4.1. Kerangka Teori

*Malcolm Baldrige Criteria for Performance Excellence (MBCePE)* terdiri atas sekumpulan pertanyaan yang dikelompokkan menjadi 7 pilar yang saling berkaitan satu sama lainnya untuk mencapai kinerja unggul di institusi layanan kesehatan. Kriteria tersebut meliputi (Hertz, 2008);

1. Kepemimpinan (*Leadership*)
2. Perencanaan Strategik (*Strategic Planning*)
3. Fokus pada pasien, pelanggan lainnya dan pasar (*Focus on patients, Other customer and Markets*)
4. Pengukuran, analisis dan pengetahuan manajemen (*Measurement, Analysis and Knowledge Management*)
5. Fokus karyawan (*Workforce Focus*)
6. Manajemen proses (*Process Management*)
7. Hasil (*Results*)

Ketujuh kriteria MBNQA tersebut berpijak pada tata nilai dan konsep inti yaitu;

1. Kepemimpinan yang visioner
2. Fokus pada pelayanan terbaik terhadap pasien
3. Pembelajaran personal dan pembelajaran organisasi
4. Penciptaan nilai bagi karyawan dan partner
5. Kegesitan

6. Fokus pada masa depan
7. Memimpin dengan inovasi
8. Manajemen berbasis fakta
9. Tanggung jawab sosial dan kesehatan masyarakat
10. Fokus pada hasil dan penciptaan nilai
11. Perspektif sistem (Hertz, 2008)

Ketujuh pilar kriteria Malcolm Baldrige yang saling berhubungan itu digambarkan sebagai berikut;

**Gambar 4.1.**  
*Baldrige Healthcare Criteria*  
Sumber: Hertz (2008)



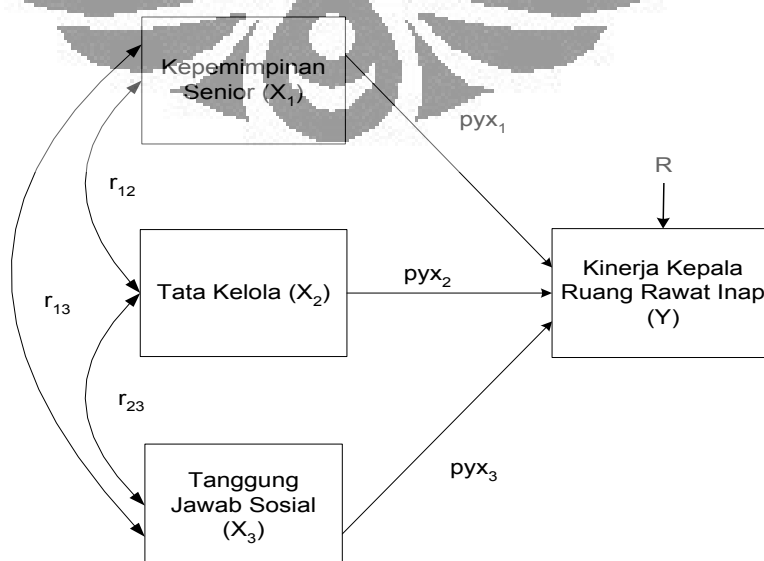
Dalam penelitian ini, peneliti hanya mengambil satu kriteria dari *MBCfPE* yaitu kepemimpinan (*leadership*). Kepemimpinan dianggap penting dalam menggerakkan sumber daya manusia suatu organisasi. Manakala pemimpin

mempunyai kemampuan kepemimpinan manajerial yang tinggi, maka kegiatan pengelolaan dan penggerakan karyawan untuk mencapai tujuan organisasi dapat dilakukan secara efektif (Sulistiani, 2004). Kepemimpinan yang baik mampu mengintegrasikan sebuah organisasi menjadi organisasi organisasi yang berkinerja tinggi serta dapat menjadi motor penggerak terhadap penciptaan kriteria, tata nilai dan konsep inti lainnya (Hertz, 2007:1).

#### 4.2. Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori diatas maka penelitian ini dibatasi pada kerangka konsep dengan mengambil satu kriteria MBCfPE, yaitu kepemimpinan (*leadership*) yang terdiri atas kepemimpinan senior (*senior leadership*), tata kelola (*governance*) dan tanggung jawab sosial (*social responsibility*) yang masing-masing mempunyai pengaruh terhadap kinerja. Kerangka konsep pada penelitian ini digambarkan sebagai berikut;

Gambar 4.2.  
Kerangka Konsep penelitian



Keterangan:

$r_{12}$  = Korelasi Kepemimpinan Senior dengan Tata Kelola

$r_{23}$  = Korelasi Tata Kelola dengan Tanggung Jawab Sosial

$r_{13}$  = Korelasi Kepemimpinan Senior dengan Tanggung Jawab Sosial

$pyx_1$  = Jalur Kinerja Kepala Ruang atas Kepemimpinan Senior

$pyx_2$  = Jalur Kinerja Kepala Ruang atas Tata Kelola

$pyx_3$  = Jalur Kinerja atas Tanggung Jawab Sosial

R = Variabel Residu

Kriteria kepemimpinan pada kepala ruang mengukur; pertama, bagaimana kepala ruang memimpin dan memandu perawat dan proses keperawatan. Kedua, bagaimana tata kelola keperawatan ruangan, apakah memenuhi *clinical governance*, dengan terpenuhinya akuntabilitas manajemen, pelayanan, akuntabilitas keuangan, transparansi, independensi dan keadilan (*fairness*) dalam pengelolaan ruangan. Ketiga, bagaimana penerapan tanggung jawab sosial oleh kepala ruang, yakni menjalankan hukum dan perilaku etika, baik etika rumah sakit maupun pelaksanaan kode etik keperawatan. Disamping itu tanggung jawab sosial perawat adalah membina hubungan yang baik dengan pasien dan keluarga, tidak hanya memberikan pelayanan klinis, tapi juga berupa dukungan mental. Tanggung jawab sosial perawat juga diciptakan dengan memberikan pelayanan yang adil kepada seluruh pasien tanpa membeda-bedakan, serta terlibat aktif dalam organisasi profesi untuk pengembangan pendidikan keperawatan, mengembangkan masyarakat dan kesehatan masyarakat.

Kepemimpinan yang baik akan menghasilkan pengikut yang cerdas yang berdampak pada peningkatan kinerja kepemimpinan dan akhirnya kinerja organisasi sebagaimana yang dikatakan Shortell dan Kaluzny (2007). Pemimpin yang mampu berkomunikasi dengan efektif, dapat menjadi panutan (*rule models*), melibatkan semua bawahan sehingga semua orang dalam organisasi menjadi dihargai dan dibutuhkan, berperan sebagai motivator ulung serta menunjukkan komitmen terhadap penampilan kerja bawahan akan lebih mudah untuk mencapai tujuan guna menggerakkan pengikut (bawahan) yang akan berdampak bagi peningkatan kinerja kepemimpinannya.

Tata kelola yang baik (*good governance*) akan dapat meningkatkan kinerja melalui melalui prosedur pengambilan keputusan yang lebih baik, kegiatan operasional yang lebih baik serta peningkatan layanan yang bermutu serta akses terhadap pembiayaan dengan biaya yang rendah (Emirzon, 2007). Tata kelola yang baik dapat meningkatkan kinerja melalui cara sebagai berikut; tumbuhnya komunikasi yang baik dengan penuh keterbukaan, minimisasi potensi benturan, fokus pada strategi utama, peningkatan dalam produktivitas dan efisiensi, kesinambungan manfaat, promosi citra perusahaan (*corporate image*), dalam hal ini rumah sakit, peningkatan kepuasan pelanggan serta memperoleh kepercayaan investor. Semakin baik pelaksanaan tata kelola (*good governance*), maka idealnya akan semakin meningkatkan kinerja kepemimpinan dan kinerja rumah sakit pada akhirnya.

Tanggung Jawab Sosial (*social responsibility*), merupakan upaya untuk mewujudkan operasional perusahaan yang memenuhi tanggung jawabnya terhadap publik, mendorong dan mendukung praktek-praktek kemasyarakatan yang baik.

tanggung jawab tersebut berupa upaya untuk memperhatikan secara proaktif dampak operasional saat ini dan masa yang akan datang terhadap lingkungan sosial yang berupa produk, layanan dan operasi dengan memperhatikan persyaratan hukum dan regulasi serta faktor resiko yang ditimbulkan. Guna mencapai kinerja yang tinggi, tanggung jawab sosial tidak dapat dipisahkan dalam manajemen perusahaan (Haris, 2005).

## **4.2. Definisi**

### **4.2.1. Kepemimpinan Senior**

#### **a. Definisi Konseptual**

Kepemimpinan senior adalah kepemimpinan yang diperankan oleh level kepemimpinan tingkat tinggi dalam suatu organisasi yang dinilai dengan indikator; komunikasi yang efektif, konsistensi perilaku, melibatkan semua karyawan, memberikan motivasi dan berkomitmen terhadap hasil kerja karyawan (Hertz, 2008).

#### **b. Definisi Operasional**

Kepemimpinan yang diperankan oleh seorang perawat kepala ruang di Rumah Sakit Karya Bhakti Kota Bogor yang dinilai dengan indikator; komunikasi efektif, konsistensi perilaku, melibatkan semua perawat pelaksana, memberikan motivasi dan mempunyai komitmen terhadap hasil kerja perawat pelaksana di ruangannya.

**b. Kisi-kisi Kepemimpinan Senior (Hertz, 2008)**

Variabel	Indikator	Deskripsi	Pertanyaan
Kepemimpinan Senior	Komunikasi efektif	Kepala ruang memberitahukan cita-cita RSKB, norma-norma yang berlaku di RSKB, dan sesuatu yang harus dikerjakan perawat ruangan dengan jelas dan mudah dimengerti	1,2,3,4
	Konsistensi perilaku	Kepala ruang menunjukkan kesesuaian antara perkataan dan perbuatan seperti dalam norma-norma yang berlaku di RSKB, penerapan hukum dan etika keperawatan dan berperan sebagai panutan	5,6,7,8
	Pemberian Kesempatan yang sama terhadap Keterlibatan Perawat Pelaksana	Kepala ruang memberikan kesempatan yang sama kepada semua perawat ruang untuk ikut dalam pengambilan keputusan, pelaksanaan tugas serta mendapatkan pelatihan tanpa membeda-bedakan.	9,10,11,12
	Pemberian motivasi	Kepala ruang memberikan kesempatan berkonsultasi dengannya, memberikan dukungan emosional untuk bekerja lebih baik, dan menumbuhkan rasa percaya diri.	13,14,15,16
	Komitmen terhadap hasil kerja	Kepala ruang menunjukkan komitmen pencapai hasil setinggi-tingginya, memberikan <i>reward</i> and <i>punishment</i> , menentukan dan mengevaluasi ukuran kinerja Keperawatan.	17,18,19,20



#### 4.2.2. Tata Kelola Organisasi (*governance*)

##### a. Definisi Konseptual

Tata kelola adalah sistem dan kontrol manajemen oleh pengurus organisasi dengan melaksanakan prinsip tata kelola perusahaan yang baik (*good corporate governance*) berupa akuntabilitas, transparansi dalam operasional serta kejujuran/keadilan (*fairness*) yang dinilai dengan indikator; terlaksananya akuntabilitas manajemen, akuntabilitas keuangan, transparansi dalam kebijakan, independensi dalam pemeriksaan (*audit*) dan dilakukannya evaluasi kinerja tata kelola (Hertz, 2008)

##### b. Definisi Operasional

Tata kelola keperawatan ruang adalah sistem dan kontrol manajemen oleh perawat kepala ruang di Rumah Sakit Karya Bhakti Kota Bogor dengan melaksanakan prinsip tata kelola klinik (*clinical governance*) berupa akuntabilitas manajemen pelayanan pasien, akuntabilitas keuangan, transparansi dalam operasional serta kejujuran/keadilan (*fairness*) yang dinilai dengan indikator; terlaksananya akuntabilitas manajemen pelayanan, terlaksananya akuntabilitas keuangan, transparansi dalam kebijakan tata kelola ruangan, independensi dalam pemeriksaan (*audit*) dan dilakukannya evaluasi kinerja tata kelola keperawatan ruangan.

c. Kisi-kisi Tata Kelola (Hertz, 2008)

Variabel	Indikator	Deskripsi	Pertanyaan
Tata Kelola	Terlaksananya akuntabilitas manajemen pelayanan pasien	Kepala ruang bertanggung gugat untuk melaksanakan fungsi-fungsi manajemen pelayanan pasien yang baik, termasuk menuntut komitmen pemberian layanan sesuai prosedur.	1,2,3,4
	Terlaksananya akuntabilitas keuangan	Kepala ruang bertanggung gugat untuk mengelola keuangan ruangan dengan sebaik-baiknya	5,6,7,8
	Transparansi dalam kebijakan	Kepala ruang memberikan informasi secara jelas dalam hal kebijakan menyangkut kepentingan pelayanan, hak dan kewajiban	9,10,11,12
	Independensi dalam pemeriksaan	Kepala ruang tidak melakukan manipulasi bila dilakukan pemeriksaan ( <i>audit</i> ) oleh pihak yang berwenang baik dari atasan langsung, maupun badan pengawas RSKB	13,14,15,16
	Dilakukannya evaluasi kinerja tata kelola	Kepala ruang melakukan penilaian standar dan target hasil kerja yang ditetapkan untuk kemudian melakukan perbaikan	17,18,19,20

### 4.2.3. Tanggung Jawab Sosial (*social responsibility*)

#### a. Definisi Konseptual

Tanggung jawab sosial adalah komitmen pengurus organisasi dalam manajemen organisasi yang mempunyai tanggung jawab sosial kepada masyarakat dengan indikator, aktif membina hubungan dengan masyarakat, berperilaku sesuai etika dan hukum, mengantisipasi dampak buruk terhadap proses pelayanan dan operasional organisasi, mendorong dan mendukung paktek-praktek kemasyarakatan yang baik, berkontribusi terhadap pengembangan masyarakat dan mendukung kesehatan masyarakat (Hertz, 2008).

#### b. Definisi Operasional

Tanggung jawab sosial kepala ruang rawat inap adalah komitmen perawat kepala ruang Rumah Sakit Karya Bhakti dalam manajemen organisasi ruangan yang mempunyai tanggung jawab sosial terhadap pasien/keluarga, pengunjung rumah sakit, serta masyarakat pada umumnya, dengan indikator, pemberian dukungan mental kepada pasien, terbinanya hubungan yang baik dengan keluarga pasien/ pengunjung rumah sakit, berperilaku sesuai etika/hukum, proaktif mengatasi dampak pelayanan yang tidak diharapkan dan aktif dalam pengembangan profesi untuk membangun masyarakat dan kesehatan masyarakat.

### c. Kisi-Kisi Tanggung Jawab Sosial (Hertz, 2008)

Variabel	Indikator	Deskripsi	Pertanyaan
Tanggung Jawab Sosial	Pemberian dukungan mental kepada pasien	Kepala ruangan menunjukkan komitmen pelayanan menyeluruh, termasuk memberikan pelayanan emosional/spiritual terhadap pasien.	1,2,3,4
	Terbinanya hubungan yang baik dengan keluarga pasien/ pengunjung RSKB	Kepala ruangan berkomitmen untuk membina hubungan komunikasi yang baik untuk mendukung penyembuhan pasien serta berperilaku baik terhadap pengunjung RS	4,5,6,7,8
	Berperilaku sesuai etika/hukum	Kepala ruang menerapkan perilaku sesuai etika/hukum dalam keperawatan	9,10,11,12
	Proaktif mengatasi dampak pelayanan yang tidak diharapkan	Kepala ruang bersikap proaktif mengantisipasi dampak negatif pelayanan yang tidak diharapkan kepada pasien/keluarga	13,14,15,16
	Aktif dalam kegiatan profesi untuk mengembangkan masyarakat	Kepala ruang menunjukkan komitmen untuk terlibat dalam kegiatan profesi, pengembangan masyarakat/kesehatan masyarakat	17,18,19,20

#### 4.2.4. Kinerja

##### a. Definisi Konseptual

Kinerja adalah penampilan kerja yang dicapai oleh seorang dalam melaksanakan tugasnya untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan dengan indikator, penampilan kerja berdasarkan sasaran yang ditetapkan, unjuk kerja yang mengikuti prosedur, berinisiatif dalam bekerja, menyelesaikan tugas pokok dan memberikan umpan balik (Hafizurrachman, 2007).

### b. Definisi Operasional

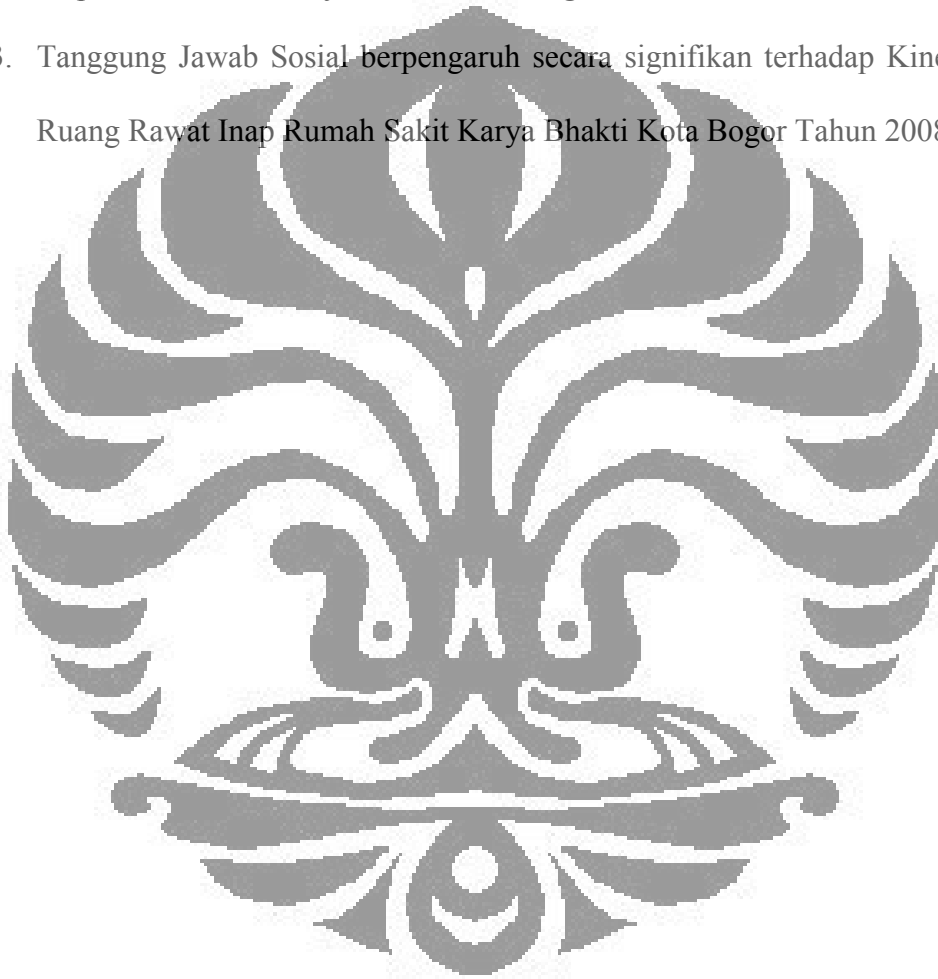
Kinerja kepala ruang rawat inap adalah penampilan kerja yang dicapai oleh perawat kepala ruang rawat inap Rumah Sakit Karya Bhakti dalam melaksanakan tugasnya untuk mencapai tujuan rumah sakit yang telah ditetapkan yang diperoleh dalam bentuk skor yang ditetapkan berdasarkan (1) Penampilan kerja berdasarkan sasaran yang ditetapkan rumah sakit, (2) Unjuk kerja yang mengikuti prosedur (3) Berinisiatif dalam bekerja (4) Menyelesaikan tugas pokok sebagai kepala ruang dan (5) memberikan umpan balik kepada perawat pelaksana.

### c. Kisi-Kisi Kinerja Kepala Ruang Rawat Inap (Hafizurrachman, 2007)

Variabel	Indikator	Deskripsi	Pertanyaan
Kinerja Kepala ruang	Penampilan Kerja Berdasarkan sasaran	Penampilan hasil kerja sesuai tujuan, target dan sasaran yang dicapai oleh kepala ruang.	1,2,3,4,5
	Unjuk kerja yang mengikuti prosedur	Melaksanakan semua pekerjaan berdasarkan standar/prosedur yang telah ditetapkan rumah sakit	6,7,8,9,10
	Berinisiatif dalam bekerja	Memberikan segala daya upaya dalam menyelesaikan pekerjaannya sebagai kepala ruang	11,12,13,14,15
	Menyelesaikan tugas pokok	Kepala ruang melaksanakan kewajiban untuk menyelesaikan tugas utama yang menjadi tanggungjawabnya	16,17,18,19,20
	Memberikan umpan balik	Memberikan laporan hasil kerja kepada atasan dan umpan balik terhadap hasil kerja bawahan	21,22,23,24,25

#### 4.3. Hipotesis Penelitian

1. Kepemimpinan Senior berpengaruh secara signifikan terhadap Kinerja Kepala Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Karya Bhakti Kota Bogor Tahun 2008.
2. Tata Kelola berpengaruh secara signifikan terhadap Kinerja Kepala Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Karya Bhakti Kota Bogor Tahun 2008.
3. Tanggung Jawab Sosial berpengaruh secara signifikan terhadap Kinerja Kepala Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Karya Bhakti Kota Bogor Tahun 2008.



## BAB 5

### METODE PENELITIAN

#### 5.1. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah survei dengan pendekatan kuantitatif. Singarimbun (1995:21) dalam Riduwan (2007:208) mengungkapkan bahwa penelitian survei bertujuan untuk; 1) Penjajagan (eksploratif), 2) Deskriptif, 3) Penjelasan (*eksplanatory* atau *confirmatory*), 4) Evaluasi, 5) Prediksi atau meramalkan kejadian tertentu dimasa yang akan datang, 6) Penelitian operasional, dan 7) Pengembangan indikator-indikator sosial.

