



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**HUBUNGAN GAYA KEPEMIMPINAN KEPALA RUANGAN  
DAN KARAKTERISTIK PERAWAT DENGAN  
PEMBERDAYAAN PSIKOLOGIS PERAWAT PELAKSANA  
DI RSUD TARAKAN JAKARTA**

**TESIS**

**DIAH ARRUUM  
0806446095**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN  
DEPOK  
JULI 2010**

## PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing serta telah dipertahankan di hadapan tim penguji tesis Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Depok, Juli 2010

Pembimbing I



**Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc., PhD**

Pembimbing II



**Dewi Gayatri, S.Kp., M.Kes**

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :  
Nama : Diah Arruum  
NPM : 0806446095  
Program Studi : Pasca Sarjana  
Judul Tesis : Hubungan Gaya Kepemimpinan Kepala Ruangan  
dan  
Karakteristik Perawat dengan Pemberdayaan  
Psikologis Perawat Pelaksana di RSUD Tarakan  
Jakarta

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

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc., PhD



(.....)

Pembimbing : Dewi Gayatri, S.Kp., M.Kes



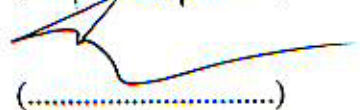
(.....)

Penguji : Allenidekania, S.Kp., MSc



(.....)

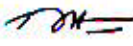
Penguji : Luky Dwiantoro, S.Kp., M.Kep



(.....)

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

**Nama** : Diah Arruum  
**NPM** : 0806446095  
**Tanda Tangan** :   
**Tanggal** : 19 Juli 2010

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS  
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

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

Nama : Diah Arruum  
NPM : 0806446095  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Kekhususan : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right) atas karya ilmiah saya yang berjudul: Hubungan Gaya Kepemimpinan Kepala Ruangan dan Karakteristik Perawat dengan Pemberdayaan Psikologis Perawat Pelaksana di RSUD Tarakan Jakarta.

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada Tanggal : 19 Juli 2010

Yang Menyatakan



Diah Arruum

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA**

**Tesis, Juli 2010**

**Diah Arruum**

**Hubungan Gaya Kepemimpinan Kepala ruangan dan Karakteristik Perawat dengan Pemberdayaan Psikologis Perawat Pelaksana di RSUD Tarakan Jakarta.**

**xiv + 137 hal + 11 tabel + 2 skema + 13 lampiran**

**Abstrak**

Pemberdayaan psikologis merupakan suatu bentuk motivasi intrinsik perawat mencerminkan kepuasan kerja, kinerja, dan komitmen terhadap rumah sakit. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan gaya kepemimpinan kepala ruangan dan karakteristik perawat dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana di RSUD Tarakan Jakarta. Desain penelitian deskripsi korelasi dengan *cross sectional*, sampel 115 perawat. Hasil didapatkan ada hubungan gaya kepemimpinan kepala ruangan dengan pemberdayaan psikologis perawat ( $p=0,046$ ), ada hubungan jenis kelamin dengan pemberdayaan psikologis perawat ( $p=0,041$ ), dan yang dominan adalah gaya kepemimpinan demokratik ( $p= 0,019$ ). Pemberdayaan psikologis perawat pelaksana perlu dilakukan secara berkesinambungan untuk meningkatkan kepuasan kerja dan komitmen sehingga berpengaruh terhadap kualitas pelayanan keperawatan.

Kata kunci : gaya kepemimpinan kepala ruangan, karakteristik perawat, dan pemberdayaan psikologis.

Daftar Pustaka: 85 (1982-2010)

**POST GRADUATE PROGRAM OF FACULTY OF NURSING  
LEADERSHIP AND NURSING MANAGEMENT  
UNIVERSITAS INDONESIA**

**Thesis, Juli 2010**

**Diah Arruum**

**The Relationship between the Leadership Style of Nursing Chief and Nurse Characteristics with the Psychological Empowerment of Nurses at Tarakan Local Public Hospital**

**xiv + 137 pages + 11 tables + 2 schemes +13 appendixes**

**Abstract**

Psychological empowerment is a form of intrinsic motivation of nurses, reflecting job satisfaction, performance, and commitment to the hospital. This research is aimed to recognize the relationship leadership style of nursing chief and nurse characteristics with the psychological empowerment of nurses at Tarakan Local Public Hospital, Jakarta. This research is a descriptive correlation research with cross sectional programe, and using 115 nurses as the sample. It has been recognized that there is a relation the leadership styles of nursing chief with the psychological empowerment of nurses ( $p = 0,046$ ), there is a relation gender with the psychological empowerment of nurses ( $p = 0,041$ ), and the dominant factor is democratic leadership style ( $p = 0,019$ ). Psychological empowerment to nurses is need to be done continuously to increase job satisfaction, and commitment, thus affect the quality of nursing services.

**Keywords** : leadership style of nursing chief, nurse characteristics, and psychological empowerment.

**Bibliography** : 85 (1982-2010)

## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur peneliti panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa. Atas berkat dan rahmat-Nya, peneliti dapat menyelesaikan tesis ini. Tesis ini dilakukan untuk mencapai gelar Magister Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Peneliti menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sangatlah sulit untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

- Dewi Irawaty, MA., PhD., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Krisna Yetti, S.Kp., M.App., Sc., selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.,Sc.,PhD, selaku Pembimbing I yang telah banyak memberikan masukan dan arahan serta bimbingan.
- Dewi Gayatri, S.Kp, M.Kes, selaku Pembimbing II yang telah banyak memberikan masukan dan arahan serta bimbingan.
- Dr. R. D. Koesmedi P, SpOT., M.Kes., selaku Direktur RSUD Tarakan Jakarta yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian.
- Hj. Zuraidah, S.Kp., M.Kep., selaku Kepala Bidang Keperawatan yang telah memberikan arahan dan perhatian selama penyusunan tesis ini.
- Suami, orang tua, anak,, keluarga, dan rekan-rekan seangkatan 2008 yang selalu memberikan dukungan, saran hingga dapat menyusun tesis ini, beserta seluruh teman-teman Magister FIK UI Angkatan 2008.

Peneliti menyadari dalam penyusunan tesis ini masih banyak kekurangan, untuk itu diharapkan saran, kritik demi perbaikan penelitian ini.

Depok, Juli 2010

Peneliti,

Diah Arruum



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>PERNYATAAN PERSETUJUAN</b> .....	ii
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	iii
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS</b> .....	iv
<b>HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS</b> .....	v
<b>ABSTRAK BAHASA INDONESIA</b> .....	vi
<b>ABSTRAK BAHASA INGGRIS</b> .....	vii
<b>UCAPAN TERIMA KASIH</b> .....	viii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	ix
<b>DAFTAR SKEMA</b> .....	xii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xiii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xiv
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	16
1.3 Tujuan Penelitian.....	17
1.3.1 Tujuan Umum.....	17
1.1.2 Tujuan Khusus.....	17
1.4 Manfaat Penelitian.....	18
1.4.1 Pelayanan Kesehatan.....	18
1.4.2 Perkembangan Ilmu Keperawatan.....	18
1.4.3 Perkembangan Riset Keperawatan.....	19
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	20
<b>2.1 Pemberdayaan</b> .....	20
2.1.1 Pengertian.....	20
2.1.2 Pemberdayaan Psikologis.....	21
2.1.3 Dimensi Pemberdayaan Psikologis.....	22
2.1.4 Proses dan Upaya Pemberdayaan Psikologis.....	30
2.1.5 Fungsi Manajemen dalam Pemberdayaan Psikologis.....	33
2.1.6 Manfaat Pemberdayaan Psikologis.....	37
2.1.7 Hambatan Pemberdayaan Psikologis.....	38
2.1.8 Alat Ukur Pemberdayaan Psikologis.....	39
2.1.9 Dampak Pemberdayaan Psikologis.....	39
<b>2.2 Kepemimpinan</b> .....	40
2.2.1 Pengertian Kepemimpinan.....	40
2.2.2 Kepemimpinan yang Efektif.....	42
2.2.3 Peran Manajer Keperawatan.....	43
2.2.4 Gaya Kepemimpinan.....	44
2.2.5 Alat Ukur Gaya Kepemimpinan.....	57
2.2.6 Dampak Kepemimpinan.....	57

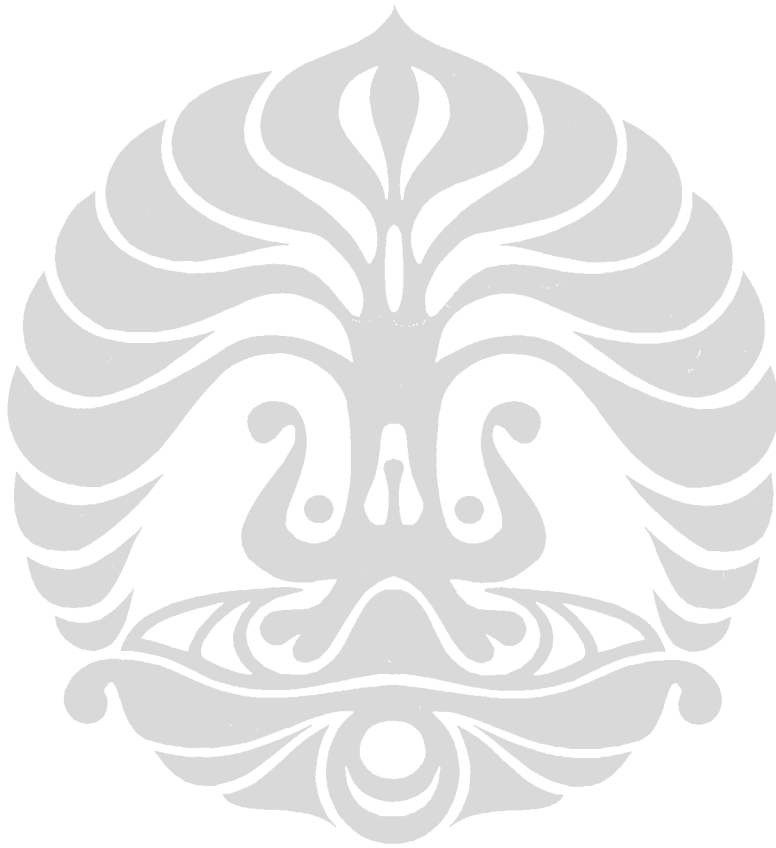
<b>2.3 Karakteristik Perawat.....</b>	<b>58</b>
2.3.1 Usia.....	58
2.3.2 Jenis Kelamin.....	59
2.3.3 Pendidikan.....	60
2.3.4 Status Perkawinan.....	60
2.3.5 Lama Kerja.....	60
2.3.6 Status Pekerjaan.....	61
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESA PENELITIAN, DAN</b>	<b>63</b>
<b>DEFINISI OPERASIONAL.....</b>	
3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	63
3.2 Variabel Penelitian.....	65
3.2.1 Variabel Independen.....	65
3.2.2 Variabel Dependen.....	65
3.3 Hipotesa Penelitian.....	65
3.3.1 Hipotesa Mayor.....	65
3.3.2 Hipotesa Minor.....	65
3.4 Definisi Operasional.....	66
<b>BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN.....</b>	<b>69</b>
4.1 Desain Penelitian.....	69
4.2 Populasi dan Sampel.....	69
4.2.1 Populasi.....	69
4.2.2 Sampel.....	70
4.3 Tempat Penelitian.....	71
4.4 Waktu Penelitian.....	71
4.5 Etika Penelitian.....	72
4.5.1 Aplikasi Etika Penelitian.....	72
4.5.2 <i>Informed Consent</i> .....	77
4.6 Alat Pengumpulan Data.....	78
4.6.1 Kuesioner A.....	79
4.6.2 Kuesioner B.....	79
4.6.3 Kuesioner C.....	80
4.7 Uji Coba Instrumen Penelitian.....	80
4.7.1 Uji Validitas.....	80
4.7.2 Uji Reliabilitas.....	83
4.7.3 Uji Instrumen.....	85
4.8 Prosedur Pengumpulan Data.....	87
4.8.1 Prosedur Administrasi.....	87
4.8.2 Prosedur Teknis.....	87
4.9 Pengolahan dan Analisa Data.....	88
4.9.1 Pengolahan Data.....	88
4.9.2 Analisis Data.....	89
4.9.2.1 Analisis Univariat.....	89
4.9.2.2 Analisis Bivariat.....	89
4.9.2.3 Analisis Multivariat.....	90

<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN.....</b>	93
5.1 Analisis Univariat.....	93
5.2 Analisis Bivariat.....	95
5.3 Analisis Multivariat.....	100
<b>BAB 6 PEMBAHASAN.....</b>	104
6.1 Interpretasi Hasil Penelitian.....	104
6.1.1 Gaya Kepemimpinan.....	104
dan Pemberdayaan Psikologis.....	
6.1.2 Karakteristik dan Pemberdayaan Psikologis.....	113
6.2 Keterbatasan Penelitian.....	126
6.3 Implikasi Penelitian.....	126
<b>BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN</b>	133
<b>DAFTAR REFERENSI</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	



## DAFTAR SKEMA

<b>Skema 2.1</b> Diagram Skematis Hubungan Gaya Kepemimpinan Kepala Ruangan dan Karakteristik Perawat dengan Pemberdayaan Psikologis Perawat Pelaksana yang Dipersepsikan oleh Perawat Pelaksana di RSUD Tarakan.....	62
<b>Skema 3.1</b> Kerangka Konsep Penelitian.....	64



## DAFTAR TABEL

<b>Tabel 3.1</b>	Definisi Operasional.....	67
<b>Tabel 4.1</b>	Distribusi Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Penelitian di RSUD Tarakan Jakarta Mei 2010.....	86
<b>Tabel 4.2</b>	Uji Statistik Analisis Bivariat.....	90
<b>Tabel 5.1</b>	Distribusi Perawat Pelaksana menurut Usia dan Lama Kerja di RSUD Tarakan Mei 2010.....	93
<b>Tabel 5.2</b>	Distribusi Perawat Pelaksana menurut Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Status Perkawinan, Status Pekerjaan di RSUD Tarakan Jakarta Mei 2010.....	94
<b>Tabel 5.3</b>	Distribusi Gaya Kepemimpinan Kepala Ruangan di RSUD Tarakan Jakarta Mei 2010.....	94
<b>Tabel 5.4</b>	Distribusi Pemberdayaan Psikologis Perawat Pelaksana di RSUD Tarakan Jakarta Mei 2010.....	95
<b>Tabel 5.5</b>	Hubungan Usia dan Lama Kerja dengan Pemberdayaan Psikologis Perawat Pelaksana di RSUD Tarakan Jakarta Mei 2010.....	95
<b>Tabel 5.6</b>	Hubungan Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Status Perkawinan Status Pekerjaan dengan Pemberdayaan Psikologis Perawat Pelaksana di RSUD Tarakan Jakarta Mei 2010.....	97
<b>Tabel 5.7</b>	Hubungan Gaya Kepemimpinan Kepala Ruangan dengan Pemberdayaan Psikologis Perawat Pelaksana di RSUD Tarakan Jakarta Mei 2010.....	99
<b>Tabel 5.8</b>	Hasil Analisa Multivariat Regresi Logistik Sub Variabel Gaya Kepemimpinan dan Jenis Kelamin Perawat Pelaksana di RSUD Tarakan Jakarta Mei 2010.....	101

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1** Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran 2** Kuesioner penelitian
- Lampiran 3** Kisi-kisi kuesioner penelitian
- Lampiran 4** Surat Permohonan Meninjau dari Fakultas Ilmu  
Keperawatan Universitas Indonesia
- Lampiran 5** Surat Persetujuan Meninjau dari RSUD Tarakan Jakarta
- Lampiran 6** Surat Permohonan Uji Instrumen dari Fakultas Ilmu  
Keperawatan
- Lampiran 7** Surat Persetujuan Uji Instrumen dari RSUD Pasar Rebo  
Jakarta
- Lampiran 8** Surat Permohonan Ijin Penelitian dari Fakultas Ilmu  
Keperawatan Universitas Indonesia
- Lampiran 9** Surat Persetujuan Ijin Penelitian dari RSUD Tarakan
- Lampiran 10** Keterangan Lolos Kaji Etik
- Lampiran 11** Distribusi Jumlah Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap
- Lampiran 12** Daftar Riwayat Hidup

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

Bab ini akan menggambarkan latar belakang, perumusan masalah penelitian, tujuan umum dan tujuan khusus, serta manfaat penelitian.

#### **1.1 Latar Belakang**

Indonesia banyak menghadapi perubahan dan tantangan dalam persaingan dunia pada era globalisasi saat ini. Persaingan dunia yang dihadapi Indonesia sebagai isu globalisasi mengisyaratkan bahwa mekanisme pasar akan didominasi oleh organisasi yang mampu memberikan produk unggulan atau daya saing yang tinggi dalam memanfaatkan peluang pasar (Djojosingito, 2001). Menurut Adriyanto (2010) dalam memasuki AFTA 2010 atau Pasar Bebas Dunia ini merupakan kegiatan Internasional yang tidak dapat dielakkan lagi oleh bangsa Indonesia.

Persaingan terjadi di berbagai bidang termasuk bidang kesehatan, dan yang paling berpengaruh terhadap globalisasi di antaranya adalah rumah sakit dan tenaga kesehatan. Di rumah sakit, pelayanan kesehatan masih relatif rendah dan masih belum efisien begitu juga dengan tenaga kesehatan yang masih perlu diberdayakan (Djojosingito, 2001). Rendahnya pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan mencerminkan rendahnya kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Kualitas pelayanan di rumah sakit perlu ditingkatkan karena merupakan hasil akhir dari interaksi antara struktur, proses, dan keluaran, sehingga kualitas pelayanan yang baik sebahagian besar tergantung dari kualitas struktur dan kualitas proses. Keluaran buruk disebabkan stuktur dan proses yang memburuk. Struktur adalah organisasi, manajemen, keuangan, tenaga, sarana dan prasarana lainnya.

Proses adalah semua kegiatan tenaga kesehatan yang berinteraksi dengan pasien secara professional. Keluaran adalah hasil akhir dari kegiatan tenaga kesehatan terhadap pasien (Aniroen, 1991). Dengan demikian, peran perawat sangat penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan di rumah sakit.

Perawat mempunyai peranan yang penting dalam memberikan pelayanan kesehatan. Tappen (1989) menyatakan bahwa perawat berperan aktif dalam mengevaluasi kualitas pelayanan kesehatan dan memiliki kontribusi dalam memperbaiki dan meningkatkan pelayanan kesehatan untuk dapat mencapai hasil yang diinginkan. Keterlibatan perawat dalam meningkatkan kualitas pelayanan tersebut menyebabkan tindakan keperawatan harus lebih efektif diberikan kepada masyarakat. Upaya untuk memperbaiki dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan merupakan langkah penting untuk dapat meningkatkan daya saing Indonesia di sektor kesehatan (Djojosingito, 2001). Oleh karena itu, perawat mempunyai peran dalam meningkatkan daya saing dibidang kesehatan.

Rumah sakit yang bergerak dibidang kesehatan, yang semula hanya merupakan tempat untuk menyembuhkan pasien berubah menjadi tempat pemeliharaan kesehatan. Perubahan tersebut berdampak pada pelayanan kesehatan dan pemberdayaan perawat. Hal ini sesuai dengan cara pandang pelayanan prima terhadap tenaga kesehatan bahwa staf medik, staf perawat, dan staf lain merupakan aset penting untuk diberdayakan di rumah sakit (Djojosingito, 2001). Pelayanan kesehatan yang prima dapat tercapai apabila tenaga kesehatan seperti perawat dapat memperbaharui pelayanan kesehatan (Malvárez, 2005). Oleh karena itu, pelayanan kesehatan yang diberikan oleh perawat di rumah sakit harus dapat mencapai pelayanan kesehatan yang prima sebagai suatu cara dalam menghadapi persaingan.

Rumah sakit mempunyai prinsip-prinsip utama untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan seperti memfokuskan pelayanan kesehatan kepada pasien, memiliki sifat kepemimpinan yang harus diterapkan di rumah sakit,



memperbaiki kinerja staf di rumah sakit, dan menerapkan praktik kesehatan yang sesuai standar. Namun sampai saat ini, masalah pokok yang masih dihadapi pada sistem pelayanan kesehatan adalah kualitas sumber daya yang kurang profesional (Djojosingito, 2001). Dengan demikian, sumber daya manusia merupakan salah satu yang dapat mempengaruhi persaingan di bidang kesehatan.

Sumber daya manusia adalah individu yang bekerja di lingkungan organisasi yang memiliki kemampuan berpikir, menghasilkan gagasan, kreativitas, kemampuan untuk menyelesaikan masalah, dan imbalan yang diberikan kepada individu atas tindakan yang dilakukannya, yang memiliki fungsi memberikan pelayanan kesehatan untuk meningkatkan dan mengembangkan kemampuan individu agar menjadi sumber daya manusia yang kompetitif dan menjadi sumber daya manusia yang dapat meningkatkan produktivitas (Nawawi, 1998). Sedangkan manajemen sumber daya manusia merupakan seni mengatur hubungan dan peranan tenaga kerja secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan organisasi, staf, dan masyarakat (Hasibuan, 2008). Hal di atas dapat disimpulkan bahwa sumber daya manusia merupakan individu yang memiliki keahlian, kreativitas, kemampuan dalam memberikan pelayanan secara efektif dan efisien sehingga dapat menjadi individu yang produktif. Demikian juga dengan perawat harus mampu untuk memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan keahlian yang sudah dimilikinya.

Tenaga keperawatan baik pada tingkat manajerial puncak, menengah, maupun bawah berada dalam rentang komunikasi yang saling bekerja sama dalam memberikan pelayanan keperawatan untuk dapat meningkatkan dan mempertahankan kualitas pelayanan keperawatan serta untuk dapat meningkatkan penerimaan masyarakat terhadap profesi keperawatan (Arwani dan Supriyatno, 2006). Pelayanan keperawatan yang diberikan juga harus menjamin adanya asuhan keperawatan yang berkualitas tinggi sehingga perawat akan dapat melibatkan diri di rumah sakit secara terus menerus (Aditama, 2003). Oleh karena itu, untuk mewujudkan pelayanan keperawatan

yang berkualitas tinggi maka rumah sakit harus memiliki sumber daya manusia dengan motivasi tinggi, kreatif dan mampu mengembangkan inovasi, serta memiliki kinerja yang baik. Salah satu upaya untuk mengembangkan sumber daya manusia tersebut adalah melalui pemberdayaan (Wibowo, 2007).

Pemberdayaan penting diterapkan di rumah sakit. Pemberdayaan merupakan salah satu komponen yang penting dalam praktik keperawatan (Ackerman, *et al.*, 1996 dalam Stewart, 2008). Menurut Marquis (2006) pemberdayaan adalah memampukan dan mengembangkan individu. Pemberdayaan menurut Huber (2006) didefinisikan sebagai memberikan otoritas, tanggung jawab, kebebasan untuk bertindak tentang apa yang individu ketahui sehingga dapat memiliki keyakinan, kepercayaan diri, dan kemampuan untuk mencapai kesuksesan. Pemberdayaan menurut Conger dan Kanungo (1988, dalam Ivancevich, Konopaske & Matteson, 2005) merupakan suatu proses meningkatkan rasa memiliki kemampuan diri individu melalui identifikasi kondisi ketidakberdayaan. Berdasarkan penjelasan tersebut, pemberdayaan adalah proses memampukan dan mengembangkan individu untuk dapat memiliki otoritas, tanggung jawab, mampu menyelesaikan pekerjaan, dan memiliki kompetensi dalam memberikan pelayanan yang berkualitas.

Pelayanan yang berkualitas dapat dilakukan melalui dua pendekatan pemberdayaan yaitu pendekatan hubungan dan pendekatan motivasi. Pendekatan hubungan bertujuan untuk memperbaiki kinerja melalui pendelegasian tugas, otoritas, dan pengambilan keputusan, sedangkan pada pendekatan motivasi bertujuan untuk menciptakan komunikasi terbuka, memiliki tanggung jawab, memiliki kemampuan, memiliki komitmen dan keterlibatan untuk mencapai tujuan. Pemberdayaan bertujuan untuk memperbaiki kemampuan diri staf, kemampuan untuk mengatasi kesulitan, keinginan untuk bertindak secara bebas dan lebih bertanggung jawab untuk mencapai kinerja yang efektif (Huber, 2006). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Santoso (2006) menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara

pemberdayaan dengan kinerja perawat. Apabila melalui pendekatan hubungan atau pendekatan motivasi belum tercapai peningkatan kinerja, maka dapat mengakibatkan ketidakberdayaan.

Ketidakberdayaan akan berdampak pada penurunan motivasi pada perawat, perawat tidak mampu menyelesaikan tugas, bahkan perawat dapat mengalami frustrasi dilingkungan kerjanya. Hasil penelitian yang dilakukan oleh El-Salam (2008) menunjukkan bahwa ada hubungan antara pemberdayaan dengan iklim kerja. McVey (2004, dalam El-Salam, *et al.*, 2008) menyatakan bahwa perawat dapat diperdayaan jika mendapat dukungan, dorongan, dan imbalan dari organisasi (Laschinger, 2001 dalam El-Salam *et al.*, 2008). Berdasarkan uraian tersebut, maka pemberdayaan dapat mempengaruhi lingkungan kerja individu.

Pemberdayaan yang dapat memotivasi di lingkungan kerja individu adalah pemberdayaan psikologis. Pemberdayaan psikologis dapat berdampak pada kepuasan kerja perawat misalnya dapat menurunkan ketidakhadiran perawat, menghilangkan ketegangan dalam bekerja, pelayanan keperawatan yang berkualitas kepada pasien, dan dapat meningkatkan retensi perawat di tempat kerja sehingga hal tersebut dapat berdampak pada pelayanan keperawatan (Almost, 2002 & Laschinger, 2001 dalam Stewart, *et al.*, 2008). Hasil penelitian tentang pemberdayaan menunjukkan bahwa ada hubungan antara pemberdayaan individu dengan kepuasan kerja dan komitmen organisasi (Dewenttinck, 2003). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Huai-Ting Kuo, *et al* (2008) menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pemberdayaan dengan kepuasan kerja perawat. Dengan demikian, melalui pemberdayaan dapat meningkatkan motivasi di lingkungan kerja, meningkatkan kepuasan kerja, dan meningkatkan komitmen individu di lingkungan kerjanya.

Pemberdayaan psikologis memiliki lima dimensi kunci, menurut Whetten dan Cameron (2005) yang didasarkan penelitian yang dilakukan Mishra (1992) yaitu kemampuan diri, penentuan diri, pengendalian diri, makna, dan kepercayaan. Sedangkan menurut Spreitzer (1997, dalam Stewart, 2008) dimensi pemberdayaan terdiri atas empat dimensi yaitu makna, kompetensi, penentuan diri, dan dampak. Kompetensi mencerminkan kemampuan yang dimiliki individu dalam melakukan tindakan; kemaknaan mencerminkan nilai, kepercayaan, dan perilaku perawat yang berhubungan dengan lingkungan kerja; penentuan diri mencerminkan perasaan individu memiliki otonomi dalam melakukan tindakannya; dampak mencerminkan kemampuan individu yang dapat mempengaruhi hasil yang ingin dicapai dalam organisasi.

Kemampuan diri memiliki kontribusi dalam perilaku praktik keperawatan professional, dan untuk mempertahankan perilaku praktik keperawatan professional diperlukan adanya pemberdayaan (Manojlovich, 2007). Kemampuan diri mencerminkan kompetensi yang dimiliki individu. Kompetensi menggambarkan pengetahuan atau keterampilan yang dimiliki individu sebagai profesionalisme dalam suatu bidang tertentu (Wibowo, 2007). Namun, untuk mewujudkan hal tersebut tidaklah terlepas dari kontribusi pemimpin untuk dapat membantu meningkatkan kemampuan staf melalui kepemimpinannya.

Peran kepemimpinan di rumah sakit hendaknya dapat berjalan secara efektif. Namun, menurut Doran, *et al* (2008) peran kepemimpinan tidak berjalan efektif di Canada yang dikarenakan adanya anjuran dari pemerintah bahwa untuk mempertahankan pelayanan kesehatan di rumah sakit diperlukan pengurangan pengeluaran biaya kesehatan (Leatt, *et al.*, 1994 dalam Doran 2008) pengurangan tenaga perawat pelaksana, serta tenaga kesehatan lainnya. Hal tersebut mengakibatkan kepala ruangan memiliki lebih banyak tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kesehatan, sehingga peran kepala ruangan terhadap perawat pelaksana menjadi berkurang dan bahkan tidak ada

yang melakukan peran kepemimpinan (*Ontario Ministry of Health and Long-Term Care Nursing Task Force*, 1999 dalam Doran 2008). Oleh karena itu, untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan dan meningkatkan kerjasama di antara kelompok perawat di rumah sakit dibutuhkan peran dari seorang pemimpin.

Kepemimpinan merupakan suatu proses mempengaruhi stafnya untuk saling bekerja sama dengan kemampuannya sendiri dan memiliki antusias dalam bekerja untuk mencapai tujuan bersama dalam organisasi (Aditama, 2003). Kepemimpinan diartikan juga sebagai suatu upaya memberikan pengaruh dan bukan paksaan untuk memotivasi staf sehingga staf dapat bekerja sesuai dengan pencapaian tujuan organisasi (Gitosudarmo & Mulyono, 1997). Berdasarkan uraian di atas maka kepemimpinan merupakan suatu proses mempengaruhi dan memotivasi staf untuk saling bekerja sama dalam mencapai tujuan organisasi.

Suatu upaya untuk mendukung tujuan organisasi tersebut maka pimpinan memberikan tugas kepada staf dan menjalin hubungan diantara kelompok (Gillies, 1994). Tujuan organisasi yang harus dicapai secara bersama-sama sudah menjadi tanggung jawab dari pimpinan. Pimpinan mempunyai tanggung jawab dalam membentuk efektifitas kelompok organisasi. Misalnya pemimpin memberikan arahan kepada stafnya, menumbuhkan rasa percaya, mampu mendorong dan mengambil resiko dalam organisasi yang dipimpinnya serta memberikan harapan kepada stafnya (Ivancevich, Konopaske & Matteson, 2005). Tanggung jawab pimpinan juga perlu didukung melalui kreativitas pemimpin.

Pemimpin yang memiliki kreativitas dalam menjalankan tugasnya merupakan pemimpin yang bertanggung jawab terhadap masalah stafnya. Russelts dan Evans (1992, dalam Aditama, 2003) menyatakan bahwa salah satu syarat untuk menjadi pemimpin yang baik adalah senantiasa memupuk kreativitas.

Pemimpin yang kreatif menjadikan pemimpin lebih sadar akan adanya proses dalam dirinya sendiri. Misalnya, staf yang sedang mengalami frustrasi, merasa bosan, sakit hati, dan meragukan kemampuan dirinya sendiri maka kreativitas pimpinan perlu diterapkan dalam kondisi ini.

Kreativitas pemimpin dalam menerapkan kepemimpinannya dapat dilihat pada gaya kepemimpinan yang diterapkan di organisasinya. Secara umum, ada dua jenis gaya kepemimpinan yang mendasar yaitu otokratik dan demokratis. Pemimpin perawat yang otokratik akan memberikan arahan tanpa memberikan masukan dan mengamati perawatnya dengan cara dekat. Pemimpin perawat yang demokratis cenderung akan melibatkan stafnya dalam pengambilan keputusan dan membiarkan perawat melaksanakan tanggung jawabnya (Rampur, 2009). Demikian juga dengan gaya kepemimpinan partisipatif yang merupakan gaya kepemimpinan yang menyertakan stafnya pada saat pembuatan keputusan yang akan ditentukan oleh pimpinan. Pimpinan mengharapkan staf untuk dapat memberi masukan yang dapat membantu pimpinan dalam membuat keputusan akhir (Bushman, 2007). Gaya kepemimpinan otokratik memiliki kekuasaan penuh terhadap staf, sementara itu, untuk gaya kepemimpinan demokratis pengambilan keputusan dilakukan secara bersama-sama antara pimpinan dan staf, sedangkan pada gaya partisipatif staf dilibatkan dalam membuat keputusan. Namun, pengambilan keputusan terakhir ada pada pimpinan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rad dan Yarmohammadian (2006) menunjukkan bahwa gaya kepemimpinan yang paling banyak digunakan pimpinan di rumah sakit adalah gaya kepemimpinan partisipan atau demokratis. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Suhasbagyo (2007) menunjukkan bahwa gaya kepemimpinan demokratis memberikan kepuasan kepada perawat. Kepuasan ini mengakibatkan perawat puas bekerja di rumah sakit. Penelitian yang dilakukan oleh Tantri dan Kembaren (2005) menunjukkan bahwa terdapat hubungan negatif yang signifikan antara

kepemimpinan partisipatif dengan motivasi berprestasi perawat. Dengan demikian, berdasarkan hasil penelitian tersebut gaya kepemimpinan demokratik dan partisipatif dapat memberikan kepuasan perawat, motivasi, dan juga merupakan gaya yang paling banyak digunakan di rumah sakit.

Gaya kepemimpinan yang dapat diterapkan dalam organisasi selain otokratik, demokratik, dan partisipatif adalah gaya kepemimpinan *laissez-faire*. Huber (2006) menyatakan bahwa gaya kepemimpinan *laissez-faire* adalah gaya kepemimpinan yang memberikan kebebasan pada staf untuk dapat mengambil keputusannya sendiri, dan pimpinan dengan gaya ini bahkan lebih memilih untuk menghindari masalah dan menyerahkan kepada stafnya untuk dapat menyelesaikan masalah tersebut (Huber, 2006). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Frischer (2006) menyatakan bahwa gaya kepemimpinan demokratik lebih efektif dibanding dengan gaya kepemimpinan *laissez-faire* pada situasi dimana pimpinan ingin menyelesaikan tugas dengan cara bekerja sama dengan stafnya karena pemimpin yang menggunakan gaya kepemimpinan demokratik ini mengakui kemampuan stafnya untuk menyelesaikan tugas secara bersama-sama.

Gaya kepemimpinan yang digunakan staf harus dapat disesuaikan dengan situasi dan kemampuan staf. Huber (2006) menyatakan bahwa gaya kepemimpinan yang dipilih oleh pimpinan untuk perawat pelaksana harus cepat dapat berubah sesuai situasi dan kemampuan pelaksana misalnya dari demokratik ke otokratik karena gaya kepemimpinan demokratik tidak tepat digunakan pada situasi krisis sementara gaya otokratik tidak tepat digunakan pada perawat pelaksana yang professional. Rampur (2009) juga menyatakan bahwa seorang pemimpin yang memiliki pengalaman kerja akan memilih gaya kepemimpinan yang paling tepat dalam setiap keadaan yang dibutuhkan.

Apabila gaya kepemimpinan yang dipilih oleh pimpinan tepat digunakan untuk staf, misalnya pimpinan dapat mempengaruhi staf, melakukan

pengembangan staf untuk dapat mencapai tujuan yang lebih tinggi, lebih mengutamakan kepentingan staf, terjalin interaksi yang baik antara atasan dan staf, maka dapat mengakibatkan kepuasan kerja perawat dan berpengaruh terhadap kepuasan pasien. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rad dan Yarmohammadian (2006) menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara gaya kepemimpinan dengan kepuasan staf. Demikian juga sebaliknya, apabila gaya kepemimpinan yang dipilih tidak tepat digunakan untuk staf, misalnya pimpinan bertindak hanya bila diperlukan saja, atau pada saat adanya masalah yang serius, dan pimpinan menghindari tanggung jawab, maka dapat mengakibatkan ketidakpuasan kerja perawat dan juga dapat berpengaruh terhadap ketidakpuasan pasien (Doran, 2008). Gaya kepemimpinan yang dipilih haruslah sesuai dengan situasi staf.