Pada penelitian ini digunakan analisis jalur untuk menjelaskan hubungan kausal dan menguji hipotesis. Menurut Rutherford (1993) dalam Sarwono (2007) analisis jalur adalah teknik untuk menganalisis hubungan sebab akibat yang terjadi pada regresi linear berganda, jika variabel bebasnya mempengaruhi variabel tergantung, baik secara langsung maupun tidak langsung. Analisis jalur merupakan pengembangan langsung dari regresi berganda dengan tujuan untuk mengestimasi tingkat kepentingan (*magnitude*) dan signifikansi (*significance*) hubungan sebab akibat hipotetikal dalam seperangkat variabel (Webley, 1997 dalam Sarwono 2007).

*Path analysis* digunakan apabila secara teori kita yakin berhadapan dengan masalah yang berhubungan sebab akibat. Oleh karena itu, sebelum melakukan analisis jalur variabel-variabel yang diteliti digambarkan dalam sebuah model. Seperangkat variabel yang diuji tersebut pada penelitian ini adalah; Kepemimpinan

Senior ( $X_1$ ), Tata Kelola ( $X_2$ ), Tanggung Jawab Sosial ( $X_3$ ) dan Kinerja Kepala Ruang (Y).

## 5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian dilakukan di Rumah Sakit (RS) Karya Bhakti Kota Bogor. Pertimbangan dipilihnya RS Karya Bhakti karena merupakan salah satu rumah sakit besar, lengkap dan paling lengkap dalam fasilitas pelayanan ICU di Kota Bogor. Disamping itu RS Karya Bhakti telah meraih akreditasi dalam 12 bidang pelayanan, dan dalam saat ini sedang mengusulkan persyaratan untuk mendapatkan sertifikat akreditasi 16 bidang pelayanan. Kepercayaan masyarakat ini juga terbukti dengan dipilihnya RS Karya Bhakti untuk mengadakan *Medical Check Up* pegawai negeri sipil (PNS) se Kota Bogor dari tahun ke tahun, termasuk tahun 2008. RS Karya Bhakti dinilai kooperatif terhadap mahasiswa disamping ada beberapa staf direksi yang menjadi dosen di KARS UI. Selain itu, RS Karya Bhakti relatif dekat dengan kampus UI sehingga terdapat kemudahan akses bagi peneliti serta penelitian serupa belum pernah dilakukan di rumah sakit ini. Penelitian ini dilaksanakan pada Bulan Desember 2008

## 5.3. Responden

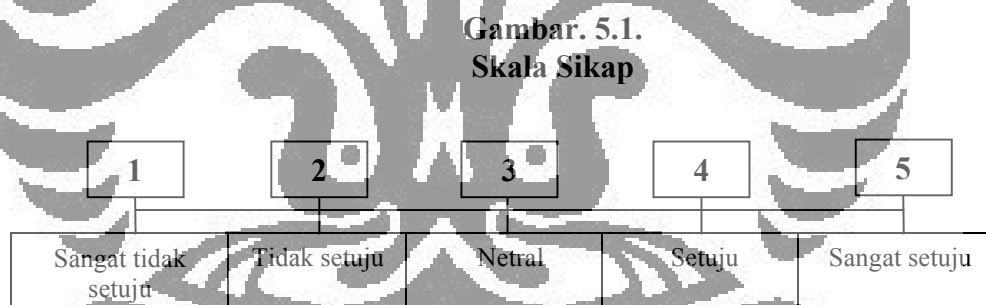
Responden pada penelitian ini adalah semua perawat ruang rawat inap yang bekerja di RS Karya Bhakti Bogor Ruang Dahlia Anyelir. Berdasarkan data



kepegawaian RS Karya Bhakti pada November 2008 diketahui jumlah perawat rawat inap Dahlia Anyelir berjumlah sebanyak 30 orang.

#### 5.4. Metode Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dengan cara pengisian kuisisioner oleh perawat yang ditetapkan sebagai responden penelitian. Semua variabel pada penelitian ini adalah *rating scale* (Riduwan, 2007:17). Dalam model *rating scale*, responden tidak akan menjawab dari data kualitatif yang sudah tersedia, tetapi menjawab salah satu jawaban kuantitatif yang telah disediakan. Dengan demikian, bentuk *rating scale* lebih fleksibel, tidak terbatas untuk pengukuran skala sikap saja, tetapi untuk mengukur persepsi responden terhadap gejala dan fenomena lainnya, sebagai berikut;



##### 5.4.1. Validitas dan Reliabilitas

Sebelum dilakukannya penelitian, dilakukan terlebih dahulu uji coba instrumen (kuesioner). *Face validity* dan *content validity* dilakukan dengan wawanara mendalam dengan ahli manajemen keperawatan Rumah Sakit Rumah Sakit Persahabatan Jakarta, sedangkan perhitungan validitas dan reliabilitas dilakukan kembali pada 30 orang perawat rawat inap RSKB. Hasil uji coba kuesioner kemudian diolah dengan menggunakan program *Microsoft Excel for Windows 2007* sebagai berikut :

## 1. Validitas

Diuji dengan rumus *Pearson Product Moment*

Kaidah keputusan:

- a. Jika hasil  $t_{hitung} > t_{tabel}$ , berarti valid
- b. Jika hasil  $t_{hitung} < t_{tabel}$ , berarti tidak valid

## 2. Reliabilitas

Diuji dengan rumus *Alpha Cronbach*

Kaidah keputusan:

- a. Jika hasil  $r_{h.hitung} > r_{tabel}$ , berarti *reliabel*
- b. Jika hasil  $r_{h.hitung} < r_{tabel}$ , berarti tidak *reliabel*

## 5.5. Pengolahan Data

Data yang diperoleh dari hasil kuesioner direkap dan selanjutnya dilakukan pengolahan data dengan menggunakan program *Microsoft Excell for Windows 2007* melalui beberapa tahapan:

### 5.5.1. Editing

*Editing* adalah proses penyuntingan data yang dilakukan untuk memastikan bahwa data yang diperoleh telah lengkap, artinya data dalam kuesioner tersebut telah terisi semua, sesuai, konsisten dan relevan. Proses ini telah dilakukan pada saat melakukan penelitian di lapangan dengan memeriksa tiap lembar kuesioner. Bila terdapat kekurangan dapat dilakukan penelusuran kembali kepada responden yang bersangkutan.

### 5.5.2. Coding

*Coding* adalah proses pengklasifikasian data dan pemberian kode untuk masing-masing kelas yang ditetapkan sesuai dengan tujuan dikumpulkannya data.

### 5.5.3. Structure dan File Data

Proses ini dikembangkan sesuai dengan analisis data dan program komputer yang digunakan, dengan menetapkan nama, skala, dan jumlah digit untuk masing-masing variabel.

### 5.5.4. Entry Data

Data seluruhnya dientry ke komputer dengan *software Excel*.

### 5.5.5. Cleaning Data

*Cleaning data* merupakan proses pembersihan data dengan melihat distribusi frekuensi dari variabel-variabel dan menilai kelogisannya.

## 5.6. Analisis Data

Data hasil penelitian dianalisis dengan menggunakan uji statistik *Path analysis* (analisis jalur) yang merupakan salah satu jenis analisis multivariat untuk melihat hubungan kausal antara variabel eksogen dengan endogen. Data disusun dan direkap dengan menggunakan *Microsoft Excell*, lalu dicari koefisien korelasi dan dicari signifikansinya pada tiap jalur (*path*) yang dibuat. Adapun tahap-tahap analisis data adalah sebagai berikut:

1. Melakukan uji validitas dan reliabilitas pada uji coba instrumen

2. Melakukan uji asumsi (uji persyaratan), antara lain uji linearitas, keberartian koefisien regresi, uji homogenitas, uji normalitas, uji eksistensi, uji kolinearitas, setelah itu dapat dilakukan analisis jalur (*path analysis*).

## 5.7. Langkah-Langkah Penelitian serta Rumus yang Digunakan

### 5.7.1. Pengujian Validitas Instrumen

Suatu instrumen dikatakan valid bila instrumen tersebut dapat mengukur sesuatu yang hendak diukur.

Rumus yang digunakan:

$$r_{hitung} = \frac{n(\sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\{n(\sum X^2) - (\sum X)^2\} \{n(\sum Y^2) - (\sum Y)^2\}}}$$

Dimana,

X = Skor pertama, merupakan skor-skor pada item ke i yang akan diuji validitasnya

Y = Skor kedua, merupakan jumlah skor yang diperoleh pada tiap responden

$\sum X$  = Jumlah skor pertama, merupakan jumlah seluruh skor pada item ke i

$\sum Y$  = Jumlah skor kedua, merupakan jumlah seluruh skor pada jumlah skor yang diperoleh pada tiap responden

$\sum XY$  = Jumlah hasil perkalian skor pertama dengan skor kedua

$\sum X^2$  = Jumlah hasil kuadrat skor pertama

$\sum Y^2$  = Jumlah hasil kuadrat skor kedua

### 5.7.2. Pengujian Reliabilitas Instrumen

Suatu instrumen dikatakan reliabel bila pengukurannya cermat dan akurat. Uji reliabilitas instrumen dilakukan dengan tujuan untuk menguji konsistensi

instrumen sebagai alat ukur sehingga instrumen dapat dipercaya. Hasil pengukuran dapat dipercaya bila dalam beberapa kali pengukuran terhadap kelompok subjek yang sama (homogen) diperoleh hasil yang relatif sama, selama aspek yang diukur pada diri subjek memang belum berubah. Rumus yang digunakan untuk menguji reliabilitas instrumen adalah Koefisien Alpha dari Cronbach (1951).

Adapun rumus Koefisien Alpha Cronbach adalah

$$r_{11} = \left[ \frac{k}{k-1} \right] \cdot \left[ 1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma^2} \right]$$

Dimana rumus varians adalah

$$\sigma^2 = \frac{\sum X^2 - \frac{(\sum X)^2}{N}}{N}$$

$r_{11}$  = Reliabilitas instrumen/koefisien alpha

$k$  = Banyaknya bulir soal

$\sum \sigma_i^2$  = Jumlah varians bulir

$\Sigma_t^2$  = Varians total

$N$  = Jumlah responden

### 5.7.3. Rumus Yang Digunakan pada Analisis Deskriptif

#### 1. Langkah-langkah dalam Penyusunan Distribusi Frekuensi

- a. Tentukan harga maksimum dan minimum, kemudian cari range (= R) yang merupakan selisih harga maksimum dengan minimum.
- b. Tentukan jumlah kelas menurut Sturgess dengan rumus;

$$M = 1 + 3.3 \log N \qquad \text{IntervalKelas} = \frac{R}{M}$$

Keterangan : M = Jumlah Kelas

N = Jumlah data (observasi)

## 2. Rumus untuk menghitung *Z Skewness* dan *Z Kurtosis*

Salah satu ukuran untuk menentukan normalitas data adalah berdasarkan nilai hitung *Z skewness* dan *Z Kurtosis*. Jika nilai *Z skewness* dan *Z Kurtosis* lebih dari 0.05 pada tingkat alpha 0.05 maka data adalah berdistribusi normal (Ghozali, Imam, Fuad, 2005 :37)

$$ZSkewness = \frac{Skewness}{\sqrt{\frac{6}{N}}} \qquad ZKurtosis = \frac{Kurtosis}{\sqrt{\frac{24}{N}}}$$

Dimana nilai Skewness dan Kurtosis dapat dilihat dari hasil analisis deskriptif dengan menggunakan program *Microsoft Excel* maupun SPSS, sedangkan N adalah jumlah sampel.

### 5.7.4. Uji Linearitas Dan Keberartian Koefisien Regresi

Langkah uji Linearitas dan Keberartian Koefisien Regresi

1. Menyusun tabel kelompok data variabel X dan Y
2. Menghitung jumlah kuadrat regresi (Jka)
3. Menghitung jumlah kuadrat regresi b|a (Jk(b|a))
4. Menghitung jumlah kudrat residu / sisa (JkS)
5. Menghitung rata-rata jumlah kuadrat regresi (Jka), rumus = item 2
6. Menghitung rata-rata jumlah kudrat regresi b|a (Jk(b|a)), rumus = item 3
7. Menghitung rata-rata kudrat residu (RJK res)
8. Menghitung jumlah kuadrat error (JkG)

Langkah-langkah diatas dicari dengan rumus (Sudjana, 1996);

$$JK(T) = \sum XY^2$$

$$JK(a) = \frac{(\sum Y)^2}{n}$$

$$JK(b/a) = b \cdot \left\{ \sum XY - \frac{(\sum X)(\sum Y)}{n} \right\}$$

$$JK(S) = JK(T) - JK(a) - JK(b/a)$$

$$JK(G) = \sum_{xi} \left\{ \sum Y^2 - \frac{(\sum Y)^2}{ni} \right\}$$

$$JK(TC) = JK(S) - jk(G)$$

Selanjutnya menggunakan rumus

**Tabel 5.1**

**Daftar Analisis Varians (ANOVA) Regresi Linear Sederhana**  
(Sumber: Sudjana, Analisis Korelasi dan Regresi, 1996)

Sumber Variasi	Dk	JK	KT	F
Otal	N	$\sum Y^2$	$\sum Y^2$	
Koefisien (a)	1	JK(a)	JK(a)	
Regresi (b a)	1	JK(b a)	$s^2_{reg} = JK(b a)$	$\frac{s^2_{reg}}{s^2_{sis}}$
Sisa	n-2	JK(S)	$s^2_{sis} = \frac{JK(S)}{n-2}$	
Tuna Cocok	k-2	JK(TC)	$s^2_{TC} = \frac{JK(tc)}{K-2}$	$\frac{s^2_{TC}}{s^2_G}$
Galat	n-2	JK(G)	$s^2_G = \frac{JK(G)}{n-2}$	

9. Untuk nilai keberartian koefisien regresi dihitung dengan rumus;  $s^2_{reg}/s^2_{sis}$

dengan  $df_1 = 1$   $df_2 = n-2$  selanjutnya ditarik kesimpulan dengan cara :

$H_0$  = Koefisien regresi tidak berarti

$H_a$  = koefisien regresi berarti

Tolak hipotesis nol ( $H_0$ ) bila nilai  $F_{hitung} > F_{tabel}$

Terima hipotesis nol ( $H_0$ ) bila  $F_{hitung} < F_{tabel}$

10. Untuk uji linearitas dihitung dengan rumus  $s^2TC/s^2G$  dengan  $df_1 = k-2$   
 $df_2 = n-k$  selanjutnya ditarik kesimpulan dengan cara;

$H_0$  = Regresi linear

$H_a$  = Regresi tidak linear

Tolak hipotesis nol ( $H_0$ ) bila nilai  $F_{hitung} > F_{tabel}$

Terima hipotesis nol ( $H_0$ ) bila  $F_{hitung} < F_{tabel}$

#### 5.7.5. Uji Normalitas Lilifors

Pengujian normalitas dilakukan bila teori yang menyatakan bahwa data yang diuji adalah normal. Bila ada teori yang menyatakan distribusi data normal maka uji normalitas tidak diperlukan lagi.

Langkah-langkah kerja uji Normalitas Lilifors

1. Data disusun dari kecil ke besar, setiap data ditulis sekali walaupun ada data yang sama
2. Periksa data, berapa kali munculnya bilangan itu, tulis frekuensinya
3. Susun frekuensi kumulatif berdasarkan frekuensinya,  $f_{ki} = f_i + f_{ki\text{sebelumnya}}$
4. Berdasarkan frekuensi kumulatif, hitung proporsi empirik (observasi),

$$S_n(x_i) = f_k/n$$

5. Hitung nilai Z untuk mengetahui *theoretical proportion* pada tabel Z,

Rumus,

$$Z = \frac{x_i - x_{rata}}{S} \quad X_{rata} = \frac{\sum X_i}{n} \quad S = \sqrt{\frac{\sum X_i^2 - \frac{(\sum X_i)^2}{n}}{n-1}}$$



6. Hitung *theoretical proportion* pada tabel Z yaitu proporsi kumulatif luas kurva normal baku.
7. Hitung nilai mutlak dari selisih *empirical proportion* dengan *theoretical proportion* dengan rumus yang disebut sebagai  $L_{hitung} = |Sn(X_i) - Fo(X_i)|$
8. Buat kesimpulan dengan kriteria,
  - $H_0 = X$  mengikuti distribusi normal
  - $H_a = X$  tidak mengikuti distribusi normal
  - Tolak  $H_0$  jika  $L_{hitung} > L_{tabel}$  pada  $(n, \alpha)$
  - Terima  $H_0$  jika  $L_{hitung} < L_{tabel}$  pada  $(n, \alpha)$

#### 5.7.6. Uji Homogenitas Barlett

Uji homogenitas data adalah uji untuk mengetahui sama atau tidaknya variansi-variansi dua distribusi atau lebih. Uji homogenitas variansi digunakan untuk membandingkan dua buah peubah bebas dengan kriteria uji. Dua distribusi dikatakan memiliki penyebaran yang homogen bila nilai  $F_{hitung} < F_{tabel}$  dengan  $\alpha$  tertentu dan  $dk_1 = (n_1 - 1)$  dan  $dk_2 = (n_2 - 1)$ .

Rumus uji statistik yang digunakan adalah;

$$F = \frac{S_1^2}{S_2^2} \quad \text{dan} \quad X^2 = (In10) \left[ B - \left( \sum db \cdot \text{Log} S_i^2 \right) \right]$$

Langkah-langkah Uji Homogenitas Barlett;

1. Menentukan kelompok data dan menghitung varians untuk tiap kelompok tersebut
2. Membuat tabel pembantu untuk mempermudah proses perhitungan
3. Menghitung varians gabungan

4. Menghitung log dari varians gabungan
5. Menghitung nilai Bartlett
6. Menghitung nilai  $X^2$
7. Menentukan nilai dan titik kritis
8. Membuat kesimpulan

#### 5.7.7. Analisis Path (*Path analysis*)

1. Menggambarkan diagram jalur yang mencerminkan proporsi hipotetik yang diajukan
2. Menghitung matriks korelasi antar variabel dengan menggunakan koefisien *product moment* dari Karl Pearson.
3. Menghitung matriks inverse korelasi antar variabel eksogen
4. Menghitung koefisien jalur berdasarkan perkalian multinomial antara hasil hitung matriks inverse variabel eksogen (item 3) dengan masing-masing nilai korelasi eksogen dengan endogen
5. Menghitung pengaruh langsung masing-masing variabel eksogen dengan endogen dengan mengkuadratkan nilai masing-masing jalur tersebut.
6. Menghitung pengaruh tidak langsung suatu variabel eksogen melalui jalur variabel eksogen lainnya.
7. Menghitung pengaruh masing-masing variabel eksogen (langsung dan tidak langsung) terhadap variabel endogen dengan menjumlahkan item 5 dengan item 6.
8. Menghitung pengaruh langsung dan tidak langsung semua variabel eksogen secara bersama-sama terhadap variabel endogen.

9. Menghitung koefisien jalur residu dengan cara satu dikurangi besarnya pengaruh berama-sama (1 dikurang jumlah item 8).

10. Melakukan uji hipotesis

Uji hipotesis signifikansi pengaruh masing-masing jalur variabel eksogen (secara parsial) terhadap variabel endogen. Uji ini menggunakan uji t, dengan rumus;

$$t = \frac{\rho_{x_u x_i}}{\sqrt{\frac{(1 - R^2_{x_u(x_1 x_2 \dots x_k)}) C_{ii}}{n - k - 1}}}$$

$i = 1, 2, \dots, k$

$k$  = Banyaknya variabel eksogen dalam substruktur yang sedang diuji

$t$  = Mengikuti tabel distribusi t, dengan derajat bebas =  $n - k - 1$

Hipotesisnya adalah;

$H_0$  : Tidak terdapat pengaruh variabel eksogen ( $X_u$ ) terhadap endogen ( $X_i$ )

$H_a$  : Terdapat pengaruh variabel eksogen ( $X_u$ ) terhadap endogen ( $X_i$ )

Kriteria pengujian;

$H_0$  ditolak jika  $t_{hitung} > t_{tabel}$

$H_0$  diterima jika  $t_{hitung} < t_{tabel}$

## BAB 6

### HASIL PENELITIAN

#### 6.1. Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada keempat variabel penelitian yaitu Kepemimpinan Senior ( $X_1$ ), Tata Kelola ( $X_2$ ), Tanggung Jawab Sosial ( $X_3$ ) dan Kinerja kepala ruang rawat inap RS Karya Bhakti Tahun 2008 ( $Y$ ). Tujuan uji validitas butir instrumen penelitian yaitu untuk melihat gambaran tentang kesahihan butir instrumen penelitian, sejauh mana ketepatan kuisioner yang digunakan mengukur suatu data dengan tepat.

Uji validitas ini dilakukan dengan menggunakan 30 orang responden yang bukan responden penelitian dan diolah dengan menggunakan bantuan program *Microsoft Excel for Windows* 2007 dengan ketentuan: Jika nilai  $r_{hitung} > r_{tabel}$  maka butir tersebut dikatakan valid. Jika nilai  $r_{hitung} < r_{tabel}$  butir pernyataan tersebut dinyatakan tidak valid atau gugur pada taraf signifikansi ( $\alpha$ ) = 0,05. Nilai  $r_{tabel}$  dilihat pada tabel  $r$  dengan taraf signifikansi ( $\alpha$ ) = 0,05 dan derajat kepercayaan ( $df = n-2$ ). Dengan jumlah responden sebanyak 30 orang, maka pada  $df = 30-2 = 28$ , dan  $\alpha = 0,05$  didapatkan nilai  $r_{tabel} = 0,361$ . Nilai  $r$  hasil perhitungan dilihat pada kolom bawah  $r_{hitung}$ .

Uji reliabilitas bertujuan untuk menunjukkan bahwa instrumen yang dipakai dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat penjaring data. Pengujian reliabilitas dilakukan terhadap butir-butir instrumen yang dinyatakan valid. Uji reliabilitas ini menggunakan rumus *Alpha Cronbach*. Untuk menentukan reliabilitas adalah dengan

membandingkan nilai  $r$  hasil hitung dengan  $r$  tabel. Jika  $r_{\text{hitung}} > r_{\text{tabel}}$ , maka pertanyaan tersebut dinyatakan reliabel dengan nilai  $r$  tabel pada  $(\alpha) = 0,05$  derajat kepercayaan 28  $(n-2)$  didapatkan nilai  $r$  tabel 0.361. Nilai  $r$  *Alpha Cronbach* dihitung dengan menggunakan rumus seperti tertera pada Bab 5.

**Tabel 6.1.**  
**Hasil Uji Validitas Dan Reliabilitas Kuisiонер Penelitian**  
**Variabel Kepemimpinan Senior**

Variabel	Item Pertanyaan	r-Korelasi	Keterangan	Alpha	Keterangan
Kepemimpinan Senior	P1	0.697	Valid	0.925	Reliabel
	P2	0.812	Valid		
	P3	0.760	Valid		
	P4	0.589	Valid		
	P5	0.698	Valid		
	P6	0.710	Valid		
	P7	0.805	Valid		
	P8	0.790	Valid		
	P9	0.207	Tidak Valid		
	P10	0.427	Valid		
	P11	0.497	Valid		
	P12	0.519	Valid		
	P13	0.483	Valid		
	P14	0.750	Valid		
	P15	0.732	Valid		
	P16	0.726	Valid		
	P17	0.660	Valid		
	P18	0.557	Valid		
	P19	0.804	Valid		
	P20	0.742	Valid		

Dari hasil tabel 6.1. uji validitas didapatkan pertanyaan yang tidak valid untuk variabel kepemimpinan senior, yaitu pertanyaan nomer 9. Nilai *Cronbach Alpha* adalah 0.925 (lebih besar dari  $r$  tabel = 0.361) sehingga semua item pertanyaan tersebut dinyatakan reliabel.

**Tabel 6.2.**  
**Hasil Uji Validitas Dan Reliabilitas Kuisioner Penelitian**  
**Variabel Tata Kelola Ruang**

Variabel	Item Pertanyaan	r-Korelasi	Keterangan	Alpha	Keterangan
Tata Kelola Ruang	P1	0.654	Valid	0,897	Reliabel
	P2	0.722	Valid		
	P3	0.699	Valid		
	P4	0.825	Valid		
	P5	0.680	Valid		
	P6	0.627	Valid		
	P7	0.452	Valid		
	P8	0.364	Valid		
	P9	0.760	Valid		
	P10	0.595	Valid		
	P11	0.603	Valid		
	P12	0.701	Valid		
	P13	0.351	Tidak Valid		
	P14	0.256	Tidak Valid		
	P15	0.558	Valid		
	P16	0.802	Valid		
	P17	0.700	Valid		
	P18	0.219	Tidak Valid		
	P19	0.713	Valid		
	P20	0.593	Valid		

Dari tabel 6.2. hasil uji validitas didapatkan tiga pertanyaan yang tidak valid yaitu pertanyaan nomer 13, 14 dan 18 sehingga pertanyaan tersebut harus dikeluarkan. Hasil hitung *Cronbach Alpha* menunjukkan nilai 0.897 yang artinya semua item pertanyaan tersebut reliabel.

**Tabel 6.3.**  
**Hasil Uji Validitas Dan Reliabilitas Kuisioner Penelitian**  
**Variabel Tanggung Jawab Sosial**

Variabel	Item Pertanyaan	r-Korelasi	Keterangan	Alpha	Keterangan
Tanggung Jawab Sosial	P1	0.226	Tidak Valid	0.914	Reliabel
	P2	0.608	Valid		
	P3	0.691	Valid		
	P4	0.536	Valid		
	P5	0.810	Valid		
	P6	0.751	Valid		
	P7	0.496	Valid		
	P8	0.530	Valid		
	P9	0.685	Valid		
	P10	0.726	Valid		
	P11	0.637	Valid		
	P12	0.716	Valid		
	P13	0.773	Valid		
	P14	0.756	Valid		
	P15	0.781	Valid		
	P16	0.772	Valid		
	P17	0.260	Tidak Valid		
	P18	0.511	Valid		
	P19	0.511	Valid		
	P20	0.552	Valid		

Dari tabel 6.3. hasil uji validitas untuk variabel tanggung jawab sosial, didapatkan dua pertanyaan yang tidak valid, yaitu pertanyaan dengan nomer 1 dan 17. Nilai *Cronbach Alpha* adalah 0.914 > nilai r tabel (0.361) sehingga semua item pertanyaan tersebut dinyatakan reliabel.

**Tabel 6.4.**  
**Hasil Uji Validitas Dan Reliabilitas Kuisioner Penelitian**  
**Variabel Kinerja Kepala Ruang**

Variabel	Item Pertanyaan	r-Korelasi	Keterangan	Alpha	Keterangan
Kinerja	P1	0.683	Valid	0.910	Reliabel
	P2	0.723	Valid		
	P3	0.712	Valid		
	P4	0.560	Valid		
	P5	0.393	Valid		
	P6	0.306	Tidak Valid		
	P7	0.719	Valid		
	P8	0.790	Valid		
	P9	0.686	Valid		
	P10	0.726	Valid		
	P11	0.712	Valid		
	P12	0.745	Valid		
	P13	0.250	Tidak Valid		
	P14	0.713	Valid		
	P15	0.517	Valid		
	P16	0.547	Valid		
	P17	0.480	Valid		
	P18	0.492	Valid		
	P19	0.343	Tidak Valid		
	P20	0.159	Tidak Valid		
	P21	0.299	Tidak Valid		
	P22	0.421	Valid		
	P23	0.595	Valid		
	P34	0.755	Valid		
	P25	0.736	Valid		

Dari tabel 6.4 terlihat bahwa pertanyaan nomer 6,13,19,20,21 merupakan pertanyaan yang tidak valid, sehingga pertanyaan tersebut harus dikeluarkan. Didapatkan nilai *Cronbach Alpha* 0.910 (lebih besar dari r tabel= 0.361), sehingga pertanyaan tersebut dinyatakan reliabel.



**Tabel 6.5**  
**Rekapitulasi Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Penelitian**  
**di RSKB Tahun 2008**

No	Variabel	$\Sigma$ Item Pertanyaan Sebelumnya	$\Sigma$ Item Pertanyaan Sesudah di Uji	Item Pertanyaan Yang di Drop	Crombach's Alpha Item Pertanyaan Yang Valid
1	Kepemimpinan Senior ( $X_1$ )	20	19	9	0.925
2	Tata Kelola ( $X_2$ )	20	17	13,14,18	0.897
3	Tanggung Jawab Sosial ( $X_3$ )	20	18	1, 17	0.914
4	Kinerja kepala ruang rawat inap RSKB (Y)	25	20	6,13,19,20,21	0.910
	Jumlah	85	74		

## 6.2. Karakteristik Responden

Semua perawat ruang rawat inap yang bekerja di Ruang “Dahlia Anyelir” diambil sebagai responden pada penelitian ini, sehingga jumlah responden berjumlah 30 orang.

**Tabel 6.6**  
**Distribusi Frekuensi Responden Menurut Jenis Kelamin, Usia, Tingkat Pendidikan dan Masa Kerja di Ruang Dahlia Anyelir RS Karya Bhakti Tahun 2008**

No	Variabel	Jumlah	Persentase (%)
1	Jenis Kelamin		
	a. Pria	3	10.0
	b. Wanita	27	90.0
2	Usia (Tahun)		
	a. 21 – 25	5	16.7
	b. 26 – 30	18	60.0
	c. 31 – 35	5	16.7
	d. 36 – 40	2	6.7
3	Tingkat Pendidikan		
	a. S1	3	10.0
	b. Diploma	26	86.7
	c. SPK	1	3.3
4	Masa Kerja (Tahun)		
	a. 1 - 5	12	40.0
	b. 6 – 10	12	40.0
	c. 11 – 15	4	13.3
	d. 16 – 20	2	6.7

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 90 % responden (27 orang) adalah wanita. Umur responden 60 % adalah 26 – 30 tahun (18 orang). Tingkat pendidikan responden terbanyak (86.7 %) adalah diploma (26 orang). Masa kerja terbanyak pada responden adalah 1-5 tahun dan 6 – 10 tahun yaitu masing-masing 40 % (masing-masing 12 orang).

### 6.3. Deskripsi Data

Deskripsi data yang ditampilkan meliputi data variabel eksogen yaitu Kepemimpinan Senior ( $X_1$ ), Tata Kelola ( $X_2$ ) dan Tanggung Jawab Sosial ( $X_3$ ) sedangkan variabel endogennya adalah Kinerja Kepala Ruang ( $Y$ ) sebagaimana terlihat pada tabel 6.8. Sedangkan deskripsi data subvariabel ditampilkan pada tabel 6.7.

**Tabel 6.7**  
**Deskripsi Data Sub Variabel dari Kepemimpinan Senior, Tata Kelola, Tanggung Jawab Sosial dan Kinerja Kepala Ruang Rawat Inpa Rumah Sakit Karya Bhakti Kota Bogor Tahun 2008**

No	Variabel	Mean Per Responden	SD	Jumlah Pertanyaan (No Pertanyaan)	Mean per Jumlah Pertanyaan	Cut Of Point	Keterangan Penilaian
	<b>Kepemimpinan Senior:</b>						
1	Komunikasi efektif	15.43	2.60	4 (1,2,3,4)	3.85	3	Baik
2	Konsistensi Perilaku	15.23	2.68	4 (5,6,7,8)	3.80	3	Baik
3	Keterlibatan Semua Karyawan	11.67	1.99	3 (10,11,12)	3.89	3	Baik
4	Pemberian Motivasi	15.57	2.14	4 (13,14,15,16)	3.89	3	Baik
5	Komitmen Terhadap Hasil Kerja	15.13	2.30	4 (17,18,19,20)	3.78	3	Baik

No	Variabel	Mean Per Responden	SD	Jumlah Pertanyaan (No Pertanyaan)	Mean per Jumlah Pertanyaan	Cut Of Point	Keterangan Penilaian
	<b>Tata Kelola:</b>						
1	Terlaksananya akuntabilitas manajemen	16.47	2.40	4 (1,2,3,4)	4.11	3	Baik
2	Terlaksananya Akuntabilitas Keuangan	14.5	2.95	4 (5,6,7,8)	3.62	3	Baik
3	Transparansi	15.87	2.16	4 (9,10,11,12)	3.97	3	Baik
4	Independensi	7.6	1.65	2 (15,16)	3.8	3	Baik
5	Dilakukannya Evaluasi Tata Kelola	12.27	1.76	3 (17,19,20)	4.08	3	Baik
	<b>Tanggung Jawab Sosial:</b>						
1	Pemberian dukungan mental kepada pasien	15.93	1.81	3 (2,3,4)	3.86	3	Baik
2	Terbinanya Hub Baik dengan Keluarga & Pengunjung	16.63	2.26	4 (5,6,7,8)	4.16	3	Baik
3	Berperilaku sesuai etika hukum	17.27	1.92	4 (9,10,11,12)	4.32	3	Baik
4	Proaktif terhadap dampak yang tidak diharapkan	15.80	2.92	4 (13,14,15,16)	3.95	3	Baik
5	Aktif dalam Kegiatan profesi untuk mengembangkan masyarakat	11.87	1.43	3 (18,19,20)	3.95	3	Baik
	<b>Kinerja karyawan:</b>						
1	Penampilan kerja berdasarkan sasaran	15.93	2.40	5 (1,2,3,4,5)	4.08	3	Baik
2	Kerja sesuai prosedur	20.20	2.24	4 (7,8,9,10)	3.98	3	Baik
3	Inisiatif dalam bekerja	16.13	2.17	4 (11,12,14,15)	4.03	3	Baik
4	Menyelesaikan tugas pokok	12.07	1.36	3 (16,17,18,)	4.02	3	Baik
5	Memberikan umpan balik	16.00	2.39	4 (22,23,24,25)	4	3	Baik

Dari deskripsi data per variabel di atas terlihat bahwa semua sub variabel bernilai di atas *cut of point* 3, artinya semua subvariabel bernilai baik. Nilai *cut of point* diambil dari nilai tengah total skor maksimal yaitu 3 untuk jawaban netral. Standar deviasi tertinggi didapatkan pada subvariabel terlaksananya akuntabilitas keuangan. Standar deviasi menunjukkan tingkat keberagaman (bervariasinya) jawaban responden. Semakin tinggi nilai standar deviasi berarti semakin besar tingkat variasi jawaban responden.

Pada variabel kepemimpinan senior, jawaban tertinggi di dapatkan pada keterlibatan semua karyawan, sedangkan jawaban yang terendah adalah komitmen terhadap hasil kerja. Pada variabel tata kelola skor tertinggi didapatkan pada subvariabel terlaksananya akuntabilitas manajemen, sedangkan terendah pada terlaksananya akuntabilitas keuangan. Pada variabel Tanggung Jawab Sosial, skor tertinggi didapatkan pada subvariabel berperilaku sesuai etika hukum, sedangkan skor terendah pada pemberian dukungan mental kepada pasien. Pada variabel Kinerja skor tertinggi didapatkan pada variabel penampilan kerja berdasarkan sasaran, sedangkan skor terendah pada kerja sesuai prosedur. Secara umum setiap subvariabel pada penelitian ini sudah bernilai baik, namun bila hendak dilakukan peningkatan, subvariabel yang bernilai terendah dari subvariabel yang lain hendaknya lebih diperhatikan.

**Tabel 6.8.**  
**Deskripsi Data Skor Jawaban Responden per Variabel<sup>1</sup>**

DEKRIPSI	X1	X2	X3	Y
Mean	73.03	66.70	73.33	80.53
Standard Error	1.798	1.635	1.572	1.678
Median	74	67	71.5	80
Mode	73	67	68	80
Standard Deviation	9.852	8.953	8.612	9.190
Sample Variance	97.067	80.148	74.161	84.464
Kurtosis	5.699	8.153	-0.300	2.024
Skewness	-1.445	-2.044	0.312	-0.422
Range	58	49	36	47
Minimum	37	31	54	53
Maximum	95	80	90	100
Sum	2191	2001	2200	2416
Count	30	30	30	30

Dari tabel diatas dapat dilihat nilai tengah (*central tendency*) atau nilai yang paling mewakili jawaban responden (berdasarkan mean, median dan modus), melihat variasi jawaban responden berdasarkan simpangan baku atau standar deviasi (SD). Semakin tinggi nilai SD, maka semakin bervariasi jawaban responden. Disamping itu, dari tabel di atas juga dapat dideteksi secara deskriptif distribusi kenormalan data berdasarkan nilai mean, median, modus, nilai *kurtosis* dan *skewness*. Deskripsi data per variabel dijelaskan sebagai berikut;

#### 1. Kepemimpinan Senior (X<sub>1</sub>)

Berdasarkan data yang diperoleh di lapangan, kemudian dilakukan pengolahan secara statistik. Nilai maksimum adalah 95 dan nilai minimum adalah 37 dengan rentang skor (range) 58. Berdasarkan range dan jumlah sampel dihitung interval kelas menurut Sturges dalam (Sabri & Hastono, 2006) adalah sebesar 9.873

<sup>1</sup> (X<sub>1</sub>)= Variabel Kepemimpinan Senior, (X<sub>2</sub>)= Tata Kelola, (X<sub>3</sub>)= Tanggung Jawab Sosial dan (Y)= Kinerja Kepala Ruang

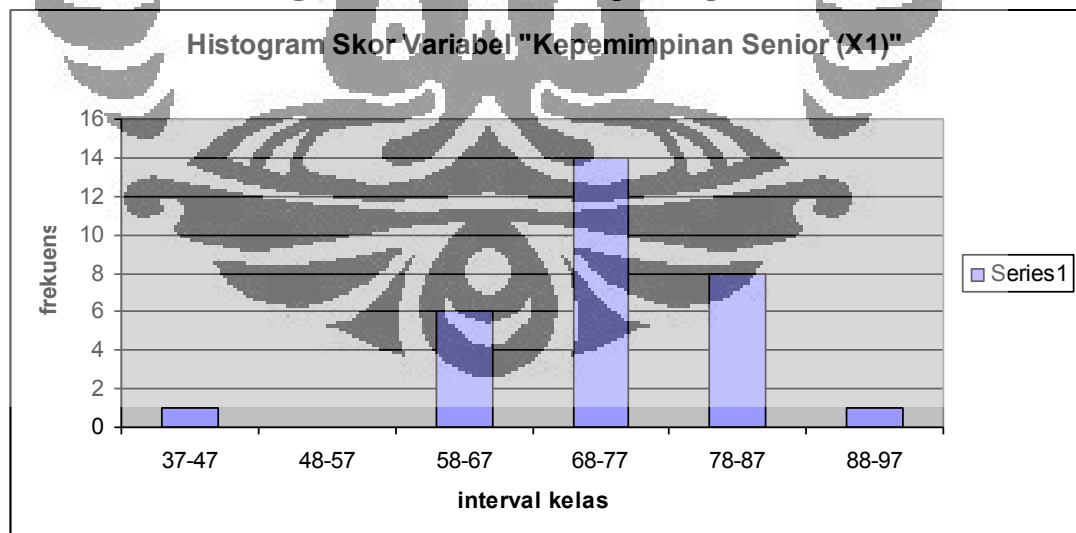
yang dibulatkan menjadi 10 sehingga didapatkan jumlah kelas sebanyak enam kelas. Selanjutnya seperti terlihat pada tabel distribusi frekuensi berikut ini;

**Tabel 6.9**  
**Distribusi Frekuensi Skor Variabel Kepemimpinan Senior**

Kelas	Range	Frekuensi mutlak	Frekuensi relatif	Frekuensi kumulatif
1	37-47	1	3.33%	3.33%
2	48-57	0	0.00%	3.33%
3	58-67	6	20.00%	23.33%
4	68-77	14	46.67%	70.00%
5	78-87	8	26.67%	96.66%
6	88-97	1	3.33%	100.00%
	jumlah	30		

Dari data di atas terlihat frekuensi jawaban responden terbanyak terletak pada interval skor 68-77 sebanyak 46.67 % (kelas interval ke empat). Distribusi nilai skor variabel kepemimpinan senior ditampilkan pada histogram berikut ini;

**Gambar 6.1.**  
**Histogram Skor Variabel Kepemimpinan Senior**



Nilai mean dari skor variabel kepemimpinan senior ( $X_1$ ) adalah 73.3, median 74 dan modus 73. Nilai nilai tersebut dianggap mewakili penilaian responden terhadap kepemimpinan kepala ruang karena merupakan nilai tengah (*central*

*tendency*). Sedangkan standar deviasinya adalah 9.85, nilai ini menyatakan tingkat variasi jawaban responden.

Dari analisis univariat ini dapat dinilai bahwa data skor variabel kepemimpinan senior adalah berdistribusi normal berdasarkan fakta bahwa;

- a. Nilai mean = median = modus menyatakan bahwa distribusi jawaban responden adalah normal (Dalam Hastono, 2007).
- b. Nilai *Skewness* dibagi *Standar Error (SE)*  $\leq 2$  yaitu  $1.45 : 1.80 = 0.803$  menyatakan distribusi data adalah normal (Dalam Hastono, 2007)
- c. Nilai *kurtosis*  $< 7$  (5.69) dan *skewness*  $< 2$  (-1.45) maka distribusi data adalah normal (Curran et.al, 1996 dalam Ghozali, 2005)
- d. Nilai hitung *Z skewness* dan *Z kurtosis*  $> 0.05$  pada  $(\alpha) = 0,05$  yang menyatakan distribusi data adalah normal (Ghozali, 2005). Dari hasil hitung didapatkan angka untuk *Z skewness* -3.23 dan *Z kurtosis* 6.37.

Selanjutnya untuk membuktikan kenormalan data ini dibahas dalam uji Lilifors.

## 2. Variabel Tata Kelola (X2)

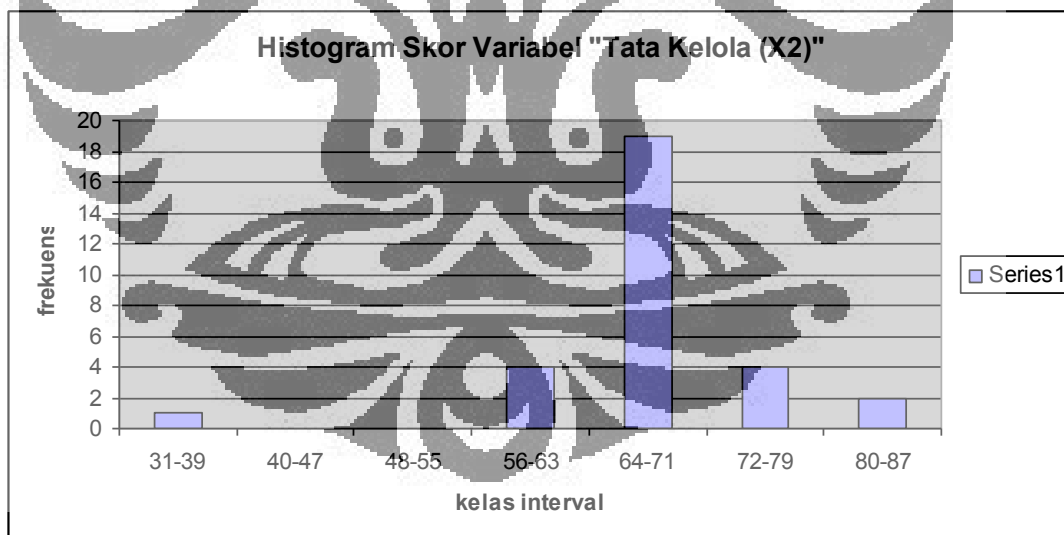
Dari tabel 6.7 terlihat bahwa nilai mean untuk variabel tata kelola adalah, 66.7, median 67, modus 67 dan standar deviasi 9.37. Nilai maksimum 80 nilai minimum 28 didapatkan range 52. berdasarkan range dicari interval kelas menurut Sturges didapatkan angka 8.34 (dibulatkan menjadi 8) sehingga didapatkan jumlah kelas sebanyak 6 kelas dengan distribusi sebagai berikut;

**Tabel 6.10.**  
**Distribusi Frekuensi Skor Variabel Tata Kelola**

Kelas	Range	f mutlak	F relatif	f kumulatif
1	31-39	1	3.33%	3.33%
2	40-47	0	0.00%	3.33%
3	48-55	0	0.00%	3.33%
4	56-63	4	13.33%	16.67%
5	64-71	19	63.33%	80.00%
6	72-79	4	13.33%	93.33%
7	80-87	2	6.67%	100.00%
	Jumlah	30	100.00%	

Dari tabel di atas terlihat frekuensi jawaban responden terbanyak terletak pada interval skor 65-73 sebanyak 56.67 % (kelas interval ke empat). Distribusi nilai skor variabel tata kelola ditampilkan pada histogram berikut ini;

**Gambar 6.2**  
**Histogram Skor Variabel Tata Kelola**



Dari analisis univariat ini dapat dinilai bahwa data skor variabel Tata Kelola adalah berdistribusi normal berdasarkan fakta bahwa;

- Nilai mean = median = modus, menyatakan bahwa distribusi jawaban responden adalah normal (Sabri dan Hastono, 2007).