Gaya kepemimpinan yang tepat diterapkan dalam organisasi menunjukkan bahwa gaya tersebut telah konsisten dengan kondisi masing-masing staf. Gitosudarmo dan Mulyono (1997) menyatakan bahwa gaya kepemimpinan yang konsisten adalah gaya yang fleksibel yang berusaha menyesuaikan dengan situasi staf yang diharapkan dapat mencapai efektivitas tinggi untuk terwujudnya tujuan organisasi. Pemimpin mempunyai tanggung jawab di setiap unit perawatan pasien. Biasanya, pemimpin yang sukses dan efektif memiliki keterampilan kepemimpinan yang dapat mempengaruhi perawat pelaksana sesuai dengan situasi yang sedang dihadapi, sehingga dapat mencapai keperawatan yang professional (Rampur, 2009). Kepemimpinan yang efektif adalah pemimpin yang dapat menggunakan gaya kepemimpinan yang sesuai dengan stafnya seperti gaya kepemimpinan demokratik, otokratik, partisipatif (Bass, 1981; Marriner-Tomey, 1992 dalam Rebecca, *et al.*, 1996).

Gaya kepemimpinan partisipatif lebih cenderung mendorong pemberdayaan di antara anggota staf. Pada gaya kepemimpinan partisipatif, seorang pemimpin berkonsultasi dengan stafnya dalam pengambilan keputusan dan mempengaruhi stafnya untuk tetap berkomitmen terhadap organisasi dalam



jangka waktu yang lama (Rebecca, *et al.*, 1996). Bukan hanya gaya kepemimpinan yang dapat memberdayakan stafnya, karakteristik individu juga dapat memberdayakan stafnya.

Karakteristik individu dapat mempengaruhi pemberdayaan psikologis. Seperti kompetensi yang merupakan dimensi pemberdayaan psikologis juga dapat dipengaruhi oleh karakteristik individu seperti usia dan pengalaman kerja. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Spreitzer (1996, dalam Dimitriades, 2007) menunjukkan bahwa ada hubungan yang positif antara usia, pengalaman kerja dengan kompetensi. Hasil penelitian lain yang dilakukan Mainiero (1986, dalam Dimitriades, 2007) menyatakan bahwa laki-laki memiliki pemberdayaan yang lebih besar dibanding perempuan. Namun, menurut Zani dan Pietrantonio (2001, dalam Dimitriades, 2007) menyatakan bahwa perempuan lebih memiliki pemberdayaan dibanding laki-laki. Sedangkan, pendidikan dan status pernikahan tidak mempunyai hubungan dengan pemberdayaan (Rogers, *et al.*, 1997). Berdasarkan hal tersebut, karakteristik biografi perawat yang berbeda-beda dan gaya kepemimpinan kepala ruangan dapat mempengaruhi pemberdayaan psikologis perawat di rumah sakit.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Tarakan merupakan rumah sakit tipe B non pendidikan yang memiliki tenaga perawat dengan jumlah yang lebih besar dibanding tenaga lainnya. Berdasarkan data tahun 2010 tenaga perawat berjumlah 267 atau 42,11%. Hal ini menuntut kontribusi perawat yang lebih besar dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, sehingga perawat perlu diberdayakan secara optimal.

Pemberdayaan mencerminkan komitmen perawat. Spreitzer (2007) menyatakan bahwa individu yang diberdayakan akan lebih berkomitmen terhadap organisasinya dan meningkatkan retensi individu untuk terus berkontribusi di organisasi. Data *turn over* perawat yang ditemukan di RSUD

Tarakan (2010) dari tahun ke tahun yaitu mulai tahun 2007 sebesar 2,47%; tahun 2008 sebesar 13,94% dan tahun 2009 sebesar 14,49%. Salah satu penyebab terjadinya peningkatan *turn over* dikarenakan belum adanya kesempatan bagi pegawai kontrak maupun honor untuk diangkat menjadi pegawai tetap. Spreitzer (2007) menyatakan bahwa salah satu dampak dari pemberdayaan psikologis adalah komitmen individu terhadap organisasi, apabila individu tidak diberdayakan maka dapat mempengaruhi *turn over* pada staf.

Data *turn over* yang ditemukan di RSUD Tarakan memang masih perlu menjadi perhatian, namun data lain yang berkaitan dengan pemberdayaan psikologis adalah data kepuasan pasien. Data kepuasan pasien merupakan hasil akhir dari proses kegiatan yang dilakukan perawat. Data di RSUD Tarakan tahun 2008 tentang kepuasan pasien terhadap perawat di rawat inap sebesar 88,07%. Spreitzer (2007) menyatakan bahwa individu yang memiliki kinerja yang tinggi berarti individu tersebut memiliki kompetensi atau kemampuan diri untuk melaksanakan tugasnya, sehingga dapat memberikan kepuasan pasien. Dengan demikian, data kepuasan pasien mencerminkan bahwa perawat memiliki kinerja yang tinggi dalam memberikan pelayanan kepada pasien, walaupun data-data lain yang ditemukan tentang perawat pelaksana masih perlu diberdayakan.

Data lain yang berkaitan dengan pemberdayaan psikologi perawat pelaksana adalah ditemukan sebesar 57,7% kompetensi tenaga perawat di ruangan belum memadai (Arruum, 2009). Dimensi kemampuan diri menurut Whetten dan Cameron (2005) bahwa dimensi kemampuan diri mencerminkan kompetensi individu. Berdasarkan fenomena tersebut menunjukkan bahwa pemberdayaan psikologis perawat pelaksana di rumah sakit masih perlu di optimalkan.

Pada tahun 2009 didapatkan 4 perawat yang mendapatkan pelatihan dari rumah sakit yang berstatus PNS, namun perawat dengan status non PNS

belum mendapatkan pelatihan dari rumah sakit. Namun, pada tahun 2008 sebesar 22,6% perawat yang berstatus PNS maupun Non PNS mendapatkan pelatihan dari rumah sakit (RSUD Tarakan, 2010). Hal ini didukung juga dengan data pada kegiatan residensi bulan Oktober dan Nopember 2009 dimana Kepala Bidang Keperawatan menyatakan bahwa kurangnya pelatihan untuk perawat dikarenakan terkait dengan biaya dari rumah sakit, dan didukung dengan pernyataan dari 10 kepala ruangan bahwa pelatihan untuk seluruh perawat di rumah sakit Tarakan masih perlu dioptimalkan (Arruum, 2009). Shermon (2004) menyatakan bahwa kompetensi diartikan sebagai kemampuan individu untuk melakukan tindakan sesuai dengan pengetahuan, sikap, dan keterampilan yang dimilikinya.

Data lain yang berkaitan dengan kepuasan maupun ketidakpuasan perawat adalah ditemukan 76,9% perawat merasa kurang puas karena belum diberi kesempatan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya. Ketidakpuasan perawat pelaksana terhadap pekerjaannya sebesar 46,2%. Data tahun 2009 sebesar 53,8% perawat merasa puas dengan imbalan insentif. Insentif perawat terdiri atas uang jasa pelayanan, uang pertukaran dinas, dan uang lauk pauk (Arruum, 2009). Dimensi kemaknaan menggambarkan kepuasan kerja perawat ditempat kerjanya.

Data lain yang didapat berdasarkan hasil wawancara pada tanggal 12 Januari 2010 dengan Kepala Bidang keperawatan yang menyatakan bahwa masih dijumpai kesulitan komunikasi, hambatan komunikasi antara dokter-perawat pelaksana yang mengakibatkan sering terjadi kesalahpahaman antara dokter-perawat pelaksana di ruangan yang mengakibatkan sebagian pelayanan kepasien menjadi tertunda. Namun, masalah ini segera di atasi oleh Bidang Keperawatan dan telah didiskusikan secara bersama-sama sebagai upaya dalam mengantisipasi kejadian yang tidak diharapkan diantara tenaga kesehatan. Penelitian yang terkait yang dilakukan oleh Manojlovich, *et al*

(2007, dalam Kurtz & Jenkins, 2008) menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pemberdayaan dengan komunikasi dokter-perawat.

Pada Februari 2010 hasil wawancara dengan 5 orang perawat pelaksana, menyatakan bahwa masih ada hambatan komunikasi dalam hubungan antara perawat-perawat dan dokter-perawat. Apabila ada hambatan dalam melaksanakan tugas terkadang perawat mampu untuk menyelesaikannya sendiri atau diselesaikan secara bersama-sama dengan kepala ruangan bahkan dapat dilaporkan ke Bidang Keperawatan jika masalah yang dihadapi tidak dapat diselesaikan di ruangan. Hal ini berarti kemampuan perawat dalam mengendalikan diri terhadap permasalahan yang terjadi di ruangan masih perlu dioptimalkan. Hambatan komunikasi dalam suasana kerja mencerminkan belum efektifnya dimensi kepercayaan dalam pemberdayaan psikologis perawat, dan kemampuan perawat pelaksana dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi dalam menyelesaikan tugasnya mencerminkan dimensi pengendalian diri atau dimensi dampak dalam pemberdayaan psikologis perawat pelaksana.

Data lain yang didapat berdasarkan hasil observasi pada residensi Oktober dan Nopember 2009 adalah perawat pelaksana dalam melaksanakan tugas lebih berfokus pada tindakan medis saja dari pada tindakan keperawatan, dan tindakan yang dilakukan masih berdasarkan pada rutinitas kerja perawat, perawat belum dapat menentukan tugas-tugas yang berkaitan dengan tindakan keperawatan lainnya (Arruum, 2009). Fenomena tersebut dapat mempengaruhi pemberdayaan perawat yaitu pada dimensi penentuan diri. Perawat belum mampu untuk menentukan tindakan-tindakan keperawatan lainnya yang penting untuk pasien.

Setiap aktivitas perawat pelaksana di ruang rawat inap perlu diberdayakan oleh pimpinan. Data lain yang didapat dari hasil kegiatan residensi pada Oktober dan November 2009 yang terkait dengan kepemimpinan kepala

ruangan di RSUD Tarakan adalah hubungan kepala ruangan dengan perawat pelaksana sebesar 73,1% terbatas pada pekerjaan, kepala ruangan melakukan pengawasan secara ketat terhadap pelaksana sebesar 50%. Perawat pelaksana mendapatkan bimbingan dari kepala ruangan pada saat supervisi sebesar 30,8%, kepala ruangan memberikan pengarahan kepada perawat pelaksana dalam pelaksanaan tugas sebesar 63,5%. Perawat pelaksana diberi kesempatan dalam pengambilan keputusan sebesar 71,2%, kepala ruangan mengkomunikasikan tindakan kepada perawat pelaksana sebesar 61,5%, perawat pelaksana dapat berkonsultasi dengan kepala ruangan dalam tindakan keperawatan sebesar 67,3%.

Data lain yang ditemukan di RSUD Tarakan tentang gaya kepemimpinan kepala ruangan adalah kepala ruangan memberikan perhatian terhadap tugas yang telah diselesaikan oleh perawat pelaksana sebesar 53,8%. Kepala ruangan bersama-sama dengan perawat pelaksana memberikan gagasan dalam pengambilan keputusan sebesar 53,8%, kepala ruangan menyelesaikan masalah secara bersama-sama dengan perawat pelaksana sebesar 55,8%. Perhatian kepala ruangan berfokus pada tindakan keperawatan sebesar 55,8%, kemampuan kepala ruangan dalam pengambilan keputusan menurut yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana sebesar 34,6%. Kepala ruangan memberikan tugas sepenuhnya kepada perawat pelaksana sebesar 76,9%, kepala ruangan memberikan tanggung jawab sepenuhnya kepada perawat pelaksana dalam pengambilan keputusan sebesar 75% (Arruum, 2009).

Fenomena tersebut di atas didukung pula oleh karakteristik perawat pelaksana, berdasarkan hasil residensi pada Oktober dan Nopember 2009 ditemukan sebanyak 52 perawat di RSUD Tarakan sebesar 63,5% berusia 20-30 tahun, sebesar 92,3% berjenis kelamin perempuan, sebesar 78,8% memiliki pendidikan D3 Keperawatan, dan 69,2% memiliki status sebagai tenaga non PNS (Arruum, 2009). Karakteristik perawat berhubungan dengan pemberdayaan psikologis Hasil wawancara dengan beberapa kepala ruangan

pada 22 Maret 2010 bahwa upaya yang dilakukan pihak rumah sakit terhadap tenaga perawat adalah tenaga perawat yang masih berstatus magang mulai Januari 2010 sudah menjadi tenaga kontrak, dan hal ini cenderung imbalan akan meningkat. Upaya ini merupakan suatu peningkatan yang baik untuk tenaga perawat dan rumah sakit sendiri dalam perbaikan sumber daya manusia dan kualitas pelayanan.

Data yang ditemukan seperti karakteristik perawat, gaya kepemimpinan kepala ruangan, dan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian di RSUD Tarakan. Gaya kepemimpinan yang digunakan adalah gaya kepemimpinan otokratik, demokratik, partisipatif, dan *laissez-faire* (Gillies, 1994). Oleh karena itu, mengingat belum pernah dilakukan penelitian tentang gaya kepemimpinan kepala ruangan di rawat inap RSUD Tarakan dan masih kurangnya penelitian tentang pemberdayaan psikologis maka peneliti tertarik untuk meneliti tentang “Hubungan gaya kepemimpinan kepala ruangan dan karakteristik perawat dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana di RSUD Tarakan Jakarta”.

## 1.2 Rumusan Masalah

*Turn over* perawat meningkat dari tahun ke tahun di RSUD Tarakan Hasil literatur menunjukkan bahwa angka *turn over* yang optimal adalah 5-10% pertahun (Gauerke, 1977 dalam Gillies, 1994). Meskipun Atencio *et al* (2003 dalam Marquis, 2006) menetapkan sebesar 17,4%-24% angka ini perlu diwaspadai. Ditunjang pula oleh kompetensi tenaga perawat yang belum memadai. Bandura (1989, dalam Spreitzer, 2007) menyatakan bahwa kompetensi mengacu pada efektivitas diri atau kepercayaan individu terhadap kemampuan dirinya untuk melakukan aktivitas. Ditemukan perawat merasa kurang puas terhadap pengetahuan dan keterampilannya Thomas dan Velthouse (1990, dalam Dewettinck, 2003) menyatakan bahwa individu yang memiliki kemaknaan rendah dapat mengakibatkan ketidakpuasan kerja pada individu. Ditemukan pula hambatan komunikasi dokter-perawat. Hasil

penelitian yang dilakukan oleh Manojlovich, *et al* (2007, dalam Kurtz & Jenkins, 2008) menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pemberdayaan di tempat kerja dengan komunikasi perawat-dokter.

Gaya kepemimpinan yang digunakan kepala ruangan berdasarkan data belum diketahui mana yang paling dominan. Menurut Gitosudarmo dan Mulyono (1997) menyatakan bahwa gaya kepemimpinan harus disesuaikan dengan kemampuan staf. Didukung pula oleh karakteristik perawat pelaksana yang bervariasi di RSUD Tarakan. Dengan demikian peneliti ingin mengetahui "Apakah ada hubungan antara gaya kepemimpinan kepala ruangan dan karakteristik perawat dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana di RSUD Tarakan Jakarta?"

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum:**

Mengetahui hubungan antara gaya kepemimpinan kepala ruangan dan karakteristik perawat dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana di RSUD Tarakan Jakarta.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus:**

Teridentifikasi:

- 1.3.2.1 Pemberdayaan psikologis perawat pelaksana yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Tarakan Jakarta.
- 1.3.2.2 Gaya kepemimpinan kepala ruangan di ruang rawat inap RSUD Tarakan Jakarta.
- 1.3.2.3 Karakteristik perawat di ruang rawat inap RSUD Tarakan Jakarta meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, lama kerja, status pekerjaan.

- 1.3.2.4 Hubungan gaya kepemimpinan kepala ruangan dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana di RSUD Tarakan Jakarta.
- 1.3.2.5 Hubungan karakteristik perawat (usia, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, lama kerja, status pekerjaan) dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana di RSUD Tarakan Jakarta.
- 1.3.2.6 Mengidentifikasi faktor gaya kepemimpinan kepala ruangan dan karakteristik perawat yang dominan dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana di RSUD Tarakan Jakarta.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### **1.4.1 Pelayanan Kesehatan:**

Hasil penelitian ini memiliki kontribusi terhadap pelayanan kesehatan khususnya pelayanan keperawatan terhadap peningkatan kualitas pelayanan dan peningkatan sumber daya manusia melalui pemilihan gaya kepemimpinan yang tepat untuk digunakan oleh pihak manajemen rumah sakit dan karakteristik perawat pelaksana. Perawat pelaksana dapat meningkatkan kualitas pelayanan melalui kompetensi yang dimiliki, otonomi kerja, yang dapat mempengaruhi pelayanan di rumah sakit.

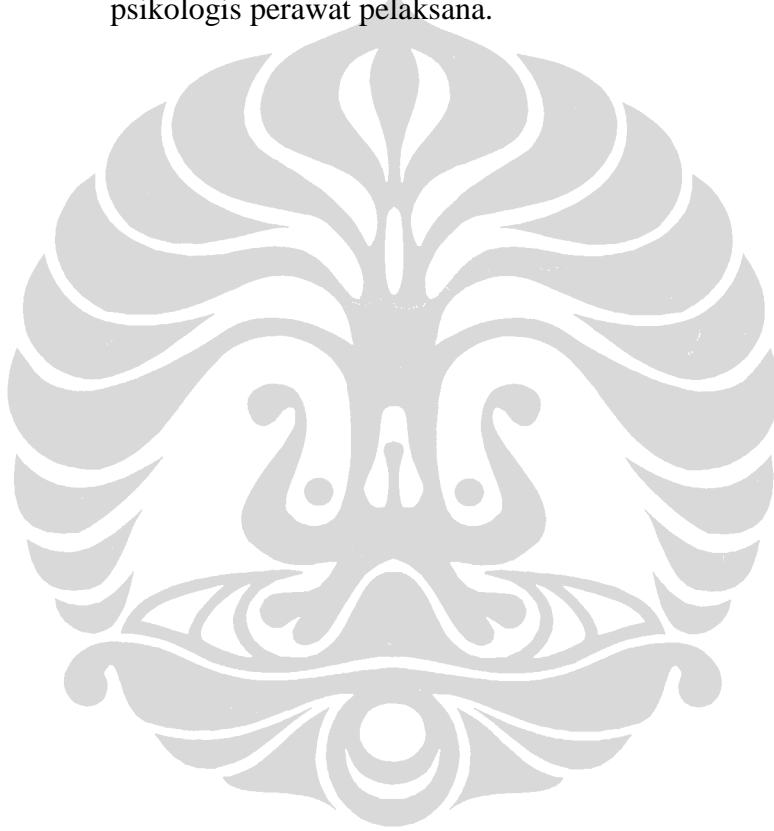
##### **1.4.2 Perkembangan ilmu keperawatan:**

Hasil penelitian ini berguna untuk perkembangan ilmu keperawatan sebagai bahan ilmiah di lingkup akademik keperawatan yang dapat digunakan oleh staf pengajar maupun mahasiswa keperawatan dalam mengembangkan konsep-konsep ilmiah dan sebagai bahan rujukan dalam meningkatkan pengetahuan di institusi pendidikan yang terkait dengan gaya kepemimpinan dan karakteristik perawat dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana.



#### **1.4.3 Perkembangan riset keperawatan:**

Hasil penelitian ini memberikan inovasi baru dalam riset keperawatan, mengembangkan metodologi riset keperawatan, dan mengembangkan ilmu riset keperawatan itu sendiri sebagai persaingan dengan perkembangan ilmu yang lainnya sehingga riset keperawatan dapat terus berkembang dan menemukan penelitian lanjutan yang terkait dengan gaya kepemimpinan dan karakteristik perawat dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini menguraikan teori-teori yang terkait tentang pemberdayaan psikologis perawat pelaksana, karakteristik perawat, dan gaya kepemimpinan kepala ruangan.

#### **2.1 Pemberdayaan**

##### **2.1.1 Pengertian**

Pemberdayaan penting dilakukan untuk dapat memberikan motivasi kerja. Pemberdayaan menurut Whetten dan Cameron (2005) adalah memampukan individu untuk dapat menumbuhkan kepercayaan pada dirinya, membantu memulihkan ketidakberdayaan, sehingga individu memiliki semangat, dan motivasi intrinsik dalam melakukan setiap tindakan. Huber (2006) menyatakan bahwa pemberdayaan adalah memberikan tanggung jawab, kebebasan untuk bertindak tentang apa yang individu ketahui serta secara perlahan-lahan akan memiliki keyakinan, kepercayaan diri, dan kemampuan untuk mencapai kesuksesan. Pemberdayaan adalah suatu proses yang dirasakan individu untuk meningkatkan efektivitas diri melalui identifikasi untuk meniadakan kondisi ketidakberdayaan (Conger & Kanungo, 1988 dalam Manojlovich, 2007). Berdasarkan pengertian tersebut bahwa pemberdayaan merupakan proses memampukan individu, memberikan kebebasan individu untuk berpikir, bertindak sesuai keyakinan, nilai, dan kepercayaan masing-masing individu.

Pemberdayaan secara umum terdiri atas dua yaitu pemberdayaan struktur dan pemberdayaan psikologis. Pemberdayaan struktur di tempat kerja mencakup kesempatan untuk terlibat dalam aktivitas yang dimiliki individu, mencari informasi tentang organisasi, mencari dukungan tentang tanggung jawab kerja dan pengambilan keputusan, serta mencari sumber-sumber yang diperlukan (Kanter, 1977;

Laschinger 2004; Stewart, *et al.*, 2008). Pemberdayaan psikologis terdiri atas kemaknaan, kompetensi, penentuan diri, dampak yang berdampak terhadap kepuasan (Spreitzer, 2007).

### **2.1.2 Pemberdayaan Psikologis**

Pemberdayaan psikologis seperti yang telah dijelaskan di atas dapat mempengaruhi kepuasan kerja. Pemberdayaan psikologis menurut Thomas and Velthouse (1990, dalam Dewettinck, 2003) merupakan suatu bentuk motivasi intrinsik yang dimiliki individu untuk menghasilkan kepuasan kerja. Sedangkan, menurut Conger dan Kanungo (1988, dalam Manojlovich, 2007) menyatakan bahwa pemberdayaan psikologis adalah membangun motivasi dari empat kognisi yang dibentuk oleh lingkungan kerja yaitu kemaknaan, kompetensi, penentuan diri, dan dampak. Pemberdayaan psikologis merupakan suatu proses yang diawali dengan interaksi antara lingkungan kerja dengan karakteristik kepribadian individu, dan interaksi lingkungan tersebut membentuk empat pemberdayaan kognitif yakni kemaknaan, kompetensi, penentuan diri, dan dampak yang pada akhirnya akan dapat memotivasi perilaku individu (Spreitzer, 1995 dalam Manojlovich, 2007). Berdasarkan pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa pemberdayaan psikologis merupakan suatu bentuk motivasi intrinsik individu di lingkungan kerja yang dibentuk dari empat kognisi untuk menghasilkan kepuasan kerja.

Pemberdayaan psikologis mencerminkan orientasi kerja yang aktif, dimana individu mampu menentukan perannya dalam pekerjaan, bukan hanya sekedar menyampaikan gagasan saja (Boudrias, Gaudreau, & Laschinger, 2004 dalam Manojlovich, 2007). Penelitian Santoso (2006) menunjukkan bahwa ada hubungan antara pemberdayaan perawat dengan kinerja perawat pelaksana. Artinya bahwa perawat yang memiliki pemberdayaan yang optimal akan dapat

mempengaruhi aktivitasnya dalam memberikan pelayanan keperawatan sehingga dapat mencerminkan kinerja yang baik.

Individu perlu diberdayakan, karena pemberdayaan psikologis yang optimal dapat berpengaruh terhadap peningkatan kualitas pelayanan. Whetten dan Cameron (2005) menyatakan bahwa individu yang diberdayakan akan membentuk individu menjadi lebih produktif, lebih puas, lebih inovatif, dan dapat meningkatkan kualitas pelayanan. Spreitzer dan Mishra (2002, dalam Heather, K., *et al.*, 2003) berpendapat bahwa pemberdayaan psikologis memungkinkan individu untuk mampu mengatasi stres di dalam kondisi kerjanya sehingga meningkatkan kesetiaan individu kepada organisasi, bahkan dalam keadaan sulit sekalipun. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Spreitzer *et al* (1997, Liden *et al.*, 2000, dalam Dewettinck, 2003) menyatakan bahwa ada hubungan yang kuat antara pemberdayaan dengan kepuasan kerja staf sebesar 40%.

Suatu upaya untuk membentuk individu menjadi lebih produktif, menjadi lebih inovatif, memberikan kepuasan kerja, dan individu dapat mengatasi stres di dalam kondisi lingkungan kerjanya maka individu dapat diberdayakan melalui dimensi pemberdayaan psikologis.

### **2.1.3 Dimensi Pemberdayaan Psikologis**

Dimensi pemberdayaan psikologis oleh Whetten dan Cameron (2005) merupakan hasil pengembangan dari dimensi pemberdayaan psikologis menurut Spreitzer (1997) yang terdiri atas:

#### **2.1.3.1 Kemampuan diri (*self-efficacy*)**

Kemampuan diri menurut Bandura (1994, dalam Ramachandran, 1998) merupakan keyakinan yang dimiliki individu dalam

merasakan, memikirkan untuk melakukan suatu tindakan yang dapat menghasilkan kinerja sehingga dapat mempengaruhi kehidupannya. Whetten dan Cameron (2005) menyatakan bahwa kemampuan diri adalah kompetensi yang dimiliki individu untuk dapat melaksanakan tugas tertentu. Wibowo (2007) kemampuan diri adalah kemampuan individu untuk menyelesaikan pekerjaan apa saja yang diberikan kepadanya. Berdasarkan pernyataan tersebut bahwa kemampuan diri merupakan keyakinan yang dimiliki individu sesuai dengan kompetensi yang dimilikinya untuk dapat melakukan suatu tindakan tertentu.

Kemampuan diri mempunyai pengaruh besar pada kinerja (Bandura, 1982 dalam Chowdhury, 1999). Hasil penelitian didapatkan bahwa ada hubungan yang kuat antara kemampuan diri dengan kinerja (Taylor, *et al.*, 1984; Lent, *et al.*, 1987 dalam Chowdhury, 1999). Hasil penelitian Faisal (2006) menunjukkan bahwa *self efficacy* perawat mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap kinerja perawat. Cook dan Hunsaker (2001) menyatakan bahwa kemampuan diri dapat mempengaruhi kinerja dan pandangan positif individu. Individu menilai kemampuan dirinya sendiri (pengetahuan dan keterampilan), kondisi fisik dan emosi, harga diri, yang keseluruhannya dapat mempengaruhi pekerjaan. Individu yang memiliki motivasi internal akan selalu ingin berusaha memperluas pekerjaannya, mempunyai perasaan bertanggung jawab dan memiliki kreativitas kerja untuk memperbaiki proses organisasi.

Bandura (1977, dalam Whetten & Cameron, 2005) mengemukakan bahwa terdapat tiga kondisi yang diperlukan untuk individu merasa memiliki kemampuan diri yaitu : a). individu memiliki kemampuan untuk melaksanakan tugas; b). individu mampu melakukan berbagai tindakan; c). tidak ada hambatan yang akan mencegah

individu untuk melaksanakan tugasnya. Bandura (1989; Bennis & Nanus, 1997; Conge & Kanungo, 1988; Gecas, 1989; Zimmerman, 1990 dalam Whetten dan Cameron, 2005) menyatakan bahwa bila individu diberdayakan, maka individu tersebut akan memiliki kompetensi untuk melakukan tugas dengan sukses dan individu yang diberdayakan tersebut tidak hanya merasakan memiliki kompetensi, tetapi juga merasakan bahwa dirinya memiliki rasa percaya diri akan kemampuannya dalam melaksanakan tugas secara memuaskan.

Kemampuan diri mencerminkan kompetensi. Kompetensi mengacu pada efektivitas diri pada satu pekerjaan, atau kepercayaan terhadap kemampuan dirinya untuk melakukan aktivitas kerja dengan menggunakan keterampilan yang dimilikinya (Bandura, 1989, dalam Spreitzer, 2007). Kompetensi menurut Shermon (2004) diartikan sebagai kemampuan individu untuk melaksanakan tugas sesuai dengan pengetahuan, sikap, keterampilan berdasarkan tuntutan pekerjaan. Berdasarkan pengertian tersebut maka kompetensi yang dimiliki individu merupakan pengetahuan, sikap, dan keterampilan yang mencerminkan kemampuan diri. Selain kemampuan diri, penentuan diri merupakan dimensi pemberdayaan psikologis yang lain yang harus dimiliki individu.

#### **2.1.3.2 Penentuan Diri**

Penentuan diri merupakan kemampuan individu dalam menentukan pilihannya sendiri terhadap tindakan yang akan dilakukannya berdasarkan pada pengalaman individu dalam memilih tindakan (Steers & Porter, 1991). Penentuan diri merefleksikan individu akan kemampuannya untuk memilih tindakan, individu secara sukarela melibatkan diri dalam melaksanakan tugas, bukan karena dipaksa atau dilarang untuk melibatkan diri dalam melaksanakan tindakan. Tindakan individu merupakan konsekuensi kebebasan

individu akan memiliki otonomi dalam tugasnya (Ryan & Deci, 2000 dalam Whetten & Cameron, 2005). Penentuan diri melibatkan tanggung jawab individu terhadap tindakan, memiliki otonomi, dan perilaku kerja (Bell & Staw, 1980; Deci, *et al.*, 1989 dalam Dewettinck, 2003). Berdasarkan kesimpulan tersebut, penentuan diri dapat dinyatakan sebagai kemampuan individu dalam memilih pekerjaan, memiliki otonomi, memiliki tanggung jawab dalam melaksanakan pekerjaan.

Individu yang mampu menentukan pekerjaannya sendiri merupakan individu yang memiliki otonomi kerja. Angyal (1941, dalam Steers & Porter, 1991) menyatakan bahwa perkembangan individu dapat dicirikan dalam bentuk otonomi yang lebih besar dan tergantung kepada keahliannya sesuai kompetensi yang dimiliki sehingga dapat mengontrol dirinya sendiri. Deci, *et al* (1989, dalam Spreitzer 2007) menyatakan bahwa penentuan diri merupakan suatu pilihan untuk memulai dan mengatur tindakan yang akan dilakukan. Hal ini mencerminkan otonomi atau pilihan atas perilaku kerja dan proses kerja individu, misalnya: membuat keputusan tentang metode kerja (Bell & Staw, 1989 dalam Spreitzer, 2007). Individu yang diberdayakan akan merasa memiliki aktivitas karena individu dapat menentukan bagaimana tugas-tugas tersebut dilaksanakan, dan bagaimana dengan cepat pula tugas-tugas tersebut diselesaikan. Memiliki pilihan dalam melakukan aktivitas merupakan komponen penting dalam penentuan diri individu (Whetten & Cameron, 2005).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penentuan diri yang kuat berkaitan dengan kepuasan kerja (Organ & Greene, 1974, dalam Whetten & Cameron, 2005). Kemampuan dalam menentukan diri dapat memberikan kepuasan pada diri sendiri dibandingkan orang lain yang tidak memiliki kemampuan dalam menentukan pilihan.

Individu menjadi tidak berdaya dikarenakan individu tidak diperkenankan untuk menentukan pilihannya sendiri untuk melakukan suatu tindakan yang dianggapnya tepat (Dewettinck, 2003).

Thomas & Tymon (1994, dalam Whetten & Cameron, 2005) menemukan bahwa staf yang memiliki otonomi dalam melakukan pekerjaannya ditemukan memiliki kinerja lebih tinggi dibandingkan dengan staf yang sedikit memiliki otonomi. Penentuan diri yang kuat berkaitan dengan tingkat kinerja yang lebih tinggi, tingkat keterlibatan kerja yang lebih tinggi, dan kurang ketegangan dalam pekerjaan dan penentuan diri yang didukung dengan pengendalian diri membuat individu lebih diberdayakan.

#### **2.1.3.3 Pengendalian diri**

Pengendalian diri adalah keyakinan individu terhadap kemampuannya untuk melakukan suatu perubahan sesuai arah yang diinginkan (Greenberg *et al.*, 1989; dalam Whetten & Cameron, 2005). Dimensi dampak mencerminkan sejauhmana strategi yang digunakan, pelaksanaan yang dilakukan, atau hasil yang diperoleh di tempat kerja sehingga berdampak pada individu itu sendiri (Ashforth, 1989 dalam Spreitzer, 2007). Dimensi dampak dalam teori spreitzer (1995) termasuk dalam dimensi pengendalian diri dalam teori Whetten dan Cameron (2005)

Individu yang diperdayakan akan memiliki keyakinan terhadap hasil yang diperolehnya dan individu yang memiliki kemampuan, tidak hanya merasakan bahwa apa yang dilakukannya itu akan dapat menghasilkan suatu perubahan pada lingkungan, tetapi individu tersebut akan dapat merasakan perubahan pada dirinya sendiri sehingga jika terjadi hambatan dalam lingkungan kerja



maka individu tersebut dapat mengendalikannya (Whetten & Cameron, 2005). Apabila individu merasa bahwa keterlibatan mereka di lingkungan kerja dapat mempengaruhi organisasi maka individu memiliki pengendalian diri yang efektif, dan sebaliknya, jika individu merasa bahwa keterlibatannya di lingkungan kerja tidak akan dapat mempengaruhi organisasi maka individu memiliki pengendalian diri yang tidak efektif (Ashforth, 1989 dalam Dewettinck, 2003).

Pengendalian diri terbagi atas dua yaitu pengendalian aktif dan pengendalian pasif. Pengendalian aktif adalah individu dapat menyatukan lingkungan dengan keinginan mereka. Sementara pada pengendalian pasif adalah keinginan mereka berbeda dengan tuntutan lingkungan (Greenberg & Stasser, 1991; Rappoport, Swift, & Hess, 1984; Rothbaum, Weisz, & Rappoport, 1988 dalam Whetten & Cameron, 2005). Individu yang mampu untuk mengendalikan dirinya dapat dikatakan memiliki pengendalian aktif.

Pengendalian diri diperlukan untuk mempertahankan keadaan psikologis dan fisik individu. Gangguan psikologis pada individu misalnya individu menjadi depresi, stress, timbul keraguan, terjadi kerusakan moral, gelisah, dan putus asa. Gangguan fisik dapat mengakibatkan produktivitas kerja menurun (Greenberg & Stasser, 1991; Langer, 1983 dalam Whetten & Cameron, 2005). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Liden *et al* (1993 dalam Dewettinck, 2003) menyatakan bahwa individu yang memiliki pengendalian diri aktif dapat meningkatkan kinerja. Oleh karena itu, untuk membentuk dimensi pengendalian diri perlu didukung dengan dimensi kemaknaan sehingga individu dapat merasakan memiliki arti hidup dalam keterlibatannya di tempat kerja.

#### 2.1.3.4 Kemaknaan

Individu yang diperdayakan memiliki perasaan yang berarti dalam keterlibatannya dengan organisasi. Individu dapat menilai maksud dan tujuan dari keterlibatan mereka dalam melakukan aktivitas dan merasakan arti pentingnya keterlibatan tersebut. Kemaknaan melibatkan kesesuaian antara kebutuhan pekerjaan, peran, keyakinan, nilai dan perilaku (Hackman & Oldham, 1980 dalam Spreitzer, 2007). Oleh karena itu, individu yang diperdayakan memiliki kepercayaan dan kepedulian tentang apa yang dihasilkan (Bennis & Nanus, 1997; Block, 1987; Conger & Kanungo, 1988; Manz & Sims, 1989; Rappoport, Swift, & Hess, 1984 dalam Whetten & Cameron, 2005).

Keterlibatan dalam kegiatan tanpa makna dapat menciptakan gangguan dan hambatan, dan menghasilkan suatu perasaan enggan terhadap pekerjaan, hal ini akan mengakibatkan individu tersebut akan menjadi bosan atau lelah (Hackman & Oldham, 1980; Kahn, 1990; Thomas & Velthouse, 1990 dalam Whetten & Cameron, 2005).