- b. Nilai *Skewness* dibagi *Standar Error (SE)*  $\leq 2$  yaitu  $-2.044/1.635 = -1.25$  menyatakan distribusi data adalah normal (Hastono, 2007)
- c. Nilai hitung *Z skewness* dan *Z kurtosis*  $> 0.05$  pada  $(\alpha) = 0,05$  yang menyatakan distribusi data adalah normal (Ghozali, 2005). Dari hasil hitung didapatkan angka untuk *Z skewness*  $-4.57$  dan *Z kurtosis*  $9.11$ . Selanjutnya untuk membuktikan kenormalan data ini dibahas dalam uji asumsi normalitas Lilifors.

### 3. Variabel Tanggung Jawab Sosial

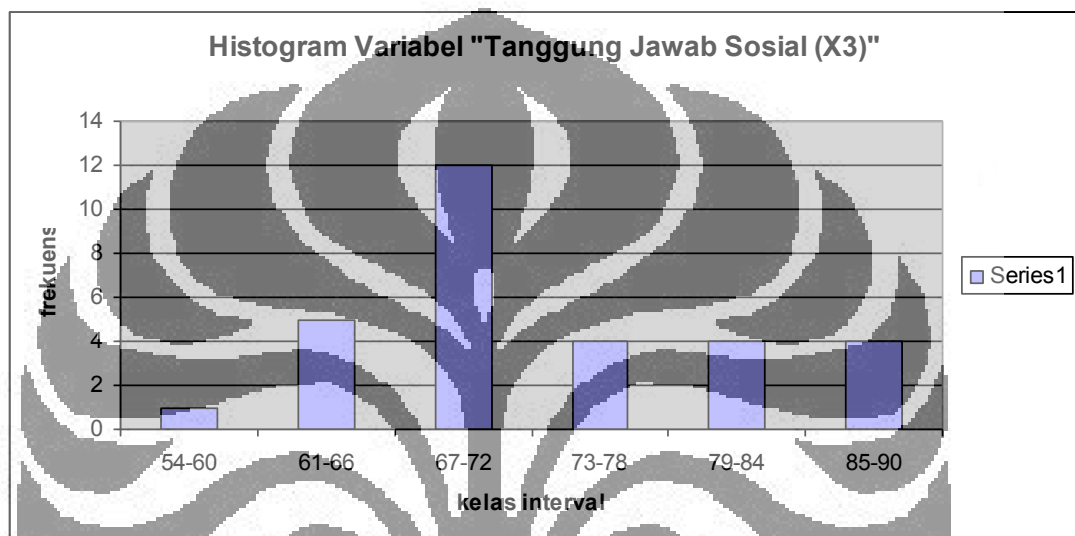
Berdasarkan tabel 6.7, nilai mean untuk variabel Tanggung Jawab Sosial adalah 73.3, median 71.5, modus 68 dan standar deviasi 8.6. Nilai maksimum untuk variabel tanggung jawab sosial adalah 90, nilai minimum adalah 36 sehingga didapatkan rentang skor (*range*) 54. Berdasarkan *range* dan jumlah sampel dihitung interval kelas menurut Sturges dalam Sabri & Hastono (2006) adalah sebesar 6.12 dibulatkan menjadi 6 sehingga didapatkan jumlah kelas sebanyak enam kelas. Selanjutnya seperti terlihat pada tabel distribusi frekuensi berikut ini;

**Tabel 6.11**  
**Distribusi Frekuensi Skor Variabel Tanggung Jawab Sosial**

Kelas	Range	Frekuensi mutlak	Frekuensi relatif	F rekuensi kumulatif
1	54 - 60	1	3.33%	3.33%
2	61 - 66	5	16.67%	20.00%
3	67 - 72	12	40.00%	60.00%
4	73 - 78	4	13.33%	73.33%
5	79 - 84	4	13.33%	86.66%
6	85 - 90	4	13.33%	100.00%
	jumlah	30		

Dari tabel distribusi frekuensi terlihat mayoritas jawaban responden (40%) berada pada rentang skor 67 – 72 (kelas interval ke tiga). Distribusi nilai skor variabel tanggung jawab sosial ditampilkan pada histogram berikut ini;

**Gambar.6.3.**  
**Histogram Skor Variabel Tanggung Jawab Sosial**



Dari analisis univariat ini dapat dinilai bahwa data skor variabel kepemimpinan senior adalah berdistribusi normal berdasarkan fakta bahwa;

- Nilai *Skewness* dibagi *Standar Error (SE)*  $\leq 2$  yaitu  $0.31 : 1.57 = 0.198$  menyatakan distribusi data adalah normal (Hastono, 2007)
- Nilai *kurtosis*  $< 7$  (-0.3) dan *skewness*  $< 2$  (0.31) maka distribusi data adalah normal (Curran et.al, 1996 dalam Ghozali, 2005).
- Nilai hitung *Z skewness* dan *Z kurtosis*  $> 0.05$  pada  $(\alpha) = 0,05$  yang menyatakan distribusi data adalah normal (Ghozali, 2005). Dari hasil hitung didapatkan angka untuk *Z skewness* 0.697 dan *Z kurtosis* 0.335. Selanjutnya untuk membuktikan kenormalan data ini dibahas dalam uji asumsi normalitas Lilifors

#### 4. Variabel Endogen Kinerja (Y)

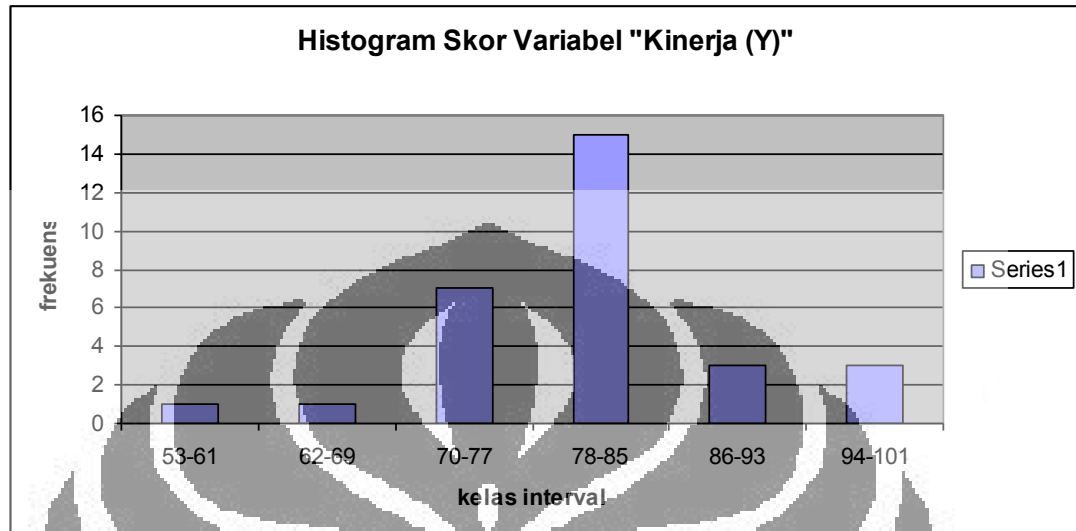
Berdasarkan tabel 6.7 didapatkan mean, median, modus dan standar deviasi untuk variabel Kinerja (berturut-turut 80.53, 80, 80 dan 9.19). Nilai maksimum adalah 100 dan nilai minimum adalah 43 dengan rentang skor (range) 57. Berdasarkan range dan jumlah sampel dihitung interval kelas menurut Sturges dalam (Sabri & Hastono, 2006) adalah sebesar 8.85 yang dibulatkan menjadi 9 sehingga didapatkan jumlah kelas sebanyak enam kelas. Selanjutnya seperti terlihat pada tabel distribusi frekuensi berikut ini;

**Tabel 6.12.**  
**Distribusi Frekuensi Skor Variabel Kinerja (Y)**

Kelas	Range	Frekuensi mutlak	Frekuensi relative	Frekuensi kumulatif
1	53-61	1	3.33%	3.33%
2	62-69	1	3.33%	6.66%
3	70-77	7	23.33%	30.00%
4	78-85	15	50.00%	80.00%
5	86-93	3	10.00%	90.00%
6	94-101	3	10.00%	100.00%
	Jumlah	30		

Dari tabel di atas terlihat bahwa 50 % jawaban responden terdapat pada rentang skor skor 78 - 85 (kelas interval ke empat). Selanjutnya distribusi frekuensi ini ditampilkan pada histogram berikut ini;

**Gambar 6.4.**  
**Histogram Skor Variabel Kinerja (Y)**



Dari analisis univariat ini dapat dinilai bahwa data skor variabel kepemimpinan senior adalah berdistribusi normal berdasarkan fakta bahwa;

- Nilai mean = median = modus (masing-masing 80.5, 80, 80) menyatakan bahwa distribusi jawaban responden adalah normal (Dalam Hastono, 2007).
- Nilai *Skewness* dibagi *Standar Error (SE)*  $\leq 2$  yaitu  $-0.422 : 1.678 = -0.25$  menyatakan distribusi data adalah normal (Dalam Hastono, 2007)
- Nilai *kurtosis*  $< 7$  (2.02) dan *skewness*  $< 2$  (-0.42) maka distribusi data adalah normal (Curran et.al, 1996 dalam Ghozali, 2005)
- Nilai hitung *Z skewness* dan *Z kurtosis*  $> (\alpha) = 0,05$  yang menyatakan distribusi data adalah normal (Ghozali, 2005). Dari hasil hitung didapatkan angka untuk *Z kurtosis* 2.26 yang menyatakan distribusi data adalah normal.

## 6.4. UJI PERSYARATAN ANALISIS

### 6.4.1. Uji Linearitas

#### a. Uji Linearitas Kinerja (Y) atas Kepemimpinan Senior ( $X_1$ )

Setelah dilakukan perhitungan dan analisis terhadap persamaan regresi Kinerja (Y) atas Kepemimpinan Senior ( $X_1$ ), maka didapat hasil seperti pada tabel berikut;

**Tabel 6.13**  
Tabel *Analysis of Varians* untuk Regresi Linear  $Y = 30,9669 + 0,68 X_1$

No	Sumber Variasi	db	JK	RJK	F hitung	F tabel	Keterangan
1.	Koefisien regresi (a)	1	194,568.53	194,568.53			
2.	Koefien regresi (b/a)	1	1,296.60	1,296.60	31.4908	4.20	Berarti/ signifikan
3.	Koefisien regresi Residu	28	1,152.87	41.17			
4.	Tuna Cocok	28	229,132.20	1,3478.36	-0.6503	2.685	Linear & signifikan
5.	Galat	21	-227979.33	-20725.39			

1. Dari hasil perhitungan, persamaan garisnya adalah :  $Y = 30,9669 + 0,68 X_1$
2. Hasil perhitungan menunjukkan nilai F hitung = 31.498 dan F tabel = 4.20 pada  $\alpha = 0,05$ . Karena F hitung > F tabel, maka koefisien regresinya signifikan
3. Pada uji linearitas terhadap persamaan regresi linear sederhana, hasil perhitungan menunjukkan nilai F hitung = -0.6503 dan F tabel = 2.685 pada  $\alpha = 0,05$ . Karena F hitung < F tabel, maka model persamaan regresi linear sederhana adalah linear dan signifikan

#### b. Uji Linearitas Kinerja (Y) atas Tata Kelola ( $X_2$ )

Setelah dilakukan perhitungan dan analisis terhadap persamaan regresi Kinerja (Y) atas Tata Kelola ( $X_2$ ), maka didapat hasil seperti pada tabel berikut;

**Tabel 6.14**  
**Tabel *Analysis of Varians* untuk Regresi Linear  $Y = 34.35 + 0.69 X_2$**

No	Sumber Variasi	db	JK reg	RJK reg	F hitung	F tabel	Keterangan
1.	Koefisien regresi (a)	1	194,568.53	194,568.53			
2.	Koefien regresi (b/a)	1	1,219.80	1,219.80	27.775	4.20	Berarti/ signifikan
3.	Koefisien regresi Residu	28	1229.67	43.92			
4.	Tuna Cocok	28	383,293.67	27,378.12	-1.0032	2.485	Linear & signifikan
5.	Galat	14	-382,064.00	-27,290.29			

1. Dari hasil perhitungan, persamaan garisnya adalah :  $Y = 32.21 + 0.72 X_2$

2. Hasil perhitungan didapat nilai F hitung = 27.775 dan F tabel = 4.20 pada  $\alpha = 0,05$ . Karena F hitung > F tabel, maka koefisien regresinya signifikan

3. Pada uji linearitas terhadap persamaan regresi linear sederhana, hasil perhitungan menunjukkan nilai F hitung = -1.0032 dan F tabel = 2.485 pada  $\alpha = 0,05$ . Karena F hitung < F tabel, maka model persamaan regresi linear sederhana adalah linear dan signifikan

c. Uji Linearitas Kinerja (Y) atas Tanggung Jawab Sosial ( $X_3$ )

Setelah dilakukan perhitungan dan analisis terhadap persamaan regresi Kinerja (Y) atas Tata Kelola ( $X_2$ ), maka didapat hasil seperti pada tabel berikut;

**Tabel 6.15**  
**Tabel *Analysis of Varians* untuk Regresi Linear  $Y = 33.8646 + 0.6364 X_3$**

No	Sumber Variasi	db	JK	RJK	F hitung	F tabel	Keterangan
1.	Koefisien regresi (a)	1	194,568.53	194,568.53			
2.	Koefien regresi (b/a)	1	871.01	871.01	15.4507	4.20	Berarti/ signifikan
3.	Koefisien regresi Residu	28	1,578.46	56.37			
4.	Tuna Cocok	28	283,644.93	20,260.35	-1.0056	2.485	Linear signifikan
5.	Galat	14	-282,066.4	-20,147.60			

1. Dari hasil perhitungan, persamaan garisnya adalah :  $Y = 33.8646 + 0.6364 X_3$
2. Hasil perhitungan menunjukkan nilai F hitung = 15.4507 dan F tabel = 4.20 pada  $\alpha = 0,05$ . Karena F hitung > F tabel, maka koefisien regresinya signifikan
3. Pada uji linearitas terhadap persamaan regresi linear sederhana, hasil perhitungan menunjukkan nilai F hitung = -1.0056 dan F tabel = 2.685 pada  $\alpha = 0,05$ . Karena F hitung < F tabel, maka model persamaan regresi linear sederhana adalah linear dan signifikan

#### 6.4.2. UJI HOMOGENITAS BARTLETT

Uji homogenitas dilakukan untuk mengetahui bahwa data dari setiap skor berasal dari populasi yang mempunyai varians sama. Uji Homogenitas varians dilakukan dengan menggunakan uji Bartlett.

Adapun langkah yang ditempuh guna melakukan uji homogenitas Bartlett adalah pertama, melakukan pengelompokan data variabel endogen kinerja (Y) berdasarkan kesamaan data variabel eksogen ( $X_1, X_2, X_3$ ). Kedua, menghitung  $dk$ ,  $1/dk$ , Varians  $S_1^2$ ,  $dk \log S_1^2$ ,  $dk S_1^2$ . Hasil perhitungan masing-masing variabel sebagai berikut;

##### a. Uji Homogenitas Varians Kinerja (Y) atas Kepemimpinan Senior ( $X_1$ )

Hasil perhitungan homogenitas varians variabel Kinerja (Y) atas Kepemimpinan senior ( $X_1$ ) diperoleh  $X^2_{hitung} = 13.40$  sedangkan pada tabel dengan  $dk = 11$  diperoleh  $X^2_{hitung} = 19.68$ . Karena  $X^2_{hitung} < X^2_{tabel}$ , maka  $H_0$  diterima, artinya varians kelompok kinerja (Y) atas Kepemimpinan senior ( $X_1$ ) adalah homogen.

b. Uji Homogenitas Varians Kinerja (Y) atas Tata Kelola (X<sub>2</sub>)

Hasil perhitungan homogenitas varians variabel Kinerja (Y) atas Tata Kelola (X<sub>2</sub>) diperoleh  $X^2_{hitung} = 4.85$  sedangkan pada tabel dengan dk = 15 diperoleh  $X^2_{tabel} = 25.00$ . Karena  $X^2_{hitung} < X^2_{tabel}$ , maka Ho diterima, artinya varians kelompok Kinerja (Y) atas Tata Kelola (X<sub>2</sub>) adalah homogen.

c. Uji Homogenitas Varians Kinerja (Y) atas Tanggung Jawab Sosial (X<sub>3</sub>)

Hasil perhitungan homogenitas varians variabel Kinerja (Y) atas Tanggung Jawab Sosial (X<sub>3</sub>) diperoleh  $X^2_{hitung} = 18.58$  sedangkan pada tabel dengan dk = 14 diperoleh  $X^2_{tabel} = 23.69$ . Karena  $X^2_{hitung} < X^2_{tabel}$ , maka Ho diterima, artinya varians kelompok kinerja (Y) atas Tanggung Jawab Sosial (X<sub>3</sub>) adalah homogen.

**Tabel.6.16**  
**Rekapitulasi Hasil Pengujian Homogenitas Barlet<sup>2</sup>**

No	Variabel	Dk	$X^2_{hitung}$	$X^2_{tabel}$	Keterangan
1	Y terhadap X <sub>1</sub>	11	13.40	19.68	Homogen
2	Y terhadap X <sub>2</sub>	15	4.85	25.00	Homogen
3	Y terhadap X <sub>3</sub>	14	18.58	23.69	Homogen

**6.4.3. Uji asumsi Kolinearitas antara Variabel Eksogen**

Pada pengujian kolinearity antara variabel eksogen kepemimpinan senior (X<sub>1</sub>), tata kelola (X<sub>2</sub>) dan tanggung jawab sosial (X<sub>3</sub>) didapatkan nilai korelasi *Pearson Product Moment* antara variabel X<sub>1</sub> dengan X<sub>2</sub> adalah  $r_{X_1-X_2} = 0.797$ , pada variabel X<sub>1</sub> dengan X<sub>3</sub> adalah  $r_{X_1-X_3} = 0.717$  dan antara variabel X<sub>2</sub> dengan X<sub>3</sub> adalah  $r_{X_2-X_3} = 0.697$ . Dari nilai tersebut tidak ditemukan korelasi yang terlalu kuat

<sup>2</sup>(X<sub>1</sub>)= Variabel Kepemimpinan Senior, (X<sub>2</sub>)= Tata Kelola, (X<sub>3</sub>)= Tanggung Jawab Sosial dan (Y)= Kinerja Kepala Ruang



(melebihi 0.80) antara sesama variabel eksogen, artinya tidak terjadi kolinearitas antara sesama variabel eksogen, sehingga asumsi kolinearitas terpenuhi.

**Tabel.6.17**  
**Rekapitulasi Hasil Pengujian Asumsi Kolinearitas<sup>3</sup>**

No	Korelasi Variabel Yang Diuji	Nilai Korelasi	Keterangan
1	X <sub>1</sub> dengan X <sub>2</sub>	0.797	Tidak Terjadi Kolinearitas
2	X <sub>1</sub> dengan X <sub>3</sub>	0.717	Tidak Terjadi Kolinearitas
3	X <sub>2</sub> dengan X <sub>3</sub>	0.697	Tidak Terjadi Kolinearitas

#### 6.4.4. Uji asumsi Eksistensi antara Variabel Eksogen

Uji eksistensi variabel Kinerja (Y) atas Kepemimpinan senior (X<sub>1</sub>) adalah untuk tiap nilai variabel X, variabel Y adalah random yang mempunyai mean dan varian tertentu. Cara untuk mengetahui asumsi eksistensi adalah dengan cara melakukan analisis deskriptif variabel residual dari model, bila residual menunjukkan nilai mean mendekati 0 dan ada sebaran, maka asumsi eksistensi terpenuhi. Nilai residual statistik didapatkan dengan cara menghitung  $\hat{y}$  (baca y topi), setelah menghitung nilai a (konstanta regresi) dan nilai b (koefisien regresi). Residual statistik merupakan pengurangan nilai y dengan nilai  $\hat{y}$  (baca y topi). Setelah itu dilakukan penghitungan nilai rata-rata dan standar deviasi dari residual statistik. Bila nilai mean mendekati 0.000 dan ada sebaran, maka asumsi eksistensi terpenuhi.