Penelitian tentang kemaknaan dalam pekerjaan ditemukan bahwa ketika individu terlibat dalam suatu pekerjaan mereka merasa pekerjaan tersebut bermakna, berkomitmen terhadap pekerjaan, memiliki konsentrasi dan energi yang lebih tinggi, lebih teguh untuk mencapai tujuan yang diinginkan dibanding dengan pekerjaan yang nilai maknanya rendah. Selain itu, individu merasa lebih senang dan berkeinginan untuk melaksanakan pekerjaan dan memiliki kemaknaan diri yang lebih tinggi karena berkaitan dengan aktivitas yang bermakna. Individu yang diperdayakan dengan kemaknaan juga ditemukan menjadi individu yang memiliki inovatif, memiliki pengaruh, dan secara personal menjadi efektif (Bramucci, 1977; Deci & Ryan, 1987; Kanter, 1968;

Nielson, 1986; Spreitzer, 1992; Ogt & Murrell, 1990; Wrzesniewski, 2003 dalam Whetten & Cameron, 2005).

Hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Liden *et al* (2000, dalam Dewettinck, 2003) menyatakan bahwa terdapat hubungan yang positif antara kemaknaan dengan kepuasan kerja. Sebaliknya, individu yang memiliki kemaknaan yang rendah dapat mengakibatkan individu menjadi apatis di tempat kerja yang berpengaruh terhadap ketidakpuasan kerja (Thomas & Velthouse, 1990 dalam Dewettinck, 2003). Hal di atas dapat dinyatakan bahwa kemaknaan yang tinggi dapat meningkatkan rasa percaya individu terhadap dirinya, orang lain dan organisasinya yang dapat mempengaruhi terhadap kepuasan kerja.

Whetten dan Cameron (2005) menyatakan bahwa untuk membentuk pemberdayaan psikologis tidak cukup hanya dengan keempat dimensi yang telah diuraikan di atas, tetapi juga perlu didukung oleh dimensi kepercayaan.

#### **2.1.3.5 Kepercayaan**

Kepercayaan yang dimiliki individu terhadap organisasinya sangat diperlukan agar setiap individu memiliki keyakinan bahwa individu akan diperlakukan secara adil, sehingga individu tersebut akan memiliki komitmen terhadap organisasinya bahkan individu akan bertahan dalam organisasinya meskipun hanya sebagai pelaksana, karena hasil yang diharapkan individu adalah keadilan dan terhindar dari bahaya atau sesuatu yang dapat menyakitkan dirinya (Whetten & Cameron, 2005).

Individu yang percaya dengan lingkungannya memungkinkan individu tersebut untuk terbuka dan berkembang (Golembiewski & McConkie, 1975; dalam Whetten & Cameron, 2005). Penelitian

tentang kepercayaan ditemukan bahwa mempercayai individu merupakan tindakan yang tepat karena kepercayaan dapat memberikan kekuatan, kejelasan arah dan keakraban, sikap terbuka, jujur, memiliki kemampuan besar untuk membina hubungan dengan saling ketergantungan, menjalin kerjasama, mampu mengambil resiko dalam kelompok, merefleksikan kebersamaan, memberikan kontribusi dalam tim, mampu mendengarkan orang lain, saling menghargai dan mempertahankan etika dengan individu lainnya (Gibb & Gibb, 1969; Golembieswski & McConkie, 1975; Mishra, 1992 dalam Whetten & Cameron, 2005). Dengan demikian, individu yang memiliki kepercayaan terhadap individu lain dapat menjadikan individu merasa diberdayakan yang dapat bermanfaat untuk dirinya dan organisasinya.

#### **2.1.4 Proses dan Upaya Pemberdayaan Psikologis**

Pemberdayaan merupakan suatu proses untuk tiap-tiap individu yang akan menjalankan perubahan terhadap dirinya dan organisasinya. Ivancevich, Konopaske dan Matteson (2005) menyatakan bahwa proses pemberdayaan melalui tahapan berikut, yaitu: a). mengidentifikasi kondisi organisasi yang menyebabkan munculnya perasaan tidak berdaya pada sebagian anggota organisasi. Kondisi ini bersumber pada faktor organisasi (seperti komunikasi yang tidak efektif), gaya manajemen (sifat otoriter), sistem imbalan jasa (imbalan yang kurang bernilai, imbalan yang tidak didasarkan pada kinerja), karakteristik pekerjaan itu sendiri (rendahnya variasi tugas, tujuan kerja yang tidak realistik); b). mengimplementasi strategi dan teknik-teknik pemberdayaan (seperti menetapkan tujuan, mengimplementasi sistem imbalan jasa yang berdasarkan pencapaian kerja, dan mendesain ulang pekerjaan); c). mengupayakan kondisi ketidakberdayaan dan meningkatkan kemampuan diri staf (individu yang memiliki kemampuan diri yang tinggi cenderung memiliki kepercayaan diri dan

dapat mencapai kesuksesan apapun usaha keras yang dijalankan) d). menerima informasi untuk mencapai pemberdayaan, hal ini terjadi karena peningkatan kemampuan diri dapat memperkuat harapan tentang kinerja. Proses pemberdayaan yang dilakukan melalui tahapan tersebut di atas perlu didukung oleh pimpinan serta keterlibatan staf itu sendiri dalam mencapai tujuan organisasi.

Penelitian yang dilakukan Bandura (1986; Hackman dan Oldman, 1980; Kanter, 1983; dalam Whetten & Cameron, 2005), menyatakan terdapat sembilan upaya dalam pemberdayaan yaitu:

- 2.1.4.1** Memahami visi dan misi; individu akan merasa diberdayakan apabila organisasi memberikan pemahaman kepada individu tentang visi dan misi di organisasinya, sehingga individu dapat berkontribusi terhadap organisasinya karena memiliki tujuan yang jelas.
- 2.1.4.2** Membantu mengembangkan keahlian individu; penting bagi pimpinan untuk dapat membantu individu mengembangkan keahlian stafnya. Stafnya dapat melakukan pekerjaan yang mudah terlebih dahulu kemudian melakukan tugas yang sulit sampai mendapatkan pengalaman dalam bekerja.
- 2.1.4.3** Model peran; dalam memberdayakan stafnya, pimpinan berperan sebagai model sesuai dengan perilaku yang diinginkan atau staf yang senior dapat menjadi model peran bagi staf junior.
- 2.1.4.4** Memberikan dukungan; dalam memberdayakan staf perlu diberi dukungan seperti memberikan penghargaan, pujian, umpan balik terhadap pekerjaannya yang telah dilakukan.
- 2.1.4.5** Membangun emosi yang positif; pimpinan dapat menghilangkan emosi negatif seperti rasa takut, kecemasan dengan membangun emosi positif seperti rasa gembira, rasa kebersamaan dalam menyelesaikan tugas staf.

- 2.1.4.6** Memberikan informasi yang dibutuhkan; informasi merupakan salah satu alat kekuasaan dalam memberdayakan stafnya. Pimpinan harus memberikan informasi yang relevan dengan tugas yang akan dikerjakan stafnya untuk menumbuhkan rasa diberdayakan oleh pimpinan.
- 2.1.4.7** Memberikan sumber yang diperlukan; selain informasi sumber-sumber lain akan dapat membantu menyelesaikan tugas staf, misalnya memberikan pelatihan dan pengalaman yang dapat membantu pemberdayaan staf.
- 2.1.4.8** Membantu dalam membina hubungan untuk memperoleh hasil yang diinginkan; staf merasa lebih diberdayakan jika didukung oleh pimpinan dalam membina hubungan dengan staf lain, atau staf diberi motivasi, kesempatan untuk dapat menyelesaikan tugas dengan baik.
- 2.1.4.9** Menciptakan rasa percaya diri staf; dapat melalui rasa saling percaya, kejujuran, *caring*, keterbukaan dan memiliki kompetensi.

Upaya pemberdayaan psikologis menurut Newstrom dan Davis (1997) terdapat lima upaya dalam menciptakan pemberdayaan yaitu 1). membantu karyawan mencapai pekerjaannya misalnya dengan memberikan pelatihan, *coaching*, bimbingan kepada staf; 2). melakukan pengawasan misalnya dengan mengarahkan, bertanggung jawab pada hasil yang akan didapatkan sesuai standar; 3). memberikan model peran untuk staf yang memiliki kinerja rendah, misalnya pimpinan memberikan contoh kepada staf baru bagaimana cara memberikan pelayanan yang efektif atau staf senior memberikan contoh yang baik kepada staf junior; 4). menggunakan penguatan sosial dan kepercayaan misalnya dengan menghargai, memberikan dorongan, meningkatkan rasa percaya diri staf; dan 5). memberikan dukungan emosional misalnya dengan menurunkan stres dan kecemasan dalam bekerja, membantu pekerjaan staf, dan memberikan

perhatian kepada staf yang membutuhkan. Pendekatan dalam pemberdayaan ini dapat memberikan rasa percaya kepada staf akan kompetensi dan nilai yang dimiliki, staf memiliki makna dalam bekerja, mempunyai pengaruh yang kuat dalam bekerja, dan mempunyai kesempatan untuk menggunakan keahliannya (Newstrom & Davis, 1997). Selain proses dan upaya pemberdayaan psikologis diperlukan pula fungsi manajemen dalam pemberdayaan.

### **2.1.5 Fungsi Manajemen dalam Pemberdayaan Psikologis**

Pemberdayaan psikologis tidak terlepas dari fungsi-fungsi manajemen. Terdapat lima langkah fungsi-fungsi manajemen menurut Fayol (1925 dalam Marquis, 2006) yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan, pengarahan, dan pengawasan.

#### **a. Perencanaan**

Pada perencanaan yang berkaitan dengan pemberdayaan psikologis, dimana staf merupakan individu yang bekerja didalam organisasi yang melaksanakan tugas sesuai dengan apa yang telah direncanakan pimpinan kepada stafnya. Marquis (2006) menyatakan bahwa perencanaan mencakup menentukan filosofi, tujuan, kebijakan, prosedur, dan mengatur perubahan yang direncanakan. Pada perencanaan, menurut McNamara (1999, dalam Huber, 2006) bahwa pimpinan mengidentifikasi misi, menetapkan tujuan, mengidentifikasi strategi, menulis perencanaan dokumen, mengkomunikasikan secara luas rencana yang akan disampaikan.

Pada fungsi perencanaan di atas yang dikaitkan dengan pemberdayaan psikologis, maka manajer perawat mengidentifikasi masalah-masalah yang dihadapi stafnya, misalnya masalah

komunikasi, ketidakpuasan kerja, frustrasi, kinerja staf perawat yang rendah, motivasi, komitmen staf. Thomas (1983, dalam Huber, 2006) menyatakan bahwa manajer perawat mempunyai tanggung jawab dalam menciptakan lingkungan kerja yang efektif dan produktif. Fungsi manajemen yang lain adalah pengorganisasian.

b. Pengorganisasian

Pada pengorganisasian, menurut Marquis (2006) bahwa pengorganisasian mencakup membangun struktur organisasi, mengelompokkan unit kegiatan untuk mencapai suatu tujuan, melibatkan unit lain dalam struktur organisasi, serta menggunakan kekuasaan dan otoritas yang tepat. Huber (2006) menyatakan bahwa pengorganisasian adalah membangun sumber daya manusia dan material untuk mencapai tujuan organisasi. Sedangkan menurut Fayol (1949, dalam Huber, 2006) menyatakan bahwa kekuasaan dan struktur dapat digunakan untuk mempengaruhi orang lain. Selain itu, pengorganisasian merupakan suatu proses mengidentifikasi peran untuk menjalin hubungan dengan orang lain. Dengan demikian, kaitan fungsi manajemen dengan pemberdayaan psikologis adalah dimana manajer perawat mengidentifikasi hubungannya dengan stafnya, menggunakan kekuasaannya untuk mempengaruhi staf agar dapat diberdayakan.

Pengorganisasi juga dapat dilaksanakan untuk memberdayakan staf. Safaria (2004) menyatakan bahwa mendelegasikan kekuasaan dan wewenang kepada staf merupakan peran dalam memberdayakan stafnya yang bertujuan agar stafnya dapat memiliki pengetahuan tentang tugas dan wewenang. Selain itu, staf diberi wewenang agar dapat mengatur jadwal kegiatan, mengambil keputusan dalam menghadapi masalah-masalah tanpa harus menunggu dari pimpinan. Apabila setiap individu memiliki



kekuasaan, maka pimpinan tidak akan kehilangan kekuasaannya tetapi dapat menambah organisasi tersebut menjadi lebih kuat. Adapula fungsi manajemen yang lain yaitu ketenagaan.

c. Ketenagaan

Ketenagaan juga merupakan fungsi manajemen yang berkaitan dengan pemberdayaan. Ketenagaan mencakup merekrut staf baru, melakukan orientasi, membuat jadwal, membentuk tim kerja, dan melakukan pengembangan staf (Marquis, 2006). Safaria (2004) menyatakan bahwa fungsi manajemen ketenagaan mencakup proses seleksi, rekrutmen calon staf untuk posisi yang sudah ditetapkan di dalam struktur organisasi, memberikan pengetahuan dan pelatihan agar mampu bekerja secara baik. Dengan demikian, berdasarkan fungsi ketenagaan di atas yang dapat dikaitkan dengan pemberdayaan psikologis adalah bahwa staf baru perlu dilakukan orientasi, diberikan pengetahuan dan pelatihan. Pengetahuan dan pelatihan tidak saja diberikan kepada staf yang masih baru, tetapi juga diberikan kepada staf yang sudah lama bekerja di organisasi. Fungsi manajemen selain yang telah diuraikan di atas, adapula fungsi pengarahan.

d. Pengarahan

Pengarahan penting dalam memberdayakan staf. Marquis (2006) menyatakan bahwa pengarahan mencakup memotivasi, mengatasi konflik, mendelegasikan tugas serta membina komunikasi antara staf dan pimpinan. Pengarahan merupakan memotivasi individu (McNamara, 1999 dalam Huber, 2006). Fayol (1949, dalam Huber, 2006) menyatakan bahwa pengarahan adalah mengidentifikasi dan menyatukan aktivitas stafnya.

Pengarahan mempunyai peran dalam memotivasi stafnya, menurut Safaria (2004) menyatakan bahwa pemberdayaan dapat

menciptakan motivasi yang kuat dari staf sehingga akan dapat memiliki kinerja yang tinggi dalam menjalankan pekerjaan di organisasinya. Staf juga mempunyai keyakinan bahwa dirinya mempunyai kompetensi dan keahlian dalam melaksanakan tugas apabila mendapatkan penghargaan dari pimpinan. Keyakinan diri yang meningkat akan dapat meningkatkan harga diri dan kepuasan kerja. Fungsi manajemen yang terakhir adalah pengawasan.

e. Pengawasan

Pengawasan juga mempunyai peran penting dalam memberdayakan stafnya. Pengawasan mencakup menilai kinerja staf berdasarkan standar kinerja dan melakukan tindakan perbaikan untuk melakukan tindakan selanjutnya. Membandingkan hasil kerja dengan standar kinerja yang dilakukan. Pengawasan merupakan suatu fungsi untuk memonitor perencanaan, proses, dan sumber-sumber lain untuk mencapai tujuan secara efektif (Huber, 2006). Pengawasan mencakup melakukan penilaian terhadap kinerja bawahan, bertanggung jawab terhadap keuangan, mengendalikan kualitas pelayanan, mengawasi tindakan etik (Marquis, 2006).

Oleh karena itu, fungsi pengawasan yang dikaitkan dengan pemberdayaan psikologis adalah pimpinan mengevaluasi kinerja, kepuasan kerja, motivasi, dan harga diri stafnya. Apabila berhasil maka fungsi manajemen ini akan terus dijalankan secara terus menerus. Namun, apabila tidak berhasil maka fungsi ini akan dievaluasi kembali di fungsi manajemen manakah yang masih dibutuhkan perbaikan. Safaria (2004) pada pengawasan perlu menetapkan standar kinerja, membuat sistem pelaporan, memonitor aktivitas staf, dan melakukan tindakan koreksi jika terjadi kesalahan.

### 2.1.6 Manfaat Pemberdayaan Psikologis

Pemberdayaan dapat memberikan manfaat bagi anggota organisasi dimana anggota organisasi akan merasa menjadi bagian dari kelompok, merasa puas dalam mengambil tanggung jawab untuk menjalankan tugasnya, meningkatkan rasa percaya dirinya, terbinanya kerjasama yang lebih dekat dengan orang lain, bekerja dengan memiliki tujuan yang lebih jelas, mendapatkan prestasi, meningkatkan kinerja organisasi, mengembangkan bakatnya secara penuh, dan merefleksikan apa yang dilihat serta mengembangkan keterampilan baru (Wibowo, 2007).

Manfaat pemberdayaan yang lain adalah dapat membuat individu tidak mudah putus asa dalam menghadapi kesulitan atau ancaman (Fredrickson, *et al.*, 2003 dalam Spreitzer, 2007). Pemberdayaan dapat menjadi sumber daya individu dan membantu individu untuk bangkit kembali dari keterpurukan keadaan yang dialaminya (Sutcliffe & Vogus, 2003 dalam Spreitzer, 2007). Selain itu, individu tekun dalam bekerja, dan dapat memfasilitasi harapan bahwa keadaan akan menjadi lebih baik di masa depan (Spreitzer & Mishra, 2000 dalam Spreitzer, 2007).

Pemberdayaan bermanfaat dalam meningkatkan kinerja, individu menjadi lebih efektif (Spreitzer 2007), meningkatkan produktivitas (Koberg, *et al.*, 1999 dalam Spreitzer, 2007), memiliki motivasi untuk bekerja secara lebih efektif (Chen *et al.*, 2007; Chen & Klimoski, 2003; Liden *et al.*, 2000; Seibert *et al.*, 2004 dalam Spreitzer, 2007). Dengan demikian, pemberdayaan banyak memberikan manfaat kepada setiap individu yang ingin merubah kehidupannya menjadi lebih baik yang tentunya harus didukung oleh pimpinan sehingga tidak terjadi hambatan dalam meningkatkan kinerja dan produktivitas.

### 2.1.7 Hambatan Pemberdayaan Psikologis

Hambatan dalam pemberdayaan menurut Wibowo (2007) dikarenakan ketidakpedulian atasan terhadap masalah yang dihadapi stafnya, individu yang berada di garis depan tidak mempunyai wewenang untuk melakukan sesuatu, adanya perasaan takut karena tidak pernah melakukan sesuatu sebelumnya atau pernah melakukan pemberdayaan tetapi tidak berjalan seperti yang diharapkan sehingga merasa bahwa pemberdayaan pada organisasi tidak akan berjalan dan merasa tidak perlu dilakukan perubahan karena keadaan saat ini yang dirasakan individu tidak ada masalah. Hambatan dalam memberdayakan individu dapat di atasi dengan menggunakan alat ukur pemberdayaan psikologis, sehingga hambatan tersebut dapat diketahui.

#### **2.1.8 Alat Ukur Pemberdayaan Psikologis**

Alat ukur yang digunakan dalam pemberdayaan psikologis menggunakan modifikasi alat ukur dari Spreitzer dan Whetten dan Cameron. Pengukuran pemberdayaan psikologis menurut Spreitzer (1995, dalam Dimitriades, 2007) terdiri atas empat dimensi kognitif yakni kemaknaan, kompetensi, penentuan diri, dan dampak dengan masing-masing sub variabel terdiri dari tiga item, sehingga jumlahnya terdiri dari 12 pernyataan dengan skala Likert dan tujuh pilihan yaitu 1= *very strongly disagree*, 2= *strongly disagree*, 3= *disagree*, 4= *neutral*, 5= *agree*, 6= *strongly agree*, 7= *very strongly agree*. Whetten dan Cameron (2005) mengembangkan instrumen pemberdayaan psikologis dari Spreitzer (1995) dengan memodifikasi dan menambah satu dimensi pemberdayaan psikologis yaitu dimensi kepercayaan. Masing-masing sub variabel terdiri dari empat item sub variabel dengan 20 pernyataan dan dengan tujuh pilihan yang sama dengan instrumen Spreitzer (1995, dalam Dimitriades, 2007).

#### **2.1.9 Dampak Pemberdayaan Psikologis**

Pemberdayaan psikologis dapat berdampak terhadap masing-masing individu. Spreitzer (2007) menyatakan bahwa pemberdayaan

memberikan dampak terhadap sikap kerja yang positif, dimana individu yang diberdayakan dapat mempengaruhi tim kerjanya sehingga dapat mencapai kepuasan kerja.

Kepuasan individu dapat ditunjukkan dengan aktif bekerja dan berkomitmen terhadap organisasinya. Komitmen terhadap organisasi dapat dicerminkan dari *turn over*. Selain itu tim yang memiliki pemberdayaan akan menunjukkan produktivitas dan kinerja yang tinggi. Individu yang memiliki kinerja yang tinggi berarti memiliki kompetensi dan kemampuan untuk melaksanakan tugasnya, sehingga dapat memberikan kepuasan kepada pasien (Spreitzer, 2007). Safaria (2004) menyatakan bahwa pemberdayaan akan memberikan keyakinan kepada individu akan kompetensi yang dimilikinya yang dapat meningkatkan harga diri dan kepuasan kerja, dan meningkatkan komitmen individu untuk berkontribusi terhadap organisasinya.

Dimensi pemberdayaan psikologis dapat mempengaruhi kepuasan kerja, komitmen organisasi, efektivitas kerja, dan kinerja. Individu yang memiliki komitmen akan cenderung untuk menghargai organisasinya dan individu akan cenderung membalas dengan menjadi lebih berkomitmen pada organisasi (Eisenberger, *et al.*, 1990; Kraimer *et al.*, 1999 dalam Dewettinck, 2003). Feldman and Khademian (2003, dalam Spreitzer, 2007) menyatakan bahwa pemberdayaan dapat memberikan pengaruh terhadap individu, organisasi, dan masyarakat. Hasil penelitian di Inggris menemukan bahwa pemberdayaan psikologis (dimensi kemaknaan, penentuan diri, dan dampak) memberikan pengaruh terhadap kesehatan fisik dan mental, serta memberikan pengaruh besar terhadap kepuasan kerja (Holdsworth & Cartwright, 2003 dalam Spreitzer, 2007). Oleh karena itu, untuk mengatasi dampak yang diakibatkan ketidakberdayaan staf diperlukan keterlibatan pimpinan dalam memberdayakan stafnya.

## 2.2 Kepemimpinan

### 2.2.1 Pengertian Kepemimpinan

Kepemimpinan menurut Ivancevich, Konopaske dan Matteson (2005) merupakan suatu proses mempengaruhi orang lain untuk mencapai tujuan organisasi. Kepemimpinan menurut Marquis (2006) adalah suatu proses menggerakkan dan mengarahkan orang lain atau kelompok tanpa melalui paksaan. Gitosudarmo dan Mulyono (1997) menyatakan bahwa kepemimpinan adalah suatu proses mengarahkan, mengkoordinasi dan mempengaruhi staf untuk bekerja dengan sadar dan tanpa paksaan untuk mencapai tujuan organisasi.

Kepemimpinan dalam keperawatan merupakan suatu proses mempengaruhi satu atau lebih perawat untuk dapat memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien sehingga dapat mencapai suatu tujuan pelayanan keperawatan (Douglas, 1992 dalam Kozier, 1995). Berdasarkan pengertian tersebut maka kepemimpinan adalah suatu proses mempengaruhi, mengarahkan, dan mengajak stafnya tanpa paksa untuk saling bekerjasama menyelesaikan pekerjaan sesuai tujuan pelayanan keperawatan.

Safaria (2004) menyatakan bahwa mempengaruhi staf berarti terjalinnya hubungan diantara pimpinan dan staf yang bukan merupakan hubungan yang pasif, tetapi merupakan hubungan timbal balik dan tanpa paksaan. Orang-orang yang terlibat dalam hubungan tersebut menginginkan perubahan dalam mencapai tujuan organisasi. Tujuan tersebut merupakan sesuatu yang diinginkan, diharapkan, sehingga dapat mencapai misi dan visi organisasi.

Upaya untuk mencapai visi dan misi organisasi tersebut maka menurut Gitosudarmo dan Mulyono (1997) pimpinan perlu melakukan suatu upaya dengan cara mempengaruhi, membimbing,

mengubah dan mengembangkan sikap serta tingkah laku staf baik individu maupun kelompok atau organisasi. Upaya untuk mengubah tingkah laku kelompok merupakan tindakan yang sulit dan akan memakan waktu yang lama dari pada mengubah perilaku individu. Sementara pada upaya mengubah tingkah laku organisasi diperlukan beberapa tahapan yang meliputi a). pengetahuan; b). sikap, motivasi, c). tingkah laku diri; d). tingkah laku kelompok; e). tingkah laku organisasi (Gitosudarmo & Mulyono, 1997). Dengan demikian, untuk dapat mempengaruhi orang lain dan untuk dapat mengubah tingkah laku individu atau kelompok maka pimpinan harus dapat menjalankan kepemimpinan yang efektif.

### **2.2.2 Kepemimpinan yang Efektif**

Kepemimpinan yang efektif merupakan suatu proses yang mempunyai tujuan untuk memotivasi individu, pimpinan memiliki pengetahuan dan keterampilan dan mampu menjalin hubungan interpersonal sehingga dapat mempengaruhi orang lain (Kozier, 1997). Glennon (1992, dalam Kozier, 1997) menyatakan bahwa kepemimpinan mendorong individu untuk menciptakan lingkungan, memotivasi dan memberdayakan perawat untuk dapat mencapai perawat yang profesional. Ada beberapa strategi kepemimpinan menurut Spring (1992, dalam Kozier, 1997) yang meliputi menghargai staf, mempunyai pikiran positif terhadap diri sendiri dan orang lain, memberikan sesuatu kepada staf sebelum mendapatkan sesuatu dari staf, selalu ramah kepada staf, memberikan jawaban atau alasan terhadap apa yang ditanyakan staf, menerima pendapat staf secara positif, membina komunikasi yang efektif kepada staf, dan tidak menyalahkan atau menghukum staf untuk dapat memperbaiki situasi dan menyelesaikan masalah.

Perawat sebagai manajer menurut Manthey (1990, dalam Taylor, *et al.*, 1993) harus memiliki kepemimpinan yang efektif.

Ketidakmampuan dalam memimpin dapat menurunkan moral staf, meningkatkan *turn over*, dan adanya keluhan dari dokter maupun pasien. Perawat manajer yang tidak memiliki kemampuan memimpin tidak akan dapat mengembangkan suatu rencana, dan akan dapat merusak hubungan kerja antara staf. Kepemimpinan yang efektif perlu didukung oleh peran perawat sebagai manajer dalam menjalankan proses manajemen.

### 2.2.3 Peran Manager Keperawatan

Pemimpin dan manajemen mempunyai pengertian yang berbeda. Pemimpin adalah proses mempengaruhi orang lain untuk mencapai tujuan bersama. Pemimpin mempunyai peran untuk mempengaruhi, mengkomunikasikan, dan memotivasi individu untuk mencapai tujuan bersama (Huber, 2006). Hersey dan Colleagues (2001, dalam Huber, 2006) menyatakan bahwa manajemen merupakan suatu proses bekerja melalui individu atau kelompok untuk mencapai tujuan bersama. Tujuan bersama akan dapat tercapai apabila saling adanya kerjasama antar perawat pelaksana dan perawat manajer. Taylor, *et al* (1993, dalam Huber, 2006) menyatakan bahwa semua perawat dapat dikatakan sebagai pemimpin, hanya saja ada perawat yang memiliki posisi atau jabatan tertentu sehingga beberapa perawat mempunyai peran sebagai perawat manajer.

Peran dari seorang manajer sangat penting dilakukan untuk stafnya. Peran manajer dibagi dalam tiga kategori menurut Mintzberg (1973, dalam Safaria, 2004) yaitu:

a. Kategori berhubungan dengan informasi

Peran manajer memberikan informasi, memproses, memahami, dan mencermati stafnya. Informasi yang diperoleh manajer dari berbagai sumber dan informasi tersebut diberikan kepada stafnya atau pihak lain yang membutuhkan baik di dalam organisasi maupun di luar organisasi.



b. Kategori yang berhubungan dengan relasi interpersonal

Peran manajer adalah mempertahankan hubungan dengan stafnya atau orang lain. Misalnya pada saat mengadakan rapat, pertemuan, dan acara-acara lainnya. Tujuan manajer melakukan peran ini adalah untuk mempertahankan, mengembangkan, dan menciptakan hubungan dengan pihak-pihak terkait.

c. Kategori yang berhubungan dengan pengambilan keputusan.

Peran manajer adalah manajer harus membuat suatu pilihan, dan mengambil tindakan seperti melakukan suatu perubahan, menangani masalah, melakukan negosiasi, atau mengalokasikan sumber daya di dalam organisasi. Peran manajer yang efektif terhadap stafnya dapat dilihat dari gaya kepemimpinannya yang dipilih secara tepat dan konsisten.

#### **2.2.4 Gaya Kepemimpinan**

Gaya merupakan suatu karakteristik atau penampilan dari pekerjaan yang dilakukan (Gillies, 1994). Gaya kepemimpinan menurut (Wywialowski, 1993 dalam Kozier, 1997) adalah suatu pola yang dimiliki individu dalam mempengaruhi orang lain atau bagaimana pimpinan dapat bekerja sama dengan stafnya.

Gaya kepemimpinan yang digunakan harus konsisten dengan pencapaian tujuan organisasi bukan konsisten terhadap salah satu gaya kepemimpinan. Gaya kepemimpinan konsisten adalah gaya kepemimpinan yang berorientasi terhadap efektivitas organisasi sesuai dengan situasi yang sedang dihadapi oleh pimpinan tersebut (Gitosudarmo & Mulyono, 1997).

Pada uraian ini akan dijabarkan beberapa gaya kepemimpinan menurut ahli dalam kepemimpinan. Adapun gaya kepemimpinan menurut ahlinya antara lain:

**2.2.4.1** Gaya Kepemimpinan menurut Gillies (1994) membagi empat dasar gaya kepemimpinan, yaitu gaya otokratik, demokratik, partisipatif, dan *laissez-faire*. Adapun keempat gaya kepemimpinan tersebut akan diuraikan dibawah ini:

**a. Otokratik**

Gaya kepemimpinan otokratik merupakan gaya kepemimpinan yang menggunakan kekuatan pribadi dan kekuatan jabatan untuk dapat mempertahankan tanggung jawabnya dalam mencapai tujuan. Pimpinan mendorong staf melalui penghargaan dan hukuman (Gillies, 1994). Pada gaya kepemimpinan otokratik merupakan gaya kepemimpinan dengan memberikan sedikit kebebasan, pengawasan tinggi, pengambilan keputusan ditangan pemimpin, pimpinan yang bertanggung jawab terhadap tugas, aktivitas pimpinan tinggi, hasil yang dicapai dalam tugas mempunyai kualitas yang baik dan sangat efisien (Lewin, Lippitt, & White, 1960 dalam Tappen, 1989). Pimpinan dengan gaya ini membuat keputusan sendiri, lebih mengutamakan tugas dari pada orang, dan gaya ini dapat menurunkan kreatifitas (Swansburg & Swansburg, 1999). Dengan demikian, gaya ini memberikan sedikit kebebasan kepada staf untuk mengambil keputusan dan memiliki pengawasan yang ketat terhadap tugas.

Kepemimpinan otokratik dikaitkan dengan kediktatoran. Pimpinan beranggapan bahwa stafnya tidak mempunyai kemampuan untuk membuat keputusan sendiri. Pemimpin menentukan kebijakan dan memberikan perintah dan arahan kepada stafnya (Kozier, 1997). Tappen (1989) menyatakan bahwa pemimpin dengan gaya otokratik,

memberikan perintah dan mengharapkan stafnya untuk dapat mematuhi perintahnya. Namun, arahan yang diberikan pimpinan sebagai perintah bukan sebagai saran.

Gaya ini dapat mengakibatkan menurunnya kepercayaan dan keterbukaan staf terhadap atasan, menurunnya kreativitas, otonomi, dan motivasi diri staf (Tappen, 1989). Gaya kepemimpinan ini umumnya memiliki konotasi negatif dan sering membuat anggota kelompok merasa tidak puas (Kozier, 1997). Gaya kepemimpinan ini juga menunjukkan sifat yang dogmatis, kaku pada disiplin dalam memberikan hukuman atau penghargaan (Aditama, 2003). Berdasarkan uraian tersebut, maka gaya kepemimpinan ini merupakan suatu gaya yang tidak efektif untuk diterapkan kepada staf.

Pada waktu tertentu gaya kepemimpinan ini dapat menjadi paling efektif. Misalnya, jika ada keputusan yang paling mendesak maka pimpinan harus mengambil tanggung jawab untuk membuat keputusan tersebut tanpa pendapat dari stafnya atau jika stafnya tidak mampu atau tidak ingin untuk berpartisipasi dalam membuat keputusan, maka gaya ini diperlukan, sehingga gaya ini dapat menjadi lebih efektif apabila suatu tugas diselesaikan dengan cepat dan efisien (Kozier, 1997). Gaya ini dapat juga memprediksi dengan baik tindakan yang dilakukan staf sehingga dapat menurunkan frustrasi dan memberikan rasa aman kepada staf (Tappen, 1989). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Lewin, Lippitt, dan White (1960; Arygyris 1973, dalam Gillies, 1994) menunjukkan bahwa anggota kelompok di bawah

kepemimpinan demokratik lebih baik dibandingkan dengan anggota kelompok dibawah gaya kepemimpinan otokratik dalam menghasilkan suatu pekerjaan. Dengan demikian, gaya kepemimpinan otokratik berbeda dengan gaya kepemimpinan demokratik.

#### **b. Demokratik**

Gaya kepemimpinan demokratik merupakan gaya kepemimpinan yang memberikan kebebasan lebih banyak kepada staf, adanya pengawasan, aktivitas pimpinan tinggi, tanggung jawab tugas dilakukan bersama antara atasan dan staf, hasil yang dicapai kreativitas, kualitas tinggi, tetapi kurang efisien dibanding otokratik (Lewin, Lippitt, & White, 1960 dalam Tappen, 1989). Pada gaya ini pimpinan dan staf terlibat dalam pengambilan keputusan, yang berorientasi pada hubungan dengan orang lain dan gaya ini dapat meningkatkan produktivitas (Swansburg & Swansburg, 1999).

Pada gaya kepemimpinan demokratik biasanya atasan dalam melaksanakan tugas menilai karakter-karakter dan perilaku-perilaku stafnya. Pimpinan mendapatkan ide-ide dari staf dan mendorong staf untuk menyusun tujuan kerja (Glendon dan Ulrich, 1992 dalam Gillies, 1994). Gaya kepemimpinan ini lebih banyak partisipasi dari staf dan kurang pengawasan dari pimpinan dibanding gaya kepemimpinan otokratik. Pimpinan aktif untuk memberi dorongan kepada staf, memberikan informasi, membantu staf untuk memunculkan pertanyaan kepada pimpinan, dan memberikan saran kepada kelompok kerja sehingga anggota kelompok merasa puas, dan tercipta kreativitas dari staf (Tappen, 1989). Hasil penelitian yang dilakukan

Vroom (1964, dalam Gillies, 1994) menunjukkan bahwa gaya kepemimpinan demokratik berdampak positif terhadap staf.

Staf berpartisipasi dalam pengambilan keputusan dan pimpinan yakin bahwa staf mampu untuk membuat keputusan, melakukan tindakan dan memiliki motivasi dalam menyelesaikan pekerjaan. Proses partisipatif ini memungkinkan staf untuk dapat menetapkan tujuan dan memberikan kesempatan kepada staf untuk mengubah metode kerja mereka. Pada gaya ini pimpinan memberikan kesempatan staf untuk berprestasi, berkontribusi dalam pekerjaannya dan bekerja secara profesional (Kozier, 1997). Staf berpartisipasi aktif dalam membuat keputusan, dan memiliki tanggung jawab dalam pekerjaannya sehingga ketergantungannya terhadap pimpinan sangat minimal. Motivasi muncul dalam diri individu untuk bersama-sama menyelesaikan pekerjaan karena adanya pengaruh dari kelompok dari pada pengaruh dari pimpinan (Tappen, 1989). Dengan demikian, gaya kepemimpinan partisipatif dapat memberikan manfaat kepada staf.

Prinsip-prinsip dari gaya kepemimpinan demokratis menurut Tappen (1989) adalah setiap staf dalam kelompok dapat ikut berpartisipasi dalam pengambilan keputusan, staf memiliki kebebasan untuk bertindak dalam batas-batas yang wajar, setiap staf bertanggung jawab untuk dirinya sendiri, memiliki perhatian kepada masing-masing anggota kelompok sebagai individu yang unik.

Walaupun gaya ini di satu sisi baik digunakan namun menurut Tappen (1989) bahwa pimpinan yang menggunakan gaya ini dapat menjadi kurang praktis. Hal ini dikarenakan: a). pimpinan harus mempunyai waktu untuk meyakinkan stafnya agar mau berpartisipasi dalam membuat keputusan, dan staf yang mempunyai sifat ingin cepat selesai dalam melakukan pekerjaan dapat mengalami frustrasi; b). perselisihan akan sering terjadi dan mengakibatkan perpecahan. Gaya kepemimpinan yang lain adalah gaya kepemimpinan partisipatif.

### c. **Partisipatif**

Gaya kepemimpinan partisipatif merupakan salah satu gaya kepemimpinan yang dapat diterapkan oleh seorang pimpinan dalam melaksanakan tugas terhadap stafnya. Pimpinan memberikan informasi terhadap masalah-masalah dalam pekerjaan kepada staf sehingga staf akan dapat memberikan pendapatnya berupa saran, kritik kepada pimpinan. Tanggapan dari stafnya akan menjadi masukan untuk pimpinan dalam membuat suatu keputusan akhir. Keputusan tersebut sebagai dasar kegiatan yang akan dilakukan staf selanjutnya (Gillies, 1994). Gaya kepemimpinan partisipatif digunakan oleh pimpinan yang ingin atau perlu menyertakan stafnya pada saat membuat keputusan. Bila gaya ini digunakan, pimpinan mendorong atau mengharapkan stafnya untuk memberikan masukan yang akan membantu pimpinan dalam membuat keputusan akhir (Bushman, 2007).

Pimpinan lebih banyak mengkonsultasikan dan mendiskusikan masalah kepada stafnya sebelum pimpinan membuat keputusan (Safaria, 2004). Gaya ini

paling sering digunakan ketika pimpinan dan stafnya memiliki beberapa informasi yang diperlukan untuk membuat suatu keputusan (Bushman, 2007). Dengan demikian, gaya ini digunakan apabila pimpinan membutuhkan informasi, pendapat, saran dan kritik dari stafnya yang dianggap memiliki informasi yang sama dengannya. Gaya kepemimpinan ini memiliki manfaat untuk staf.

Manfaat dari gaya kepemimpinan partisipatif diantaranya adalah dapat meningkatkan komitmen staf, meningkatkan semangat kerja, karena staf memiliki peranan aktif dalam proses pengambilan keputusan, sehingga menjadikan staf sebagai orang penting dan berharga, dapat meningkatkan hubungan staf-manajer (Bushman, 2007). Hasil penelitian oleh Vroom (1964, dalam Gillies (1994) menunjukkan bahwa penelitian dengan gaya partisipatif memiliki pengaruh positif terhadap stafnya. Namun gaya ini berbeda dengan gaya kepemimpinan *laissez-faire*.

#### **d. *Laissez-faire***

Gaya kepemimpinan *laissez-faire* adalah pimpinan memberikan kebebasan kepada staf dalam melakukan tugas, tidak ada pengawasan dari atasan, aktivitas pimpinan rendah, tanggung jawab diberikan kepada staf, hasil yang dicapai memiliki kualitas yang buruk, dan tidak efisien (Lewin, Lippitt, & White, 1960 dalam Tappen, 1989). Swansburg dan Swansburg (1999) menyatakan bahwa pemimpin memberikan kebebasan kepada stafnya untuk dapat melakukan tindakan sesuai yang diinginkan sehingga gaya ini dapat menurunkan produktivitas. Aditama (2004) juga menyatakan bahwa gaya kepemimpinan ini sedikit

menggunakan kekuasaan dan memberikan kebebasan kepada staf untuk dapat melaksanakan berbagai tindakan. Berdasarkan uraian tersebut, maka gaya kepemimpinan ini memberikan kebebasan sepenuhnya kepada staf tanpa arahan dan bimbingan.

Gaya ini disebut sebagai gaya membiarkan staf. Pimpinan membiarkan stafnya dalam melaksanakan tanggung jawabnya tanpa memberikan arahan, pengawasan dan koordinasi kepada staf serta mengizinkan staf untuk merencanakan, melakukan, mengevaluasi pekerjaan menurut pendapat stafnya sendiri. Pimpinan menarik diri, tidak tertarik dan tidak ingin terlibat dari pekerjaan (Gillies, 1994). Gaya ini disebut juga gaya kepemimpinan tanpa arahan. Pimpinan memberikan sedikit partisipasi kepada staf dan bahkan sering meminta staf untuk melakukannya (Kozier, 1997).

Arwani dan Supriyatno (2006) menyatakan bahwa gaya kepemimpinan ini melepaskan tanggung jawabnya kepada staf, meninggalkan staf tanpa arahan, tanpa supervisi dan koordinasi yang jelas dan memaksa staf untuk membuat perencanaan, mengimplementasi dan menilai sendiri tanpa ada standar yang jelas.

Gaya kepemimpinan ini umumnya tidak aktif, kurang koordinasi, kurang kerjasama dengan pimpinan, tidak memberikan arahan, sedikit perintah, pertanyaan, dan saran. Gaya ini sangat permisif, dan hampir tidak adanya batasan perilaku antara atasan dan staf. Terkadang pimpinan memberikan arahan yang banyak dan memberi perintah kepada staf untuk melakukan tindakan sehingga staf



mengabaikan perintah atau bersikap negatif terhadap pimpinan. Terkadang pimpinan menyediakan informasi dan saran apabila staf menanyakan tentang pekerjaan kepada pimpinan. Gaya kepemimpinan ini mengakibatkan ketidakpuasan, tidak efisien, dan staf menjadi tidak produktif (Tappen, 1989). Selain gaya kepemimpinan yang telah diuraikan di atas, gaya kepemimpinan yang dapat menilai kematangan staf adalah gaya kepemimpinan menurut Fiedler.

#### 2.2.4.2 Model Kontingensi menurut Fiedler

Teori Fiedler (1997, dalam Safaria, 2004) menekankan pada gaya orientasi-hubungan (*relationship-oriented*) atau gaya orientasi-tugas (*task-oriented*). Pada gaya orientasi hubungan pemimpin menekankan terciptanya saling percaya dan saling menghormati yang terjadi secara timbal balik, mendengarkan kebutuhan staf dan komunikasi dua arah. Gitosudarmo dan Mulyono (1997) menyatakan bahwa tingkah laku yang berorientasi pada hubungan merupakan aspek hubungan antara pimpinan dan staf. Hubungan tersebut berupa nalar, perasaan, mental kepribadian atau budayanya. Ivancevich, Konopaske dan Matteson (2005) menyatakan bahwa gaya orientasi hubungan menunjukkan tingkat kepercayaan, keyakinan, dan rasa hormat yang dimiliki staf terhadap pemimpin.

Pimpinan pada gaya orientasi tugas lebih menekankan pada penyelesaian tugas dan pencapaian prestasi tertinggi dari staf (Safaria, 2004). Tingkah laku yang berorientasi tugas merupakan tingkah laku yang berhubungan dengan penentuan, pembagian, dan pengaturan tugas yang harus dilakukan staf sehingga dapat mencapai tujuan organisasi secara bersama-sama (Gitosudarmo & Mulyono, 1997). Ivancevich, Konopaske, dan Matteson (2005)

menyatakan bahwa pada gaya ini apakah pimpinan telah memberikan penjelasan kepada staf, staf telah mengetahui apa yang harus dilakukan, dan apakah struktur tinggi atau struktur rendah.

Model yang dikembangkan Fiedler menjelaskan bahwa kinerja kelompok tergantung pada gaya kepemimpinan dan keuntungan situasional. Gaya kepemimpinan diukur dengan *Least Preferred Co-Worker Scale (LPC)* untuk mengukur tingkat perasaan positif (*favorable*) atau negatif (*unfavorable*). Nilai yang rendah diasosiasikan gaya berorientasi tugas. Nilai yang tinggi diasosiasikan gaya orientasi hubungan (Ivancevich, Konopaske, & Matteson, 2005).

Model kontingensi menurut Fiedler (1997, dalam Safaria, 2004) bahwa pimpinan harus memahami gaya orientasi yang diperankannya, dan harus mampu mendiagnosa situasi yang sedang dihadapi. Adapun tiga elemen kunci dari situasi yang dihadapi pimpinan adalah sebagai berikut:

- a. Kualitas hubungan pimpinan-staf: kualitas ini berhubungan dengan atmosfer kelompok dan sikap staf terhadap pemimpin. Apabila sikap staf saling percaya, saling menghormati, maka situasi yang dihadapi pimpinan akan menjadi positif.
- b. Struktur tugas: berhubungan dengan apakah tugas yang dilakukan staf dapat mempunyai tujuan yang jelas, menggunakan prosedur yang jelas, dan terdefinisi dengan baik. Apabila tugas yang dilakukan staf seperti di atas maka dapat dikatakan struktur tugas tersebut bertaraf tinggi, dan situasi yang dihadapi pimpinan positif.
- c. Kedudukan kekuasaan: berhubungan dengan apakah pimpinan memiliki wewenang formal yang kuat terhadap

staf. Apabila pimpinan memiliki kekuatan untuk mengatur staf, menetapkan rencana, menetapkan tujuan, mengarahkan staf, mengevaluasi kinerja staf, dan memberikan hadiah atau hukuman kepada staf. Apabila kedudukan kekuasaan lemah berarti pimpinan memiliki sedikit wewenang terhadap staf dan situasi yang dihadapi pimpinan negatif. Gaya ini hampir sama dengan gaya kepemimpinan situasional menurut Hersey-Blanchard.

#### 2.2.4.3 Gaya kepemimpinan Situasional menurut Hersey-Blanchard.

Hersey-Blanchard telah mengembangkan gaya kepemimpinan yang dapat digunakan oleh manajer baik pada organisasi yang besar maupun pada organisasi yang kecil. Hersey-Blanchard (1988, dalam Ivancevich, Konopaske, & Matteson, 2005) menyebut gaya ini sebagai model kepemimpinan situasional (*Situational Leadership Model/SLM*) yang menekankan pada tingkat kematangan staf. Pimpinan harus dapat menilai dengan tepat tingkat kematangan stafnya dan menggunakan gaya kepemimpinan yang sesuai dengan tingkat kematangan tersebut.

Hersey dan Blanchard menggunakan penelitian OSU (*Ohio State University*) mengembangkan empat gaya kepemimpinan yang dapat digunakan :

- a. *Telling* yang berarti menyuruh,; pemimpin menetapkan peran dan memerintahkan stafnya untuk melakukan suatu tugas (Ivancevich, Konopaske, & Matteson, 2005). Gaya ini menurut Gitosudarmo dan Mulyono (1997) sangat baik digunakan untuk individu atau kelompok yang memiliki tingkat kesiapan rendah. Pimpinan memerintahkan dan mengarahkan stafnya secara terperinci tentang tugas-tugas yang harus dilaksanakan dengan sedikit memberikan hubungan kemanusiaan. Pada gaya ini, menurut Arwani

dan Supriyatno (2006) menyatakan bahwa terdapat tugas tinggi-pertimbangan/hubungan rendah. Pada gaya ini menurut Gitosudarmo dan Mulyono (1997) tidak tepat digunakan dengan memberikan penjelasan kepada staf tentang “mengapa” harus demikian karena gaya ini lebih tepat digunakan untuk gaya menjual (*selling*).

- b. *Selling* yang berarti menjual; pemimpin memberikan instruksi terstruktur, dan bersikap suportif (Ivancevich, Konopaske & Matteson, 2005). Pada gaya ini staf tidak mampu tetapi berkeinginan kuat untuk dapat melakukan tugas (Gitosudarmo dan Mulyono, 1997). Menurut Arwani dan Supriyatno (2006) bahwa terdapat struktur/tugas-pertimbangan/hubungan tinggi.

Gaya ini menurut Gitosudarmo dan Mulyono (1997) pada dasarnya staf tidak mampu tetapi mempunyai keinginan untuk bekerja keras sehingga staf perlu diberikan dukungan dan motivasi dalam bentuk hubungan yang komunikatif. Hubungan komunikatif sangat diperlukan karena pimpinan biasanya kurang menyadari bahwa stafnya masih berkemampuan rendah, sementara pimpinan mengkomunikasikan tugas yang tidak dapat diikuti oleh stafnya sehingga hal ini sering terjadi komunikasi yang tidak kondusif yang dapat berakibat pada menurunnya semangat kerja. Oleh karena itu penting bagi pimpinan untuk dapat mempengaruhi dan mengarahkan tingkah laku staf agar tujuan yang diinginkan dapat terjual. Selain itu perlu juga dilakukan pemilihan gaya yang lain seperti gaya partisipasi.

- c. *Participating* yang berarti partisipasi; pemimpin dan stafnya bersama-sama melakukan cara terbaik untuk menyelesaikan tugas yang berkualitas (Ivancevich, Konopaske & Matteson, 2005). Gaya *participating* menurut Arwani dan Supriyatno (2006) bahwa terdapat pertimbangan/hubungan tinggi-struktur/tugas rendah (*participating*). Pada gaya ini kelompok atau orang memiliki kemampuan tetapi belum memiliki kesiapan untuk melakukan tindakan atau tugas-tugas yang dikarenakan tidak mau atau enggan untuk melakukannya, untuk itu staf perlu dimotivasi oleh pimpinan. Hal ini dapat disebabkan karena staf sedang mengalami masalah dengan keluarganya, marah terhadap pimpinan, tidak setuju/senang terhadap pimpinan. Dengan demikian, gaya yang sesuai adalah prioritas tinggi terhadap hubungan kemanusiaan dengan teknik komunikasi dua arah yang persuasif dan dengan tingkat penugasan serta pengarahan yang rendah (Gitosudarmo dan Mulyono (1997). Gaya kepemimpinan lainnya yang dapat menggambarkan kemampuan staf adalah delegasi.
- d. *Delegating* yang berarti delegasi; pemimpin tidak banyak memberikan arahan yang jelas dan spesifik atau pun dukungan pribadi kepada para pengikutnya (Ivancevich, Konopaske & Matteson, 2005). Menurut Arwani dan Supriyatno (2006) bahwa terdapat struktur/tugas rendah-pertimbangan/hubungan rendah. Pada gaya ini staf mampu dan mau serta bersemangat tinggi. Individu atau kelompok bekerja secara profesionalisme tinggi tanpa menunggu arahan atau perintah dari atasan (Gitosudarmo & Mulyono, 1997). Selain itu, dibutuhkan pula alat ukur gaya

kepemimpinan agar dapat diketahui gaya kepemimpinan yang digunakan oleh pimpinan kepada stafnya.

### **2.2.5 Alat Ukur Gaya Kepemimpinan**

Alat ukur yang digunakan adalah instrumen dari Supriyatna (2003) yang menggambarkan gaya kepemimpinan otokratik, demokratik, partisipatif dan *laissez-faire* dengan 20 pertanyaan, menggunakan “*multiple choice*”. Pengukuran terhadap gaya kepemimpinan dilakukan untuk dapat mengetahui gaya kepemimpinan yang digunakan, serta dapat mengetahui dampak yang terjadi dalam memilih gaya kepemimpinan tersebut.

### **2.2.6 Dampak Kepemimpinan**

Kepemimpinan dapat memberikan dampak terhadap staf dalam menjalankan suatu organisasi. Kouzes & Posner (1990, dalam Huber, 2006) menyatakan bahwa kepemimpinan dapat mempengaruhi visi organisasi, meningkatkan kerjasama antara anggota kelompok, mampu menetapkan perencanaan untuk melakukan tindakan, meningkatkan prestasi dan memiliki kontribusi dalam menjalankan tugas.

Kepemimpinan yang diterapkan di pelayanan keperawatan juga dapat mempengaruhi aktivitas perawat yang dikarena dapat mempengaruhi iklim kerja dan lingkungan kerja perawat. Perawat menyadari akan dirinya sendiri tentang pekerjaannya dan lingkungan kerjanya. Apabila gaya kepemimpinan tepat digunakan kepada perawat, maka perawat merasa memiliki kontribusi dan merasa menjadi bagian yang penting dalam lingkungan kerjanya yang dapat mempengaruhi motivasi perawat (Huber, 2006). Selain gaya kepemimpinan yang dapat berdampak terhadap pemberdayaan psikologis, adapula beberapa karakteristik individu yang dapat berdampak terhadap pemberdayaan psikologis.

## 2.3 Karakteristik Perawat

Karakteristik individu merupakan ciri-ciri individu yang melekat pada dirinya baik secara alami maupun yang didapat dari orang lain. Adapun karakteristik individu terdiri dari:

### 2.3.1 Usia

Penurunan fisik karena usia dapat mempengaruhi produktivitas, kepuasan kerja, ketidakhadiran yang berdampak pada kemampuan individu dalam melakukan tindakan. Tenaga non professional dengan usia tengah baya cenderung memiliki ketidakpuasan dibandingkan dengan tenaga professional. Pada usia yang lebih muda cenderung sering tidak hadir kerja dibandingkan dengan usia yang lebih tua. Terjadinya *turn over* pada staf juga cenderung pada usia yang lebih muda dibanding usia yang lebih tua, hal ini dikarenakan penghasilan yang lebih tinggi (Robbins & Judge, 2008). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Spreitzer (1996, dalam Dimitriades, 2007) menunjukkan bahwa ada hubungan yang positif antara usia dengan kompetensi. Tetapi, hasil ini bertentangan dengan yang dilakukan oleh Honneger dan Appelbaum (1998, dalam Dimitriades, 2007) bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan pemberdayaan. Selain usia, jenis kelamin juga dapat mempengaruhi pemberdayaan.

### 2.3.2 Jenis Kelamin

Perbedaan antara perempuan dan laki-laki dapat mempengaruhi kinerja. Berdasarkan hasil penelitian dinyatakan bahwa perempuan lebih mampu untuk menyesuaikan diri dari pada laki-laki karena laki-laki lebih agresif dan memiliki harapan akan kesuksesan. Hasil penelitian tentang *turn over* dan produktivitas kerja bahwa tidak menunjukkan perbedaan antara perempuan dan laki-laki.

Ketidakhadiran pada perempuan lebih besar dibanding pada laki-laki yang dikarenakan masalah rumah tangga merupakan tanggung jawab pada perempuan seperti di Amerika Utara (Robbins & Judge, 2008).

Perempuan maupun laki-laki memiliki peran yang sama dalam organisasinya seperti memberikan norma-norma yang mengatur kinerja, melakukan pengawasan kinerja staf, memberikan informasi (Eagly & Johannesen-Schmidt, 2001). Apabila dikaitkan antara jenis kelamin dengan pemberdayaan menurut Rogers, *et al* (1997) dari hasil penelitiannya menunjukkan bahwa tidak ada hubungan jenis kelamin baik laki-laki maupun perempuan dengan pemberdayaan. Mainiero (1986, dalam Dimitriades, 2007) menyatakan bahwa laki-laki memegang kekuasaan yang lebih besar dalam organisasi, mempunyai sikap dan perilaku yang berbeda daripada perempuan dalam melakukan strategi terhadap stafnya. Pendapat ini berbeda menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Zani dan Pietrantonio (2001, dalam Dimitriades, 2007) yang menyatakan bahwa perempuan memiliki pemberdayaan yang lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki. Berdasarkan uraian tersebut, maka jenis kelamin memiliki pengaruh atau tidak dapat mempengaruhi pemberdayaan.

### **2.3.3 Pendidikan**

Pendidikan merupakan indikator yang mencerminkan kemampuan individu untuk dapat menyelesaikan suatu pekerjaan. Latar belakang pendidikan individu akan mampu menduduki jabatan tertentu (Hasibuan, 2008). Hubungan pendidikan dengan pemberdayaan menurut Rogers, *et al* (1997) dari hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan pemberdayaan. Berdasarkan uraian tersebut, pendidikan tidak mempengaruhi individu untuk melakukan pemberdayaan.



### **2.3.4 Status Perkawinan**

Perkawinan adalah terjalinnya ikatan antara suami dan istri dalam hubungan pernikahan (Depdikbud, 1991). Status perkawinan menurut Rogers, *et al* (1997) dari hasil penelitiannya menyatakan bahwa tidak ada hubungan dengan pemberdayaan. Selain status perkawinan, lama kerja dapat mempengaruhi pemberdayaan.

### **2.3.5 Lama kerja**

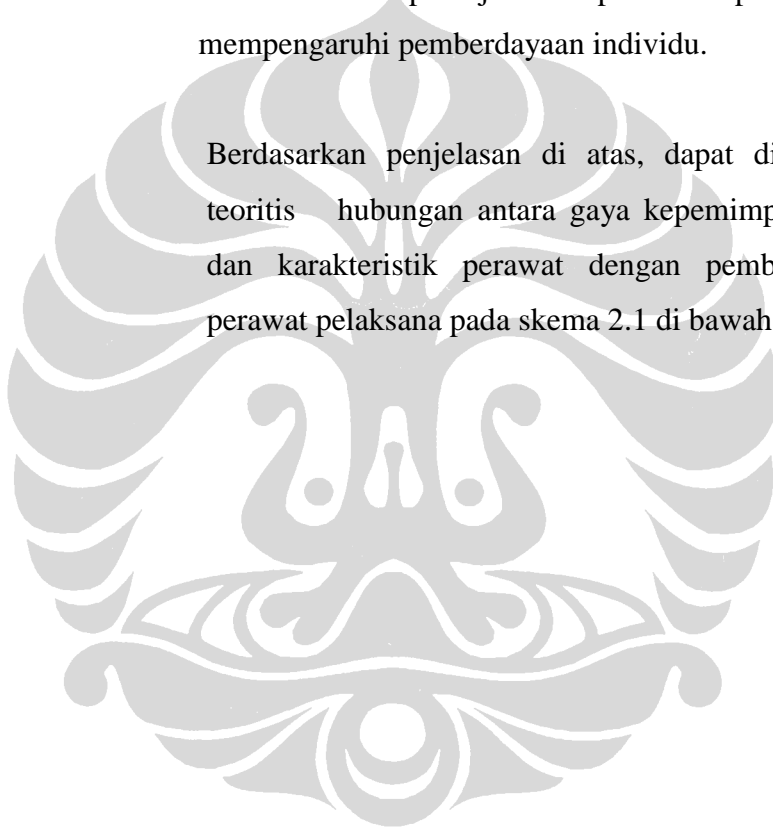
Lama kerja merupakan sebagai pengalaman kerja yang dapat mempengaruhi produktivitas staf. Semakin lama seseorang berada dalam satu pekerjaan, kemungkinan lebih kecil untuk mengundurkan diri dan dapat memberikan kepuasan kerja (Robbins & Judge, 2008). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Spreitzer (1996, dalam Dimitriades, 2007) menunjukkan bahwa ada hubungan yang positif antara pengalaman kerja dengan kompetensi tetapi hasil ini bertentangan dengan yang dilakukan oleh Honneger dan Appelbaum (1998, dalam Dimitriades, 2007) bahwa tidak ada hubungan antara pengalaman kerja dengan pemberdayaan. Bukan hanya lama kerja yang telah dijelaskan tersebut yang dapat mempengaruhi pemberdayaan. Status pekerjaan juga dapat mempengaruhi pemberdayaan.

### **2.3.6 Status Pekerjaan**

Status adalah posisi atau pangkat yang diberikan oleh kelompok atau individu. Status adalah faktor penting dalam mengembangkan peran, hak dan perilaku individu. Status cenderung didapatkan dari tiga sumber yaitu pengaruh kekuasaan individu atau orang lain, kemampuan individu untuk berkontribusi terhadap kelompok, dan karakteristik pribadi individu. Pemimpin cenderung dianggap memiliki status yang tinggi dikarenakan dapat mengendalikan kelompok (Robbin &

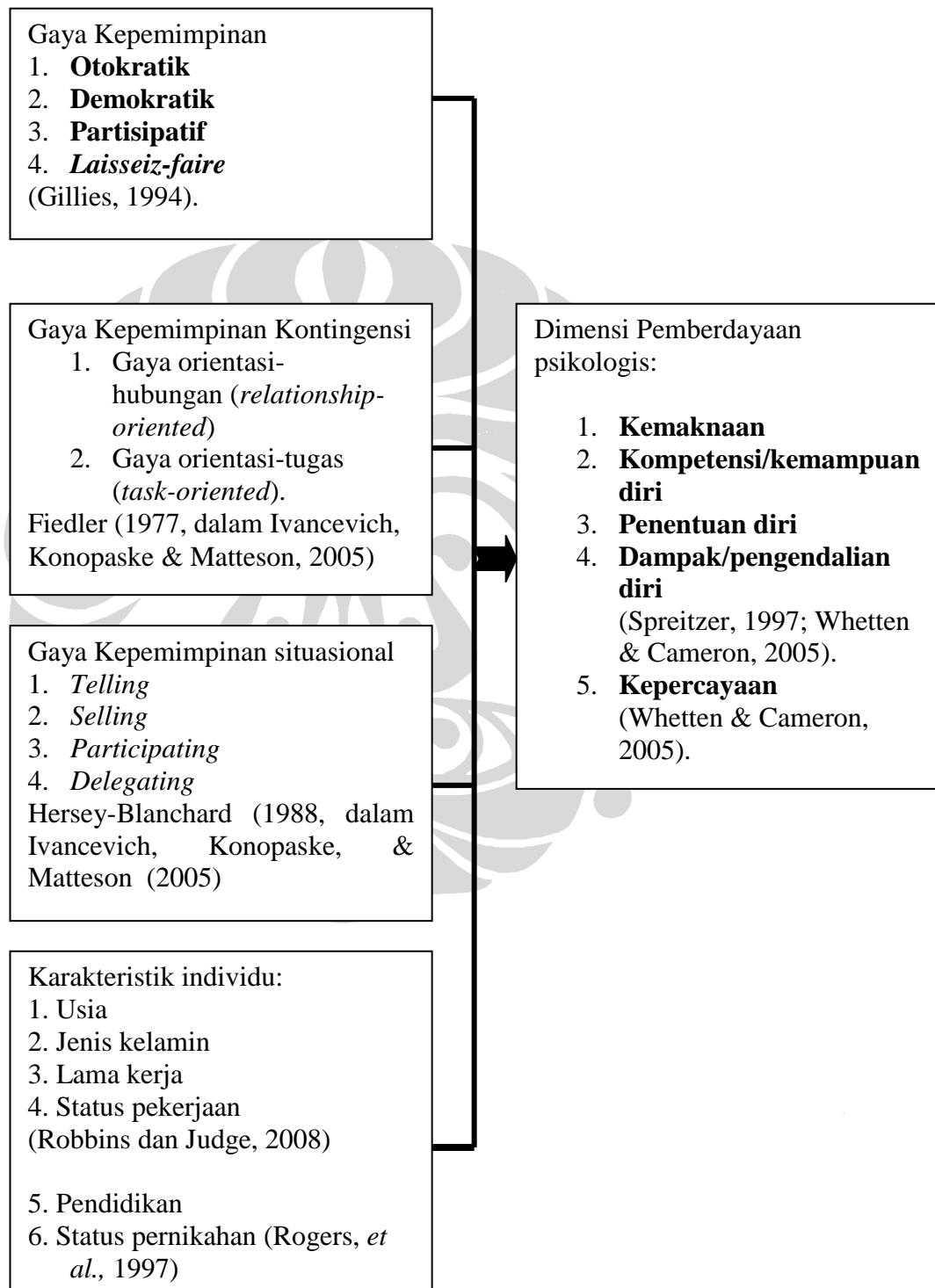
Judge, 2008). Status pangkat atau kedudukan tidak dapat memberdayakan staf, tetapi peran dari pemimpin yang dapat memberdayakan staf (Safaria, 2004). Hasil penelitian yang dilakukan Purbadi dan Sofiana (2006) menunjukkan bahwa perawat yang berstatus sebagai pelaksana junior memiliki tingkat pengembangan diri yang masih rendah dibandingkan dengan perawat yang memiliki jabatan sebagai perawat senior. Berdasarkan berbagai pendapat tentang status pekerjaan tersebut, maka status pekerjaan dapat mempengaruhi atau tidak mempengaruhi pemberdayaan individu.

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan kerangka teoritis hubungan antara gaya kepemimpinan kepala ruangan dan karakteristik perawat dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana pada skema 2.1 di bawah ini:



## Skema 2.1

Diagram Skematis hubungan gaya kepemimpinan kepala ruangan dan karakteristik perawat dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana



### **BAB III**

## **KERANGKA KONSEP, HIPOTESA PENELITIAN DAN DEFINISI OPERASIONAL**

Bab ini akan menguraikan tentang kerangka konsep, variabel penelitian, hipotesa penelitian dan definisi operasional yang akan diteliti:

### **3.1 Kerangka Konsep Penelitian**

Kerangka konsep dalam penelitian ini merupakan gambaran dari teori tentang gaya kepemimpinan kepala ruangan, karakteristik perawat dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana. Berdasarkan penjelasan dalam teori tersebut, maka peneliti ingin meneliti hubungan gaya kepemimpinan kepala ruangan dan karakteristik perawat dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana.

Gaya kepemimpinan yang digunakan dalam penelitian ini adalah gaya kepemimpinan menurut Gillies (1994) karena gaya ini merupakan gaya kepemimpinan yang sesuai dengan fenomena di rumah sakit yang telah diteliti, menjelaskan tentang empat gaya kepemimpinan yang mendasar dalam organisasi, serta teori dengan empat gaya kepemimpinan ini pernah diuji coba instrumennya oleh salah satu peneliti terdahulu yaitu Supriyatna (2003). Selain gaya kepemimpinan, karakteristik individu juga dapat mempengaruhi pemberdayaan psikologis. Pemberdayaan psikologis yang digunakan pada penelitian ini adalah pemberdayaan psikologis menurut Spreitzer (1997) dan Whetten dan Cameron (2005). Peneliti menggunakan teori dari kedua ahli tersebut dikarenakan merupakan pakar dalam dimensi pemberdayaan psikologis, dan teori maupun instrumen pemberdayaan psikologis menurut Spreitzer (1997) sering digunakan oleh peneliti lain, dan sesuai dengan fenomena yang terjadi di rumah sakit yang telah diteliti.

Dengan demikian, dapat dilihat hubungan antara gaya kepemimpinan kepala ruangan dan karakteristik perawat dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana berdasarkan kerangka konsep penelitian di skema 3.1:

**Skema 3.1**

**Variabel Independen**

**Gaya Kepemimpinan Kepala Ruangan**  
( Otokratik, demokratik partisipatif, *laissez-faire*).

**Karakteristik perawat**

1. Usia
2. Jenis Kelamin
3. Pendidikan
4. Status perkawinan
5. Lama kerja
6. Status pekerjaan

**Variabel Dependen**

**Pemberdayaan psikologis perawat pelaksana**

Kemaknaan; kompetensi; penentuan diri; dampak; kepercayaan

Berdasarkan skema 3.1, dapat diuraikan variabel independen dan variabel dependen:

## 3.2 Variabel Penelitian

### 3.2.1 Variabel Independen

Variabel pada penelitian ini terbagi atas dua yaitu gaya kepemimpinan kepala ruangan dan karakteristik perawat. Gaya kepemimpinan terdiri atas: otokratik, demokratik, partisipatif, dan *laissez-faire*. Karakteristik perawat terdiri atas usia, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, lama kerja dan status pekerjaan.

### 3.2.2 Variabel Dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah pemberdayaan psikologis perawat pelaksana yang terdiri atas kemaknaan, kompetensi, penentuan diri, dampak, dan kepercayaan.

## 3.3 Hipotesa Penelitian

Hipotesa penelitian yang akan dirumuskan berdasarkan kerangka konsep penelitian yang telah dijelaskan di atas adalah sebagai berikut:

### 3.3.1 Hipotesa Mayor:

- 3.3.1.1 Ada hubungan antara gaya kepemimpinan kepala ruangan dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana yang dipersepsikan perawat pelaksana di RSUD Tarakan Jakarta.
- 3.3.1.2 Ada hubungan karakteristik perawat dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana di RSUD Tarakan Jakarta.

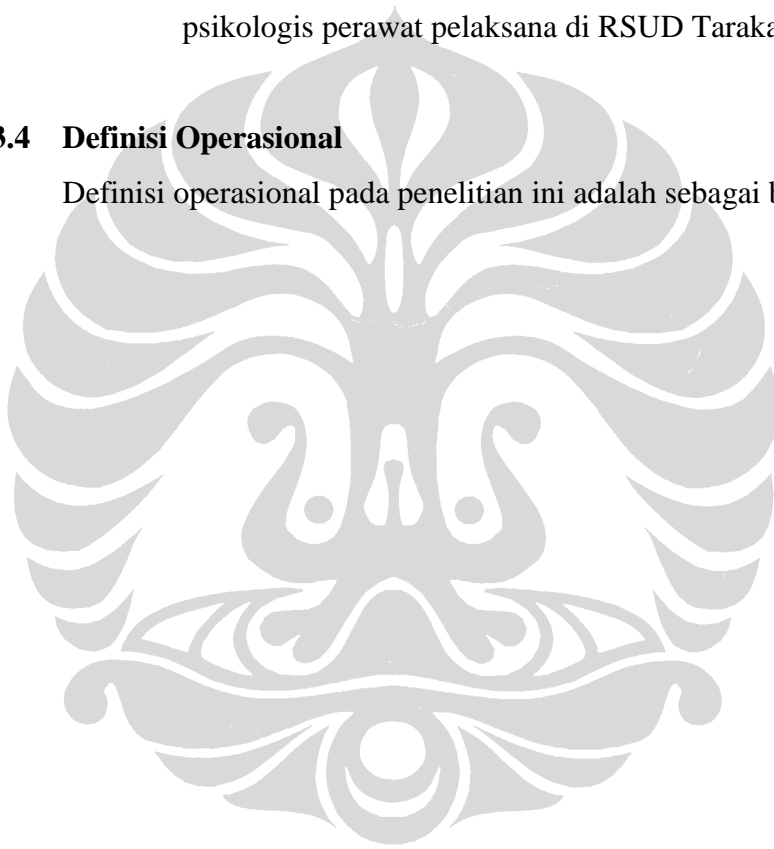
### 3.3.2 Hipotesa Minor:

- 3.3.2.1 Ada hubungan antara usia dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana di RSUD Tarakan Jakarta.
- 3.3.2.2 Ada hubungan antara jenis kelamin dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana di RSUD Tarakan Jakarta.

- 3.3.2.3 Ada hubungan antara pendidikan dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana di RSUD Tarakan Jakarta.
- 3.3.2.4 Ada hubungan antara status pernikahan dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana di RSUD Tarakan Jakarta.
- 3.3.2.5 Ada hubungan antara lama kerja dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana di RSUD Tarakan Jakarta.
- 3.3.2.6 Ada hubungan antara status pekerjaan dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana di RSUD Tarakan Jakarta.