<sup>3</sup>(X<sub>1</sub>)= Variabel Kepemimpinan Senior, (X<sub>2</sub>)= Tata Kelola, (X<sub>3</sub>)= Tanggung Jawab Sosial dan (Y)= Kinerja Kepala Ruang

a. Uji eksistensi variabel Kinerja (Y) atas Kepemimpinan Senior ( $X_1$ )

Uji eksistensi variabel Kinerja (Y) atas Kepemimpinan Senior ( $X_1$ ) didapatkan nilai mean residual = 0.000 dan standard deviasi SD= 6.305 dengan demikian dapat dikatakan bahwa asumsi eksistensi terpenuhi.

b. Uji eksistensi variabel Kinerja (Y) atas Tata Kelola ( $X_2$ )

Uji eksistensi variabel Kinerja (Y) atas Tata kelola ( $X_2$ ) didapatkan nilai mean residual = 0.000 dan standard deviasi SD= 6.512 dengan demikian dapat dikatakan bahwa asumsi eksistensi terpenuhi.

c. Uji eksistensi variabel Kinerja (Y) atas Tanggung Jawab Sosial ( $X_3$ )

Uji eksistensi variabel Kinerja (Y) atas Tanggung Jawab Sosial ( $X_3$ ) didapatkan nilai mean residual = 0.000 dan standard deviasi SD= 7.378 dengan demikian dapat dikatakan bahwa asumsi eksistensi terpenuhi.

**Tabel.6.18**  
**Rekapitulasi Hasil Pengujian Asumsi Eksistensi<sup>4</sup>**

No	Korelasi Variabel Yang Diuji	Mean Residu	Standar Deviasi Residu	Keterangan
1	Y terhadap $X_1$	0.000	6.305	Eksistensi (+)/ terpenuhi
2	Y terhadap $X_2$	0.000	6.512	Eksistensi (+)/ terpenuhi
3	Y terhadap $X_3$	0.000	7.378	Eksistensi (+)/ terpenuhi

<sup>4</sup> ( $X_1$ )= Variabel Kepemimpinan Senior, ( $X_2$ )= Tata Kelola, ( $X_3$ )= Tanggung Jawab Sosial dan (Y)= Kinerja Kepala Ruang

## 6.4.5 Uji Liliefors

### 6.4.5.1. Uji Liliefors Masing-masing Variabel

Uji Liliefors berguna untuk menilai kenormalan distribusi data. Kriteria penerimaan hipotesis adalah bila  $L_{hitung} \leq L_{tabel}$  maka data berdistribusi normal. Pada uji Liliefors untuk variabel Kepemimpinan Senior ( $X_1$ ) didapatkan nilai  $L_{hitung}$  0.127 <  $L_{tabel}$  (= 0.161) pada taraf signifikasni 0.05, sehingga  $H_0$  diterima, artinya variabel Kepemimpinan Senior ( $X_1$ ) berdistribusi normal.

Pada uji Liliefors untuk variabel Tata Kelola ( $X_2$ ) didapatkan nilai  $L_{hitung}$  0.156 <  $L_{tabel}$  (=0.161) sehingga  $H_0$  diterima artinya variabel Tata Kelola ( $X_2$ ) berdistribusi normal. Dan Liliefors pada variabel Tanggung Jawab Sosial ( $X_3$ ) didapatkan nilai  $L_{hitung}$  0.135 <  $L_{tabel}$  (=0.161) sehingga  $H_0$  diterima. Artinya variabel Tanggung Jawab Sosial berdistribusi normal. Untuk variabel Kinerja Kepala Ruang ( $Y$ ) didapatkan nilai  $L_{hitung}$  0.124 <  $L_{tabel}$  (=0.161) sehingga  $H_0$  diterima, artinya variabel Kinerja Kepala Ruang berdistribusi normal. Dengan demikian keseluruhan data yang akan diuji berdistribusi normal.

### 6.4.5.2. Uji Liliefors Distribusi Galat ( $y-\hat{y}$ ).

Uji Liliefors distribusi galat berguna untuk menilai kenormalan distribusi galat. Nilai Galat dihitung berdasarkan nilai residual statistik yang telah disusun dari yang paling kecil hingga yang paling besar. Dari hasil residual statistik di hitung nilai rata-rata (*average*) dan standar deviasi (SD) untuk kemudian mendapatkan nilai Z. Nilai Z tabel dicari di dalam kurva distribusi normal standar (Z). Nilai  $L_{hitung}$  ditentukan berdasarkan selisih dari nilai frekuensi teoritis dengan frekuensi nyata pada tiap galat. Harga mutlak dari selisih tersebut dinamakan  $L_0$  atau  $L_{hitung}$ .

Kemudian nilai  $L_o$  di bandingkan dengan nilai  $L$  tabel pada tabel Liliefors berdasarkan jumlah  $n = 30$   $\alpha = 0,05$  didapatkan nilai  $L$  tabel = 0.161

Hipotesis yang diuji adalah;

$H_o$  : Galat berdistribusi normal, jika  $L_{hitung} \leq L_{tabel}$

$H_a$  : Galat tidak berdistribusi normal, jika  $L_{hitung} > L_{tabel}$ .

Pada uji kenormalan distribusi galat didapatkan hasil sebagai berikut;

- a. Uji normalitas distribusi Galat Kinerja Kepala Ruang atas kepemimpinan senior (Y atas  $X_1$ )

Berdasarkan hasil perhitungan diperoleh nilai  $L$  hitung = 0.161, atau sama dengan nilai  $L$  tabel 0.161 ( $n = 30$ ,  $\alpha = 0,05$ ) Karena  $L$  hitung  $\leq L$  tabel maka  $H_o$  diterima, artinya distribusi skor galat kinerja kepala ruang atas kepemimpinan senior ( $X_1$ ) berdistribusi normal.

- b. Uji normalitas distribusi Skor Galat Kinerja Kepala ruang dengan tata kelola (Y atas  $X_2$ )

Berdasarkan hasil perhitungan diperoleh nilai  $L$  hitung = 0.219 dengan nilai  $L$  tabel = 1.61 ( $n = 30$ ,  $\alpha = 0,05$ ) Karena  $L$  hitung  $> L$  tabel maka  $H_o$  ditolak, artinya distribusi skor galat kinerja kepala ruang atas Tata kelola ( $X_1$ ) tidak normal.

- c. Uji normalitas distribusi Skor Galat Kinerja Kepala ruang dengan tanggung jawab sosial (Y atas  $X_3$ )

Berdasarkan hasil perhitungan diperoleh nilai  $L$  hitung = 0.201 dan  $L$  tabel = 1.61 ( $n = 30$ ,  $\alpha = 0,05$ ) Karena  $L$  hitung  $> L$  tabel maka  $H_o$  ditolak, artinya distribusi skor galat kinerja kepala ruang atas Tanggung Jawab sosial ( $X_1$ ) tidak normal.

Rekapitulasi hasil uji persyaratan dapat disimpulkan dengan tabel sebagai berikut;

**Tabel 6.19**  
**Rekapitulasi Hasil Uji Persyaratan**

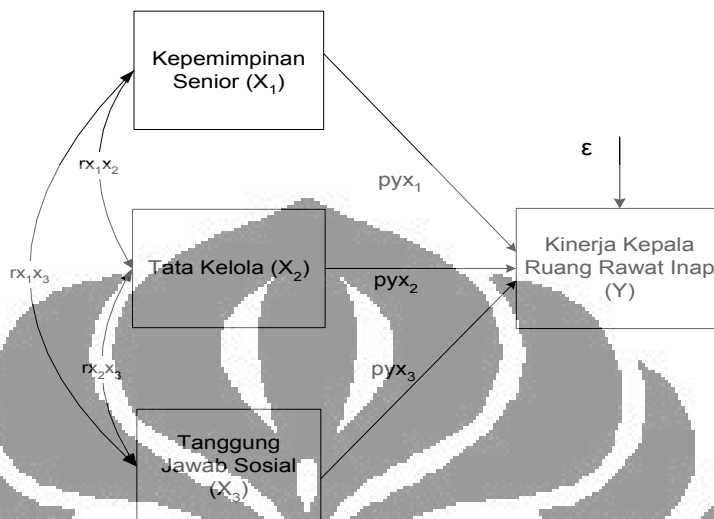
No	Nama Uji asumsi	Kepemimpinan Senior ( $X_1$ )	Tata Kelola( $X_2$ )	Tanggung Jwb Sosial ( $X_3$ )	Keterangan
1.	Linearitas	Linear	Linear	Linear	Terpenuhi pada $X_1$ , $X_2$ dan $X_3$
2.	Keberartian Koefisien regresi	Signifikan/ berarti	Signifikan/ berarti	Signifikan/ berarti	Terpenuhi pada $X_1$ , $X_2$ dan $X_3$
3.	Homogenitas	Homogen	Homogen	Homogen	Terpenuhi pada $X_1$ , $X_2$ dan $X_3$
4.	Normalitas item variabel	Distribusi normal	Distribusi normal	Distribusi normal	Terpenuhi pada $X_1$ , $X_2$ dan $X_3$
5.	Normalitas Galat	Distribusi Normal	Distribusi tidak normal	Distribusi tidak normal	Terpenuhi pd ( $X_1$ ), Tak terpenuhi pd ( $X_2$ & $X_3$ )
6.	Eksistensi	Ada eksistensi	Ada eksistensi	Ada eksistensi	Terpenuhi pada $X_1$ , $X_2$ dan $X_3$
7.	Kolinearity	Tidak terjadi kolinearity	Tidak terjadi kolinearity	Tidak terjadi kolinearity	Terpenuhi pada $X_1$ , $X_2$ dan $X_3$

## 6.5. Pengujian Model

### 6.5.1. Penghitungan Koefisien Jalur

Setelah data yang diperoleh di lapangan diolah dan sudah memenuhi uji yang dipersyaratkan, maka tahapan selanjutnya dalam pengujian model kausalitas adalah melakukan analisis jalur (*path analysis*). Berdasarkan model kausal yang dibentuk berdasarkan teori yang dicoba dianalisis, akan diperoleh diagram analisis jalur seperti terlihat pada gambar 6.5. Setelah itu dihitung nilai koefisien korelasi dan koefisien jalur pada tiap-tiap jalur (*path*) yang telah dirumuskan tadi.

**Gambar 6.5**  
**Model Hubungan Struktural Antar Variabel<sup>5</sup>**



Dari diagram jalur pada gambar diperoleh 3 koefisien jalur yaitu  $p_{YX_1}$ ,  $p_{YX_2}$  dan  $p_{YX_3}$  dan tiga buah koefisien korelasi yaitu  $r_{X_1X_2}$ ,  $r_{X_1X_3}$  dan  $r_{X_2X_3}$ . Nilai koefisien jalur merupakan hubungan kausal antara variabel eksogen ( $X_1$ ,  $X_2$  dan  $X_3$ ) dengan variabel endogen ( $Y$ ). Nilai yang perlu diketahui untuk perhitungan koefisien jalur adalah nilai korelasi. Berikut ditampilkan matriks koefisien korelasi antar variabel yang diuji;

**Tabel 6.20**  
**Matriks Koefisien Korelasi Sederhana Antar Variabel<sup>6</sup>**

	X1	X2	X3	Y
X1	1			
X2	0.797257	1		
X3	0.716792	0.696843	1	
Y	0.727557	0.705681	0.596315	1

<sup>5</sup> $p_{YX_1}$  = koefisien jalur kinerja atas kepemimpinan senior,  $p_{YX_2}$  = koefisien jalur kinerja atas tata kelola,  $p_{YX_3}$  = koefisien jalur kinerja atas tanggung jawab sosial,  $R$  = koefisien residu,  $r_{X_1X_2}$  = korelasi antara kepemimpinan senior dengan tata kelola,  $r_{X_2X_3}$  = korelasi tata kelola dengan tanggung jawab sosial,  $r_{X_1X_3}$  = korelasi kepemimpinan senior dengan tanggung jawab sosial.

<sup>6</sup>( $X_1$ ) = Variabel Kepemimpinan Senior, ( $X_2$ ) = Tata Kelola, ( $X_3$ ) = Tanggung Jawab Sosial dan ( $Y$ ) = Kinerja Kepala Ruang

Nilai  $r_{YX_1}$ ,  $r_{YX_2}$  dan  $r_{YX_3}$  merupakan nilai hubungan korelasional antara variabel eksogen dengan variabel endogen. Korelasi kepemimpinan senior, tata kelola dan tanggung jawab sosial terhadap kinerja masing-masing didapatkan nilai 0.727, 0.707 dan 0.596. Selanjutnya dari tabel korelasi dicari matriks invers antara variabel eksogen, hasilnya seperti ditampilkan sebagai berikut;

**Tabel 6.21**  
**Matriks Inverse Antar Variabel Eksogen<sup>7</sup>**

	X1	X2	X3
X1	3.186258	-1.84436	-0.99865
X2	-1.84436	3.011581	-0.77658
X3	-0.99866	-0.77657	2.256979

Berdasarkan matriks inverse didapatkan nilai koefisien jalur antara kepemimpinan senior terhadap kinerja ( $py_{x_1}$ ), tata kelola terhadap kinerja ( $py_{x_2}$ ) dan tanggung jawab sosial terhadap kinerja ( $py_{x_3}$ ) masing masing adalah 0.4184, 0.32473 dan 0.070. Adapun pengaruh langsung antara  $X_1$ ,  $X_2$  dan  $X_3$  terhadap  $Y$  masing-masing adalah 0.175, 0.105 dan 0.0049, sedangkan sisanya ( $1-0.5727=0.423$ ) atau 42.41 % dipengaruhi oleh variabel lain yang tidak diteliti.

<sup>7</sup>( $X_1$ )= Variabel Kepemimpinan Senior, ( $X_2$ )= Tata Kelola dan ( $Y$ )= Kinerja Kepala Ruang. Inverse dilakukan untuk menghitung koefisien jalur berdasarkan perkalian antara nilai inverse dengan koefisien korelasi

### 6.5.2. Pengujian Hipotesis

Pengujian Statistik pertama dilakukan terhadap variabel Tanggung Jawab Sosial (sebagai variabel dengan koefisien jalur dan pengaruh langsung terkecil) terhadap kinerja kepala ruang. Hipotesisnya adalah sebagai berikut;

Ho :  $\beta_{yx_3} = 0$ , artinya tidak terdapat pengaruh yang bermakna antara Tanggung

Jawab Sosial terhadap Kinerja Kepala Ruang

Ha :  $\beta_{yx_3} \neq 0$ , artinya terdapat pengaruh yang bermakna antara Tanggung

Jawab Sosial terhadap Kinerja Kepala Ruang.

Dari hasil uji signifikansi Tanggung Jawab Sosial atas Kinerja Kepala Ruang didapatkan nilai  $t_{hitung} = 0.365$ ,  $< t_{tabel} (= 2.0518)$  pada  $(\alpha) 0.05$  dan derajat kepercayaan 27 (n-k-1), sehingga Ho diterima, artinya jalur antara Tanggung Jawab Sosial terhadap Kinerja Kepala Ruang tidak signifikan.

Menurut Sudjana (1996), bahwa apabila suatu koefisien jalur mempunyai pengaruh yang tidak bermakna maka secara statistik dapat dihilangkan dari model. Selanjutnya dilakukan uji statistik terhadap signifikansi jalur Kepemimpinan Senior dan Tata Kelola atas Kinerja Kepala Ruang. Namun perhitungan koefisien jalur dilakukan dari awal dengan 2 jalur tersebut. Hipotesisnya berbunyi sebagai berikut;

1. Kepemimpinan senior terhadap kinerja kepala ruang

Ho :  $\beta_{yx_1} = 0$ , artinya tidak terdapat pengaruh yang bermakna antara tata kelola terhadap kinerja kepala ruang

Ha :  $\beta_{yx_1} \neq 0$ , artinya terdapat pengaruh yang bermakna antara tata kelola terhadap kinerja kepala ruang.



Dari hasil uji signifikansi koefisien jalur kepemimpinan senior terhadap kinerja kepala ruang didapatkan nilai  $t_{hitung} = 2.172, > t_{tabel} (= 2.0518)$  pada ( $\alpha$ ) 0.05 dan derajat kepercayaan 27 (n-k-1), sehingga  $H_0$  ditolak, artinya jalur antara kepemimpinan senior terhadap kinerja adalah bermakna.

2. Tata kelola terhadap kinerja kepala ruang

$H_0 : \rho_{YX_2} = 0$ , artinya tidak terdapat pengaruh yang bermakna antara tata kelola terhadap kinerja kepala ruang

$H_a : \rho_{YX_2} \neq 0$ , artinya terdapat pengaruh yang bermakna antara tata kelola terhadap kinerja kepala ruang.

Dari hasil uji signifikansi tata kelola atas kinerja kepala ruang didapatkan nilai  $t_{hitung} = 1.654, < t_{tabel} (= 2.0518)$  pada ( $\alpha$ ) 0.05 dan derajat kepercayaan 27 (n-k-1), sehingga  $H_0$  diterima, artinya jalur antara tata kelola terhadap kinerja kepala ruang tidak signifikan.

**Tabel 6.22.**  
**Rekapitulasi Hasil Pengujian Hipotesis**

No	Hipotesis	Uji Statistik	Keputusan	Kesimpulan
1	Kepemimpinan Senior ( $X_1$ ) berpengaruh langsung terhadap Kinerja Kepala Ruang Rawat Inap RS Karya Bhakti (Y).	$H_0 : \rho_{YX_1} = 0$ $H_a : \rho_{YX_1} \neq 0$	Ho ditolak	Berpengaruh langsung
2	Tata Kelola ( $X_2$ ) berpengaruh langsung terhadap Kinerja Kepala Ruang Rawat Inap RS Karya Bhakti (Y).	$H_0 : \rho_{YX_2} = 0$ $H_a : \rho_{YX_2} \neq 0$	Ho diterima	Tidak Berpengaruh langsung
3.	Tanggung Jawab Sosial ( $X_3$ ) berpengaruh langsung terhadap Kinerja Kepala Ruang rawat Inap RS Karya Bhakti (Y)	$H_0 : \rho_{YX_3} = 0$ $H_a : \rho_{YX_3} \neq 0$	Ho diterima	Tidak Berpengaruh Langsung

## 6.6. Penghitungan Besarnya Pengaruh Langsung Dan Tidak Langsung

Pada tahap selanjutnya dilakukan penghitungan besarnya pengaruh langsung maupun tidak langsung Kepemimpinan Senior, Tata Kelola dan Tanggung Jawab Sosial terhadap Kinerja Kepala Ruang. Walaupun mempunyai koefisien jalur yang sangat kecil serta tidak bermakna terhadap Kinerja Kepala Ruang, Tanggung Jawab Sosial tetap dipertahankan dalam model dan diikutsertakan dalam perhitungan karena secara substansi penting terhadap Kinerja Kepala Ruang. Pengaruh masing-masing variabel tersebut terhadap Kinerja dapat berupa pengaruh langsung, maupun tidak langsung.

Pengaruh kepemimpinan senior secara langsung dan tidak langsung terhadap kinerja kepala ruang digambarkan pada tabel berikut ini;

**Tabel 6.23**  
**Pengaruh Langsung dan Tidak Langsung Variabel Kepemimpinan Senior Terhadap Kinerja Kepala Ruang<sup>8</sup>**

No	Item yang di Uji	Nilai	Persentase (%)
1.	Pengaruh langsung $= py_{x_1} * py_{x_1}$	0.1751	17.51 %
2.	Pengaruh tdk langsung melalui $x_2$ $= py_{x_1} * r_{x_1x_2} * py_{x_2}$	0.1083	10.83 %
3.	Pengaruh tdk langsung melalui $x_3$ $= py_{x_1} * r_{x_1x_3} * py_{x_3}$	0.021	2.1%
4.	Pengaruh langsung dan tidak langsung Kepemimpinan Senior terhadap Kinerja Kepala Ruang	0.3044	30.44 %

Besarnya pengaruh langsung variabel kepemimpinan senior terhadap kinerja adalah 17.51 %. Sedangkan pengaruh secara tidak langsung melalui tata kelola dan

<sup>8</sup>  $Py_{x_1}$  = koefisien jalur kepemimpinan senior terhadap kinerja kepala ruang,  $Py_{x_2}$  = koefisien jalur tata kelola terhadap kinerja kepala ruang,  $r_{x_1x_2}$  = nilai korelasi antara kepemimpinan senior dengan tata kelola.

Tanggung Jawab Sosial masing-masing adalah 10.83 % dan 2.1 %. Dengan demikian kontribusi kepemimpinan senior baik langsung maupun tidak langsung terhadap kinerja kepala ruang adalah sebesar 30.44 %.

**Tabel 6.24**  
**Pengaruh Langsung dan Tidak Langsung Variabel Tata Kelola Terhadap Kinerja Kepala Ruang<sup>9</sup>**

No	Item yang di Uji	Nilai	Persentase (%)
1.	Pengaruh langsung $= p_{y x_2} * p_{y x_2}$	0.1054	10.54 %
2.	Pengaruh tdk langgung melalui $x_1$ $= p_{y x_2} * r_{x_1 x_2} * p_{y x_1}$	0.1083	10.83 %
3.	Pengaruh tdk langgung melalui $x_3$ $= p_{y x_2} * r_{x_2 x_3} * p_{y x_3}$	0.0159	1.59 %
4.	Pengaruh langsung dan tidak langsung Tata Kelola terhadap Kinerja Kepala Ruang	0.2296	22.96 %

Besarnya pengaruh langsung variabel tata kelola terhadap kinerja adalah 10.54 %. Sedangkan pengaruh secara tidak langsung melalui variabel kepemimpinan senior dan Tanggung Jawab Sosial masing-masing sebesar 10.83% dan 1.59 %. Dengan demikian, pengaruh tata kelola baik secara langsung maupun tidak langsung terhadap kinerja kepala ruang adalah sebesar 22.96 %.