#### **3.4 Definisi Operasional**

Definisi operasional pada penelitian ini adalah sebagai berikut:



Tabel 3.1: Definisi Operasional

No	Variabel/ Sub variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
<b>Dependen</b>					
1.	Pemberdayaan psikologis perawat pelaksana	Pernyataan perawat pelaksana terhadap kemampuan perawat dalam melakukan tindakan, kemauan perawat untuk menyelesaikan tugasnya yang meliputi: kemaknaan, kompetensi, penentuan diri, dampak, dan kepercayaan.	Menggunakan kuesioner C yang terdiri dari 46 pernyataan dengan skala likert (1-4):  1= sangat tidak setuju 2= tidak setuju 3= setuju 4= sangat setuju  Pada pernyataan negatif, nilai berlaku terbalik	Total skor antara 46-184  Pengelompokan 1: $\geq$ COP = diberdayakan  0: $<$ COP = kurang diberdayakan  Nilai yang digunakan berdasarkan pada <i>cut off point</i> (COP) adalah median=138	Ordinal
<b>Independen</b>					
2.	Gaya kepemimpinan kepala ruangan.	Pernyataan perawat pelaksana tentang karakteristik kepemimpinan yang digunakan oleh kepala ruangan dalam memimpin dan mempengaruhi pelaksana yang terdiri dari: otokratik, demokratik, partisipatif, dan <i>laissez-faire</i>	Menggunakan “ <i>multiple choice</i> ” sebanyak 20 pertanyaan, dengan 4 alternatif pilihan jawaban yaitu a, b, c, d.  Jawaban untuk Demokratik = 4 Partisipatif = 3 Otokratik = 2 <i>Laissez-faire</i> = 1	Total skor antara 20-80  Hasil ukur: 1. Demokratik 2. Partisipatif 3. <i>Laissez-faire</i> 4. Otokratik  <i>Laissez-faire</i> : 20-34 Otokratik: 35-49 Partisipatif: 50-64 Demokratik: 65-80	Nominal



No	Variabel/ Sub variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
3.	Karakteristik perawat				
a.	Usia	Umur perawat saat ini sepanjang kehidupannya.	Menggunakan 1 pernyataan dengan cara mengisi jawaban pada lembar kuesioner A	Jumlah usia dalam tahun	Interval
b.	Jenis kelamin	Karakteristik perawat berdasarkan ciri biologisnya laki-laki dan perempuan	Menggunakan 1 pernyataan dengan mengisi <i>check list</i> pada kuesioner A	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
c.	Pendidikan	Tingkat pengetahuan perawat berdasarkan pendidikan terakhir	Menggunakan 1 pernyataan dengan cara mengisi <i>check list</i> pada kuesioner A	1. SPK 2. DIII Kep 3. S1 Kep	Ordinal
d.	Status perkawinan	Status perawat pelaksana yang berhubungan dengan kehidupan berkeluarga	Menggunakan 1 pertanyaan dengan cara mengisi <i>check list</i> pada kuesioner A	1. Kawin 2. Belum kawin	Nominal
e.	Lama kerja	Lama kerja perawat di RSUD Tarakan sejak masuk kerja sampai penyebaran kuesioner	Menggunakan 1 pertanyaan dengan mengisi lembar kuesioner A	Lama kerja perawat dalam tahun	Rasio
f.	Status pekerjaan	Pemberian status yang diakui oleh RSUD Tarakan sebagai perawat yang bekerja di rumah sakit tersebut.	Menggunakan 1 pertanyaan dengan cara mengisi <i>check list</i> pada kuesioner A	1. PNS 2. CPNS 3. PTT 4. Non PNS	Nominal

## **BAB IV**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

Bab ini menguraikan desain penelitian, populasi penelitian, sampel penelitian, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, uji coba instrumen, prosedur pengumpulan data, pengolahan dan analisa data.

#### **4.1 Desain Penelitian**

Desain pada penelitian ini adalah deskripsi korelasi dengan *cross sectional*. Deskripsi korelasi dilakukan untuk mencari hubungan antara variabel. Studi *cross sectional* merupakan suatu pengukuran variabel-variabel yang dilakukan hanya satu kali, pada satu saat (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Peneliti mencari hubungan gaya kepemimpinan kepala ruangan dan karakteristik perawat dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana. Variabel independen adalah gaya kepemimpinan kepala ruangan dan karakteristik perawat, variabel dependen adalah pemberdayaan psikologis perawat.

#### **4.2 Populasi dan Sampel**

##### **4.2.1 Populasi**

Populasi adalah seluruh subjek yang mempunyai karakteristik tertentu. Populasi penelitian terdiri dari populasi target dan populasi terjangkau. Populasi target adalah populasi yang dibatasi oleh karakteristik demografis dan karakteristik klinis. Populasi terjangkau adalah bagian dari populasi target yang dapat dijangkau oleh peneliti yang dibatasi tempat dan waktu (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Populasi yang digunakan peneliti adalah populasi terjangkau karena populasi ini tidak dibatasi oleh karakteristik demografi, terjangkau tempat dan waktu. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh perawat yang ada di RSUD Tarakan Jakarta yang berjumlah 267 perawat.

#### 4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu yang dapat mewakili populasi (Sastroasmoro & Ismael, 2008) Sampel dalam penelitian ini adalah 115 perawat pelaksana di ruang rawat inap. Pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan cara teknik *total sampling* yaitu seluruh populasi yang memenuhi kriteria inklusi untuk menjadi sampel penelitian.

Adapun kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah perawat pelaksana yang:

- a. Bekerja di ruang rawat inap lebih dari 6 bulan.
- b. Tidak sedang dalam masa tugas belajar.
- c. Tidak sedang dalam masa cuti (cuti hamil, cuti melahirkan, cuti menikah, cuti sakit).

Pengambilan sampel dengan cara mengestimasi besar sampel proporsi dalam suatu populasi perlu dilakukan menurut Sastroasmoro dan Ismael (2008). Adapun rumus perhitungan tersebut seperti di bawah ini:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 PQ}{d^2}$$

Keterangan:

n = besar sampel dalam populasi

$\alpha$  = tingkat kemaknaan (0,05)

P = proporsi keadaan yang akan dicari (pemberdayaan) yaitu 0,489

Q = 1-P yaitu 0,511

d = tingkat ketepatan absolut yang dicari yaitu 10%

Maka, dari rumus diperoleh hasil data sebagai berikut:

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.489 \times 0.511}{0,10^2}$$

$$n = 95,99$$

Nilai proporsi (P) 0,489 yang didapatkan oleh peneliti adalah dari penelitian yang dilakukan El-Salam (2008) dengan nilai P: 0,397 dan Dimitiades (2007) dengan nilai P: 0,582. Oleh karena itu, peneliti mengambil nilai P dari kedua pakar tersebut dengan jumlah minimal perawat pelaksana yang dibutuhkan sebagai sampel dalam penelitian ini adalah 96 perawat. Perhitungan di atas dilakukan dengan maksud untuk mengeneralisirkan saja, yang artinya bahwa apabila jumlah sampel minimal yang diperoleh peneliti sebesar 96 perawat pelaksana maka sudah dapat mewakili populasi penelitian.

#### **4.3 Tempat Penelitian**

Penelitian ini bertempat di Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan Jakarta yang beralamat di Jalan Kyai Caringin No.7 Jakarta Pusat. Lokasi ini dipilih karena merupakan rumah sakit milik pemerintah Provinsi DKI Jakarta yang letaknya strategis sehingga mudah dijangkau oleh masyarakat Jakarta untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. RSUD Tarakan juga sudah mengalami banyak perubahan baik dalam prasarana dan sarana kesehatan. Kondisi yang terjadi di RSUD Tarakan terjadi kecenderungan *turn over* yang belum optimal dan belum pernah diteliti kepuasan perawat pelaksana di RSUD Tarakan di mana pemberdayaan psikologi merefleksikan kepuasan perawat.

#### **4.4 Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 10-22 Mei 2010. Penelitian dilakukan selama dua minggu.

#### **4.5 Etika Penelitian**

Etika penelitian perlu dilakukan kepada responden sebelum melakukan penyebaran kuesioner. Menurut Watson, *et al* (2008) terdapat empat prinsip etika penelitian, yaitu otonomi, *non-maleficence*, *beneficence*, *justic*. Komisi Nasional Etik Penelitian Kesehatan (2007) berdasarkan PP 39/1995 tentang penelitian dan pengembangan kesehatan bahwa dalam pelaksanaan penelitian dan pengembangan kesehatan wajib dilakukan dengan memperhatikan kesehatan dan keselamatan jiwa manusia, keluarga dan masyarakat yang bersangkutan. Secara internasional disepakati bahwa prinsip dasar penerapan etika penelitian kesehatan adalah a). peduli terhadap harkat dan martabat manusia; b). Tidak terjadi kerugian dan kekerasan terhadap responden; c). prinsip keadilan.

Semua penelitian kesehatan yang mengikutsertakan relawan manusia sebagai subjek penelitian wajib didasarkan pada tiga prinsip etik umum, yaitu menghormati harkat martabat manusia (*respect for persons*), berbuat baik (*benificence*), tidak merugikan (*non-maleficence*) dan keadilan (*justice*). Secara universal, ketiga prinsip tersebut telah disepakati dan diakui sebagai prinsip dasar etik penelitian yang memiliki kekuatan moral, sehingga suatu penelitian dapat dipertanggungjawabkan baik menurut pandangan etik maupun hukum (KNEPK, 2007).

#### **4.5.1 Aplikasi Etika Penelitian**

Etika penelitian dapat diaplikasikan berdasarkan tiga prinsip etik umum, yaitu:

##### **4.5.1.1 Prinsip menghormati harkat dan martabat manusia**

Prinsip ini merupakan bentuk penghormatan terhadap harkat dan martabat manusia sebagai pribadi yang memiliki kebebasan berkehendak atau memilih dan sekaligus

bertanggungjawab secara pribadi terhadap keputusannya sendiri. Secara mendasar prinsip ini bertujuan untuk

menghormati otonomi, manusia diperlakukan dengan menghormati kemampuannya untuk mengambil keputusan sendiri (*self-determination*) (KNEPK, 2007).

Otonomi berarti individu dapat mengaktualisasikan pilihannya sendiri untuk menjadi subjek penelitian. Tanggung jawab peneliti adalah untuk memastikan bahwa pengambilan responden, informasi dan prosedur persetujuan dilakukan pada seluruh responden di dalam populasi (Watson, *et al.*, 2008). Otonomi adalah kesepakatan eksplisit antara responden dan peneliti yang menyatakan bahwa responden setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian, serta mengizinkan data tersebut untuk digunakan dalam penelitian (Daymon & Holloway, 2002 dalam Kasali 2008). Selain itu prinsip menghargai martabat manusia menurut Seaman dan Verhonick (1982) terdiri dari hak untuk tidak mendapatkan kerugian, hak menentukan diri sendiri untuk berpartisipasi dalam penelitian secara sukarela, hak untuk mendapatkan privasi, hak untuk menjaga kerahasiaan dan *anonymity* (tanpa nama), hak untuk mendapatkan penghormatan diri, dan hak untuk mengundurkan diri.

Aplikasi yang dilakukan peneliti dalam menghormati harkat dan martabat manusia adalah peneliti memberikan kebebasan kepada calon responden untuk memilih dan memutuskan sendiri untuk berpartisipasi dalam penelitian ini atau tidak tanpa pengaruh dari peneliti. Hasilnya seluruh calon responden bersedia untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian ini.

#### **4.5.1.2 Prinsip Etik Berbuat Baik (*Beneficience*)**

Prinsip etik berbuat baik menyangkut kewajiban untuk membantu orang lain dalam memaksimalkan manfaat dengan meminimalkan kerugian. Diikutsertakannya subyek manusia dalam penelitian kesehatan dimaksudkan untuk membantu tercapainya tujuan penelitian yang dilakukan. Prinsip etik berbuat baik, mempersyaratkan bahwa: a) risiko penelitian harus wajar (*reasonable*) dibanding manfaat yang diharapkan, desain penelitian harus memenuhi persyaratan ilmiah (*scientifically sound*), b). para peneliti mampu melaksanakan penelitian dan sekaligus mampu menjaga kesejahteraan subjek penelitian, dan c). tidak merugikan responden (*non-maleficence*) atau prinsip *do no harm*. Prinsip tidak merugikan, menyatakan bahwa jika tidak dapat melakukan hal-hal yang bermanfaat, maka setidaknya jangan merugikan orang lain. Prinsip tidak merugikan bertujuan agar subyek penelitian tidak diperlakukan sebagai sarana dan memberikan perlindungan terhadap tindakan penyalahgunaan (KNEPK, 2007).

*Non-maleficence*; dalam prinsip etik berarti tidak terjadi kerugian, kekerasan pada responden (Beauchamp & Childress, 2001 dalam Watson, *et al.*, 2008). *Beneficence* menurut Polit dan Hungler (1999) adalah bebas dari bahaya, yang artinya bebas dari eksploitasi, mendapatkan manfaat penelitian, rasio antara resiko dan manfaat.

Aplikasi yang dilakukan peneliti dalam berbuat baik dan tidak merugikan responden adalah peneliti memberikan penjelasan bahwa data yang diberikan responden bermanfaat untuk penelitian, dan responden telah memahami manfaat dari penelitian ini. Selanjutnya, peneliti memberikan kenyamanan

kepada responden dalam pengisian kuesioner dengan menyiapkan tempat di ruangan atas izin dari kepala ruangan. Kemudian, memberikan keyakinan kepada responden informasi yang diterima peneliti tidak berpengaruh terhadap pekerjaannya, dan tidak berpengaruh terhadap hubungannya dengan kepala ruangan.

#### **4.5.1.3 Prinsip Etik Keadilan (*Justice*)**

Prinsip etik keadilan mengacu pada kewajiban etik untuk memperlakukan setiap orang sama dengan moral yang benar dan layak dalam memperoleh haknya. Prinsip etik keadilan terutama menyangkut keadilan distributif (*distributive justice*) yang mempersyaratkan pembagian seimbang (*equitable*), dalam hal ini beban dan manfaat yang diperoleh subyek dari keikutsertaan dalam penelitian. Ini dilakukan dengan memperhatikan, distribusi usia, jenis kelamin, status ekonomi, budaya dan etnik (KNEPK, 2007).

Prinsip Keadilan menurut Polit dan Hungler (1999) yaitu a). mendapatkan perlakuan sebelum, selama, dan setelah partisipasi subjek dalam penelitian. Pada saat seleksi responden mendapatkan perlakuan yang adil dan tidak ada diskriminasi, subjek yang menolak atau mengundurkan diri tidak mendapat hukuman, adanya penghargaan terhadap semua persetujuan antara peneliti dan subjek, subjek mendapatkan akses untuk mengklarifikasi informasi tentang dirinya, jika ada masalah fisik maupun psikologi subjek dapat mengakses informasi secara tepat dengan bantuan, subjek mendapatkan perlakuan dengan penuh rasa hormat; b). prinsip mendapatkan keleluasaan pribadi yang berarti subjek mempunyai hak untuk mendapatkan harapan bahwa selama



pengumpulan informasi akan dijaga dengan baik kerahasiannya melalui *anonymity* (tanpa nama) dan kerahasiaan lainnya.

Daymon dan Holloway (2002, dalam Kasali, 2008) menyatakan bahwa peneliti perlu mempertimbangkan *anonymity* (tanpa nama), *confidentiality* (kerahasiaan) responden. *Anonymity* berarti tidak membocorkan identitas responden kepada orang lain, tidak menyebutkan identitas institusi atau lokasi tempat riset berlangsung. Anonimitas dijaga dengan cara menggunakan nama samaran, mengubah nama dan lokasi institusi, mengubah faktor-faktor demografis yang tidak penting dalam riset, melindungi data dengan mencantumkan angka atau huruf. Kerahasiaan berarti peneliti tidak memberitahukan isu atau gagasan yang menjadi rahasia partisipan.

Aplikasi yang dilakukan peneliti dalam prinsip keadilan adalah bahwa peneliti memberikan perlakuan yang sama terhadap semua responden mulai dari pada saat menjelaskan penelitian sampai pada pengumpulan kuesioner, identitas responden dijaga kerahasiaannya dengan tidak mencantumkan nama responden dan informasi yang diterima dipergunakan seperlunya untuk penelitian dan dijaga kerahasiaannya.

#### **4.5.2 Informed Consent**

*Informed consent* menurut Polit dan Hungler (1999) adalah informasi yang diberikan kepada subjek tentang penelitian yang akan

dilakukan, subjek dapat memahami informasi tersebut, dan memiliki kebebasan memilih untuk menyetujui atau menolak berpartisipasi dalam penelitian. Adapun isi dalam *informed consent* adalah sebagai berikut: a). subjek harus diberitahu bahwa setiap data yang mereka berikan akan digunakan dalam penelitian; b) menjelaskan tujuan penelitian; c) subjek harus diberitahu jenis data yang akan dikumpulkan selama penelitian; d) menjelaskan rentang waktu kegiatan selama pertemuan; e) memberikan informasi kepada subjek tentang bantuan dana; f) menjelaskan kepada subjek tentang cara pengambilan sampel dan menjelaskan berapa banyak orang yang akan berpartisipasi; g) menjelaskan tentang prosedur yang akan digunakan; h) menjelaskan kemungkinan resiko atau biaya akibat partisipasi subjek; i) menjelaskan manfaat penelitian; j) peneliti berjanji untuk selalu menjaga privasi subjek; k) menjelaskan bahwa subjek mempunyai hak untuk mengundurkan diri; l) peneliti memberitahu siapa yang dapat dihubungi apabila terjadi keluhan atau ada komentar tentang penelitian.

*Informed consent* penting untuk mendapatkan pernyataan terhadap keterlibatan responden dalam penelitian. Hamid (2008) menyatakan bahwa *Informed consent* mencakup empat elemen, yaitu a). penyampaian informasi penting yang berarti informasi penting sudah menjadi kewajiban peneliti untuk menyampaikan kepada responden secara lengkap dan spesifik tentang kegiatan riset, tujuan riset, pemilihan subjek penelitian, penjelasan prosedur penelitian, resiko dan ketidaknyamanan, manfaat penelitian, *anonimity* dan kerahasiaan (*confidentially*), kesempatan untuk bertanya, tanpa paksaan sebagai subjek, mengundurkan diri sebagai responden, setuju untuk tidak menerima informasi secara lengkap apabila informasi tersebut akan dapat mempengaruhi subjek dalam kegiatan penelitian (Burns & Grove, 1996 dalam Hamid 2008). b). pemahaman secara

komprehensif yang berarti isi informasi yang diberikan peneliti harus dapat dipahami oleh subjek, peneliti harus meluangkan waktu untuk menjelaskan kepada calon subjek tentang penelitian dengan menggunakan contoh yang relevan dengan subjek sesuai kemampuan subjek untuk memahaminya, perlu dijelaskan juga prosedur, dan hak-hak subjek dalam penelitian; c). kemampuan memberi *consent* yang berarti subjek dapat memahami dan menimbang antara resiko dan manfaat penelitian; d). Kesukarelaan (*voluntary consent*) yang berarti calon subjek telah mengaktualisasikan untuk menjadi bagian dalam penelitian tanpa paksaan dari peneliti. Kesukarelaan diperoleh setelah calon subjek diberi informasi secara jelas tentang penelitian dan telah menunjukkan bahwa ia memahami informasi tersebut.

Aplikasi yang dilakukan peneliti dalam melakukan *informed consent* adalah setelah peneliti memberikan penjelasan tentang isi, tujuan, manfaat dari penelitian ini dan responden memahami penelitian yang telah dijelaskan, maka responden yang menyetujui langsung menandatangani surat pernyataan persetujuan sebagai responden.

#### **4.6 Alat Pengumpulan Data**

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang terdiri kuesioner A yang merupakan karakteristik perawat pelaksana, kuesioner B yang merupakan gaya kepemimpinan kepala ruangan, dan kuesioner C yang merupakan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana. Adapun alat pengumpulan data sebagai berikut:

##### **4.6.1 Kuesioner A**

Pada kuesioner A merupakan variabel independen yang berisi tentang karakteristik perawat pelaksana meliputi: umur pada pertanyaan nomor

1, jenis kelamin pada pertanyaan nomor 2, pendidikan terakhir pada pertanyaan nomor 3, lama kerja pada pertanyaan nomor 4, status pernikahan pada pertanyaan nomor 5, dan status pekerjaan pada pertanyaan nomor 6 (terlampir). Pengisian dilakukan dengan mengisi jawaban untuk pertanyaan umur dan lama kerja, sedangkan pengisian dengan menggunakan *check list* untuk jawaban jenis kelamin dan pendidikan terakhir, status pernikahan, status pekerjaan. Hasil pengumpulan data pada subvariabel usia dan lama kerja tidak dikategorikan. Data pada subvariabel jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, status pekerjaan dikategorikan.

#### **4.6.2 Kuesioner B**

Kuesioner B merupakan variabel independen dari gaya kepemimpinan kepala ruangan yang terdiri atas otokratik, demokratik, partisipatif, dan *laissez-faire* yang dimodifikasi dari kuesioner Supriyatna (2003), dengan menggunakan “*multiple choice*” yang terdiri atas 20 pertanyaan dengan pilihan jawaban a, b, c, d. Pilihan jawaban untuk demokratik dengan nilai 4, partisipatif dengan nilai 3, otokratik dengan nilai 2, *laissez-faire* dengan nilai 1. Pertanyaan nomor 1,2,3,4 merupakan fungsi perencanaan; pertanyaan nomor 5,6,7,8 merupakan fungsi pengorganisasian; pertanyaan nomor 9,10,11,12 merupakan fungsi ketenagaan; pertanyaan nomor 13,14,15,16 merupakan fungsi pengarahan; dan pertanyaan nomor 17,18,19,20 merupakan fungsi pengawasan (pertanyaan kuesioner terlampir). Kuesioner dari Supriyatna (2003) digunakan karena nilai uji reliabilitasnya adalah 0,83.

#### **4.6.3 Kuesioner C**

Kuesioner C merupakan variabel dependen dari pemberdayaan psikologis perawat pelaksana yang dimodifikasi dari instrumen Spreitzer

(1995, dalam Dimitriades, 2007) dan Whetten dan Cameron (2005). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Heather, *et al* (2003) yang menggunakan instrumen dari Spreitzer (1995) mendapatkan nilai reliabilitasnya adalah 0,87. Namun uji instrumen yang dikembangkan oleh Whetten dan Cameron (2005) belum ditemukan oleh peneliti. Walaupun demikian, peneliti memodifikasi dari kedua kuesioner pakar tersebut. Skala yang digunakan adalah skala likert yaitu 1= sangat tidak setuju; 2= tidak setuju; 3= setuju; 4= sangat setuju; yang terdiri dari 46 pernyataan dengan pernyataan positif dan negatif. Dimensi kemampuan diri terdiri dari dua pernyataan positif (1,6,11,16,21,38) dan pernyataan negatif (26,34,42). Dimensi penentuan diri terdiri dari dua pernyataan positif (2,7,12,17,22,35,39,43) dan pernyataan negatif (27,30). Dimensi pengendalian diri terdiri dari dua pernyataan positif (3,8,13,18,23,31) dan pernyataan negatif (28,36,44). Dimensi kemaknaan terdiri dari dua pernyataan positif (4,9,14,19,37,40) dan pernyataan negatif (24,32,45). Dimensi kepercayaan terdiri dari dua pernyataan positif (5,10,15,20,46) dan pernyataan negatif (25,29,33,41).

## **4.6 Uji Coba Instrumen Penelitian**

### **4.7.1 Uji Validitas**

Validitas adalah sejauhmana ketepatan alat ukur yang digunakan dapat mengukur suatu data (Hastono, 2007). Validitas memiliki tiga macam menurut Nasution (2007) yaitu: 1) validitas isi (*content validity*) 2) validitas kriteria (*criterion referenced*) atau validitas prediktif; 3). validitas konstruk (*construct validity*).

#### 4.7.1.1 Validitas Isi

Validitas isi diartikan bahwa isi atau bahan yang diuji relevan dengan kemampuan, pengetahuan, pelajaran, pengalaman, atau latar belakang orang yang diuji. Validitas isi pada item gaya kepemimpinan dijabarkan berdasarkan teori gaya kepemimpinan Gillies (1994). Item pemberdayaan psikologis perawat pelaksana dijabarkan berdasarkan item pemberdayaan psikologi dari modifikasi Spreitzer (1995, dalam Dimitriades, 2007) dan modifikasi Whetten dan Cameron (2005). Kesulitan yang dihadapi dalam validitas isi adalah pilihan item dalam uji dilakukan secara subjektif yang artinya berdasarkan pada asumsi peneliti (Nasution, 2007). Validitas isi sangat penting untuk mengukur keberhasilan dalam pengukuran. Fakta terkait validitas isi dapat diperoleh dari tiga sumber, yaitu literatur, wakil dari populasi yang relevan, pakar isi (*content expert*). Oleh karena itu, agar item pada kuesioner ini menjadi valid dalam isi maka peneliti akan memberikan kuesioner ini kepada pembimbing sebagai ahlinya selain dari literatur yang ditemukan.

Validitas isi (*content validity*) atau disebut juga validitas muka (*face validity*) menunjukkan bahwa keputusan peneliti terhadap variabel yang diukur berdasarkan akal sehat atau intuisi peneliti. Peneliti sebaiknya dapat menjelaskan dan mendiskusikan alat ukur yang digunakan, namun hal tersebut tergantung dari peneliti sendiri (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Validitas isi dapat menjadi bias apabila item pertanyaan-pertanyaan lebih menekankan tentang apa yang tidak dialami oleh responden, karena tujuan utama dari pengukuran ini adalah meneliti apa yang telah dialami oleh responden (Hadi, 2004). Apabila item pada gaya kepemimpinan dan pemberdayaan perawat psikologis

dialami oleh responden maka item pernyataan tersebut dapat menjadi valid dalam validitas isi.

#### **4.7.1.2 Validitas Prediktif**

Validitas prediktif diartikan sebagai kesesuaian antara ramalan (prediksi) tentang kelakuan individu dengan kelakuannya yang nyata. Suatu tes mempunyai nilai prediktif tinggi apabila kelakuan individu yang diramalkan oleh tes terbukti dari kelakuan individu itu (Nasution, 2007). Sastroasmoro dan Ismael (2008) menyatakan bahwa dalam validitas prediktif, tingkat keakuratan pengukuran yang dilakukan dapat memperkirakan variabel yang dimaksud. Oleh karena itu, berdasarkan uraian di atas untuk mendapatkan keakuratan dari instrumen yang telah dibuat oleh peneliti maka peneliti dapat mengenal terlebih dahulu atau meramalkan karakter dari perawat pelaksana di ruang rawat inap, sehingga diharapkan akan didapatkan keakuratan dari instrumen tersebut.

#### **4.7.1.3 Validitas Konstruk**

Validitas konstruk atau disebut validitas konstruk teoritik merupakan faktor-faktor yang hendak diukur oleh suatu alat pengukur. Validitas konstruk teoritik menghasilkan definisi-definisi yang digunakan oleh pembuat alat pengukur untuk mengukur valid tidaknya alat pengukur yang dibuat. Apabila konstruk teoritik melahirkan suatu definisi yang jelas dan logik, maka segera untuk mencari item yang menurut logikny sesuai dengan definisi (Hadi, 2004).

Istilah kesahihan menurut Sastroasmoro dan Ismael (2008) disebut juga sebagai validitas. Kesahihan hasil suatu pengukuran dipengaruhi oleh bias pengukuran di mana makin besar bias, makin kurang sah pengukurannya.

Bias pengukuran terdiri dari tiga, yaitu: bias pengamatan, bias subjek, dan bias instrumen. Bias pengamatan adalah distorsi yang konsisten dimana baik disadari atau tidak disadari oleh peneliti dalam menilai dan mengukur hasil penelitian. Bias subjek adalah distorsi yang konsisten oleh bias dimana subjek cenderung akan mengisi kuesioner dengan lebih baik karena mengetahui bahwa ia sedang menjadi subjek penelitian. Bias instrumen dimana kesalahan sistematik akibat tidak akuratnya alat ukur.

Pengukuran validitas dengan cara melakukan korelasi antara skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Suatu variabel valid apabila skor tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya. Teknik yang digunakan adalah korelasi *pearson product moment*. Apabila  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel, maka  $H_0$  gagal ditolak (Hastono, 2007).

#### 4.7.2 Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas dilakukan setelah pernyataan pada item valid semua. Reliabilitas adalah sejauhmana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih pada gejala dan alat ukur yang sama. Pengukuran reliabilitas dilakukan dengan dua cara: a). *repeated measure* atau ukur ulang; pertanyaan ditanyakan pada responden berulang pada waktu yang berbeda dan kemudian dilihat apakah responden tetap konsisten dengan jawabanya; b). *One shot* atau diukur sekali saja dan kemudian hasilnya dibandingkan dengan pertanyaan lain. Uji reliabilitas dilakukan dengan cara membandingkan nilai  $r$  hasil ( $\alpha$ ) dengan nilai  $r$  tabel. Jika nilai  $r$   $\alpha > r$  tabel maka pernyataan tersebut reliabel (Hastono, 2007).

Reliabilitas menurut Hamid (2008) seberapa konsisten suatu teknik pengukuran untuk mengukur konsep yang diteliti. Teknik reliabilitas biasanya ditampilkan dalam bentuk *corelation coefficient*, dengan 1,00 menunjukkan reliabilitas sempurna dan 0,00 menunjukkan tidak



reliabel. Instrumen yang sudah dikembangkan dengan baik, tingkat koefisien terendah yang dapat diterima adalah 0,80, sedangkan instrumen yang baru dikembangkan biasanya reliabilitas 0,70 (Burns & Grove, dalam Hamid, 2008). Uji reliabilitas terfokus pada tiga aspek yaitu stabilitas, kesetaraan, dan homogenitas. Stabilitas terkait dengan konsistensi pengukuran yang dilakukan secara berulang yang dikenal *test retest reliability*. Kesetaraan dilakukan dengan membandingkan pengukuran yang dilakukan oleh dua observer atau lebih dalam mengukur peristiwa yang sama yang disebut *interrater reliability* dengan menggunakan prosedur pengumpulan data yang dikembangkan dari peneliti sendiri. Uji *interrater reliability* menurut Hastono (2006) merupakan jenis uji yang digunakan untuk menyamakan persepsi antara peneliti dengan pengumpulan data. Menurut Hamid (2008) pada nilai reliabilitas tidak ada nilai mutlak yang tidak bisa diterima. Apabila nilai reliabilitas lebih rendah dari 0,80 perlu mendapat perhatian, sedangkan nilai 0,90 merupakan nilai yang diharapkan. Homogenitas dilakukan dengan menggunakan *Spearman Brown correlation* atau *Cronbach's alpha coefficient*.

Pada penelitian ini akan menggunakan uji reliabilitas dengan cara *one shot* atau diukur sekali saja, karena diharapkan dengan pengukuran satu kali saja sudah akan mendapatkan pernyataan yang reliabel. Peneliti juga menggunakan uji reliabilitas yang terfokus pada homogenitas dengan menggunakan *Cronbach's alpha coefficient*. Selain itu juga, uji yang digunakan adalah *interrater reliability* dimana peneliti akan memberikan instrumen kepada tiap-tiap wakil kepala ruangan di ruang rawat inap sebanyak 10% dari jumlah populasi sebagai faktor koreksi saja apabila terjadi kesenjangan antara jawaban yang diberikan oleh perawat pelaksana. Instrumen yang digunakan wakil kepala ruangan sama dengan instrumen yang digunakan perawat pelaksana.

### 4.7.3 Uji Instrumen

Pada instrumen pemberdayaan psikologis, walaupun merupakan hasil dari modifikasi instrumen menurut Spreitzer (1995, dalam Dimitriades, 2007) dengan uji reliabilitas 0,87 dan modifikasi instrumen Whetten dan Cameron (2005).

Uji validitas dan reliabilitas kuesioner ini telah dilaksanakan pada April 2010 di Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo tipe B Jakarta Timur dengan alasan karena merupakan rumah sakit milik Pemerintah Daerah dengan wilayah yang sama di Jakarta, memiliki status pekerjaan perawat yang bervariasi yaitu PNS, CPNS, PTT, honorer, dengan mayoritas pendidikan perawat adalah D3 Keperawatan (Ernawati, 2009). Uji instrumen ini diberikan kepada responden sebanyak 30 perawat.

Pada penelitian kali ini penulis melakukan dua kali uji validitas, yaitu:

1. Uji validitas dilakukan di RSUD Pasar Rebo Jakarta dengan jumlah sampel 30 responden dengan  $r$  tabel 0,200. Nilai dinyatakan valid apabila  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel, sedangkan nilai dinyatakan tidak valid apabila  $r$  tabel lebih besar dari  $r$  hitung. Hasil reliabilitas yang didapatkan pada uji instrumen untuk variabel gaya kepemimpinan kepala ruangan adalah 0,760 dan uji variabel pemberdayaan psikologis perawat pelaksana adalah 0,892. Pada kuesioner yang nilai validitas di bawah 0,200, maka kalimat pada pertanyaan dan pernyataan di masing-masing variabel direvisi oleh peneliti karena kesalahan kalimat pada variabel itu hanya pada redaksinya dan merupakan *content* dari variabel yang diteliti. Proses uji selanjutnya peneliti

menggunakan uji validitas di rumah sakit dengan karakter yang sama.

- Setelah dilakukan pengumpulan data sebanyak 115 responden, maka dilakukan uji statistik dengan  $r$  tabel 0,200 untuk melihat apakah ada nilai validitas kurang dari 0,200. Nilai dinyatakan valid apabila  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel, sedangkan nilai dinyatakan tidak valid apabila  $r$  tabel lebih besar dari  $r$  hitung. Hasil reliabilitas yang didapat untuk gaya kepemimpinan kepala ruangan adalah 0,874 dan nilai reliabilitas untuk pemberdayaan psikologis adalah 0,902. Pernyataan yang dibuang merupakan hasil dari pengembangan pernyataan yang dibuat oleh peneliti sehingga tidak menghilangkan variabel yang diukur. Adapun hasil uji validitas dan reliabilitas adalah seperti pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.1  
Distribusi Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Penelitian  
pada Perawat Pelaksana di RSUD Tarakan  
Mei 2010 N=115

Variabel Cronbach	Jumlah Pernyataan	Jumlah Pernyataan	Validitas	Alpha
	Sebelum Uji	Setelah Uji		
Pemberdayaan Psikologis	50	46	0,203-0,641	0,902
Gaya Kepemimpinan Kepala Ruangan	20	20	0,354-0,682	0,874

## **4.8 Prosedur Pengumpulan Data**

### **4.8.1 Prosedur Administrasi**

Prosedur administrasi dalam penelitian ini dimulai dengan mengurus surat izin ke rumah sakit yang telah disetujui oleh pihak Akademik, apabila telah disetujui peneliti berkoordinasi dengan Bagian Bidang Keperawatan dan Kepala ruangan di masing-masing ruang rawat inap RSUD Tarakan. Kemudian peneliti menyaring data responden yang ada di ruang rawat inap dengan bantuan kepala ruangan, dan menyebarkan kuesioner A,B,C untuk masing-masing responden di ruang rawat inap yang dilakukan oleh peneliti.

### **4.8.2 Prosedur Teknis**

Setelah melalui prosedur administasi, peneliti mencek daftar responden di 10 ruang rawat inap melalui bantuan kepala ruangan. Kemudian, peneliti melakukan pengumpulan data dengan cara mengambil lebih kurang 10-15 responden setiap harinya selama dua minggu untuk seluruh ruangan baik pada *shift* pagi, sore, dan malam. Pada perawat yang dinas malam hari maka peneliti menemui perawat pelaksana tersebut pada pagi harinya setelah/sebelum melakukan operan *shift*. Peneliti menyebarkan kuesioner di saat perawat sedang istirahat atau sedang tidak sibuk bekerja. Selanjutnya, peneliti menemui responden untuk menjelaskan tentang tujuan penelitian, manfaat penelitian, dan proses penelitian, lalu responden dipersilahkan untuk membaca surat izin responden dan apabila responden bersedia maka resonden dipersilahkan untuk menandatangani surat persetujuan tersebut. Kemudian, peneliti mempersilahkan responden untuk mengisi kuesioner dengan diberi waktu selama 45-60 menit, dan menyediakan waktu kepada responden untuk bertanya tentang pernyataan/pertanyaan kuesioner jika ada yang tidak dimengerti. Setelah selesai pengumpulan data maka peneliti mengecek kelengkapan seluruh kuesioner dan jumlah kuesioner yang telah diberikan kepada responden. Peneliti

mengumpulkan kuesioner yang telah diisi oleh responden dengan lengkap.

Kendala yang ditemukan peneliti pada saat menyebarkan kuesioner adalah ada beberapa kuesioner yang tidak lengkap diisi oleh responden sehingga peneliti harus kembali mencari responden, dan ada 31 kuesioner yang dibawa pulang atas permintaan perawat pelaksana di karenakan tuntutan pekerjaan.

## **4.9 Pengolahan dan Analisis Data**

### **4.9.1 Pengolahan Data**

Proses analisis data terhadap variabel penelitian didahului oleh proses *editing, coding, processing, cleaning*. Menurut Hastono (2007) proses analisa tersebut meliputi:

- a. *Editing* merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan kelengkapan instrumen, dimana instrumen yang telah diterima dicek langsung oleh peneliti pada setiap pertanyaan/pernyataan.
- b. *Coding* merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan, sehingga dapat mempermudah pada analisis data dan juga mempercepat pada saat memasukan data ke komputer.
- c. *Processing* merupakan pemrosesan data yang dilakukan dengan cara memasukkan data dari kuisisioner ke paket program komputer.
- d. *Cleaning* (pembersihan data) merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah dimasukan ke komputer untuk mengecek ada kesalahan atau tidak. Setelah melakukan proses di atas langkah berikutnya adalah melakukan analisa univariat, analisa bivariat, dan analisa multivariat.

## 4.9.2 Analisis Data

### 4.9.2.1 Analisis Univariat (Analisis Deskriptif)

Tujuan dari analisis univariat adalah untuk menjelaskan/mendiskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Pada data numerik digunakan nilai *mean*, median, standar deviasi, modus. Data numerik pada variabel penelitian adalah usia, lama kerja. Sedangkan untuk data kategorik menjelaskan angka/nilai, jumlah dan presentase masing-masing kelompok. Data kategorik pada variabel penelitian adalah gaya kepemimpinan, pendidikan, jenis kelamin, status pernikahan, status pekerjaan, dan pemberdayaan psikologis perawat (Hastono, 2007).

Pada variabel pemberdayaan psikologis, peneliti melakukan uji kenormalan data dengan melihat grafik histogram dan kurve normal. Selain itu, peneliti juga menggunakan nilai Skewness dan standar errornya yang menghasilkan nilai  $\geq 2$ , maka distribusi yang digunakan peneliti adalah nilai median.

### 4.9.2.2 Analisis Bivariat

Apabila diinginkan analisis hubungan antar dua variabel maka analisis yang dilakukan adalah analisis bivariat. Analisa bivariat untuk mengetahui hubungan antara gaya kepemimpinan kepala ruangan dan karakteristik individu dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana (Hastono, 2007).

Tabel 4.2  
Uji statistik analisis bivariat

No.	Variabel Independen	Data	Variabel dependen	Data	Uji Statistik
1	Gaya kepemimpinan kepala ruangan.	Nominal	Pemberdayaan psikologis perawat pelaksana	Nominal	Uji <i>Chi Square</i>
2	Usia	Interval	Pemberdayaan psikologis perawat pelaksana	Nominal	Uji t independen
3	Jenis Kelamin	Nominal	Pemberdayaan psikologis perawat pelaksana	Nominal	Uji <i>Chi Square</i>
4	Pendidikan	Ordinal	Pemberdayaan psikologis perawat pelaksana	Nominal	Uji <i>Chi Square</i>
5	Status pernikahan	Nominal	Pemberdayaan psikologis perawat pelaksana	Nominal	Uji <i>Chi Square</i>
6	Lama kerja	Rasio	Pemberdayaan psikologis perawat pelaksana	Nominal	Uji t independen
7.	Status pekerjaan	Ordinal	Pemberdayaan psikologis perawat pelaksana	Nominal	Uji <i>Chi Square</i>

#### 4.9.2.3 Analisis Multivariat

Merupakan analisis yang menghubungkan antara beberapa variabel independen dengan satu variabel dependen. Pada penelitian ini peneliti menggunakan uji regresi logistik ganda yang mempunyai keuntungan untuk memasukan variabel dalam satu model (Hastono, 2007). Menurut Sastroasmoro dan Ismael (2008) uji regresi logistik digunakan apabila variabel dependen berskala nominal dikotom dan variabel independen numerik dan nominal (Sastroasmoro & Ismael,

2008). Variabel dependen yang berskala nominal dikotom adalah pemberdayaan psikologis perawat, sedangkan variabel independen yang berskala nominal adalah gaya kepemimpinan kepala ruangan dan variabel independen yang berskala numerik dan nominal adalah karakteristik perawat pelaksana yang meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja, status pernikahan, status pekerjaan, dan gaya kepemimpinan kepala ruangan dan karakteristik individu yang paling dominan berhubungan dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana.

Kegunaan analisis regresi logistik ganda menurut Hastono (2007) dapat menghasilkan suatu model. Salah satu model tersebut adalah model prediksi. Model ini bertujuan untuk memperoleh model dari beberapa variabel independen yang dianggap terbaik untuk memprediksi kejadian variabel dependen. Prosedur pemilihan variabel perlu dilakukan agar memperoleh model regresi yang hemat dan dapat menjelaskan hubungan variabel independen dan dependen, adapun prosedurnya adalah sebagai berikut ini:

- a. Melakukan analisis bivariat antara masing-masing variabel independen dan variabel dependen. Bila uji bivariat mempunyai nilai  $p < 0,25$ , maka variabel tersebut dapat masuk dalam model multivariat. Namun, apabila ada subvariabel yang penting dengan  $p > 0,25$  tetap diikutkan ke multi variat.
- b. Mempertahankan variabel yang mempunyai nilai  $p < 0,05$  dan mengeluarkan variabel dengan  $p > 0,05$ .
- c. Identifikasi linearitas variabel numerik, dengan cara mengelompokkan variabel numerik ke dalam empat kelompok berdasarkan nilai kuartilnya, kemudian lakukan analisa logistik dan hitung nilai OR. Apabila nilai OR berbentuk garis lurus berarti variabel numerik dapat dipertahankan, dan apabila menunjukkan patahan dapat diubah dalam bentuk kategorik.



d. Memeriksa interaksi variabel dalam model. Bila variabel bermakna, maka variabel interaksi penting dimasukkan dalam model.

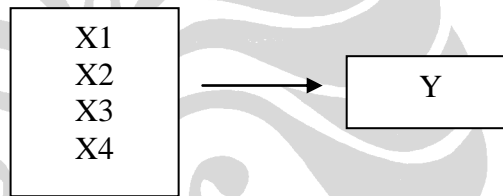
Berdasarkan prosedur di atas, maka akan menghasilkan rumus:

$$Z = \alpha + \beta^1 X^1 + \beta^2 X^2 + \dots + \beta^i X^i \quad (\text{regresi logistik berganda})$$

Bila nilai Z dimasukkan pada fungsi Z, maka rumus fungsi Z adalah:

$$f(Z) = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_i X_i)}}$$

Adapun kerangka konsep model regresi adalah seperti di bawah ini:



## BAB V

### HASIL PENELITIAN

Pada bab ini peneliti menyajikan hasil penelitian yang telah dilaksanakan di RSUD Tarakan Jakarta. Peneliti selanjutnya melakukan analisis data yang dikelompokkan menjadi analisis univariat, bivariat, dan multivariat.

#### 5.1 Analisis Univariat

##### 5.1.1 Karakteristik Perawat Pelaksana

Karakteristik perawat pelaksana digambarkan sebagai berikut ini:

Tabel 5.1  
Distribusi Perawat Pelaksana menurut Usia dan Lama Kerja  
di RSUD Tarakan Mei 2010 N= 115

Variabel	Mean Median	SD	Minimal- Maksimal	95% CI
Usia	27,9 27,0	4,3	21 41	27,2 28,7
Lama kerja	5,1 4,0	4,2	0,6 22	4,4 5,9

Pada tabel 5.1 dapat dilihat bahwa rata-rata usia perawat pelaksana adalah 27,9 tahun. Usia termuda adalah 21 tahun dan usia tertua adalah 41 tahun. Hasil interval tersebut dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa usia perawat pelaksana berada di antara 27,2 sampai dengan 28,7 dengan variasi usia 4,3. Rata-rata umur perawat pelaksana tersebut adalah berusia produktif.

Rata-rata lama kerja perawat pelaksana adalah 5,1 tahun. Lama kerja tersingkat adalah 0,6 tahun dan yang terlama 22 tahun. Hasil interval tersebut dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini lama kerja perawat pelaksana berada di antara 4,4 sampai dengan 5,9 tahun dengan variasi lama kerja 4,2.

Tabel 5.2  
Distribusi Perawat Pelaksana menurut Jenis kelamin, Tingkat pendidikan,  
Status Perkawinan, Status pekerjaan di RSUD Tarakan Jakarta Mei 2010

Variabel	Frekuensi	Persentase (%)
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	10	8,7
Perempuan	105	91,3
<b>Tingkat Pendidikan</b>		
SPK	5	4,3
DIII Keperawatan	102	88,7
S1 Keperawatan	8	7,0
<b>Status Perkawinan</b>		
Kawin	59	51,3
Tidak Kawin	56	48,7
<b>Status Pekerjaan</b>		
Non PNS	91	79,1
PTT	7	6,1
CPNS	6	5,2
PNS	11	9,6

Pada tabel 5.2 menunjukkan bahwa sebagian besar perawat pelaksana yang berjenis kelamin perempuan 91,3%, berpendidikan DIII Keperawatan 88,7%, mempunyai status kawin 51,3%, dengan status pekerjaan non PNS 79,1%.

#### 5.1.2 Gaya Kepemimpinan Kepala Ruangan

Tabel 5.3  
Distribusi Gaya Kepemimpinan Kepala Ruangan  
di RSUD Tarakan Jakarta Mei 2010 N=115

Gaya kepemimpinan	Frekuensi	Persentase
Demokratik	62	53,9
Partisipatif	38	33,0
Otokratik	9	7,8
<i>Laissez-faire</i>	6	5,2

Pada tabel 5.3 menunjukkan bahwa sebagian besar 53,9% perawat pelaksana mempersepsikan gaya kepemimpinan kepala ruangan di RSUD Tarakan Jakarta adalah gaya kepemimpinan demokratis, sedangkan 5,2% gaya kepemimpinan *laissez-faire*.

### 5.1.3 Pemberdayaan Psikologis Perawat Pelaksana

Tabel 5.4  
Distribusi Pemberdayaan Psikologis Perawat Pelaksana  
Di RSUD Tarakan Jakarta Mei 2010

Pemberdayaan	Frekuensi	Persentase
Kurang	51	44,3
Baik	64	55,7

Pada tabel 5.4 menunjukkan bahwa sebagian besar 55,7% perawat pelaksana diberdayakan dengan baik secara psikologis, sedangkan 44,3% perawat pelaksana kurang diberdayakan secara psikologis.

## 5.2 Analisis Bivariat

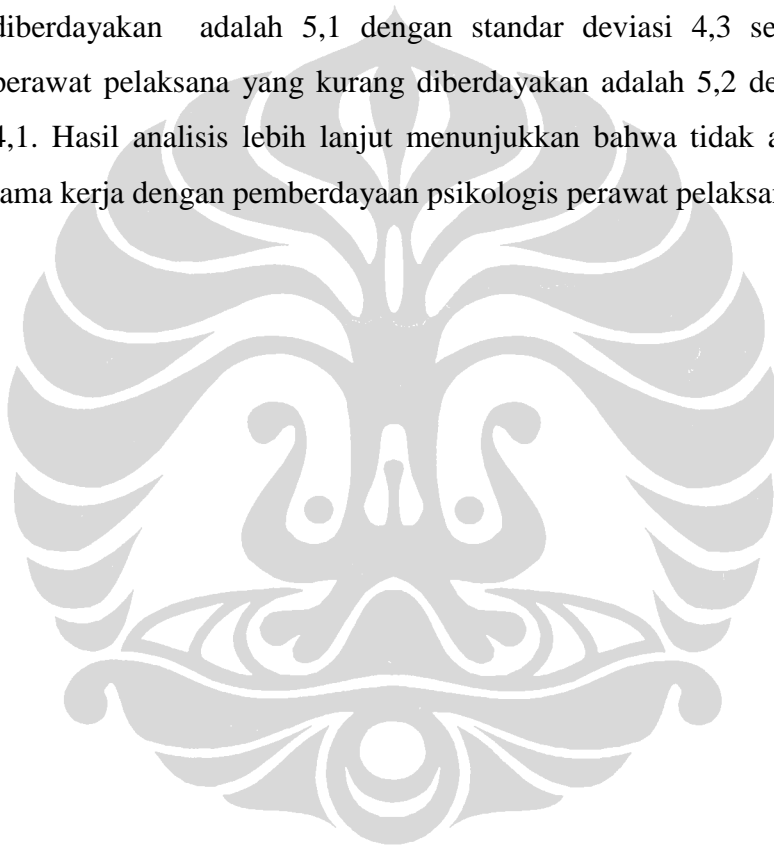
Hasil analisis hubungan karakteristik perawat (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan, lama kerja, dan status pekerjaan) dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana di RSUD Tarakan Jakarta adalah sebagai berikut ini:

Tabel 5.5  
Hubungan Usia dan Lama Kerja dengan Pemberdayaan Psikologis  
Perawat Pelaksana Di RSUD Tarakan Jakarta Mei 2010 N=115

Pemberdayaan	Mean	SD	SE	p	N
<b>Usia</b>					
Baik	27,9	4,2	0,5	0,992	64
Kurang	27,9	4,4	0,6		51
<b>Lama Kerja</b>					
Baik	5,1	4,3	0,5	0,984	64
Kurang	5,2	4,1	0,6		51

Pada tabel 5.4 enunjukkan bahwa rata-rata usia perawat pelaksana yang diberdayakan adalah 27,9 dengan standar deviasi 4,2 sedangkan perawat pelaksana yang kurang diberdayakan adalah 27,9 dengan standar deviasi 4,4. Hasil analisis dari data tersebut menyimpulkan bahwa tidak ada perbedaan antara usia dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana ( $p= 0,992$ ).

Pada tabel 5.5 menunjukkan bahwa rata-rata lama kerja perawat pelaksana yang diberdayakan adalah 5,1 dengan standar deviasi 4,3 sedangkan lama kerja perawat pelaksana yang kurang diberdayakan adalah 5,2 dengan standar deviasi 4,1. Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan antara lama kerja dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana ( $p=0,984$ ).



Tabel 5.6  
 Hubungan Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Status Perkawinan,  
 Status Pekerjaan, dengan Pemberdayaan Psikologis Perawat Pelaksana  
 di RSUD Tarakan Mei 2010

Variabel	Pemberdayaan Psikologis						X <sup>2</sup>	OR	p
	Kurang Diberdayakan		Diberdayakan		Total				
	n	%	n	%	n	%			
<b>Jenis Kelamin</b>							3,822	<b>0,041*</b>	
Perempuan	50	47,6	55	52,4	10	100	1		
Laki-laki	1	10	9	90	105	100	3,844		
Jumlah	51	44,3	64	55,7	115	100	1,001-66,893		
<b>Tingkat Pendidikan</b>							0,651	<b>0,722</b>	
SPK	3	60	2	40	5	100	1		
D3 Keperawatan	45	44,1	57	55,9	102	100	1,900		
S1 Keperawatan	3	37,1	5	62,5	8	100	0,304-11,861		
Jumlah	51	44,3	64	55,7	115	100	2,500	0,253-24,719	
<b>Status Perkawinan</b>							0,251	<b>0,616</b>	
Kawin	28	47,5	31	52,5	59	100	1		
Tidak Kawin	23	41,1	33	58,9	56	100	1,296		
Jumlah	51	44,3	64	55,7	115	100	0,620-2,711		
<b>Status Pekerjaan</b>							2,231	<b>0,328</b>	
PTT	5	71,4	2	28,6	7	100	1		
Non PNS	39	42,9	52	57,1	91	100	3,333		
PNS dan CPNS	7	41,2	10	58,8	17	100	0,614-18,093		
Jumlah	51	44,3	64	55,7	115	100	3,571	0,532 – 23,953	

\* Bermakna pada  $\alpha < 0,05$

Pada tabel 5.6 dapat dilihat bahwa sebesar 90% perawat pelaksana yang berjenis kelamin laki-laki diberdayakan, sedangkan perawat pelaksana dengan jenis kelamin perempuan yang diberdayakan sebesar 52,4%. Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa ada perbedaan antara jenis kelamin dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana ( $p=0,041$ ). OR untuk jenis kelamin perawat 3,844 hal ini berarti perawat pelaksana yang berjenis kelamin laki-laki berpeluang 3,8 kali untuk diberdayakan dibanding perawat pelaksana yang berjenis kelamin perempuan (95 % CI: 1,001-66,893).

Pada tabel 5.6 dapat dilihat bahwa sebesar 52,5% perawat pelaksana yang berstatus kawin diberdayakan, sedangkan sebesar 58,9% perawat pelaksana yang berstatus tidak kawin diberdayakan. Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan antara status perkawinan dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana ( $p=0,616$ ).

Pada tabel 5.6 menunjukkan sebesar 40% perawat pelaksana dengan tingkat pendidikan SPK yang diberdayakan, sebesar 55,9% perawat pelaksana dengan tingkat pendidikan DIII Keperawatan yang diberdayakan, sedangkan sebesar 62,5% perawat pelaksana dengan tingkat pendidikan S1 Keperawatan yang diberdayakan. Meskipun secara statistik tidak ada perbedaan antara tingkat pendidikan dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana ( $p= 0,722$ ), akan tetapi secara deskriptif statistik menunjukkan bahwa makin tinggi tingkat pendidikan, maka makin tinggi perawat yang diberdayakan secara psikologis. OR untuk DIII Keperawatan 1,900 hal ini berarti tingkat pendidikan DIII Keperawatan mempunyai peluang 1,9 kali untuk diberdayakan dibanding perawat pelaksana dengan tingkat pendidikan SPK (95% CI: 0,304 - 11,861). Sedangkan OR untuk S1 Keperawatan 2,500 hal ini berarti tingkat pendidikan S1 Keperawatan mempunyai peluang 2,5 kali untuk diberdayakan dibanding perawat pelaksana dengan tingkat pendidikan SPK.

Pada tabel 5.6 menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang diberdayakan dengan status pekerjaan: PTT sebesar 28,6%, non PNS sebesar 57,1%, PNS dan CPNS sebesar 58,8%. Analisis lebih lanjut dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan proporsi antara status pekerjaan dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana ( $p=0,328$ ). Namun, nilai OR untuk pegawai non PNS adalah 3,333 hal ini berarti status pekerjaan non PNS mempunyai peluang 3,3 kali untuk diberdayakan dibanding perawat pelaksana dengan status pekerjaan PTT (95% CI: 0,614 – 18,093). Nilai OR untuk pegawai PNS dan CPNS adalah 3,571 hal ini berarti status pekerjaan PNS dan CPNS mempunyai peluang 3,6 kali untuk diberdayakan dibanding perawat pelaksana dengan status pekerjaan PTT.

Tabel 5.7  
Hubungan Gaya Kepemimpinan Kepala Ruangan dengan  
Pemberdayaan Psikologis Perawat Pelaksana di RSUD Tarakan Mei 2010

Variabel	Pemberdayaan Psikologis				Total n %	X <sup>2</sup>	OR	P value
	Kurang Diberdayakan		Diberdayakan					
	n	%	n	%				
Gaya Kepemimpinan						<b>8,014</b>	<b>0,046*</b>	
Otokratik	8	88,9	1	11,1	9 100		1	
<i>Laissez-faire</i>	2	33,3	4	66,7	6 100		16.000 1,093-234,248	
Partisipatif	16	42,1	22	57,9	38 100		11.000 1,248-96,951	
Demokratik	25	40,3	37	59,7	62 100		11,840 1,393-100,622	
Jumlah	51	44,3	64	55,7	115 100			

\* Bermakna pada  $\alpha < 0,05$

Pada tabel 5.7 dapat dilihat bahwa gaya kepemimpinan kepala ruangan di RSUD Tarakan adalah otokratik sebesar 11,1%, *laissez-faire* sebesar 66,7%, partisipatif sebesar 57,9%, demokratik sebesar 59,7%. Analisis lebih lanjut menyimpulkan bahwa ada perbedaan gaya kepemimpinan kepala ruangan dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana di RSUD Tarakan ( $p=0,046$ ). OR pada gaya



kepemimpinan *laissez-faire* adalah 16.000, ini berarti gaya kepemimpinan *laissez-faire* berpeluang 16 kali untuk diberdayakan dibanding gaya kepemimpinan otokratik (95% CI: 1,093 – 234,248). OR pada gaya kepemimpinan partisipatif adalah 11,000 ini berarti gaya kepemimpinan partisipatif berpeluang 11 kali untuk diberdayakan dibanding gaya kepemimpinan otokratik (95% CI: 1,248 – 96,951). OR pada gaya kepemimpinan demokratik adalah 11,840, ini berarti gaya kepemimpinan demokratik berpeluang 11,8 kali untuk diberdayakan dibanding gaya kepemimpinan otokratik (95% CI: 1,393 – 100,622).

### 5.3 Analisis Multivariat

Hasil analisis multivariat dilakukan untuk mendapatkan faktor dominan dari beberapa variabel independen. Sebelum masuk ke pemodelan, peneliti melihat nilai bivariat  $p < 0,25$  untuk masing-masing variabel independen, maka didapatkan hasil:

Variabel	p
Usia	0,992
Jenis kelamin	<b>0,013*</b>
Pendidikan	0,723
Status perkawinan	0,491
Status pekerjaan	0,324
Lama kerja	0,984
Gaya kepemimpinan	<b>0,034*</b>

\* masuk pada  $\alpha < 0,25$

Langkah berikutnya yang masuk sebagai pemodelan multivariat ( $p < 0,25$ ) adalah jenis kelamin ( $p = 0,013$ ) dan gaya kepemimpinan kepala ruangan ( $p = 0,034$ ). Langkah selanjutnya adalah memilih variabel yang mempunyai nilai  $p < 0,05$  dan mengeluarkan variabel  $> 0,05$ . Adapun analisis faktor dominan dari multivariat adalah sebagai berikut ini:

Tabel 5.8  
 Hasil Analisis Multivariat Regresi Logistik Sub Variabel Gaya Kepemimpinan  
 dan Jenis Kelamin Perawat Pelaksana di RSUD Tarakan Jakarta Mei 2010

Sub Variabel	B	wald	p	OR (95% CI)
<b>Konstanta: -2,694</b>				
Jenis Kelamin:				
Perempuan				1
Laki-laki	2,668	4,402	0,036	14,412 (1,192 – 174,266)
Gaya Kepemimpinan				
Otokratik		5,846	0,119	1
<i>laissez-faire</i>	3,387	4,939	0,026	29,587 (1,492 – 586,737)
Partisipatif	2,791	4,704	0,030	16,294 (1,308 – 202,902)
Demokratik	2,986	5,475	0,019	19,800 (1,624 – 241,446)

Hasil analisa dari tabel 5.12 dapat diperoleh pemodelan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana adalah jenis kelamin, gaya kepemimpinan otokratik, *laissez-faire*, partisipatif, dan demokratik. Hal ini berarti variabel tersebut diatas bermakna dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana.

Hasil analisis dari tabel 5.12 dapat disimpulkan bahwa OR pada gaya kepemimpinan *laissez-faire* adalah 29,587 ini berarti gaya kepemimpinan *laissez-faire* berpeluang 30 kali untuk diberdayakan dibanding gaya kepemimpinan otokratik setelah dikontrol oleh gaya kepemimpinan partisipatif, demokratik, dan perempuan (95% CI: 1,492 – 586,737). OR pada gaya kepemimpinan partisipatif adalah 16,294, ini berarti gaya kepemimpinan partisipatif berpeluang 16 kali untuk diberdayakan dibanding gaya kepemimpinan otokratik setelah dikontrol oleh gaya kepemimpinan *laissez-faire*, demokratik, dan perempuan (95% CI: 1,308 – 202,902). OR pada gaya kepemimpinan demokratik adalah 19,800 ini berarti gaya kepemimpinan partisipatif berpeluang 20 kali untuk diberdayakan dibanding gaya kepemimpinan otokratik setelah dikontrol oleh gaya kepemimpinan *laissez-faire*, partisipatif, dan perempuan (95% CI: 1,624 – 241,446). OR pada jenis kelamin adalah 14,412 hal ini berarti

perawat pelaksana yang berjenis kelamin laki-laki berpeluang 14 kali untuk diberdayakan dibanding perawat pelaksana yang berjenis kelamin perempuan setelah dikontrol gaya kepemimpinan *laissez-faire*, partisipatif, dan demokratik (95% CI: 1,192 – 174,266).

Pada hasil analisis multivariat tersebut, maka didapatkan faktor yang paling dominan yaitu gaya kepemimpinan demokratik ( $p= 0,019$ ).

Berdasarkan analisis diatas, dapat diperoleh pemodelan persamaan multivariat sebagai berikut ini:

$$Z \text{ pemberdayaan psikologis perawat} = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3$$

$$Z \text{ pemberdayaan psikologis} = -2,694 + (2,668_{\text{jenis kelamin}}) + 3,387_{\text{laissez-faire}} + 2,791_{\text{partisipatif}} + 2,986_{\text{demokratik}}$$

$$f(Z) = \frac{1}{1 + e^{-Z}}$$

$$f(Z) = \frac{1}{1 + e^{-(-2,694 + (2,668_{\text{jenis kelamin}}) + 3,387_{\text{laissez-faire}} + 2,791_{\text{partisipatif}} + 2,986_{\text{demokratik}})}}$$

Pada pemodelan diatas dapat diketahui jenis kelamin laki-laki=1 dan perempuan=0, gaya kepemimpinan yang dapat diberdayakan adalah demokratik= 1. Nilai konstanta 2,642. Setelah model tersebut diatas, maka aplikasi model persamaan multivariat tersebut yang dapat diterapkan adalah sebagai berikut ini:

Perawat pelaksana yang berjenis kelamin laki-laki dengan gaya kepemimpinan kepala ruangan demokratik, maka peluang untuk diberdayakan, adalah:

$$f(Z) = \frac{1}{1+e^{-(2,642+(2,668_{\text{jeniskelamin}})+2,986_{\text{demokratik}})}}$$

$$f(Z) = \frac{1}{1+e^{-(2,694+(2,668 \times 1)+2,986 \times 1)}} \\ = 0,95 \% \text{ atau } 95\%$$

Berdasarkan pemodelan tersebut diatas maka dapat disimpulkan bahwa perawat pelaksana di RSUD Tarakan yang berjenis kelamin laki-laki dengan gaya kepemimpinan demokratik berpeluang 95% untuk diberdayakan secara psikologis.

Perawat pelaksana yang berjenis kelamin perempuan dengan gaya kepemimpinan kepala ruangan demokratik, maka peluang untuk diberdayakan, adalah:

$$f(Z) = \frac{1}{1+e^{-(2,694+(2,668_{\text{jeniskelamin}})+2,986_{\text{demokratik}})}}$$

$$f(Z) = \frac{1}{1+e^{-(2,694+(2,668 \times 0)+2,986 \times 1)}} \\ = 0,57 \text{ atau } 57\%$$

Berdasarkan pemodelan tersebut diatas maka dapat disimpulkan bahwa perawat pelaksana di RSUD Tarakan yang berjenis kelamin perempuan dengan gaya kepemimpinan kepala ruangan demokratik berpeluang 57% untuk diberdayakan secara psikologis.

## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

Pada pembahasan ini peneliti akan menjelaskan hasil penelitian yang telah dianalisis untuk dibahas dengan meninjau teori-teori terkait yang berdasarkan pada literatur, dan hasil penelitian sebelumnya yang terkait dengan variabel-variabel dalam penelitian ini. Pada pembahasan ini peneliti juga akan menjelaskan implikasi penelitian terhadap pelayanan keperawatan. Pembahasan dalam penelitian ini memfokuskan dua variabel independen dan variabel dependen yaitu hubungan gaya kepemimpinan kepala ruangan dan karakteristik perawat dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana.

#### **6.1 Interpretasi Hasil Penelitian**

##### **6.1.1 Gaya Kepemimpinan Kepala Ruangan dan Pemberdayaan Psikologis perawat pelaksana di RSUD Tarakan Jakarta.**

Hasil analisis penelitian pada univariat didapatkan bahwa prosentase pemberdayaan psikologis perawat pelaksana hampir tidak memiliki perbedaan antara yang diberdayakan dengan yang tidak diberdayakan sebanyak 55,7% dan 44,3%. Hasil ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Santoso (2006) yang menunjukkan bahwa prosentase perawat yang diberdayakan dengan yang tidak diberdayakan hampir tidak memiliki perbedaan, walaupun prosentase perawat yang diberdayakan lebih besar dibanding dengan perawat yang tidak diberdayakan.

Hasil analisis penelitian yang didapatkan hampir tidak ada perbedaan antara perawat pelaksana yang diberdayakan dengan yang kurang diberdayakan, peneliti menyimpulkan bahwa adanya pengaruh supervisi dan pembinaan dari pengelola rumah sakit saat orientasi awal kerja atau

supervisi terhadap pekerjaan saat ini, kompetensi, *reward* dan *punishment*, komunikasi interpersonal antara rekan kerja maupun pimpinan.

Pemberdayaan merupakan proses yang dinamis yang dapat mempengaruhi interaksi antara individu dan organisasi (Hajbaghery *et al.*, 2005). Interaksi antara lingkungan kerja dan karakteristik individu merupakan proses awal dari pemberdayaan psikologis yang dapat memotivasi individu (Spreitzer, 1995 dalam Manojlovich, 2007).

Hasil analisis dan referensi tersebut berdasarkan pengamatan peneliti bahwa perawat di RSUD Tarakan yang diberdayakan mencerminkan motivasi kerja di rumah sakit. Berdasarkan pada item pemberdayaan psikologis, ditemukan mayoritas perawat pelaksana di RSUD Tarakan menyatakan memiliki motivasi untuk melakukan pekerjaan, ini berarti motivasi yang dimiliki perawat mencerminkan pemberdayaan yang berdampak terhadap kepuasan kerja. Safaria (2004) menyatakan bahwa pemberdayaan dapat memotivasi kerja staf. Thomas and Velthouse (1990, dalam Dewettinck, 2003) menyatakan bahwa pemberdayaan psikologis adalah suatu bentuk motivasi yang dapat memberikan kepuasan kerja.

Kepuasan kerja mencerminkan kinerja dan komitmen yang baik di rumah sakit. Spreitzer (2007) menyatakan bahwa kepuasan kerja menunjukkan kinerja yang tinggi dan komitmen organisasi, dan komitmen perawat terhadap organisasi dapat menurunkan *turn over*. Kepuasan kerja dan komitmen organisasi merupakan faktor yang penting dalam memberdayakan staf (Janney, Horstman, & Bane 2001; Kuokkanen, Leino-Kilpi, & Katajisto, 2003 dalam Mrayyan & Al-Fauri, 2008). Berdasarkan pada item pemberdayaan psikologis perawat pelaksana di RSUD Tarakan yang mempersepsikan dirinya diberdayakan

mayoritas menyatakan memiliki otonomi, memiliki keyakinan untuk terus bekerja di rumah sakit, memiliki pengetahuan dalam melakukan tindakan, imbalan sesuai yang diterima dengan yang diberikan di rumah sakit, saling menghargai, dan saling percaya dalam berbagi informasi antara rekan kerja. Peneliti menyimpulkan bahwa *turn over* yang semakin tinggi di RSUD Tarakan dikarenakan perawat pelaksana kurang diberdayakan secara psikologis yang dapat dibuktikan dengan lama kerja perawat yang rata-rata 5 tahun, hal ini mencerminkan ketidakpuasan kerja dan komitmen dan kinerja perawat.

Hasil penelitian perawat pelaksana yang mempersepsikan kurang diberdayakan di RSUD Tarakan sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh El-Salam (2008) yang menyatakan bahwa mayoritas perawat mempersepsikan dirinya kurang diberdayakan secara psikologis di rumah sakit. Fletcher (2006, dalam Manojlovich, 2007) juga menyatakan bahwa mayoritas perawat merasakan belum diberdayakan dalam lingkungan kerjanya. Berdasarkan hal tersebut, maka pengamatan peneliti terhadap perawat pelaksana di RSUD Tarakan yang kurang diberdayakan disebabkan karena belum memiliki motivasi kerja, kinerja, dan komitmen di rumah sakit. Berdasarkan pada item pemberdayaan psikologis, perawat yang mempersepsikan dirinya kurang diberdayakan di RSUD Tarakan mayoritas menyatakan bahwa aktivitas yang dilakukan belum memiliki nilai yang berarti bagi dirinya sendiri, belum percaya dengan rekan kerjanya dalam menyelesaikan pekerjaan, belum memiliki kompetensi, belum percaya bahwa pekerjaan yang dilakukannya akan bermanfaat untuk dirinya, belum yakin bahwa keahlian yang dimiliki saat ini akan berdampak terhadap pekerjaannya, belum yakin akan kemampuannya untuk menyelesaikan pekerjaan, dan mudah putus asa apabila mendapat masalah.

Individu yang kurang diberdayakan dapat mengalami gangguan psikologis. Gangguan psikologis pada individu dapat mengakibatkan individu menjadi depresi, stress, dan putus asa (Greenberg & Stasser, 1991; Langer, 1983 dalam Whetten & Cameron, 2005). Perawat yang mengalami stres ditempat kerja dapat menyebabkan terjadinya konflik misalnya konflik antara perawat-dokter (French *et al.*, 2000, dalam McVicar, 2003).

Pemberdayaan psikologis perawat pelaksana dapat diupayakan berdasarkan fungsi-fungsi manajemen di rumah sakit. Perencanaan menurut Marquis (2006) mencakup menentukan kebijakan, prosedur, dan mengatur perubahan yang direncanakan. Pengorganisasian menurut Safaria (2004) mencakup pendelegasian tugas dan tanggung jawab yang merupakan upaya untuk memberdayakan stafnya. Ketenagaan menurut Marquis (2006) mencakup rekrutmen staf, orientasi, tim kerja, dan pengembangan staf. Pengarahan menurut McNamara (1999, dalam Huber, 2006) mencakup motivasi individu. Pengawasan menurut Marquis (2006) mencakup penilaian kinerja, peningkatan kualitas pelayanan, dan pengawasan terhadap tindakan etik. Fungsi manajemen yang menjadi prioritas dalam memberdayakan perawat pelaksana secara psikologis adalah pada fungsi ketenagaan (*staffing*) karena pada fungsi ini merupakan fungsi untuk pembinaan perawat yang sedang masa orientasi kerja, pembinaan pada tim kerja, dan pengembangan pengetahuan baik formal maupun informal.

Pada analisis univariat, gaya kepemimpinan kepala ruangan yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana di RSUD Tarakan adalah mayoritas mempersepsikan demokratis sebanyak 53,9%. Hasil univariat ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Supriatna (2003) dan Amatiria (2003) menyatakan bahwa gaya kepemimpinan kepala ruangan adalah demokratis.



Rampur (2009) menyatakan bahwa gaya kepemimpinan demokratik cenderung akan melibatkan pelaksana dalam pengambilan keputusan dan memberikan tanggung jawab tugas kepada perawat pelaksana. Pimpinan aktif untuk memberikan dorongan dan motivasi kepada staf, aktif memberikan informasi, membantu staf untuk memunculkan pertanyaan kepada pimpinan, dan memberikan saran kepada kelompok kerja sehingga anggota kelompok merasa puas, dan tercipta kreativitas dari staf (Tappen, 1989).

Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa gaya kepemimpinan kepala ruangan di beberapa rumah sakit baik swasta maupun daerah adalah demokratik. Kepala ruangan yang menerapkan gaya demokratik mencerminkan bahwa perawat pelaksana di RSUD Tarakan memiliki sikap saling terbuka, memiliki kemampuan dalam memberikan ide, pendapat, memiliki kinerja yang baik sehingga dapat bekerjasama untuk dilibatkan dalam pengambilan keputusan, yang dapat meningkatkan kreatifitas dan tanggung jawab kerja perawat.