**Tabel 6.25**  
**Pengaruh Langsung dan Tidak Langsung Variabel Tanggung Jawab Sosial Terhadap Kinerja Kepala Ruang<sup>10</sup>**

No	Item yang di Uji	Nilai	Persentase (%)
1.	Pengaruh langsung $= p_{y x_3} * p_{y x_3}$	0.0049	0.49 %
2.	Pengaruh tdk langgung melalui $x_1$ $= p_{y x_3} * r_{x_1 x_3} * p_{y x_1}$	0.021	2.1 %
3.	Pengaruh tdk langgung melalui $x_2$ $= p_{y x_3} * r_{x_2 x_3} * p_{y x_3}$	0.0159	1.59 %
4.	Pengaruh langsung dan tidak langsung Tanggung Jawab Sosial	0.0418	4.18 %

<sup>9</sup>  $p_{y x_1}$  = koefisien jalur kepemimpinan senior terhadap kinerja kepala ruang,  $p_{y x_2}$  = koefisien jalur tata kelola terhadap kinerja kepala ruang,  $r_{x_1 x_2}$  = nilai korelasi antara kepemimpinan senior dengan tata kelola

<sup>10</sup>  $p_{y x_1}$  = koefisien jalur kepemimpinan senior terhadap kinerja kepala ruang,  $p_{y x_2}$  = koefisien jalur tata kelola terhadap kinerja kepala ruang,  $r_{x_1 x_2}$  = nilai korelasi antara kepemimpinan senior dengan tata kelola

terhadap Kinerja Kepala Ruang		
-------------------------------	--	--

Besarnya pengaruh langsung variabel Tanggung Jawab Sosial terhadap Kinerja Kepala Ruang adalah 4.18 %. Sedangkan pengaruh secara tidak langsung melalui variabel Kepemimpinan Senior dan Tata Kelola masing-masing sebesar 2.1% dan 1.59 %. Dengan demikian, pengaruh Tanggung Jawab Sosial baik secara langsung maupun tidak langsung terhadap Kinerja Kepala Ruang adalah sebesar 4.18%.

#### 6.7. Pengaruh Variabel Residu Terhadap Kinerja Kepala Ruang

Berdasarkan prosentase pengaruh kepemimpinan senior, tata kelola dan tanggung jawab sosial bahwa sebesar 57.59 % kinerja kepala ruang dapat diprediksi berdasarkan kepemimpinan senior, tata kelola dan tanggung jawab sosial. Sedangkan sisanya ditentukan oleh variabel lain yang tidak diuji dalam penelitian ini. Pengaruh masing-masing variabel eksogen dan variabel residu terhadap kinerja ditampilkan dalam tabel berikut;

**Tabel 6.26**  
**Pengaruh Kepemimpinan Senior, Tata kelola Terhadap Kinerja Kepala Ruang**

No	Item yang di Uji	Nilai	Persentase (%)
1.	Pengaruh Kepemimpinan Senior Terhadap Kinerja Kepala Ruang	0.344	30.44 %
2.	Pengaruh Tata Kelola terhadap Kinerja Kepala Ruang	0.2296	22.96 %
3.	Pengaruh Tanggung Jawab Sosial terhadap Kinerja Kepala Ruang	0.0418	4.18 %
3.	Pengaruh Bersama Kepemimpinan Senior, Tata Kelola dan Tanggung Jawab Sosial terhadap Kinerja Kepala Ruang	0.5759	57.59 %

4.	Pengaruh variabel lain terhadap kinerja ruang ( $\epsilon$ ) = 100 – Pengaruh Bersama	0.4241	42.41 %
----	--	--------	---------

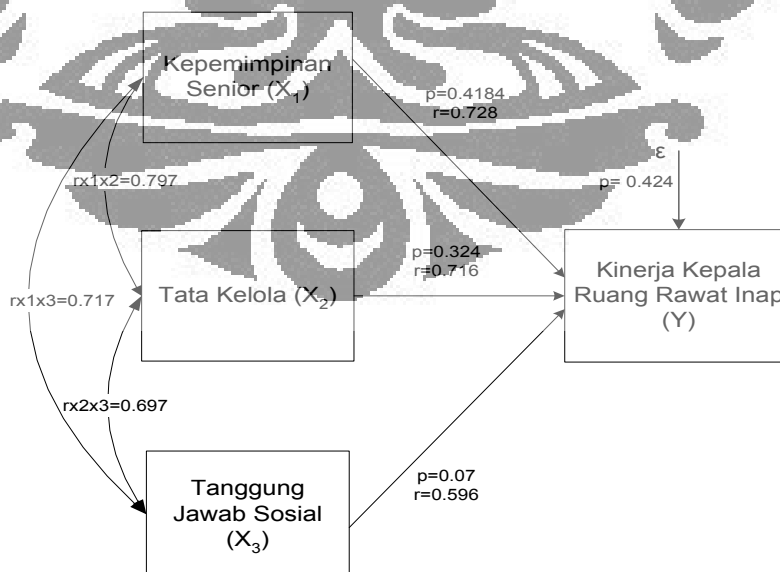
**Tabel 6.27**  
**Koefisien Jalur Pengaruh Langsung dan Tidak Langsung Kepemimpinan Senior ( $X_1$ ) dan Tata Kelola ( $X_2$ ) dan Tanggung Jawab Sosial Terhadap Kinerja Kepala Ruang ( $Y$ )<sup>11</sup>**

VARIABEL	PENGARUH				TOTAL
	LANGSUNG	TIDAK LANGSUNG			
		$X_1$	$X_2$	$X_3$	
X1 Terhadap Y	17.51%	None	10.83%	2.10%	30.44%
X2 Terhadap Y	10.54%	10.83%	None	1.59%	22.96%
X3 Terhadap Y	0.49%	2.10%	1.59%	None	4.18%
Pengaruh Bersama X1,X2 dan X3 Thd Y					57.59%
Residu ( $\epsilon$ ) = Pengaruh Faktor Lain Yang Tidak Diteliti					42.41%

Hasil akhir penelitian disimpulkan hipotesis sebagai berikut;

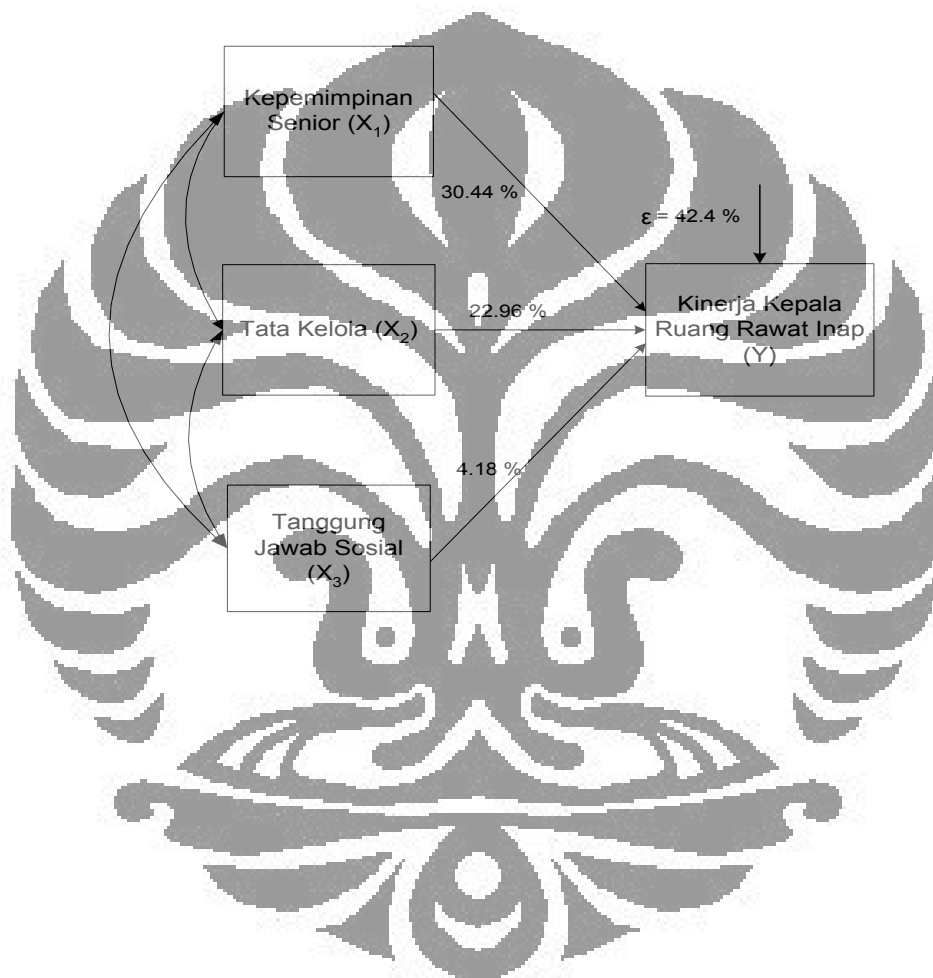
Model akhir jalur uji ditampilkan seperti gambar berikut ini;

**Gambar 6.6.**  
**Model Akhir Hubungan Struktural Antar Variabel**



<sup>11</sup>  $X_1$ -Y = Pengaruh Kepemimpinan Senior terhadap Kinerja,  $X_2$ -Y= Pengaruh Tata Kelola terhadap Kinerja,  $X_3$ = Kepemimpinan senior  $X_2$  = Tata Kelola Y = Kinerja

**Gambar 6.7.**  
**Persentase Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja Kepala Ruang RS**  
**Karya Bhakti Kota Bogor Tahun 2008**



## BAB 7

### PEMBAHASAN

#### 7.1. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memerlukan pemahaman terhadap berbagai hal, baik menyangkut konsep, metodologi maupun teknis penelitian. Keterbatasan penelitian ini adalah, pertama, penelitian ini hanya membatasi pada satu kriteria dari *Malcolm Baldrige*. Kriteria yang diambil pada penelitian ini adalah kriteria pertama yaitu kepemimpinan (*leadership*) yang dijabarkan menjadi variabel kepemimpinan senior, tata kelola dan tanggung jawab sosial. Berkemungkinan terdapat variabel lain dalam enam kriteria *Malcolm Baldrige* lainnya, atau terdapat variabel antara yang berkaitan dengan kinerja kepala ruang.

Pada penelitian ini, didapatkan pengaruh kepemimpinan senior, tata kelola dan tanggung jawab sosial terhadap kinerja kepala ruang sebanyak 57.59 %. Sedangkan 42.41 % lainnya dipengaruhi oleh variabel lain yang tidak diteliti. Penelitian yang dilakukan oleh Trilusita (2008) terhadap salah satu Kriteria Malcolm Baldrige lainnya didapatkan pengaruh manajemen proses terhadap Kinerja RS. Thamrin Internasional Salemba sebesar 50.1 %, sedangkan 49.9 % sisanya dipengaruhi oleh variabel lain yang tidak diteliti. Chairilina (2008) mendapatkan angka lebih kecil, yaitu 40.19 % pengaruh fokus karyawan (keterlibatan karyawan dan lingkungan kerja karyawan) terhadap kinerja RS Meuraxa tahun 2008, sedangkan sisanya sebesar 59.81 % dipengaruhi oleh variabel lain yang tidak diteliti.

Kedua, instrumen pengumpul data kemungkinan belum dapat mengungkapkan seluruh aspek yang diteliti. Pengumpulan data dilakukan dalam bentuk kuesioner untuk mengukur variabel kepemimpinan senior, tata kelola, tanggung jawab sosial serta kinerja kepala ruang yang mungkin belum sempurna, meskipun telah divalidasi dan diujicobakan, yang disebabkan oleh keterbatasan peneliti dalam menyusun pernyataan instrumen, sehingga memungkinkan masih terdapatnya pernyataan yang kurang mengungkapkan indikator dalam penelitian ini.

## 7.2. Ketepatan Alat Ukur dan Persyaratan Analisis

Sebelum melakukan analisis data, langkah pertama yang sangat penting dalam penelitian ini adalah menguji validitas dan reliabilitas instrumen. Pentingnya pengujian validitas dan reliabilitas ini berkaitan dengan proses pengukuran yang cenderung keliru, apalagi pada penelitian ilmu sosial yang mempunyai variabel yang abstrak dan sukar untuk dilihat dan divisualisasikan atau dijamah secara realita, tidak seperti ilmu-ilmu eksakta. Validitas dan reliabilitas berguna untuk memaksimalkan alat ukur agar kecenderungan keliru dapat diminimalisir. Validitas juga dijadikan sebagai patokan untuk meninjau kualitas semua alat ukur dan prosedur yang digunakan. Suatu instrumen dikatakan valid bila instrumen dapat mengukur sesuatu yang hendak diukur (Muhidin dan Abdurrahman, 2007).

Arikunto (1993) dalam Muhidin dan Abdurrahman (2007) menulis 2 jenis validitas instrumen yaitu validitas logis (*logical validity*) dan validitas empirik (*empirical validity*). Validitas logis didapatkan pada saat saat instrumen (kuisisioner) sudah selesai disusun, yaitu melalui tahapan atau ketentuan yang ada. Sedangkan validitas empirik didapatkan melalui uji coba kuisisioner. Sedangkan reliabilitas



instrumen menyatakan konsistensi dari instrumen (kuisisioner) tersebut sebagai alat ukur, sehingga dari beberapa kali pengujian terhadap subjek yang homogen, diperoleh hasil yang relatif sama. Validitas dan reliabilitas menunjukkan bahwa instrumen yang digunakan sudah cukup dipercaya.

Pada penelitian ini, instrumen sudah disusun sesuai tahapan-tahapannya yaitu menurunkan variabel yang berasal dari konsep, kemudian di perjelas dan diubah bentuknya sehingga dapat diukur dan dipergunakan secara operasional melalui sejumlah item-pertanyaan sesuai dengan indikator untuk mengukur variabel itu sehingga dapat dikatakan memenuhi validitas logis. Untuk validitas empirik, instrumen pun sudah mengalami uji coba kuisisioner sehingga pertanyaan yang akan dianalisis dapat dikatakan sudah mengukur apa yang hendak diukur serta memiliki konsistensi, dengan kata lain kuisisioner (instrumen) sudah dapat dipercaya untuk melakukan pengumpulan data penelitian. Hal ini tentunya terlepas dari keterbatasan penelitian yang sudah dijelaskan.

Berdasarkan hasil validitas dan reliabilitas tadi, peneliti kemudian melakukan uji persyaratan (uji asumsi) sebelum melakukan analisis jalur (*path analysis*) terhadap skor jawaban responden. Diantara uji persyaratan yang dilakukan dalam analisis jalur dapat dilihat pada tabel 6.19. Uji persyaratan linearitas terpenuhi untuk setiap variabel eksogen, demikian juga koefisien regresi memiliki keberartian (signifikan) untuk tiap variabel eksogen. Apabila hubungan antara variabel eksogen dengan endogen bersifat linear, maka pengujian analisis jalur dapat dilakukan (Sudjana; 1996 : 302). Keberartian koefisien regresi sangat memiliki peranan dalam analisis jalur. Jika koefisien regresi berarti (signifikan) maka signifikan pulalah koefisien jalur yang dihasilkan (Sudjana, 1996 : 303).

Data yang diuji pun memiliki varians yang homogen dengan terpenuhinya uji homogenitas Bartlett untuk semua variabel eksogen. Pada penelitian ini, uji asumsi eksistensi juga terpenuhi untuk setiap variabel eksogen dengan terdapatnya nilai residu antara variabel eksogen dengan endogen dengan mean mendekati nol serta terdapatnya sebaran (standar deviasi). Disamping itu, antara variabel eksogen dengan endogen juga terdapat nilai Durbin Watson  $< 2$  pada (lampiran SPSS) yang menandakan terpenuhinya asumsi independensi. Terakhir, pada data penelitian ini tidak terjadi kolinearitas yaitu hubungan (korelasi) yang terlalu kuat (nilai  $r > 0.80$ ) antara sesama variabel eksogen yang merupakan salah satu persyaratan lainnya.

Tiap variabel pada penelitian ini berdistribusi normal. Hal ini dibuktikan dengan statistik deskriptif berikut histogram seperti terlihat pada tabel 6.7, dengan terpenuhinya kriteria sebagai berikut;

1. Bila nilai mean = median = modus maka data adalah berdistribusi normal (Sabri dan Hastono, 2006)
2. Bila nilai *skewness* dibagi *standar error* (SE)  $\leq 2$ , maka data berdistribusi normal (Hastono, 2007)
3. Bila nilai *kurtosis*  $< 7$  dan nilai *skewness*  $< 2$  maka data berdistribusi normal (Curran et.al, 1996 dalam Ghozali, 2005).
4. Bila nilai hitung *Z skewness* dan *Z kurtosis* lebih besar dari 0.05 pada  $(\alpha) = 0,05$  maka data adalah berdistribusi normal (Ghozali, 2005).

Terpenuhinya uji normalitas deskriptif ini, dikonfirmasi dengan melakukan uji normalitas Lilifors. Ternyata uji normalitas Lilifors terpenuhi untuk setiap variabel dalam penelitian ini. Selanjutnya dilakukan pengujian normalitas galat antara variabel eksogen dengan endogen. Untuk uji normalitas galat taksiran antara variabel

kepemimpinan senior dengan kinerja kepala ruang didapatkan nilai  $L_{maksimum} \leq L_{tabel}$  yang menyatakan normalitas galat taksiran untuk kepemimpinan senior terpenuhi, namun untuk tata kelola dan tanggung jawab sosial tidak terpenuhi.

Berdasarkan kenyataan ini disimpulkan bahwa uji persyaratan untuk melakukan analisis jalur tetap terpenuhi dengan alasan bahwa; pertama, uji normalitas galat taksiran bukanlah uji yang dipersyaratkan pada analisis jalur, sesuai dengan yang ditulis Sarwono (2006) bahwa prinsip dasar yang dipersyaratkan dalam analisis jalur adalah 1) adanya linearitas, yakni hubungan antar variabel bersifat linear, 2) tidak ada efek-efek interaksi, 3) data yang dianalisis setidaknya berskala interval (*scaled values*), 4) sebaiknya tidak terdapat korelasi yang terlalu tinggi (kolinearitas) antar variabel independen, 5) Adanya rekursivitas, yakni semua anak panah mempunyai satu arah, tidak boleh terjadi pemutaran kembali (*looping*), 6) spesifikasi model telah disusun sebelum penelitian, serta 7) diperlukan jumlah sampel yang sama untuk penghitungan regresi dalam model jalur. Hal ini terpenuhi secara keseluruhan dalam penelitian ini.

Sudjana (1996) pun tidak mempersyaratkan normalitas sebagai uji persyaratan analisis jalur, tetapi hanya mensyaratkan; 1) hubungan antar variabel dalam model adalah linear, tidak ada terdapat efek-efek interaksi (aditif) dan kausal, 2) variabel residual dari model tidak berkorelasi dari variabel yang mendahuluinya dan tidak pula saling berkorelasi, 3) dalam sistem hanya terjadi arus kausal yang se arah, dan 4) variabel diukur dalam skala interval. Sedangkan Al-rasyid (2005) dalam Muhidin dan Abdurrahman (2007) juga tidak mempersyaratkan terpenuhinya normalitas galat, melainkan 1) Hubungan antara variabel haruslah linear dan aditif, 2) Semua variabel residu tidak punya korelasi satu sama lain, 3) Pola hubungan antar

variabel adalah rekursif (tidak melibatkan hubungan yang timbal balik dan 4) Tingkat pengukuran variabel sekurang-kurangnya adalah interval.

Alasan kedua, tingkat normalitas sangat tergantung pada jumlah responden, artinya, bila responden banyak maka data cenderung berdistribusi normal, sedangkan bila responden sedikit maka tingkat normalitas data cenderung tidak terlihat (Irianto, 2007). Dengan alasan tadi maka data penelitian ini dianggap lulus dalam uji persyaratan untuk melakukan analisis jalur dengan terpenuhinya linearitas, keberartian koefisien regresi, homogenitas, eksistensi, independensi, kolinearitas untuk keseluruhan variabel eksogen.

### 7.3. Analisis Jalur

Sudjana (1996) menyatakan bahwa, apabila antara masing-masing variabel eksogen dengan endogen terdapat hubungan yang linear maka dapat dilakukan penghitungan koefisien korelasi sederhana dan analisis jalur. Analisis jalur tidak untuk menurunkan sebuah teori tetapi hanya merupakan suatu metode yang digunakan pada model kausal yang sudah dirumuskan peneliti atas dasar pertimbangan-pertimbangan teoritis dan pengetahuan tertentu untuk kemudian mengecek atau menguji kausal yang sudah diturunkan. Ini membutuhkan cara berfikir kausal ditambah pengetahuan tentang teori yang diajukan (Sudjana, 1996).

Analisis jalur dilakukan setelah sebelumnya dicari nilai korelasi dalam bentuk matriks korelasi dan matriks invers. Didapatkan nilai korelasi antara kepemimpinan senior, tata kelola dan tanggung jawab sosial terhadap kinerja kepala ruang masing-masing sebesar 0.73, 0.71, dan 0.59. Dilihat dari hasil korelasinya, variabel yang diajukan untuk dianalisis memang memiliki hubungan yang kuat jika berdasarkan

tolok ukur kemaknaan nilai  $r$  menurut Carlton pada tabel 7.1. Korelasi yang kuat dapat mendorong kita kepada pemikiran terdapatnya hubungan kausal, akan tetapi, hubungan yang kuat belum tentu membuktikan kausal (Sudjana, 1996 : 294)

**Tabel 7.1**  
**Kemaknaan Nilai  $r$  Menurut Carlton**  
 (Sumber: Sabri dan Hastono, Statistik Kesehatan, 2007)

No	Rentang Nilai $r$	Makna
1	0.00 - 0.25	Tidak ada Hubungan (Hubungan Lemah)
2	0.25 - 0.50	Hubungan Sedang
3	0.50 - 0.75	Hubungan Kuat
4	0.75 - 1.00	Hubungan Sangat Kuat (Sempurna)

Dari perhitungan koefisien jalur, besarnya koefisien jalur yang didapatkan antara kepemimpinan senior, tata kelola dan tanggung jawab sosial terhadap kinerja masing-masing adalah 0.4184, 0.325 dan 0.070. Uji signifikansi dilakukan terlebih dahulu pada jalur yang memiliki koefisien terkeci, yaitu Tanggung Jawab Sosial terhadap Kinerja Kepala Ruang. Dari hasil uji signifikansi ini, didapatkan hasil yang tidak signifikan ( $t_{hitung}=0.365$ , lebih kecil dari  $t_{tabel}=2.0518$ ). Menurut Sudjana (1996) bahwa apabila nilai koefisien jalur tidak bermakna dan mendekati nol, maka koefisien jalur tersebut dapat dihilangkan. Berdasarkan prinsip ini, maka jalur antara tanggung jawab sosial terhadap kinerja kepala ruang tidak lagi diikutkan pada model. Kemudian dihitung lagi koefisien jalur dengan 2 variabel independen, sehingga didapatkan koefisien jalur antara kepemimpinan senior dan tata kelola terhadap kinerja kepala ruang masing-masing sebesar 0.453 dan 0.345. Dengan mengkuadratkan masing-masing nilai, didapatkan pengaruh langsung kepemimpinan senior terhadap kinerja kepala ruang sebesar 0.2049 (20.5 %), sedangkan pengaruh tata kelola terhadap kinerja kepala ruang sebesar 0.1188 (12 %).