Gaya kepemimpinan kepala ruangan perlu dilakukan secara efektif. Manthey (1990, dalam Taylor, et al., 1993) menyatakan bahwa seorang pemimpin harus memiliki kepemimpinan yang efektif. Pemimpin yang efektif adalah pemimpin yang dapat menggunakan gaya kepemimpinan yang sesuai dengan kemampuan stafnya, sesuai dengan situasi yang sedang dihadapi staf di tempat kerjanya (Rampur, 2009). Gillies (2004) menyatakan bahwa gaya kepemimpinan kepala ruangan yang dapat diterapkan adalah gaya kepemimpinan otokratik, demokratik, partisipatif, dan *laissez-faire*.

Kepala ruangan dalam menerapkan gaya kepemimpinan juga berdasarkan pada fungsi-fungsi manajemen. Huber (2006) menyatakan perencanaan mencakup misi, menetapkan tujuan. Pengorganisasian

adalah membangun sumber daya manusia untuk mencapai tujuan organisasi. Ketenagaan mencakup merekrut staf dan melakukan pengembangan staff (Marquis, 2006) pengarahan mencakup memotivasi individu. Pengawasan merupakan suatu fungsi untuk memonitor perencanaan, dan proses untuk mencapai tujuan secara efektif.

Perawat pelaksana di RSUD Tarakan yang mempersepsikan gaya kepemimpinan kepala ruangan demokratik berdasarkan pada item gaya kepemimpinan, mayoritas menyatakan bahwa kepala ruangan dalam merencanakan suatu tindakan untuk menyelesaikan masalah dilakukan secara bersama-sama dengan perawat pelaksana (fungsi perencanaan), bersikap terbuka dan dapat berperan sebagai teman dalam berhubungan dengan perawat pelaksana, memberi penugasan kepada perawat pelaksana yang dianggap kompeten setelah berdiskusi dengan perawat pelaksana (fungsi pengorganisasian), kepala ruangan meminta pendapat perawat pelaksana sebelum membuat jadwal dinas sesuai dengan kebutuhan dan peraturan yang berlaku, kepala ruangan bersikap adil terhadap seluruh perawat pelaksana (fungsi ketenagaan), kepala ruangan mengajak bicara dan menanyakan alasan ketidakhadiran serta membantu mencari jalan keluar apabila perawat sering tidak masuk kerja, kepala ruangan dan perawat pelaksana saling memberi informasi (fungsi pengarahan), kepala ruangan mencari tahu kejadian yang sesungguhnya dari perawat yang bertanggung jawab apabila terdapat kejadian yang tidak terduga di ruangan, kepala ruangan mengklarifikasi apabila ada masalah antara perawat pelaksana dengan dokter (fungsi pengawasan).

Perawat pelaksana di RSUD Tarakan yang mempersepsikan gaya kepemimpinan kepala ruangan partisipatif berdasarkan pada item gaya kepemimpinan, mayoritas menyatakan bahwa dalam menetapkan visi, misi, tujuan keperawatan di ruangan dengan cara menyampaikan dan mendiskusikan berdasarkan kesepakatan seluruh perawat terhadap

rumusan yang dibuat oleh kepala ruangan, sikap kepala ruangan dalam menerima kebijakan dari bidang keperawatan terlebih dahulu menjelaskan dan meminta pendapat dari seluruh perawat kemudian menetapkan bahwa kebijakan tersebut harus tetap dijalankan (fungsi perencanaan). Kepala ruangan dalam pengambilan keputusan terhadap berbagai masalah di ruangan dengan cara memberikan beberapa alternatif penyelesaian masalah yang akan dilakukan oleh perawat pelaksana (fungsi pengorganisasian), mayoritas sikap kepala ruangan dalam mengatasi keluhan perawat pelaksana adalah dengan cara meminta perawat untuk menceritakan keluhan, dan kepala ruangan memberikan penyelesaian masalah (fungsi pengawasan). Hasil analisis penelitian tersebut berdasarkan pengamatan peneliti bahwa kepala ruangan di RSUD Tarakan telah menjalankan gaya kepemimpinannya yang bervariasi dengan menggunakan fungsi-fungsi manajemen untuk mengelola perawat pelaksana di ruangan.

Pada hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ada hubungan antara gaya kepemimpinan kepala ruangan dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana. Hasil penelitian yang dilakukan Vroom (1964, dalam Gillies, 1994) menunjukkan bahwa gaya kepemimpinan demokratis dan partisipatif memiliki pengaruh yang positif terhadap staf. Gaya demokratis mencerminkan kepuasan kerja staf seperti hasil penelitian yang dilakukan oleh Suhasbago (2007) menyatakan bahwa gaya kepemimpinan demokratis memberikan kepuasan kerja kepada perawat. Rebecca, *et al* (1996) menyatakan bahwa gaya kepemimpinan partisipatif lebih cenderung mendorong pemberdayaan di antara anggota staf, karena pemimpin berkonsultasi dengan stafnya dalam pengambilan keputusan dan mempengaruhi stafnya untuk tetap berkomitmen terhadap organisasi dalam jangka waktu yang lama.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Supriyatna (2003) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara gaya kepemimpinan kepala ruangan dengan produktivitas kerja perawat pelaksana. Hal ini berarti gaya kepemimpinan demokratis lebih cenderung dapat meningkatkan produktivitas dibanding gaya kepemimpinan yang lain. Produktivitas kerja merupakan bagian dari pemberdayaan psikologis. Whetten dan Cameron (2005) menyatakan bahwa individu yang diberdayakan akan dapat membentuk individu menjadi lebih produktif sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian menurut Rad dan Yarmohammadian (2006) menyatakan bahwa gaya kepemimpinan partisipatif tidak selalu dapat memberikan kepuasan kerja, akan tetapi kepuasan tergantung dari imbalan, kondisi staf, supervisi, dan komunikasi. Demikian juga, hasil penelitian yang dilakukan Xu Huang *et al* (2006) yang menyatakan bahwa kepemimpinan partisipatif tidak berhubungan dengan pemberdayaan psikologis tetapi berhubungan dengan komitmen organisasi.

Berdasarkan pengamatan peneliti bahwa gaya kepemimpinan demokratis dan partisipatif dapat memberdayakan perawat secara psikologis, apabila gaya kepemimpinan ini dapat memberikan pengaruh yang positif dengan melibatkan perawat dalam pengambilan keputusan, ide, gagasan yang dapat meningkatkan komitmen dan produktivitas kerja. Apabila gaya kepemimpinan demokratis dan partisipatif tidak dapat memberikan kepuasan kerja, berarti ada faktor lain yang dapat memberikan kepuasan kerja perawat seperti faktor organisasi dan karakteristik perawat yang mempengaruhi kepuasan kerja.

Gaya kepemimpinan *laissez-faire* berpeluang untuk diberdayakan dibanding gaya kepemimpinan otokratik. Pada gaya kepemimpinan *laissez-faire* menurut Frischer (2006) pimpinan mendelegasikan tanggung jawab dan kewenangan kepada stafnya, bukan untuk memberdayakan tetapi untuk menghindari tanggung jawab pimpinan itu sendiri terhadap tugas. Gaya kepemimpinan ini dapat menurunkan produktivitas, kinerja, dan mengakibatkan ketidakpuasan. Peneliti dapat mengasumsikan bahwa gaya kepemimpinan *laissez-faire* tidak dapat memberikan kepuasan kerja staf dan menurunkan kinerja staf, ini berarti staf tidak diberdayakan apabila kepala ruangan menerapkan gaya kepemimpinan *laissez-faire*. Namun, pada gaya *laissez-faire* ini dapat lebih memberikan kepuasan kerja kepada stafnya dibandingkan gaya otokratik apabila pimpinan pada gaya otokratik memberikan hukuman kepada stafnya.

Berdasarkan pengamatan peneliti bahwa gaya *laissez-faire* dapat lebih memberdayakan stafnya dibanding gaya kepemimpinan otokratik apabila kepala ruangan menggunakan hukuman untuk stafnya yang dianggap memiliki kesalahan. Gaya kepemimpinan *laissez-faire* pada dasarnya bukanlah gaya kepemimpinan yang baik digunakan untuk staf terutama staf yang belum memiliki kemampuan kerja yang baik tetapi gaya otokratik yang tepat digunakan. Rampur (2009) menyatakan bahwa pemimpin perawat yang otokratik akan memberikan arahan tanpa memberikan masukan dan mengamati perawatnya dengan cara dekat. Gaya otokratik tepat digunakan dalam keadaan kritis yang harus segera diambil keputusan oleh pimpinan.

Pada multivariat didapatkan bahwa gaya kepemimpinan kepala ruangan yang dominan adalah demokratik dibanding gaya kepemimpinan lainnya di RSUD Tarakan. Hasil ini tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan Rad dan Yarmohammadian (2006) yang menunjukkan bahwa

gaya kepemimpinan yang dominan digunakan pimpinan adalah partisipatif.

Berdasarkan pengamatan peneliti dan hasil analisis menunjukkan bahwa gaya kepemimpinan yang dominan digunakan oleh kepala ruangan di RSUD Tarakan adalah gaya demokratik. Hal ini berarti sebagian besar perawat pelaksana memiliki *skill* atau keterampilan yang baik dan memiliki kemampuan dalam memberikan tanggapan, memutuskan suatu tindakan bersama-sama serta memiliki kinerja dan kepuasan kerja yang baik pula. Heiserman (2008) menyatakan bahwa gaya kepemimpinan demokratik dapat memberikan kepuasan kerja dan meningkatkan produktivitas kerja, akan tetapi gaya ini dapat menurunkan kinerja dan kepuasan kerja apabila pimpinan menerapkan gaya ini kepada stafnya yang belum memiliki kompetensi.

Berdasarkan pernyataan tersebut dan hasil analisis tentang perawat yang kurang diberdayakan sebesar 44,3% dengan gaya kepemimpinan yang dominan demokratik dapat dianalisis bahwa perawat yang merasakan kurang diberdayakan dikarenakan perawat pelaksana yang belum memiliki kemampuan dilibatkan dalam pengambilan keputusan akan tetapi dinilai oleh kepala ruangan memiliki motivasi kerja yang tinggi sehingga hal ini dapat meningkatkan stres kerja perawat dan penurunan kinerja.

### **6.1.2 Karakteristik perawat dan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana di RSUD Tarakan Jakarta**

Karakteristik perawat terdiri dari usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan, status pekerjaan, dan lama kerja. Pada pembahasan berikut ini peneliti akan menguraikan tentang karakteristik perawat

dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana yang terkait dengan teori-teori maupun hasil penelitian

#### **6.1.2.1 Usia dan Pemberdayaan Psikologis Perawat Pelaksana**

Usia perawat pelaksana di RSUD Tarakan rata-rata adalah 28 tahun. Hasil penelitian menurut Supriyatna (2003) rata-rata usia perawat antara 25-30 tahun. Hasil penelitian menurut Amatiria (2003) rata-rata perawat berusia >30 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa rata-rata usia perawat di rumah sakit bervariasi, dan rata-rata berada pada usia yang produktif.

Schermerhorn, Hunt, dan Osborn (2003) menyatakan bahwa usia muda mempunyai kinerja yang rendah, komitmen yang rendah, dan biasanya mempunyai pengalaman kerja yang tidak lama di suatu organisasi dengan keterampilan yang masih rendah dibanding usia tua. Wright & Bonett (2002, dalam Mrayyan & Al-Faouri, 2008) menyatakan bahwa usia muda dapat mempengaruhi kinerja ditempat kerjanya. Robbins dan Judge (2008) menyatakan bahwa usia muda cenderung mengalami ketidakpuasan kerja, produktivitas kerja menurun, dan ketidakhadiran kerja staf dibanding individu dengan usia tua. Hal ini mengakibatkan pada usia muda cenderung kurang berkomitmen sehingga terjadi *turn over* pada staf. Pada usia tua lebih cenderung puas dengan pekerjaannya dikarenakan memiliki imbalan yang tinggi, status pekerjaan yang lebih baik, dan memiliki komitmen kerja.

Hasil analisis tersebut berdasarkan pengamatan peneliti menunjukkan bahwa rata-rata usia perawat di ruang rawat inap RSUD Tarakan berada pada usia produktif, mempunyai fisik

yang kuat, ditempatkan di ruang rawat inap dengan beban kerja yang lebih berat dibanding di poliklinik. Pihak pengelola rumah sakit juga biasanya merekrut perawat yang berusia produktif. Rata-rata perawat yang berusia tua ditempatkan di poliklinik karena memiliki fisik yang lemah, dan dianggap sudah mempunyai pengalaman kerja di ruangan. Tenaga perawat yang berusia tua biasanya berstatus pekerjaan PNS dengan imbalan yang tinggi, gaji yang memadai, memiliki tunjangan pensiunan di hari tua.

Pada analisis bivariat ditemukan tidak ada perbedaan antara usia dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana. Usia perawat pelaksana yang diberdayakan dengan baik maupun yang kurang diberdayakan secara psikologis tidak memiliki perbedaan. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Honneger dan Appelbaum (1998, dalam Dimitriades, 2007) yang menyatakan bahwa tidak ada perbedaan antara usia dengan pemberdayaan.

Tidak ada perbedaan antara usia dengan pemberdayaan psikologis dikarenakan faktor kemampuan diri, kinerja, dan kompetensi yang dimiliki perawat cenderung lebih dapat mempengaruhi pemberdayaan psikologis. Spreitzer (1996, dalam Dimitriades, 2007) menyatakan bahwa ada hubungan yang positif antara usia dengan kompetensi. Hasil penelitian yang dilakukan Faisal (2006) menunjukkan bahwa *self efficacy* perawat mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap kinerja. Cook dan Hunsaker (2001) menyatakan bahwa kemampuan diri dapat mempengaruhi kinerja dan pandangan positif individu. Individu menilai kemampuan dirinya sendiri



(pengetahuan dan keterampilan), kondisi fisik dan emosi, harga diri, yang keseluruhannya dapat mempengaruhi pekerjaan.

#### **6.1.2.2 Jenis Kelamin dan Pemberdayaan Psikologis Perawat Pelaksana**

Jenis kelamin perawat pelaksana di RSUD Tarakan rata-rata adalah perempuan sebanyak 91,3%. Hasil penelitian lain menurut Santoso (2006) mayoritas perawat berjenis kelamin perempuan. Karakteristik perawat yang bekerja di rumah sakit dengan proporsi sebagian besar perempuan merupakan hal yang sudah ditemukan di rumah sakit pada umumnya. Perawat cenderung berjenis kelamin perempuan dibanding laki-laki dikarenakan karakteristik pekerjaannya adalah merawat.

Hasil pengamatan peneliti menyatakan bahwa perawat di RSUD Tarakan cenderung berjenis kelamin perempuan karena perawat laki-laki biasanya ditempatkan di IGD dengan alasan untuk pelayanan darurat, dan perawat yang melamar ke RSUD Tarakan juga mayoritas berjenis kelamin perempuan. Pihak rumah sakit juga lebih banyak merekrut perawat yang berjenis kelamin perempuan dibandingkan laki-laki karena berdasarkan prosentase yang tidak sebanding tersebut. Di instansi pendidikan profesi keperawatan juga lebih diminati oleh individu yang berjenis kelamin perempuan dibanding laki-laki, hal ini karena pekerjaan perempuan dalam merawat diperlukan *mother instink* (naluri keibuan), dan kesabaran dalam merawat.

Hasil analisis bivariat didapatkan ada perbedaan antara jenis kelamin dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana, dan sebesar 90% perawat pelaksana yang berjenis kelamin

laki-laki lebih berpeluang untuk diberdayakan secara psikologis, sedangkan perawat pelaksana dengan jenis kelamin perempuan yang berpeluang diberdayakan sebesar 52,4%.

Hasil penelitian dari Mainiero (1986, dalam Dimitriades, 2007) menyatakan bahwa laki-laki memiliki pemberdayaan yang lebih besar dibanding perempuan. Laki-laki memegang kekuasaan yang lebih besar dalam organisasi, mempunyai sikap dan perilaku yang berbeda daripada perempuan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Zani dan Pietrantonio (2001, dalam Dimitriades, 2007) menyatakan bahwa perempuan memiliki pemberdayaan yang lebih tinggi dibanding dengan laki-laki. Hasil penelitian non keperawatan menurut Sitiawati dan Zulkaida (2007) menyatakan bahwa staf yang berjenis kelamin laki-laki memiliki komitmen yang tinggi dibanding perempuan. Robbins dan Judge (2008) menyatakan bahwa perempuan lebih memilih jadwal kerja paruh waktu untuk mengurus keluarganya

Hal ini tidak sejalan dengan hasil penelitian menurut Rogers, *et al* (1997) yang menyatakan bahwa tidak ada perbedaan antara jenis kelamin laki-laki maupun perempuan dengan pemberdayaan. Hasil penelitian ini didukung menurut Robbins dan Judge (2008) menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan antara perempuan dan laki-laki. Perempuan maupun laki-laki memiliki peran yang sama dalam organisasinya seperti memberikan norma-norma yang mengatur kinerja, melakukan pengawasan kinerja staf, dan memberikan informasi (Eagly & Johannesen-Schmidt, 2001). Schermerhorn, Hunt, dan Osborn (2003) menyatakan bahwa perempuan dan laki-laki tidak

memiliki perbedaan dalam kemampuan untuk mengambil keputusan, analisis, motivasi, dan kompetitif.

Berdasarkan pengamatan peneliti bahwa perawat di RSUD Tarakan yang berjenis kelamin laki-laki lebih cenderung untuk diberdayakan dan memiliki komitmen kerja yang tinggi dibanding perempuan. Namun, dalam pelaksanaan sehari-hari di ruangan perawat yang berjenis kelamin perempuan dan laki-laki mempunyai tanggung jawab dan peran yang sama dalam memberikan pelayanan keperawatan di ruangan, tidak dibedakan dalam kompetensi maupun otonomi perawat dalam menjalankan tugas, semuanya mempunyai hak yang sama.

#### **6.1.2.3 Tingkat Pendidikan dan Pemberdayaan Psikologis Perawat Pelaksana**

Hasil analisis univariat sebagian besar perawat pelaksana di RSUD Tarakan berpendidikan DIII Keperawatan 88,7%. Hasil penelitian menurut Trianasari (2009) menyatakan bahwa tingkat pendidikan perawat mayoritas adalah D3 Keperawatan.

Hasil analisis diatas menggambarkan bahwa perawat pelaksana masih perlu ditingkatkan pendidikannya. Pendidikan merupakan indikator yang mencerminkan kemampuan individu untuk dapat menyelesaikan suatu pekerjaan. Latar belakang pendidikan individu akan mampu menduduki jabatan tertentu (Hasibuan, 2008). Pendidikan merupakan suatu perubahan kemampuan, penampilan dan perilaku. Perubahan perilaku didasarkan pada perubahan

atau penambahan pengetahuan, sikap, dan keterampilan (Notoatmodjo, 2007).

Hasil pengamatan peneliti tentang tingkat pendidikan yang dominan di rumah sakit adalah DIII Keperawatan. Permasalahannya adalah perawat yang berpendidikan S1 Keperawatan cenderung memilih bekerja di instansi pendidikan yang dikarenakan gaji atau imbalan lebih besar dibanding rumah sakit. Hal lain juga berkaitan dengan biaya pendidikan formal dari rumah sakit yang belum dialokasikan untuk perawat karena sudah ditetapkan dari PEMDA. Sistem permintaan biaya dari PEMDA juga harus mengikuti test seleksi terlebih dahulu dan bila lulus maka perawat dapat ikut test di perguruan tinggi. Pihak pengelola rumah sakit di RSUD Tarakan saat ini bekerja sama dengan STIKES swasta di Jakarta memfasilitasi perawat untuk meningkatkan pendidikan, akan tetapi sampai saat ini biaya masih juga ditanggung oleh masing-masing perawat yang berminat untuk melanjutkan pendidikan. Rekrutmen perawat di RSUD Tarakan mengalokasikan perawat minimal DIII Keperawatan atau S1 Keperawatan yang sudah Ners, akan tetapi perawat yang melamar mayoritas DIII Keperawatan.

Hasil analisis bivariat menunjukkan tidak ada perbedaan antara tingkat pendidikan dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana. Hubungan pendidikan dengan pemberdayaan menurut Rogers, et al (1997) dari hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan pemberdayaan. Berdasarkan hasil statistik ditemukan tingkat pendidikan DIII

Keperawatan yang diberdayakan secara psikologis 53,9%, sedangkan tingkat pendidikan S1 keperawatan yang diberdayakan secara psikologis 62,5%.

Hasil tersebut menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan perawat pelaksana di RSUD Tarakan, maka semakin berpeluang untuk diberdayakan secara psikologis. Tingkat pendidikan yang semakin tinggi mencerminkan semakin berkualitasnya pengetahuan, sikap, kinerja, kompetensi, dan motivasi individu untuk diberdayakan. Pemberdayaan psikologis merupakan suatu bentuk motivasi intrinsik individu untuk terus mencapai kinerja atau kompetensi yang baik. Selain itu semakin tinggi tingkat pendidikan maka dapat mempengaruhi imbalan yang diterima perawat dari rumah sakit. Hal ini menunjukkan bahwa perawat pelaksana di RSUD Tarakan perlu ditingkatkan pendidikannya walaupun pengalaman kerja dapat mempengaruhi perawat untuk memiliki kinerja.

#### **6.1.2.4 Status Perkawinan dan Pemberdayaan Psikologis Perawat Pelaksana**

Hasil analisis univariat perawat pelaksana di RSUD Tarakan menunjukkan bahwa status perawat pelaksana yang kawin sebesar 51,3%. Hasil penelitian menurut Amatiria (2003) menyatakan bahwa status perawat pelaksana mayoritas sudah menikah. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Gatot dan Adisasmito (2005) mayoritas perawat berstatus sudah kawin. Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas status perkawinan perawat adalah sudah

menikah. Perkawinan adalah terjalinnya ikatan antara suami dan istri dalam hubungan pernikahan (Depdikbud, 1991).

Hasil analisis univariat menurut pengamatan peneliti bahwa mayoritas perawat berstatus sudah menikah dikarenakan rata-rata usia perawat 28 tahun dan perawat yang sudah menikah memiliki perbedaan dalam imbalan yang diberikan dari rumah sakit.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa sebesar 52,5% perawat pelaksana yang berstatus kawin diberdayakan, sedangkan 58,9% perawat pelaksana yang berstatus tidak kawin diberdayakan. Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan antara status perkawinan dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana di RSUD Tarakan. Hasil penelitian menurut Rogers, et al (1997) menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara status perkawinan dengan pemberdayaan.

Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa perawat yang sudah kawin memiliki kepuasan dalam bekerja (Gatot & Adisasmito, 2005). Hal ini dapat diartikan bahwa perawat yang berstatus kawin yang memiliki kepuasan kerja mempunyai peluang untuk diberdayakan.

Perawat yang berstatus kawin maupun yang tidak kawin di RSUD Tarakan tidak terdapat perbedaan dalam pemberdayaan psikologis yang dikarenakan tanggung jawab perawat dan otonomi perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan tidak ada perbedaan. Berdasarkan hasil statistik didapatkan bahwa perawat yang tidak kawin

berpeluang diberdayakan dibanding yang sudah kawin. Hal ini dikarenakan perawat yang tidak kawin belum memiliki tanggung jawab terhadap kebutuhan keluarganya sehingga perawat yang belum menikah memiliki lebih banyak waktu untuk bekerja secara optimal. Pada perawat yang telah menikah memiliki tanggung jawab terhadap kebutuhan keluarganya, akan tetapi berdasarkan pengamatan peneliti bahwa individu yang sudah menikah cenderung lebih mudah untuk berkomitmen dan memiliki kepuasan kerja. Ini berarti adanya peluang untuk diberdayakan secara psikologis bagi perawat yang sudah menikah.

#### **6.1.2.5 Status Pekerjaan dan Pemberdayaan Psikologis Perawat Pelaksana**

Hasil analisis univariat perawat pelaksana di RSUD Tarakan menunjukkan bahwa status pekerjaan perawat non PNS sebesar 79,1%. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Gatot dan Adisasmito (2005) menyatakan rata-rata perawat berstatus kepegawaian PNS. Status adalah faktor penting dalam mengembangkan peran, hak dan perilaku individu. Status cenderung didapatkan dari tiga sumber yaitu pengaruh kekuasaan individu atau orang lain, kemampuan individu untuk berkontribusi terhadap kelompok, dan karakteristik pribadi individu (Robbin & Judge, 2008).

Hal ini menunjukkan bahwa perawat di RSUD Tarakan masih perlu di lakukan rekrutmen dari status kepegawaian kontrak menjadi PNS, akan tetapi pengangkatan status pekerjaan tersebut masih berdasarkan dari BKD. Apabila belum ada kepastian tentang status pekerjaan, maka perawat berusaha

untuk mencari pekerjaan yang dianggapnya dapat memberikan masa depan yang lebih baik, untuk mendapatkan jaminan kesehatan, dengan mencari peluang penerimaan PNS ke rumah sakit lain, sehingga dengan situasi dan kondisi seperti tersebut diatas, maka terjadinya *turn over* perawat di RSUD Tarakan setiap tahun semakin meningkat. Oleh karena itu, untuk meningkatkan komitmen perawat dapat menyetarakan kebijakan antara PNS dan Non PNS.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan proporsi antara status pekerjaan dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana. Walaupun tidak ada perbedaan akan tetapi status pekerjaan non PNS, CPNS, PNS mempunyai peluang untuk diberdayakan. Upaya rumah sakit sejak Januari 2010 status kepegawaian perawat minimal tenaga kontrak tidak ada lagi yang berstatus magang, hal ini merupakan peluang yang baik bagi perawat untuk mendapatkan status pekerjaan yang lebih baik.

Status pangkat atau kedudukan tidak dapat memberdayakan staf, tetapi peran dari pemimpin yang dapat memberdayakan staf (Safaria, 2004). Hasil penelitian yang dilakukan Purbadi dan Sofiana (2006) menunjukkan bahwa perawat yang berstatus sebagai pelaksana junior memiliki tingkat pengembangan diri yang masih rendah dibandingkan dengan perawat yang memiliki jabatan sebagai perawat senior. Hal ini berarti status pekerjaan PNS dengan usia muda dan lama kerja rata-rata 5 tahun mencerminkan masih rendahnya tingkat pengembangan diri perawat.



#### 6.1.2.6 Lama kerja dan Pemberdayaan Psikologis Perawat Pelaksana

Hasil analisa univariat menunjukkan bahwa rata-rata lama kerja perawat pelaksana di RSUD Tarakan adalah 5 tahun. Hasil penelitian ini sejalan menurut Amriyati, Sumarni, dan Sutoto (2003) menyatakan bahwa rata-rata lama kerja perawat adalah 5 tahun, sedangkan Gatot dan Adisasmito (2005) menyatakan rata-rata lama kerja perawat adalah lebih dari 7 tahun.

Semakin lama individu berada dalam satu pekerjaan lebih kecil kemungkinan untuk mengundurkan diri (Robbins & Judge, 2008). Semakin lama masa kerja perawat maka akan individu akan mampu menyesuaikan diri terhadap lingkungan pekerjaannya sehingga dapat mencapai kepuasan dalam menjalankan pekerjaannya (Aprizal, Kuntjoro & Probandari, 2008).

Hasil analisis univariat diatas berdasarkan pengamatan peneliti menunjukkan bahwa rata-rata lama kerja perawat di RSUD Tarakan berada pada lama kerja yang singkat, hal ini dikarenakan RSUD Tarakan merupakan rumah sakit dengan status pekerjaan yang bervariasi, sehingga perawat yang non PNS menginginkan status pekerjaan yang tetap yang dapat menjamin kehidupan di hari tua. Apabila hal tersebut tidak tercapai, maka perawat akan mencari alternatif pekerjaan lain. Oleh karena itu, *turn over* perawat dapat meningkat setiap tahunnya.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara lama kerja dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana. Hasil penelitian menurut Honneger dan Appelbaum (1998, dalam Dimitriades, 2007) bahwa tidak ada hubungan antara pengalaman kerja dengan pemberdayaan. Hasil penelitian tidak sejalan menurut Spreitzer (1996, dalam Dimitriades, 2007) yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang positif antara pengalaman kerja dengan kompetensi.

Rata-rata lama kerja perawat pelaksana yang diberdayakan maupun yang kurang diberdayakan adalah 5 tahun. Hal ini berarti berdasarkan pengamatan peneliti pada masa kerja 5 tahun di RSUD Tarakan merupakan masa kerja yang mulai mengalami kejenuhan, kelelahan, frustrasi, sehingga apabila perawat yang merasakan belum memiliki kompetensi, kinerja, kemampuan bersosialisasi yang baik dengan rekan kerja dan atasan cenderung merasakan kurang diberdayakan. Hal ini juga dapat dikarenakan pada masa orientasinya awal kerja perawat yang mempersepsikan kurang diberdayakan tersebut kurang mendapatkan pembinaan dari pihak rumah sakit. Sebaliknya, perawat yang menyatakan diberdayakan dengan masa kerja 5 tahun berarti perawat tersebut pada masa orientasi awal kerja telah mendapatkan pembinaan yang baik, walaupun rata-rata masih berstatus non PNS, sehingga cenderung tetap berkomitmen. Robbins dan Judge (2008) menyatakan bahwa lama kerja berhubungan erat dengan *turn over* dan kepuasan kerja. Ini berarti perawat di RSUD Tarakan dengan lama kerja rata-rata 5 tahun menunjukkan tingginya *turn over* dan ketidakpuasan kerja.

## 6.2 Keterbatasan Penelitian

Pada penelitian ini peneliti menemukan keterbatasan dalam penelitian yang menurut peneliti hal tersebut merupakan keterbatasan yang mempengaruhi hasil penelitian. Adapun keterbatasan tersebut adalah: Jumlah responden yang diharapkan peneliti adalah total *sampling* walaupun berdasarkan kriteria inklusi. Di beberapa ruangan masih ada perawat yang di orientasi sehingga tidak dapat dipakai oleh peneliti. Jumlah responden dapat mempengaruhi hasil karena semakin banyak responden maka semakin baik hasil penelitian yang didapatkan.

## 6.2 Implikasi Penelitian

### 6.2.1 Implikasi terhadap pelayanan keperawatan

Pada hasil dan pembahasan yang telah diuraikan maka perlu dilihat implikasinya dalam penelitian ini untuk dapat digunakan di RSUD Tarakan Jakarta. Adapun implikasi tersebut adalah sebagai berikut ini:

Perawat pelaksana yang kurang diberdayakan di RSUD Tarakan dapat berdampak terhadap rendahnya kompetensi, penurunan kinerja, dan penurunan motivasi kerja, ketidakpuasan perawat, dan penurunan komitmen yang dapat dicerminkan dari semakin tingginya *turn over* perawat. *Turn over* yang semakin tinggi akan menyebabkan pertukaran perawat di ruangan meningkat, beban kerja perawat dan stres kerja meningkat, mudah putus asa, konflik dalam memberikan pelayanan keperawatan dapat sering terjadi baik antara rekan kerja maupun dokter misalnya konflik antar *shift* jaga yang berdampak terhadap pelayanan ke pasien menjadi tertunda karena perawat orientasi harus beradaptasi dengan lingkungan kerjanya dan perawat senior juga harus beradaptasi dengan tim kerjanya yang baru, belum terjalin hubungan saling percaya, sehingga pengawasan kepala ruangan terhadap tindakan keperawatan cenderung meningkat.

Apabila perawat dapat diberdayakan secara psikologis, maka perawat memiliki motivasi kerja, kepuasan kerja, kinerja, dan komitmen yang dapat berpengaruh pada penurunan *turn over* perawat. Perawat yang diberdayakan akan berpengaruh terhadap kualitas pelayanan seperti keamanan pasien meningkat, BOR (*Bed Occupancy Rate*) meningkat dalam batas yang optimal, LOS (*Length of Stay*) menurun, kebutuhan pasien terpenuhi, perawat dapat membudayakan asuhan keperawatan dengan sikap caring.

Mayoritas gaya kepemimpinan kepala ruangan di RSUD Tarakan yang dipersepsikan perawat pelaksana adalah demokratik, hal ini berdampak terhadap prestasi kerja perawat meningkat, harga diri meningkat, merasakan memiliki kemaknaan dalam bekerja, informasi tentang pelayanan keperawatan dapat diketahui oleh seluruh perawat pelaksana yang dapat memperlancar pelayanan asuhan keperawatan sehingga dapat memberikan kepuasan pasien/keluarga. Pemilihan gaya kepemimpinan yang tepat dapat meningkatkan motivasi kerja dan sebaliknya pemilihan gaya kepemimpinan yang kurang tepat dapat meningkatkan stres kerja perawat karena ketidaksesuaian dengan kemampuan yang dimiliki perawat saat ini. Pada situasi tertentu yang memerlukan tindakan segera dapat menggunakan gaya kepemimpinan otoriter.

Perawat pelaksana di RSUD Tarakan yang berusia muda apabila tidak diberdayakan dapat mengakibatkan penurunan kinerja, tidak mempunyai kompetensi, konflik dengan rekan kerja dan profesi lain dapat terjadi karena komunikasi interpersonal belum efektif. Apabila di RSUD Tarakan belum ada penerimaan PNS dan ada kesempatan penerimaan PNS dari Pemerintahan Pusat, maka perawat disana banyak yang ikut test dengan harapan diterima. Hal ini menunjukkan

bahwa pada usia muda cenderung merasakan ketidakpuasan kerja sehingga *turn over* masih tinggi. Perawat yang kurang diberdayakan perlu dibina oleh kepala ruangan, dan apabila belum dapat berjalan optimal maka dapat berdampak terhadap ketidakpuasan pasien yang berpengaruh terhadap kualitas pelayanan ke pasien.

Perawat berjenis kelamin perempuan di RSUD Tarakan yang mempersepsikan kurang diberdayakan dapat mengakibatkan perawat tersebut memiliki komitmen yang rendah, ketidakhadiran meningkat, jadwal dinas sering berganti-ganti walaupun telah disusun oleh kepala ruangan, sering terlambat masuk kerja dengan alasan keluarga sehingga dapat menimbulkan keluhan dari rekan kerja. Selain itu, didukung oleh karakteristik perawat yang masih berusia muda, dengan status pekerjaan non PNS. Namun, tidak dapat dibedakan bahwa laki-laki lebih baik dibanding perempuan, karena perawat baik laki-laki maupun perempuan mempunyai tanggung jawab yang sama terhadap pekerjaannya.

Semakin tinggi tingkat pendidikan perawat di RSUD Tarakan, maka semakin berpeluang untuk diberdayakan. Hal ini dapat berdampak terhadap pengetahuan, sikap, dan keterampilan yang semakin meningkat. Perawat dapat termotivasi, memiliki kepuasan kerja, lebih percaya diri dalam melakukan tindakan, dan perawat tidak hanya dapat melakukan tugas rutinnnya saja, akan tetapi dapat memberikan pelayanan asuhan keperawatan secara holistik dan komprehensif. Perawat yang diberdayakan melalui pendidikan informal yang berkesinambungan akan dapat meningkatkan pengetahuan dan kompetensi perawat, serta meningkatkan imbalan. Pelatihan BCLS (*Basic Cardiac Life Support*) dapat meningkatkan kinerja perawat pada dimensi kompetensi diri. Pelatihan analisis transaksional berdampak terhadap dimensi penentuan diri dan

dimensi kepercayaan, dan dimensi kemaknaan. Pelatihan ESQ (Emotional and Spiritual Quotient) berdampak terhadap dimensi pengendalian diri. Pelatihan manajemen konflik berdampak terhadap dimensi kepercayaan. Pelatihan yang bermanfaat dapat berpengaruh terhadap kualitas pelayanan yang diberikan ke pasien.

Perawat pelaksana yang berstatus telah menikah di RSUD Tarakan mempersepsikan kurang diberdayakan, hal ini dapat berdampak terhadap penurunan kepuasan kerja, meningkatkan ketidakhadiran perawat yang mengakibatkan rendahnya komitmen perawat. Didukung pula oleh perawat yang berusia muda dengan mayoritas berjenis kelamin perempuan.