Setelah itu, dilakukan uji signifikansi koefisien jalur antara kepemimpinan senior dan tata kelola masing-masing terhadap kinerja kepala ruang. Untuk jalur Kepemimpinan Senior terhadap Kinerja Kepala Ruang didapatkan hasil yang signifikan ( $t_{hitung}=2.172$ , lebih besar dari  $t_{tabel}=2.0518$  pada taraf signifikansi ( $\alpha$ ) = 0.05 sehingga disimpulkan bahwa jalur antara kepemimpinan senior terhadap kinerja kepala ruang adalah bermakna. Sedangkan untuk jalur Tata Kelola terhadap Kinerja Kepala Ruang didapatkan hasil yang tidak signifikan ( $t_{hitung} = 1.654$  lebih kecil dari nilai  $t_{tabel} = 2.0518$  pada taraf signifikansi ( $\alpha$ ) = 0.05 sehingga dapat disimpulkan bahwa jalur antara tata kelola terhadap kinerja kepala ruang tidak bermakna.

Walaupun secara teori statistik Tanggung Jawab Sosial tidak bermakna dan dapat dieliminasi, namun secara substantif jalur Tanggung Jawab Sosial terhadap Kinerja Kepala Ruang dianggap penting dalam memberikan pelayanan keperawatan. Oleh sebab itu, jalur Tanggung Jawab Sosial terhadap Kinerja Kepala Ruang tetap dipertahankan dalam model guna penghitungan faktor-faktor yang mempengaruhi Kinerja kepala Ruang.

#### 7.4. Pembahasan Temuan Penelitian

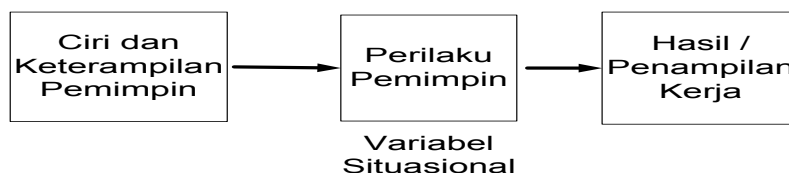
Kepemimpinan Senior, Tata Kelola dan Tanggung Jawab Sosial memiliki pengaruh terhadap Kinerja Kepala Ruang berturut-turut sebesar 30.44 %, 22.96 % dan 4.18 % seperti tertera pada tabel 6.26. Dengan demikian pengaruh secara bersama-sama ketiga variabel ini terhadap Kinerja Kepala Ruang (*Rsquare*) adalah 57.59 %. Artinya, sebanyak 57.59 % Kinerja Kepala Ruang dapat diprediksi dari Kepemimpinan Senior, Tata Kelola dan Tanggung Jawab Sosial, sedangkan sisanya

sebanyak 42.41 % ditentukan oleh variabel lain yang tidak diteliti (variabel residu). Sudjana (1996:297) menyatakan bahwa hampir tidak mungkin mendapatkan keseluruhan varians sebuah variabel (mendekati 100 %), maka diperkenalkanlah variabel residu, yaitu variabel yang tidak termasuk dalam model yang diajukan pada awal penelitian.

#### 7.4.1. Kepemimpinan Senior Berpengaruh terhadap Kinerja Kepala Ruang

Dari model yang diajukan, ternyata Kepemimpinan Senior memiliki pengaruh yang paling besar dalam menentukan Kinerja Kepala Ruang, yakni sebesar 30.44 %. Artinya 30,44 % Kinerja Kepala Ruang dapat diprediksi berdasarkan kepemimpinan senior kepala ruang. Hal ini sesuai dengan apa yang dikatakan oleh Shortell dan Kaluzny (2007) bahwa kepemimpinan yang baik akan menghasilkan pengikut yang cerdas yang akan berdampak bagi kinerja kepemimpinan dan pada akhirnya membawa dampak bagi peningkatan kinerja organisasi. Kepemimpinan yang baik akan menghasilkan kinerja yang baik dari karyawan (perawat lini atau perawat pelaksana). Mengenai peran kepemimpinan terhadap peningkatan kinerja dimodifikasi dari gambaran Yukl (2007) dengan skema sebagai berikut;

**Gambar 7.1.**  
**Skema Pengaruh Kepemimpinan Terhadap Kinerja**



Upaya peningkatan kinerja kepemimpinan ditempuh dengan peningkatan keterampilan kepemimpinan serta perilaku kepemimpinan. Sebagai seorang manajer sekaligus pemimpin di ruangan perawatan, ciri, keterampilan dan perilaku kepemimpinan yang harus dimiliki seorang kepala ruang adalah :

#### 1. Berkomunikasi dengan efektif.

Komunikasi dapat didefinisikan sebagai pemberian atau pertukaran informasi dengan cara verbal atau tertulis. Sherman (1994) dalam Blais (2002) menyatakan komunikasi sebagai berbagi pengalaman, berbagi perasaan dan emosi. Komunikasi efektif adalah adanya kejelasan dalam pemberian informasi dari masing-masing individu sesuai dengan kedudukannya. Komunikasi merupakan unsur yang penting dalam aktivitas manajer dan merupakan bagian yang selalu ada dalam manajemen keperawatan. Swarburg (1990) dalam Nursalam (2007) menyatakan bahwa lebih dari 80 % waktu yang ada digunakan oleh manajer untuk berkomunikasi, 16 % untuk membaca dan 9% untuk menulis. Seorang kepala ruang keperawatan bisa mengembangkan kemampuan untuk berkomunikasi efektif agar bawahan dapat melaksanakan tugas dengan sebaik-baiknya. Komunikasi efektif juga akan meningkatkan hubungan profesional antara sesama perawat dan antar profesi kesehatan lainnya.

Kepala ruang selalu mengadakan komunikasi verbal dengan atasan dan bawahan baik secara formal maupun informal kepada individu maupun kelompok. Disamping itu, dalam komunikasi dengan bawahan, adalah penting untuk menyampaikan dan menyebarluaskan visi dan tata nilai (*values*) rumah sakit. Visi adalah apa yang diimpikan, keadaan yang dicita-citakan, apa yang ingin dicapai oleh pemimpin dan pengikutnya di masa yang akan datang. Visi memotivasi dan



memberikan energi untuk bergerak melakukan perubahan (Wirawan, 2003). Visi rumah sakit dan visi keperawatan hendaknya dapat disebarluaskan oleh kepala ruangan. Perbedaan utama antara pemimpin dengan manajer adalah selalu mempunyai visi. Disamping itu, kepala ruang hendaknya mampu untuk menggerakkan perawat sesuai dengan tata nilai atau aturan mendasar yang berlaku di rumah sakit dan bekerja sesuai tujuan dan sasaran yang ditetapkan. Tata nilai atau aturan mendasar suatu organisasi merupakan tuntunan, prinsip-prinsip dan atau perilaku yang mewujudkan cara organisasi dan para tenaga kerja beroperasi (Sadikin, 2007:43).

Setiap organisasi memiliki tujuan atau misi. Tujuan perawatan kesehatan adalah untuk memberikan perawatan kesehatan untuk memelihara kesehatan, mengobati penyakit dan menghilangkan nyeri dan penderitaan (Swanburg, 2000). Setiap tujuan, mempunyai sasaran atau target yang ditetapkan.

## 2. Konsistensi dalam Perilaku

Pemimpin berperan sebagai guru yang akan dicontoh oleh pengikutnya. Tanggung jawabnya adalah mendefinisikan realita. Sebagai guru, pemimpin membantu setiap orang dalam organisasinya untuk lebih akurat, lebih mendalam, lebih berdaya memahami realita, mental model dan perspektif sistem (Wirawan, 2003:110). Dalam perannya sebagai pelatih, pemandu dan fasilitator pemimpin perlu mempunyai konsistensi perilaku agar dapat dijadikan *model*, dicontoh oleh pengikut dan menjadi panutan dalam berperilaku. (Nursalam, 2007:96)

## 3. Melibatkan Semua Karyawan

Kepala ruang harus bisa menciptakan situasi kerja yang kondusif diantaranya adalah melibatkan semua karyawan dalam setiap aktivitas mencapai tujuan

organisasi. Menurut Rowland dan Rowland (1997) dalam Nursalam (2007:99), bahwa karyawan yang merasa dilibatkan oleh pimpinan adalah salah satu dari 12 kunci utama kepuasan kerja. Disamping memberikan kepuasan kerja, keterlibatan semua karyawan akan menjadikan seorang karyawan tetap bekerja dan loyal dalam pekerjaannya sehingga berdampak terhadap kualitas penampilan kerja.

Diantara bentuk keterlibatan karyawan adalah, kesempatan untuk melaksanakan tugas sebaik-baiknya, kesempatan untuk berintegrasi sosial, menempuh pendidikan dan diberikan kepercayaan untuk melaksanakan tanggung jawab yang diembankan kepadanya. Karyawan juga diberikan kesempatan untuk berkembang, meniti karier dan meraih promosi pekerjaan yang lebih baik. Seorang pemimpin yang baik juga akan memberikan kesempatan kepada karyawannya untuk bertumbuh-kembang dalam pelatihan, beasiswa untuk melanjutkan pendidikan bagi staf yang dipromosikan. Selain itu, kesempatan yang diberikan juga berupa kepercayaan untuk melakukan tugas dan mengambil keputusan sesuai tugas yang telah dilimpahkan kepadanya, serta kesempatan untuk melakukan koreksi dan pengawasan atas tugasnya Nursalam (2007: 100).

#### 4. Memberikan Motivasi

Salah satu tugas paling sulit pemimpin adalah memotivasi para pengikutnya agar mau bergerak mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Memotivasi pengikut mempunyai korelasi dengan kinerja mereka (Wirawan, 2003:105). Manajer memegang peranan yang penting dalam memotivasi staf untuk mencapai tujuan organisasi. Manajer harus memahami staf dalam organisasinya dan bersedia menjadi tempat konsultasi bagi bawahannya. Selain itu, pemimpin harus mengembangkan motivasi bagi dirinya sendiri (*self motivation*) yang akan menentukan motivasi bagi

bawahannya untuk kepuasan kerja dan bertahan di perusahaan tersebut. Seringnya terjadi perpindahan karyawan salah satunya di akibatkan oleh sikap pemimpin yang kurang positif dalam pemberian motivasi. Diantara peran manajer keperawatan sebagai pemberi motivasi adalah;

- a. *Energizer*: Selalu dinamis, memberikan stimulasi staf untuk berpartisipasi dalam program kerjanya.
- b. *Supporter*: Memberikan dukungan emosional dan menumbuhkan rasa percaya diri karyawan.
- c. *Career counselor*: Membantu bawahan dalam pengembangan karier.
- d. *Challenger*: Mendorong bawahan untuk menghadapi perubahan/tantangan secara kritis dan pantang menyerah. (Darling, 1984 dalam Marquis dan Houston, 1998, dikutip oleh Nursalam, 2007).

#### 5.1. Komitmen Terhadap Hasil Kerja

Seorang pemimpin yang baik akan memberikan dorongan kepada pengikutnya untuk bekerja sebaik-baiknya dengan melakukan berbagai upaya dalam memujuk, termasuk memberikan hadiah bila memberikan hasil kerja terbaik atau sebaliknya memberikan teguran bila tidak bekerja sesuai yang diharapkan (*reward and punishment*). Dengan adanya *reward*, staf akan merasakan bahwa pekerjaan mereka dihargai, mendapat imbalan yang sesuai jika dilakukan dengan baik. Sebaliknya, pekerjaan yang tidak dihargai menyebabkan staf merasakan kurangnya keinginan untuk memberikan penampilan kerja terbaik. Penentuan yang objektif diperlukan dalam menentukan staf yang akan diberikan penghargaan. Penghargaan dapat diberikan dalam bentuk positif antara lain jenjang karier, insentif dan dapat

berupa pujian. Dalam bentuk negatif berarti dalam bentuk teguran, peringatan, hukuman administratif sampai pemecatan (Tappen, 1995 dalam Suyanto, 2008).

Kepala ruangan adalah manajer lini pertama dalam hierarki manajemen keperawatan. Kepala ruang bertanggung jawab menentukan standar asuhan keperawatan, melaksanakan supervisi dan evaluasi setiap kegiatan dan penampilan kerja perawat pelaksana serta memberi pengarahan kepada perawat pelaksana dalam memberikan pelayanan langsung kepada pasien. Disamping mempengaruhi kinerja, kepemimpinan yang jelek pada akhirnya juga berdampak terhadap pelayanan pasien. Sedangkan kepemimpinan yang baik akan mendongkrak kinerja kepala ruangan melalui efektivitas kerja dan tanggung jawab yang diemban kepala ruang. Kepala ruang berperan sebagai pemimpin yang akan mengembangkan kekuatan emosional dan rasional pengikutnya untuk berkinerja tinggi guna mencapai cita-cita organisasi (Terry dalam Wijono, 1997). Oleh sebab itu, dalam manajemen keperawatan, peran kepemimpinan kepala ruang sangat perlu diperhatikan.

#### **7.4.2. Tata Kelola Berpengaruh terhadap Kinerja Kepala Ruang**

Temuan selanjutnya bahwa 22.96 % kinerja kepala ruangan ditentukan oleh tata kelola. Tata kelola yang baik mencakup upaya untuk menjalankan *good corporate governance* (tata kelola perusahaan yang baik) meliputi akuntabilitas, transparansi dan independensi. Dalam menjalankan tata kelola keperawatan yang baik, kepala ruang dituntut untuk menjalankan organisasi keperawatan sesuai dengan *clinical governance* meliputi akuntabilitas terhadap manajemen pelayanan dan keuangan, transparansi dalam pengambilan kebijakan dan pengelolaan ruangan serta independen dalam pemeriksaan (*audit*), profesionalisme serta kejujuran.

Akuntabilitas terhadap manajemen pelayanan dapat ditempuh dengan menciptakan sistem pengelolaan ruangan yang baik yang menjamin pertanggung jawaban setiap tindakan manajemen yang dilakukan, pemberian informasi secara tepat waktu, memadai, jelas, akurat, ramah dan terbuka dalam proses operasional, dapat diperbandingkan serta mudah diakses oleh stakeholder (pasien, perawat pelaksana, atasan maupun direksi rumah sakit) sesuai dengan haknya. Prinsip keterbukaan informasi tidak mengurangi kewajiban untuk memenuhi rahasia jabatan sebagai perawat sesuai undang-undang dan etika keperawatan yang berlaku, tidak melanggar hak-hak pribadi individu, terutama hak pasien sebagai penerima pelayanan. (Emirzon.J, 2007). Disamping itu, tata kelola yang baik harus melakukan evaluasi kinerja pelayanan keperawatan secara berkala dan teratur, baik dilakukan oleh kepala ruangan itu sendiri, maupun oleh atasan yang lebih tinggi dengan memberikan data yang jujur dan independen sesuai prinsip profesionalisme keperawatan dan *fairness* (kejujuran), tanpa ada yang ditutupi atau dimanipulasi.

Tata kelola yang baik juga memastikan bahwa setiap pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien sudah dilakukan antisipasi resiko atau dampak negatif pelayanan. Hal ini dapat terlaksana dengan melakukan pelayanan sesuai Standar prosedur (SOP) keperawatan yang sudah disosialisasikan sebelumnya kepada perawat pelaksana. Hal ini dilakukan bekerja sama dengan manajemen resiko dan keselamatan pasien di rumah sakit.

Tata kelola keperawatan ruang berdampak pada kemampuan untuk mempertanggungjawabkan mutu pelayanan keperawatan di ruangan secara terus menerus dengan menjaga standar pelayanan klinik yang bermutu tinggi dengan menciptakan lingkungan kerja yang kondusif. Artinya semakin baik tata kelola yang

dijalankan kepala ruangan, semakin baik kinerja kepala ruang tersebut yang akan membawa dampak bagi peningkatan mutu pelayanan dan kinerja rumah sakit. Mutu asuhan keperawatan dapat dicapai bila dalam bekerja dipenuhinya standar profesi dalam pelayanan pasien, terwujudnya hasil (*outcome*) seperti yang diharapkan menyangkut asuhan pasien, diagnosis serta prosedur dan tindakan keperawatan.

#### **7.4.3. Tanggung Jawab Sosial Berpengaruh terhadap Kinerja Kepala Ruang**

Temuan penelitian selanjutnya adalah bahwa tanggung jawab sosial mempunyai dampak langsung yang kecil dan koefisien jalur yang tidak signifikan terhadap kinerja kepala ruang, sehingga secara teori statistik dapat dikeluarkan dari model. Namun, secara substantif, tanggung jawab sosial memiliki peranan yang penting dalam mempengaruhi kinerja kepala ruang, sehingga tetap dipertahankan dalam model akhir. Meskipun hasil yang didapatkan tidak berarti apa-apa dibandingkan pengaruh kepemimpinan dan tata kelola terhadap kinerja, sebenarnya tanggung jawab sosial ini diperankan oleh perawat pelaksana yang akan berdampak terhadap mutu pelayanan yang diberikan. Tanggung jawab keperawatan meliputi upaya pemberian asuhan peripurna (biopsikosial mental dan spritual) kepada pasien sebagai tugas pokok perawat, menghargai kepercayaan dan nilai-nilai dan kebiasaan pasien, mempertahankan standar asuhan keperawatan yang tinggi, memprakarsai dan mendukung berbagai kegiatan guna memenuhi hubungan masyarakat, memelihara hubungan baik dengan sesama perawat dan tenaga kesehatan lainnya, serta berpartisipasi dalam pendidikan keperawatan dan organisasi profesi. Bagaimanapun pemberian asuhan peripurna dan mempertahankan standar mutu pelayanan keperawatan yang merupakan beberapa komponen dari tanggung jawab sosial memberikan kontribusinya terhadap peningkatan kinerja

kepala ruang. Dan memang sebenarnya tanggung jawab sosial lebih berperan dalam penilaian masyarakat terhadap organisasi (rumah sakit) secara umum. Bila suatu rumah sakit memiliki tanggung jawab sosial yang besar, maka akan berdampak terhadap citra rumah sakit yang dapat menarik pelanggan. Kepercayaan yang meningkat artinya akan meningkatkan jumlah kunjungan yang bermuara pada meningkatnya kinerja rumah sakit.

## **7.5. Implikasi**

Dari hasil penelitian terhadap Kepala Ruang Rawat Inap RS Karya Bhakti ini didapatkan implikasi berupa implikasi penelitian, implikasi teoritis, implikasi kebijakan dan implikasi praktis.

### **7.5.1. Implikasi Penelitian**

Penelitian ini menunjukkan bahwa Kinerja Kepala Ruang tidak hanya dipengaruhi oleh variabel kepemimpinan senior, tata kelola dan tanggung jawab sosial, namun juga dipengaruhi oleh variabel lain sebanyak 42.41 %. Dengan hal ini diharapkan dilakukannya penelitian lanjutan untuk mengeksplorasi dan menemukan variabel lain yang mempengaruhi Kinerja Kepala Ruang.

Dengan mengikuti model penelitian, maka guna meningkatkan kinerja kepala ruang rawat inap perlu dipertimbangkan untuk memperhatikan, memasukkan dan mengelola ketiga variabel penelitian ini, yaitu Kepemimpinan Senior, Tata Kelola dan Tanggung Jawab Sosial, karena bagaimanapun pengaruh ketiga variabel ini terhadap kinerja kepala ruang adalah sebanyak 57.59 %. Artinya kinerja kepala ruang rawat inap dapat ditingkatkan 57.59 % bila dilakukan intervensi terhadap ketiga variabel tadi.

### 7.5.2. Implikasi Teoritis

Upaya untuk meningkatkan kinerja kepala ruang secara teoritis dapat dilakukan dengan memilih kepala ruang dengan aspek kepemimpinan yang baik, atau kepala ruang yang sudah ada ditingkatkan aspek kepemimpinannya. Hal ini dikarenakan bahwa dalam teori kepemimpinan terdapat dua pandangan yaitu *the nature argument* dan *the nurture argument*. *Nature argument* mengatakan bahwa kepemimpinan ditentukan pada sifat pembawaan dan dibawa sejak lahir. Sedangkan sesuai dengan teori *the nurture argument* bahwa kepemimpinan dapat dipelajari dan ditingkatkan. Kemampuan memimpin menurut teori *the nurture argument* terdiri ditentukan oleh 3 hal, yaitu kemampuan (*ability*), keterampilan (*skill*) dan perilaku (*behaviour*). Bila seorang kepala ruang dapat meningkatkan ketiga hal tadi maka kinerja kepala ruang dapat ditingkatkan.

Kedua, peningkatan kinerja kepala ruang dapat dilakukan dengan meningkatkan aspek tata kelola. Sesuai dengan pengertiannya tata kelola yang baik adalah sesuai dengan *clinical governance* yang terdiri dari akuntabilitas manajemen pelayanan, akuntabilitas keuangan, transparansi, independensi dan dilakukannya evaluasi kinerja keperawatan ruangan. Jadi, upaya untuk meningkatkan pemahaman kepala ruang dalam hal tata kelola yang baik juga perlu diperhatikan. Ketiga, secara teoritis dan substantif tanggung jawab sosial kepala ruang tetap diperlukan guna menunjang kinerja kepala ruang dengan cara pemberian dukungan mental bagi penyembuhan pasien, membina hubungan yang baik dengan keluarga pasien dan pengunjung rumah sakit, berperilaku sesuai etika hukum, proaktif mengatasi dampak pelayanan yang tidak diharapkan serta aktif dalam kegiatan profesi untuk mengembangkan masyarakat.



### 7.5.3. Implikasi Kebijakan

Implikasi kebijakan, berkaitan dengan kebijakan yang dapat ditempuh guna meningkatkan kinerja kepala ruang. Dari hasil juga didapatkan bahwa ternyata kepemimpinan lebih besar pengaruhnya dari pada tata kelola dalam meningkatkan kinerja kepala ruang. Oleh sebab itu, dalam meningkatkan kinerja kepala ruang, intervensi terhadap aspek kepemimpinan kepala ruang adalah hal utama yang lebih diprioritaskan, disamping intervensi terhadap tata kelola.

Kebijakan yang disarankan untuk dapat ditempuh antara lain;

1. Memfasilitasi kebijakan guna melakukan pembinaan, pembelajaran dan pelatihan (*training*) guna meningkatkan aspek kepemimpinan kepala ruang.
2. Memfasilitasi kebijakan guna melakukan pembinaan terhadap tata kelola manajemen ruangan yang baik. Hal ini dapat dilakukan dengan mengadakan pelatihan (*workshop*) khusus, pembinaan pada waktu rapat atau pertemuan dengan kepala instalasi atau supervisor dan kepala bidang keperawatan guna meningkatkan akuntabilitas (tanggung gugat) dalam pelayanan keperawatan, keselamatan pasien (*patient safety*), kejujuran, tanggung jawab dan profesionalisme. Hal ini merupakan asas-asas dari tata kelola ruangan yang baik sesuai dengan yang dinyatakan oleh Jacobalis (2006). Disamping itu manajemen diharapkan dapat memfasilitasi kebijakan guna mengembangkan tanggung jawab sosial kepala ruang
3. Kepala ruang perlu difasilitasi untuk dapat menimba ilmu sebanyak-banyaknya guna meningkatkan kemampuan individu dan kepemimpinannya yang akan berdampak bagi kinerja rumah sakit.

Pembinaan yang dapat dilakukan terhadap seorang kepala ruang adalah;

1. Meningkatkan kemampuan (*ability*) sebagai seorang pemimpin di ruangnya. Diantara kemampuan (*ability*) yang harus dipunyai seorang kepala ruang adalah; kemampuan untuk mengungkapkan pemikiran secara jelas dan tepat, intelegensi, rasa percaya diri akan kapasitas sebagai pemimpin serta kemampuan dalam mengembangkan hubungan antar pribadi (*personal relation*).
2. Pembinaan terhadap keterampilan (*skill*) sehingga memiliki kemampuan teknis dan kemampuan interaksi antar manusia (*human*) yang tinggi guna menggerakkan perawat pelaksana. Sedangkan kemampuan konseptual tidak terlalu dituntut untuk level kepemimpinan kepala ruang. Diantara kemampuan yang (*skill*) kepala ruang yang perlu dibina adalah keterampilan menggerakkan perawat pelaksana, disamping meningkatkan kemampuan yang berhubungan dengan level produksi, yaitu memberikan pelayanan prima pada pasien. Pelayanan prima yang diberikan oleh seorang kepala ruang selanjutnya dapat diajarkan kepada perawat pelaksana atau ditiru oleh segenap perawat pelaksana, disamping melakukan pembinaan skill keperawatan terhadap perawat pelaksana.
3. Pembinaan terhadap aspek perilaku (*behaviour*) kepemimpinan yang efektif sebagai kepala ruang mencakup *leadership style*, *initiating structures* serta *consideration*. *Leadership style* mencakup gaya kepemimpinan yang diambil dalam menghadapi individu yang berbeda-beda sehingga efektif dalam menggerakkan perawat pelaksana. Disamping itu kepala ruang juga dituntut mampu mengkoordinasikan setiap aktivitas keperawatan serta memfasilitasi

keputusan keperawatan yang diambil. *Initiating structures* merupakan tingkatan kepemimpinan yang menfokuskan pada pencapaian hasil. Disamping itu kepala ruang perlu mempunyai *consideration*, yaitu memperhatikan kesejahteraan bawahannya, sebab perawat pelaksana sebenarnya juga adalah pelanggan yang harus dipuaskan. Disamping renumerasi yang ditetapkan oleh rumah sakit, kepala ruang perlu memberikan *reward* kepada perawat pelaksana dengan prestasi yang baik sesuai dengan kapasitasnya sebagai kepala ruang (antara lain di tempuh dengan cara memberikan kelonggaran jadwal jaga, dan hari libur). Ketiga aspek tadi harus bisa diperankan oleh perawat kepala ruang dalam menggerakkan perawat pelaksana.

Peningkatan kinerja kepala ruang dengan melakukan intervensi terhadap kepemimpinannya dapat dilakukan dengan cara;

1. Berlatih untuk meningkatkan kualitas komunikasi sehingga lebih efektif dalam menggerakkan perawat pelaksana, memotivasi dan mendengarkan masukan perawat pelaksana.
2. Kepala ruang dituntut untuk berperilaku konsisten di tempat kerja sehingga dapat dijadikan contoh (*rule models*) bagi perawat pelaksana.
3. Kepala ruang perlu dilatih untuk mampu menggerakkan semua perawat pelaksana tanpa ada diskriminasi dalam hal kesempatan untuk menunjukkan hasil kerja yang sebaik-baiknya, kepercayaan untuk mengemban tanggung jawab (tugas) yang diberikan dengan bimbingan dan pengawasan, kesempatan berinteraksi sosial, menjalani pelatihan untuk meningkatkan

kemampuan serta memberikan kesempatan untuk berkembang dalam kariernya.

4. Kepala ruang hendaknya dapat berperan sebagai motivator yang baik, karena salah satu tugas pemimpin adalah memotivasi bawahan agar mau bergerak mencapai tujuan organisasi. Selain itu kepala ruang juga diharapkan mampu mengembangkan motivasi bagi dirinya sendiri (*self motivation*) dalam meningkatkan kemampuannya karena turut berperan terhadap motivasi perawat pelaksana dalam mencapai kinerja dan mutu pelayanan yang tinggi.
5. Kepala ruang dituntut untuk memikirkan aspek kesejahteraan perawat pelaksana, terutama perawat yang berprestasi dengan cara sesuai kapasitasnya seperti memberikan kemudahan dalam jadwal cuti atau libur yang diminta.

#### 7.5.4. Implikasi Praktis

Hasil penelitian dan kajian kepustakaan menunjukkan bahwa guna menghasilkan kinerja kepala ruang yang tinggi perlu dicari kepala ruang seperti yang ditawarkan pada implikasi kebijakan. Dalam melakukan pemilihan calon kepala ruang yang baru, hendaknya diperhatikan aspek-aspek kepemimpinan yang ada pada diri calon kepala ruang, apakah mempunyai ketiga kriteria kepemimpinan yang baik, dari segi kemampuan (*ability*), keterampilan (*skill*) maupun perilaku (*behaviour*) seperti yang dibahas pada implikasi praktis. Seandainya sudah terpenuhi, pembinaan kepala ruang untuk mencapai kinerja tinggi tidak terlalu sukar untuk dilaksanakan.

## BAB 8

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 8.1. Kesimpulan

Penelitian ini mengambil *Malcolm Baldrige Criteria for Performance Excellence (MBCfPE)* sebagai kerangka teori. Kriteria yang diambil adalah kriteria pertama yaitu kepemimpinan (*Leadership*) yang dijabarkan menjadi variabel Kepemimpinan Senior ( $X_1$ ), Tata Kelola ( $X_2$ ) dan Tanggung Jawab Sosial ( $X_3$ ) yang dihubungkan dengan Kinerja Kepala Ruang Rawat Inap ( $Y$ ) di Rumah Sakit Karya Bhakti Kota Bogor tahun 2008.

Dari hasil analisis data dan perhitungan statistik seperti yang telah diuraikan pada bab sebelumnya, maka penelitian ini menghasilkan temuan sebagai berikut;

1. Kepemimpinan Senior ( $X_1$ ) berpengaruh langsung secara signifikan terhadap Kinerja Kepala Ruang ( $Y$ ).
2. Terdapat pengaruh tidak langsung Kepemimpinan Senior ( $X_1$ ) terhadap Kinerja Kepala Ruang ( $Y$ ) melalui Tata Kelola ( $X_2$ ) dan Tanggung Jawab Sosial ( $X_3$ ).
3. Tata Kelola ( $X_2$ ) memiliki pengaruh langsung yang tidak signifikan terhadap Kinerja Kepala Ruang ( $Y$ ). Prosentase pengaruh langsung Tata Kelola adalah sebesar 10.54 %, namun Tata Kelola memiliki pengaruh tidak langsung yang cukup tinggi terhadap Kinerja Kepala Ruang ( $Y$ ),

melalui Kepemimpinan senior (10.83 %) maupun melalui Tanggung Jawab Sosial (1.59 %).

4. Tanggung Jawab Sosial ( $X_3$ ) mempunyai pengaruh yang sangat kecil dan tidak bermakna (0.49 %) terhadap Kinerja Kepala Ruang (Y), sehingga secara teori dapat dikeluarkan dari model penghitungan statistik. Namun secara substantif, Tanggung Jawab Sosial dianggap penting dalam mempengaruhi Kinerja Kepala Ruang (Y), oleh karena itu Tanggung Jawab Sosial tetap dipertahankan dalam model akhir analisis jalur.

5. Kinerja Kepala Ruang dipengaruhi sebesar 57.59 % oleh Kepemimpinan Senior, Tata Kelola dan Tanggung Jawab Sosial Kepala Ruang, Bila manajemen rumah sakit melakukan pembinaan terhadap aspek Kepemimpinan, Tata Kelola dan Tanggung Jawab Sosial Kepala Ruang maka akan meningkatkan Kinerja Kepala Ruang sebesar 57.59 %.

Dengan demikian, penelitian ini dapat disimpulkan bahwa terdapat banyak variabel yang berpengaruh terhadap Kinerja Kepala Ruang, antara lain Kepemimpinan Senior, Tata Kelola dan Tanggung Jawab Sosial.

### 8.2.3. Saran

Dari hasil penelitian dan pembahasan maka disarankan hal-hal sebagai berikut;

1. Dalam upaya peningkatan kinerja kepala ruang, perlu dilakukan intervensi terhadap peningkatan kapasitas kepemimpinan kepala ruang (*ability, skill, behaviour*) antara lain dengan mengadakan pelatihan kepemimpinan,

training peningkatan motivasi (*achievement motivation training* atau AMT) serta berbagai hal terkait peningkatan kemampuan kepemimpinan kepala ruang.

2. Perlu dilakukan pembinaan terhadap tata kelola klinik (*clinical governance*) guna meningkatkan pemahaman terhadap tata kelola keperawatan yang baik. Pembinaan dapat dilakukan melalui acara khusus seperti seminar dan pelatihan, maupun pembinaan melalui rapat, pertemuan dan laporan jaga dengan supervisor dan kepala bidang keperawatan.
3. Walaupun pada penelitian ini memberikan hasil yang tidak signifikan, tanggung jawab sosial tidak tidak dikeluarkan dari model, sebab secara teoritis dan secara substantif tanggung jawab sosial berperan dalam meningkatkan kinerja kepala ruang. Berkemungkinan terdapat variabel antara yang mempengaruhi kinerja kepala ruang. Perlu dilakukan pembinaan Tanggung jawab sosial dengan cara memperkuat, melatih dan membina kepala ruang dalam hal tanggung jawab sosial (*social responsibility*) dalam mengemban tugasnya.
4. Dalam pemilihan kepala ruang, hendaknya dicari kandidat dengan kapasitas kepemimpinan yang baik (*ability, skill, behaviour*), tata kelola (*governance*) serta tanggung jawab sosial (*social responsibility*) sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya.
5. Bagi kepala ruang, perlu dengan sadar meningkatkan efektivitas kepemimpinannya dengan aktif membina diri, meningkatkan motivasi diri

(*self motivation*) sesuai perannya sebagai panutan (*rule models*) sehingga diharapkan membawa dampak bagi kinerja kepala ruang.

6. Mengingat beratnya tugas dan tanggung jawab yang diemban oleh perawat pelaksana sebagai manajer lini pelayanan keperawatan, manajemen rumah sakit hendaknya meningkatkan perhatian terhadap kepuasan kerja kepala ruang, karena bagaimanapun kepuasan kerja akan berdampak pada peningkatan kinerja kepala ruang dan kinerja perawat pelaksana dan rumah sakit pada akhirnya.
7. Perlu dilakukan penelitian lanjutan guna menemukan variabel lain serta variabel antara yang berpengaruh terhadap kinerja kepala ruang.





## DAFTAR KEPUSTAKAAN

- Aditama, Chandra Yoga, 2003, *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*, Penerbit UI Press, Jakarta
- Afdhal, Ahmad Fuad, 1999, *Manajemen Mutu untuk Rumah Sakit*, Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit, Volume 1, Nomor 2, p 57-59
- Blais, Kathleen, Koenig, 2002, *Professional Nursing Practice: Concepts and Perspectives*; alih bahasa: Yuningsih, Yuyun, Subekti, Nike Budhi, editor. Ariani, Fruriolina, Karyuni, Pamilih Eko, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Chairilina, 2008, *Pengaruh Fokus Karyawan Terhadap Kinerja Karyawan Rumah Sakit Umum Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2008*, Tesis, Program Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Depok.
- Coulter Mary, Robbins Stephen, 1999, *Management*, 6th edition, alih bahasa: Hermaya,T, editor: Molan, Benyamin, Panjaitan Lucky Yunia, Hidayat Herlin, PT Prehallindo, Jakarta.
- Dawud, Yudarsono, 1999, *Peran Proses Manajemen dalam Pengembangan Mutu Pelayanan Rumah Sakit*, Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit, volume 1, Nomor 1 p 39-43.
- Dixxon, Wilfrid J., Massey, Frank J., 1983, *Pengantar Analisis Statistik*, Alih Bahasa; Samiyono, Sri Kustantini, Soejoeti, Zanzawi, Gajah Mad University Press, Jogjakarta.
- Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2007, *Pedoman Proses dan Penulisan Karya Ilmiah Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia*, FKM UI, Depok.
- Gaspersz, V, 2007, *Ge Way and Malcolm Baldrige Criteria for Performance Excellence*, Penerbit PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Ghozali, Imam, Fuad (2005), *Structural Equation Modeling. Teori Konsep dan Aplikasi dengan Program Lisrel 8.54*, Badan Penerbit Universitas Diponegoro
- Gillies, Dee Ann, 1989, *Nursing Management*, alih bahasa: Sukmana, Dika, Sukmana, Rika Widya, editor, Sudiyono, Yono, W.B. Saunders Company, Illinois Chicago.

- Hafizurrachman, 2007, *Pengaruh Gaya Kepemimpinan Atasan, Lingkungan Kerja, Dan Motivasi Kerja, Terhadap Kinerja Kepala Program Studi Kesehatan dan Kedokteran Pada Perguruan Tinggi Swasta Wilayah Kopertis III (2007)*, Disertasi, Universitas Negeri Jakarta, Jakarta.
- Haris, A, 2005, *7 Pilar Perusahaan Unggul*, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Hertz, H S, 2007, *Health Care Criteria for Performance Excellence*, Baldrige National Quality Program, America.
- Hidayat, A.Aziz Alimul Hidayat, 2007, *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*, Penerbit Salemba Medika, Jakarta
- Ilyas, Y, 2002, *Kinerja, Teori, Penilaian dan Penelitian*, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI, Cetakan Ketiga, Jakarta.
- Ilyas, Y, 2006, *Kiat Sukses Manajemen Tim Kerja*, PT. Gramedia Pustaka Utama, Cetakan Kedua, Jakarta.
- Irianto, Agus (2004), *Statistik, Konsep Dasar dan Aplikasinya*, Kencana Prenada Media Group, Jakarta.
- Jacobalis, Samsi (2001), *Wacana Tentang Clinical Governance dan Prospeknya*, Jurnal Hospitalia hal 12-22 voi 1, No1, Nov-Des 2001.
- Jacobalis, Samsi (2006), *Corporate Governance di Rumah Sakit*, Hospital Management Refreshing Course IV, 21-23 Feb 2006, Perhimpunan Manajer Pelayanan Kesehatan Indonesia, Jakarta.
- Junadi, Purnawan, 1995, *Pengantar Analisis Data*, Penerbit Rhineka Cipta, Jakarta
- Kaluzny, Arnold D., Shortell, Stephen M., 2006, *Healthcare Management, Organization Design and Behavior*, Thomson Delmar Learning, United States
- Mangkunegara, AP, 2007, *Evaluasi Kinerja SDM*, PT Refika Aditama, Bandung.
- Muhidin, Sambas Ali, Abdurahman, Maman, 2007, *Analisis Korelasi Regresi dan Jalur dalam Penelitian*, Penerbit Pustaka Setia, Bandung.
- Nassar, M, 2004, *Perbandingan Kinerja Keuangan Perusahaan Yang bersertifikasi ISO 9000 dan ISO 14000*, dari: ([digilib@umm.ac.id](mailto:digilib@umm.ac.id)) [tgl.26 Agustus, 2008]
- Nursalam, 2006, *Proses dan Dokumentasi Keperawatan, Konsep & Praktik*, Penerbit Salemba Medika, Jakarta.
- Nursalam, 2007, *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*, ed 2, Penerbit Salemba Medika, Jakarta.

- Rakich, Jonathon S., Darr, Kurt, 1992, *Managing Health Services Organizations*, Health Professions Press, .Baltimore.
- Riduwan, 2007, *Cara Menggunakan dan Memakai Analisis Jalur (Path Analysis)*, Penerbit Alfabeta, Bandung.
- Rumah Sakit Karya Bhakti, 2007, ”*Profil Rumah Sakit Umum Karya Bhakti Tahun 2007*”, Rumah Sakit Karya Bhakti, Bogor
- Sabarguna, Boy , 2007, *Knowledge Management untuk Rumah Sakit*, Sagung Seto, Jakarta.
- Sabri, Luknis, Priyohastono, Sutanto, 2006, *Statistik Kesehatan*, PT Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Sadikin, Iskandar, 2008, *Bunga Rampai Kriteria Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA)*, Lembayung Center Indonesia, Bogor.
- Sadikin, Iskandar, 2008, *Self Asestment Berbasis Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA)*, Lembayung Center Indonesia, Bogor.
- Sadikin, Iskandar, 2008, *Penuntun Menyusun Aplikasi Baldrige*, Lembayung Center Indonesia, Bogor.
- Saputra, D, 2008, *Pengaruh Perspektif Pembelajaran Dan Pertumbuhan Terhadap Kinerja Rumah Sakit Umum Daerah Sawahlunto 2008*, Tesis, Program Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Depok.
- Sarwono Jonathan, 2007, *Analisis Jalur untuk Riset Bisnis dengan SPSS*, Penerbit Andi, Jogjakarta.
- Sitorus, Ratna, Yulia, 2005, *Model Praktik Keperawatan Profesional di Rumah Sakit*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Soejitno, Soedarmono, Alkatiri, Ali & Ibrahim, Emil, 2000, *Reformasi Perumahsakitan di Indonesia*, Ditjen Pelayanan Medik, Depkes RI, Jakarta
- Stoner, James A.F., Freeman, R.Edward, *Management*, 1989, alih bahasa: Bakowatun, Wilhelminus, W, Molan Benyamin editor: Bakowatun, Wilhelminus, W, Intermedia Jakarta
- Subanegara, Hanna Permana, 2005, *Diamond Head Drill dan Kepemimpinan Dalam Manajemen Rumah Sakit*, Penerbit Andi, Yogyakarta.
- Sudjana, 1994, *Metoda Statistika*, Penerbit Tarsito, Bandung

- Sudjana, 1996, *Teknik Analisis Korelasi dan Regresi bagi Peneliti*, Penerbit Tarsito, Bandung
- Sulistiani, Ambar Teguh, 2004, *Memahami Good Governance dalam Perspektif Sumber Daya Manusia*, Gaya Media, Yogyakarta.
- Suyanto, 2008, *Mengenal Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan di Rumah Sakit*, Penerbit Kpress, Bandar Lampung.
- Swanburg, Russel C., 2000, *Pengantar Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan untuk Perawat Klinis*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Trihendradi, Cornelius, 2007, *Kupas Tuntas Analisis Regresi Strategi Jitu Melakukan Analisis Hubungan kausal*, Penerbit andi, Jogjakarta.
- Trilusita, Shinta, 2008, *Pengaruh Manajemen Proses Terhadap Kinerja Operasional Rumah Sakit Muhammad Husni Thamrin Internasional Salemba Jakarta Tahun 2008*, Tesis, Program Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Depok.
- Umar, Husein, 2000, *Riset Sumber Daya Manusia dalam Organisasi*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Walshe, Kieran, Smith, Judith (eds), 2006, *Healthcare Management*, Open University Press, Mc Graw-Hill Education England and Two Penn Plaza, USA.
- Wibowo, 2007, *Manajemen Kinerja*. PT Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Wicaksono, Yudhy, 2006, *Aplikasi Excel dalam Menganalisis Data*, Elex Media Komputindo, Jakarta.
- Wijono, Djoko, 1997, *Manajemen Kepemimpinan dan Organisasi Kesehatan*, Airlangga University Press, Surabaya
- Wijono, Djoko, 2000, *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*, Airlangga University Press, Surabaya
- Wolper, Lawrence F, 1995, *Healthcare Administration: Principles, Practices, Structure and Delivery*, alih bahasa: Mukti Ali Ghufron, Penerbit Buku Kedokteran, EGC, Jakarta.
- Yukl, Gary (2001), *Leadership in Organization, fifth edition*, alih bahasa Budi Supriyanto, *Kepemimpinan dalam Organisasi*, Penerbit PT Index, Jakarta.