Perawat pelaksana di RSUD Tarakan dengan status pekerjaan non PNS apabila kurang diberdayakan maka cenderung mencari alternatif bekerja di rumah sakit lain dengan kesempatan untuk menjadi PNS, misalnya penerimaan PNS dari Pemerintahan Pusat sementara dari PEMDA belum ada. Hal ini mencerminkan meningkatnya *turn over* perawat sehingga akan dapat menurunkan kualitas pelayanan keperawatan, selain itu pihak pengelola rumah sakit akan mengeluarkan biaya rekrutmen untuk penerimaan dan orientasi bagi staf baru. Peluang bahwa status pekerjaan yang lebih baik akan dapat diberdayakan secara psikologis untuk perawat akan berdampak terhadap kepuasan, dan komitmen kerja perawat sehingga hal tersebut berpeluang untuk menurunkan tingginya *turn over* perawat.

Rata-rata lama kerja perawat di RSUD Tarakan yang kurang diberdayakan secara psikologis adalah 5 tahun, hal ini akan mengakibatkan kurangnya kompetensi perawat, penurunan kinerja

yang berpengaruh terhadap komitmen perawat di rumah sakit yang berdampak terhadap kualitas pelayanan keperawatan.

Implikasi dari adanya hubungan antara gaya kepemimpinan dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana di RSUD Tarakan adalah dapat berdampak positif karena perawat yang mendapatkan gaya kepemimpinan yang tepat dari kepala ruangan merasa telah mendapatkan pemberdayaan psikologis yang dapat memberikan motivasi dan kepuasan kerja, komunikasi interpersonal antara rekan kerja dapat terjalin, sikap saling terbuka, sehingga dapat mendorong perawat pelaksana untuk terus berkomitmen terhadap pekerjaannya dan terbina komunikasi terapeutik antara pasien-perawat.

Implikasi dari gaya kepemimpinan kepala ruangan yang dominan di RSUD Tarakan adalah demokratik. Gaya ini dapat memberikan kepuasan kerja perawat karena perawat dilibatkan dalam pengambilan keputusan, saling memberikan informasi tentang tindakan keperawatan dan perkembangan pelayanan di ruangan yang dapat meningkatkan motivasi dan kinerja perawat yang berdampak terhadap peningkatan kualitas pelayanan keperawatan.

### **6.2.2 Implikasi terhadap Ilmu Keperawatan**

Perawat pelaksana yang mempersepsikan diberdayakan secara psikologis berdampak terhadap perkembangan ilmu keperawatan, dimana perawat yang memiliki motivasi kerja yang baik, kepuasan kerja, kinerja dan komitmen yang tinggi terhadap pekerjaan dapat meningkatkan kualitas pelayanan di rumah sakit dan mencerminkan kualitas perkembangan ilmu keperawatan di institusi pendidikan sehingga tenaga perawat dapat memahami bahwa pemberdayaan psikologis merupakan suatu bentuk motivasi kerja yang ada di lingkungan kerja.

Perawat pelaksana yang kurang diberdayakan secara psikologis mencerminkan rendahnya kinerja perawat, komitmen, dan kemampuan diri perawat dalam meningkatkan pelayanan keperawatan di pelayanan kesehatan maupun di institusi pendidikan. Rendahnya kualitas pelayanan mengakibatkan belum optimalnya profesi keperawatan dalam membentuk sumber daya manusia yang handal.

### **6.2.3 Implikasi terhadap Penelitian keperawatan**

Implikasi penelitian ini terhadap penelitian keperawatan selanjutnya adalah pemberdayaan psikologis dapat digali lebih dalam untuk melihat kepuasan kerja perawat, maka peneliti selanjutnya dapat mengeksplor lebih dalam melalui penelitian kualitatif. Gaya kepemimpinan kepala ruangan di RSUD Tarakan adalah cenderung demokratis, akan tetapi prosentase pemberdayaan hampir tidak memiliki perbedaan, maka peneliti selanjutnya dapat melakukan dengan jumlah responden yang lebih banyak sehingga dapat mendukung hasil penelitian. Gaya kepemimpinan yang diterapkan kepala ruangan baik di rumah sakit daerah, rumah sakit pemerintah maupun di rumah sakit swasta dapat berdampak terhadap pemberdayaan psikologis perawat, maka peneliti selanjutnya dapat melakukan perbandingan. Rata-rata lama kerja perawat masih singkat, maka peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian dengan responden yang memiliki lama kerja panjang. Pemberdayaan psikologis dapat dilakukan di rumah sakit yang memiliki karakteristik pekerjaan yang berbeda selain di ruang rawat inap.



## **BAB VII**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1 SIMPULAN**

Pemberdayaan psikologis merupakan suatu bentuk motivasi intrinsik perawat yang dapat meningkatkan kinerja, kepuasan kerja, komitmen perawat terhadap rumah sakit. Salah satu yang dapat memberdayakan perawat pelaksana adalah gaya kepemimpinan kepala ruangan. Hasil penelitian dan pembahasan dapat disimpulkan bahwa:

- 7.1.1** Pemberdayaan psikologis perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Tarakan menunjukkan bahwa prosentase perawat yang diberdayakan dengan yang tidak diberdayakan hampir tidak memiliki perbedaan.
- 7.1.2** Gaya kepemimpinan kepala ruangan di ruang rawat inap RSUD Tarakan yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana mayoritas menunjukkan gaya kepemimpinan demokratik dengan prosentase yang besar. Hal ini berarti gaya kepemimpinan yang lain tetap digunakan walau dalam prosentase yang kecil.
- 7.1.3** Karakteristik perawat pelaksana di ruang rawat inap adalah rata-rata berusia muda, dengan lama kerja masih singkat, sebagian besar berjenis kelamin perempuan, tingkat pendidikan D3 Keperawatan, sebagian besar sudah menikah, dan berstatus non PNS.
- 7.1.4** Gaya kepemimpinan kepala ruangan mempunyai hubungan dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana. Gaya kepemimpinan ini dapat memberikan pengaruh yang positif karena perawat pelaksana

dilibatkan dalam pengambilan keputusan, memberikan ide-ide yang dapat meningkatkan kreativitas, komitmen perawat, dan produktivitas.

**7.1.5** Hubungan usia dengan pemberdayaan psikologis menunjukkan tidak ada hubungan dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana. Hal ini dikarenakan usia perawat yang berusia muda maupun tua tidak ada perbedaan dalam pemberdayaan secara psikologis.

**7.1.6** Hubungan jenis kelamin dengan pemberdayaan psikologis menunjukkan ada hubungan dengan pemberdayaan psikologis. Berdasarkan hasil statistik perawat pelaksana yang berjenis kelamin laki-laki memiliki peluang untuk lebih diberdayakan secara psikologis dibanding perempuan.

**7.1.7** Hubungan tingkat pendidikan dengan pemberdayaan psikologis menunjukkan tidak ada hubungan dengan pemberdayaan psikologis, dan hasil statistik yang ditemukan semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin berpeluang perawat untuk diberdayakan secara psikologis.

**7.1.8** Hubungan status perkawinan dengan pemberdayaan psikologis menunjukkan tidak ada hubungan dengan pemberdayaan psikologis. Hal ini dikarenakan dalam memberikan pelayanan di rumah sakit tidak ada perbedaan.

**7.1.9** Hubungan status pekerjaan perawat dengan pemberdayaan psikologis menunjukkan tidak ada hubungan dengan pemberdayaan psikologis. Berdasarkan hasil statistik dapat ditemukan bahwa status pekerjaan dari non PNS menjadi PNS mempunyai peluang untuk diberdayakan.

**7.1.10** Hubungan lama kerja perawat dengan pemberdayaan psikologis menunjukkan tidak ada hubungan dengan pemberdayaan psikologis.

**7.1.11** Faktor dominan yang paling berhubungan dengan pemberdayaan psikologis adalah gaya kepemimpinan kepala ruangan yaitu gaya kepemimpinan demokratik. Gaya kepemimpinan yang demokratik dapat meningkatkan kepuasan kerja perawat.

## **7.2 SARAN**

Saran yang dapat peneliti berikan bagi pihak pengelola rumah sakit berdasarkan hasil penelitian tersebut, adalah sebagai berikut ini:

### **7.2.1 Bagi Direktur**

**7.2.1.1** Perlu dibuat kebijakan untuk pengembangan Sumber Daya Manusia dalam bentuk peningkatan pendidikan formal.

**7.2.1.2** Perlu dibuat kebijakan tentang program pengembangan bagi perawat melalui pembinaan secara psikologis.

**7.2.1.3** Perlu diupayakan sistem *reward/punishment* yang berlaku bagi seluruh perawat pelaksana secara berkesinambungan baik dalam bentuk finansial maupun non finansial.

**7.2.1.4** Perlu diupayakan peningkatan motivasi dan kinerja perawat melalui kegiatan supervisi langsung maupun tidak langsung.

### **7.2.2 Bagi Bidang Keperawatan**

**7.2.2.1** Perlu mensosialisasikan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana yang meliputi kemampuan diri/kompetensi., otonomi, kemampuan mengatasi masalah, hubungan saling percaya, dan kemaknaan bekerja kepada kepala ruangan.

- 7.2.2.2** Perlu memperhatikan peminatan perawat pada saat rekrutmen staf baru atau pada saat pertukaran ruangan untuk perawat.
- 7.2.2.3** Perlu dioptimalkan penilaian kinerja yang berkaitan dengan kemampuan diri/kompetensi., otonomi, kemampuan perawat mengatasi masalah, hubungan saling percaya., dan kemaknaan bekerja berdasarkan laporan dari kepala ruangan.
- 7.2.2.4** Perlu memberi pengarahan kepada kepala ruangan untuk membina seluruh perawat melalui supervisi agar dapat memiliki kompetensi dalam melakukan tindakan.
- 7.2.2.5** Perlu mengusulkan pendidikan formal untuk perawat pelaksana yang memiliki lama kerja minimal 5 tahun mengingat masa kerja ini merupakan rata-rata perawat yang merasakan diberdayakan dengan kurang diberdayakan.
- 7.2.2.6** Perlu pengusulan kegiatan pelatihan untuk perawat pelaksana dan perawat orientasi secara berkesinambungan setiap 3 bulan misalnya pelatihan analisis transaksi; pelatihan ESQ untuk perawat pelaksana; pelatihan manajemen konflik; pelatihan *Neuro Linguistic Programming/NLP*.
- 7.2.2.7** Perlu dioptimalkan *reward* berupa pemberian sertifikat bagi perawat yang berprestasi atau kenaikan imbalan setiap tahunnya secara berkesinambungan dengan melihat lama kerja, kehadiran, disiplin kerja dan *punishment* berupa teguran yang membangun melalui supervisi langsung secara berkesinambungan.
- 7.2.2.8** Perlu memotivasi kepala ruangan dalam meningkatkan komitmen perawat pelaksana di ruangan melalui pembinaan komunikasi yang saling terbuka.

### **7.2.3 Bagi Kepala Ruangan**

**7.2.3.1** Perlu mensosialisasikan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana di ruangan melalui peningkatan kompetensi., otonomi, kemampuan mengatasi masalah, hubungan saling percaya antara rekan kerja dan profesi lain, dan kemaknaan bekerja.

**7.2.3.2** Perlu memotivasi perawat pelaksana dalam meningkatkan komitmen kerja melalui komunikasi interpersonal yang efektif, menyelesaikan masalah/konflik di tempat kerja sebagai upaya memelihara lingkungan kerja yang kondusif.

**7.2.3.3** Perlu dioptimalkan kembali *reward/punishment* sesuai yang ditetapkan Bidang Keperawatan setiap tahunnya dan menerapkan *reward/punishment* yang ditetapkan di ruangan masing-masing untuk setiap bulannya.

**7.2.3.4** Perlu mengusulkan pendidikan formal lanjutan untuk perawat pelaksana setiap tahunnya dengan fasilitas yang telah disediakan oleh pihak rumah sakit.

**7.2.3.5** Perlu mengusulkan pelatihan informal untuk membina psikologis perawat setiap 6 bulan sekali ke Bidang Keperawatan.

### **7.2.4 Bagi Ilmu Keperawatan**

**7.2.4.1** Perlu disosialisasikan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana baik di institusi pendidikan maupun di pelayanan keperawatan mengingat perlunya pemberdayaan untuk meningkatkan kinerja.

**7.2.4.2** Perlu peningkatan kompetensi, otonomi, kemampuan dalam mengatasi masalah, kemaknaan terhadap pekerjaan sebagai perawat, dan hubungan saling percaya antara rekan kerja dengan profesi lain mengingat masih rendahnya pemberdayaan psikologis perawat.

## **7.2.5 Bagi Peneliti Lain**

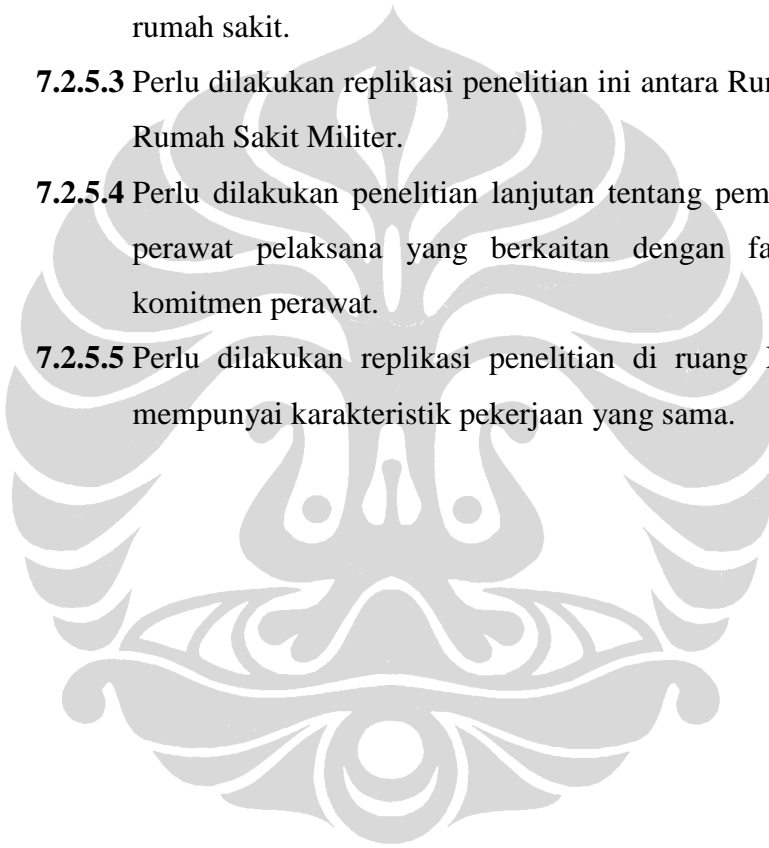
**7.2.5.1** Perlu dilakukan penelitian lanjutan tentang pengaruh pelatihan pemberdayaan psikologis kepala ruangan terhadap kinerja asuhan keperawatan perawat pelaksana.

**7.2.5.2** Perlu dilakukan penelitian tentang pemberdayaan psikologis perawat dengan desain kualitatif, sehingga peneliti dapat mengetahui lebih dalam kepuasan, komitmen, kemaknaan perawat selama bekerja di rumah sakit.

**7.2.5.3** Perlu dilakukan replikasi penelitian ini antara Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Militer.

**7.2.5.4** Perlu dilakukan penelitian lanjutan tentang pemberdayaan psikologis perawat pelaksana yang berkaitan dengan faktor organisasi dan komitmen perawat.

**7.2.5.5** Perlu dilakukan replikasi penelitian di ruang ICU dan IGD, yang mempunyai karakteristik pekerjaan yang sama.



## DAFTAR REFERENSI

- Aditama, T.Y. (2003). *Manajemen administrasi rumah sakit*. (Edisi Kedua). Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.
- Adriyanto (2010). *Momen sertifikasi tenaga kesehatan di Jatim*. Februari 2, 2010. <http://www.surabayapost.co.id/?mnu=berita&act=view&id=306b4e2ef164453da7db7abf44ad0b16&jenis=d645920e395fedad7bbbed0eca3fe2e0>. Sekretaris Majelis Tenaga Kesehatan Provinsi (MTKP) Jawa Timur
- Amatiria, G. (2003). *Korelasi gaya kepemimpinan kepala ruangan dengan penerapan standar asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung..* Tesis. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Amriyati, Sumarni, & Sutoto (2003). Kinerja perawat ditinjau dari lingkungan kerja dan karakteristik individu. Studi pada instalasi Rawat Inap. RSU Banyumas Unit Swadana Daerah. 6(1), 1-8. Juni 24, 2010 [digilib.ugm.ac.id/jurnal/download.php?dataId=8589](http://digilib.ugm.ac.id/jurnal/download.php?dataId=8589).
- Aniroen (1991). *Kebijaksanaan departemen kesehatan RI dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan rumah sakit*. Februari 2, 2010. <http://www.scribd.com/doc/7964815/Cdk-071-Upaya-Peningkatan-Pelayanan-Rumah-Sakit>.
- Aprizal, S., Kuntjoro, T., & Probandari, A. (2008). *Kepuasan kerja perawat*. Di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang. 24 Juni, 2010. [http://www.lrckmpk.ugm.ac.id/id/UPPDF/working/No.17\\_Yana\\_04\\_08.pdf](http://www.lrckmpk.ugm.ac.id/id/UPPDF/working/No.17_Yana_04_08.pdf).

Arruum, D. (2009). *Laporan kegiatan residensi kepemimpinan dan manajemen keperawatan di RSUD Tarakan*. Laporan tidak dipublikasikan. Jakarta Pusat.

Arwani & Supriyatno (2006). *Manajemen bangsal keperawatan*. (Cetakan Pertama). Jakarta: EGC

Bushman, M. (2007). *Leadership style theories*. Maret 21, 2010.

[http://www.associatedcontent.com/article/117884/leadership\\_style\\_theories.html](http://www.associatedcontent.com/article/117884/leadership_style_theories.html)

Chowdhury, S. & Lanis, T. (1999). *Importance of self-efficacy of working in team environment in determining individual satisfaction and performance: Does it depend on the team performance?*. Januari 11, 2010. <http://sbaer.uca.edu/research/asbe/1999/08.pdf>.

Cook, C.W., & Hunsaker, P.L. (2001). *Management and organizational behavior*. (3<sup>rd</sup> ed). United States: McGraw-Hill Companies, Inc.

Dimitriadis, Z. (2007). Individual, job, organizational and contextual correlates of employment empowerment: some greek evidence. *EJBO Electronic Journal of Business Ethics and Organization Studies*, 9(2), 36-43. Februari 7, 2010. [http://ejbo.jyu.fi/pdf/ejbo\\_vol9\\_no2\\_pages\\_36-43.pdf](http://ejbo.jyu.fi/pdf/ejbo_vol9_no2_pages_36-43.pdf).

Depdikbud (1991). *Kamus besar bahasa Indonesia*. (Cetakan Ketiga). Jakarta: Balai Pustaka.

Dewettinck, K. (2003). *Psychology empowerment in the workplace. Reviewing the empowerment effects on critical work outcomes*. Februari 17, 2010. <http://www.vlerick.com/en/2702-VLK/version/default/part/AttachmentData/data/vlgms-wp-2003-29.pdf>.



- Djojosedugito, A.M. (2001). *Kebijakan pemerintah dalam bidang pelayanan kesehatan menyongsong AFTA 2003*. Februari 2, 2010. <http://www.pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=665&tbl=artikel>.
- Doran, D., McCutcheon, A.S., & Evans, M.G., (2008). *Impact of the manager's span of control on leadership and performance*. canadian health services research foundation. Final research reports open grants competition. Februari 27, 2010. [http://www.chsrf.ca/final\\_research/ogc/doran2\\_e.php](http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/doran2_e.php).
- El Salam, G.A., Ibrahim, M. M., Mohsen, M. M., & Hassanein, S. E., (2008). Relationship between organizational climate and empowerment of nurses in Menoufiya hospitals Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 14(5), 1173-1184. Januari 20, 2010. [http://www.emro.who.int/emhj/1405/14\\_5\\_2008\\_1173\\_1184.pdf](http://www.emro.who.int/emhj/1405/14_5_2008_1173_1184.pdf).
- Eagly, A.H. & Johannesen-Schmidt, M.C. (2001, Juni). The Leadership styles of women and men. *Journal of Social Issues*. 1(12), 1-31. Maret 3, 2010. [http://www.eurojournals.com/ejsr\\_23\\_3\\_02.pdf](http://www.eurojournals.com/ejsr_23_3_02.pdf).
- Faisal, I. (2006). *Hubungan self-efficacy dengan kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan: Studi di rumah sakit islam (RSI) sakinah Mojokerto*. Februari 19, 2010. <http://adln.lib.unair.ac.id/go.php?id=gdlhub-gdl-s2-2006-ibnufaisal-1856>.
- Frischer, J. (2006). *Laissez-faire leadership versus empowering leadership in new product developing*. Denmark: Danish Centre for Philosophy and Science Studies Aalborg University. Maret 9, 2010. <http://www.think.aau.dk/Publications/loft/workingpapers/2006/lasse-empower.pdf>.

- Gatot, D. B. & Adisasmito, W. (2005). Hubungan karakteristik perawat, isi pekerjaan terhadap kepuasan kerja perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Gunung Jati Cirebon. *Jurnal Kesehatan, Makara*, 9(1), 1-8.  
Juni 23, 2010. Rumah Sakit Muhammadiyah, Bandung. Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.  
<http://repository.ui.ac.id/contents/koleksi/2/117ba44a957fd253d303993fdb6abddca883c1cd.pdf>. Tesis Universitas Indonesia, Depok.
- Gillies, D.A. (1994). *Nursing management. a system approach*. (3<sup>rd</sup> ed). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Gitosudarmo & Mulyono. (1997). *Prinsip dasar manajemen*. (Edisi Ketiga). Yogyakarta: BPFE.
- Hadi, S. (2004). *Metodologi research*. (Jilid 2). Yogyakarta: Penerbit: Andi.
- Hajbaghery M. A., dan Salsali, M. (2005). *A model for empowerment of nursing in Iran*. BMC Health Services Research. Juni 15, 2010.  
[www.biomedcentral.com/1472-6963/5/24/](http://www.biomedcentral.com/1472-6963/5/24/)
- Handoko, T.H. (1998). *Manajemen*. (Edisi Kedua). Yogyakarta: BPFE.
- Hamid, A.Y. S. (2008). *Riset keperawatan. konsep, etika, instrumental*. (Edisi Kedua). Jakarta: Penerbit Kedokteran EGC.
- Hasibuan, M.S.P. (2008). *Manajemen sumber daya manusia*. Edisi Revisi. (Cetakan Kesebelas). Jakarta: PT. Bumi Aksara.
- Hastono, S.P. (2007). *Basic data analysis for health research training. Analisis data kesehatan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

- Heather, K., Laschinger, S., Finegan, J., Shamian, J., & Wilk, P. (2003). Workplace empowerment as a predictor of nurse burnout in restructured healthcare settings. *Loongwoods Review*, 1(3), 1-11. Februari 17, 2010. <http://www.longwoods.com/product.php?productid=17242&cat=365&page=1>.
- Heiserman, D.L. (2008). *Team Nursing*. SweetHaven Publishing Service. Juli 7, 2010. United State Army. <http://www.freed.net/sweethaven/MedTech/NurseFund/default.asp?iNum=3&fraNum=070101>
- Huai-Ting Kuo, Teresa Jeo-Chen Yin, & I-Chuan Li. (2008). Relationship between organizational empowerment and job satisfaction perceived by nursing assistants at long-term care facilities. *Journal of Clinical Nursing*, 17(22), 3059-3066. Maret 24, 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18298502>
- Huber, D.L (2006). *Leadership and nursing care management*. (3<sup>rd</sup> ed) Philadelphia: Sauders Elsevier.
- Ivancevich, M.J., Konopaske, R., & Matteson, M.T. (2005). *Organizational behavior and management*. (7<sup>th</sup> ed). New York: McGraw-Hill International Edition.
- Ivancevich, M.J., Konopaske, R., & Matteson, M.T. (2005). *Perilaku dan manajemen organisasi*. (Yuwono, D., Penerjemah). Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Karyadi (2004). *Hubungan antara gaya kepemimpinan kepala ruangan dengan tingkat stress perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Tugu Ibu Depok*. Tesis. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

- Kasali (2008). *Metode-metode riset kualitatif dalam public relations & marketing communications*. Penerjemah: Cahya Wiratama. Cetakan Pertama. Yogyakarta: Penerbit Bentang.
- Komisi Nasional etik penelitian kesehatan (2007). Maret 12, 2010. <http://www.litbang.depkes.go.id/ethics/knepk/>
- Kozier, B. E. G. & Blais, K. (1997). *Professional nursing, practice, concept dan perspectives*. (3<sup>th</sup> Edition). Canada: Addison-Wesley.
- Kurtz, L. & Jenkins, P. (2008). *Nursing workplace*. Februari, 17 2010. [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m1RYY/is\\_1\\_39/ai\\_n29475578/](http://findarticles.com/p/articles/mi_m1RYY/is_1_39/ai_n29475578/).
- Laschinger dan Finegan (2006). *Using empowerment to build trust and respect in the workplace*. A Strategy for addressing the nursing shortage. Februari 5, 2010 [http://findmaknacles.com/p/maknacles/mi\\_m0FSW/is\\_1\\_23/ai\\_n17208285/](http://findmaknacles.com/p/maknacles/mi_m0FSW/is_1_23/ai_n17208285/).
- Malvárez, S. (2005). *Human resources for health unit. Health systems strengthening area*. Pan American Health Organization. Regional Office of The World Health Organization. Maret 9, 2010. <http://www.observatoriorh.org/Lima/docs/ChallengesNextDecadeENG.pdf>.
- Manojlovich, at al. (2007). *Healthy work environments, nurse-physician communication, and patients' outcomes*. Februari 19, 2010. <http://ajcc.aacnjournals.org/cgi/reprint/16/6/536>.

Manojlovich, M. (2007). Power and empowerment in nursing: looking backward to inform the future. *The Online Journal of Issues in Nursing. A Scholarly Journal of The American Nurses Association*, 12(1), 1-16. Februari 17, 2010.

<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No1Jan07/LookingBackwardtoInformtheFuture.aspx>.

Marquis, B.L., & Huston, C.J. (2006). *Leadership roles and management functions in nursing: theory and application*. (5<sup>th</sup> ed). Philadelphia: Lippincott.

McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (6), 633–642. Juli 15, 2010.

<http://www.journalofadvancednursing.com/docs/03092402.2003.02853.x.pdf>

Mrayyan, M. T., dan Al-Faouri, I. (2008). Commitment and job performance of Jordanian nurses. *Nursing Forum An Independent Voice For Nursing*, (43) (1), 24-37. Juli 15, 2010.

<http://www3.interscience.wiley.com/journal/119394840/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>

Nasution (2007 ). *Metode research (penelitian ilmiah)*. Edisi Pertama. Jakarta: Penerbit: Bumi Aksara.

Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi kesehatan & ilmu perilaku*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta.

Nawawi, H. (1998). *Manajemen sumber daya manusia untuk bisnis yang kompetitif*. Yogyakarta.

Nedd, N. (2006). *Perceptions of empowerment and intent to stay*. Maret 7, 2010. [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m0FSW/is\\_1\\_24/ai\\_n17211980/](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSW/is_1_24/ai_n17211980/).

Newstrom, J.W., & Davis, K. (1997). *Organizational behavior. Human behavior at work*. Tenth Edition. New York: McGraw-Hill Companies, Inc.

Newstorm, J.W. & Davis, K. (1997). *Organizational behavior, human behavior at work*. (3<sup>rd</sup> Edition). New York: Mc-Graw-Hill.

Oshagbemi, T. (2004). Age influences on the leadership styles and behaviour of managers. *Journal Emerald*, 26(1), 14-29. Maret 7, 2010.

<http://www.emeraldinsight.com/Insight/viewContentItem.do?contentType=Article&hdAction=lnkhtml&contentId=879830>.

Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research. principles and methods*. (6<sup>th</sup> ed). Philadelphia: Lipincott.

Purbadi, D. & Sofiana, N.A. (2006). *Analisis faktor lingkungan dan individu yang berpengaruh terhadap peningkatan kinerja perawat (Studi kasus instalasi rawat inap rumah sakit annisa cikarang)*. ITB Central Library. Maret 24, 2010.

<http://digilib.itb.ac.id/gdl.php?mod=browse&op=read&id=jbptsbmitb-gdl-nooraridas-86>

Rad, A.M.M. & Yarmohammadian, M.H. (2006). *A study of relationship between managers' leadership style and employees' job satisfaction*. Maret 5, 2010.

<http://www.emeraldinsight.com/Insight/viewContentItem.do;jsessionid=09831DF3FFD287F64EC2100CE14F5119?contentType=Article&hdAction=lnkhtml&contentId=1554523>.

Ramachaudran, V.S. (1998). *Self efficacy*. (Ed.). *Encyclopedia of human behavior* New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press. Januari 4, 2010. <http://www.des.emory.edu/mfp/BanEncy.html>.

Rampur, S. (2009). *Leadership styles in nursing*. Februari 27, 2010.

<http://www.buzzle.com/articles/leadership-styles-in-nursing.html>.

Rebecca, A. et al. (1996). *Decision making in nursing*. Maret 28, 2010.

[http://books.google.co.id/books?id=FXkk2kNrWtAC&pg=PA199&lpg=PA199&dq=between+leadership+style+democratic+on+empowerment+of+nursing&source=bl&ots=G3pmwF\\_leJ&sig=VeDyKT1VTb2NQRxiTrF9o\\_vb4rwQ&hl=id&ei=VZ2uS9rtIIfCrAfQnoCnAQ&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=4&ved=0CBYQ6AEwAzgK#v=onepage&q=between%20leadership%20style%20democratic%20on%20empowerment%20of%20nursing&f=false](http://books.google.co.id/books?id=FXkk2kNrWtAC&pg=PA199&lpg=PA199&dq=between+leadership+style+democratic+on+empowerment+of+nursing&source=bl&ots=G3pmwF_leJ&sig=VeDyKT1VTb2NQRxiTrF9o_vb4rwQ&hl=id&ei=VZ2uS9rtIIfCrAfQnoCnAQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=4&ved=0CBYQ6AEwAzgK#v=onepage&q=between%20leadership%20style%20democratic%20on%20empowerment%20of%20nursing&f=false)

Robbins, S.P. & Judge, T.A. (2008). *Perilaku organisasi*. Edisi kedua belas. Buku 1. (Angelica, D., penerjemah). Jakarta: Penerbit Salemba Empat.

Rogers, Chamberlin, Ellison, & Crean (1997). *A Consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services*. Maret 8, 2010. <http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/reprint/48/8/1042>.

Safaria, T. (2004). *Kepemimpinan*. (Edisi Pertama). Yogyakarta: Penerbit Graha Ilmu.

Santoso, A. (2006). *Hubungan empowerment dengan kinerja perawat pelaksana di rumah sakit umum kota Semarang*. Tesis. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Sastroasmoro & Ismael (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi Ketiga. Jakarta: Penerbit: CV. Sagung Seto.

Schermerhorn, J. R., Hunt, J. G., Osborn, R. N. (2003). *Organizational behavior*. (8<sup>th</sup> ed). John Wiley & Sons United States of America: Inc.

Seaman, C.H.C., & Verhonick, P.J. (1982). *Research methods for undergraduate student in nursing*. (2<sup>nd</sup> ed) . New Zealand: Appleton-Century-Crofts.

Sitiawati, D. & Zulkaida, A. (2007). *Perbedaan komitmen kerja berdasarkan orientasi peran gender pada karyawan di bidang kerja non tradisional*. ISSN (2), 1858-2599.  
[http://www.gunadarma.ac.id/library/articles/graduate/psychology/2007/artikel\\_10502058.pdf](http://www.gunadarma.ac.id/library/articles/graduate/psychology/2007/artikel_10502058.pdf)

Setiowati, D. (2009). *Laporan kegiatan residensi kepemimpinan dan manajemen keperawatan di RSUD Budhi Asih*. Jakarta Timur.

Shermon, G. (2004). *Competency based HRM: A strategic resource for competency mapping, assessment and development centres*. New Delhi: Mcgraw-Hill

Spreitzer, G. (2007). *Taking stock: a review of more than twenty years of research on empowerment at work*. For publication in *The Handbook of Organizational Behavior*, Sage Publications Februari 17, 2010.  
<http://webuser.bus.umich.edu/spreitze/EmpowermentandSelf-management.pdf>.

Spreitzer, G. et, al. (1997). *A dimensional analysis of the relationship between psychological empowerment and effectiveness, satisfaction, and strain* Februari 17, 2010  
[http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m4256/is\\_n5\\_v23/ai\\_20231487/pg\\_2/?tag=content;coll](http://findarticles.com/p/articles/mi_m4256/is_n5_v23/ai_20231487/pg_2/?tag=content;coll).

Steers, R.M., & Porter, L.W. (1991). *Motivation and work behavior*. (5<sup>th</sup> ed). New York: McGraw-Hill, Inc.

Stewart, Julie G, McNulty, Rita, Griffin, May T. Quinn, Fitzpatrick, & Joyce J. (2008). *Psychology empowerment and structural empowerment among*



nurse practitiones. Januari 22, 2010.

<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/123232456/PDFSTAR.T>.

Suhasbagyo (2007). *Hubungan gaya kepemimpinan dan struktur organisasi rumah sakit pelabuhan Cirebon terhadap kepuasan kerja perawat dan bidan*. Maret 4, 2010. [http://arc.ugm.ac.id/files/Abst\\_\(3946-H-2007\).pdf](http://arc.ugm.ac.id/files/Abst_(3946-H-2007).pdf).

Supriyatna, Y. (2003). *Hubungan antara gaya kepemimpinan kepala ruangan dengan produktivitas kerja perawat di rumah sakit pusat pertamina Jakarta Tahun 2002*. Tesis. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Swansburg, R. C. & Swansburg R.J. (1999). *Introductory management and leadership for Nurses*. (2<sup>nd</sup> ed). Jones and Bartlett Publishers.Sudbury, Massachusetts.

Tappen, R.M. (1989). *Nursing leadership and management: concepts and practice*. Third Edition. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Tantri, B.D. & Kembaren, E.M. (2005). *Hubungan antara dimensi-dimensi gaya kepemimpinan kepala perawat dengan motivasi berprestasi di sebuah rumah sakit*. Maret 12, 2010  
<http://lib.atmajaya.ac.id/default.aspx?tabID=61&src=k&id=82106>. Tesis. Unika Atma Jaya.

Taylor, C., Lillis, C., & LeMone, P. (1993). *Fundamentals of nursing. The art and science of nursing care*. (2<sup>nd</sup> ed). Lippincott-Philadelphia. New York.

Trianasari, M. (2009). *Hubungan budaya organisasi dan gaya kepemimpinan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSD Raden Mattahe, Jambi*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Watson, R., McKenna, H.Cowman, S., & Keady, J. (2008). *Nursing research: designs and methods*. Phildephia: Elsevier.

Whetten, D.A., & Cameron, K.S. (2005). *Developing management skills*. (6<sup>th</sup> ed). International Edition. New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Wibowo (2007). *Manajemen kinerja*. (Edisi Pertama). Jakarta: PT Raja Gravindo.

Xu Huang, Kan Shi, Zhijie Zhang, & Yat Lee Cheung. (2006). The Impact of participative leadership behavior on psychological empowerment and organizational commitment in Chinese state-owned enterprises: the moderating role of organizational tenure. *Asia Pasific Journal of Management*, 23(3), 345-367. Juni 16, 2010.

<http://www.springerlink.com/content/4601020u65614w54/>



### JADWAL KEGIATAN PENELITIAN TAHUN 2010

KEGIATAN	Januari					Februari				Maret					April				Mei					Juni				Juli			
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4
Studi pendahuluan	■	■	■																												
Penyusunan dan konsultasi proposal		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																	
<b>Seminar proposal</b>															■																
Perbaikan proposal																■	■	■													
Uji coba instrumen dan perbaikan																	■	■													
Pengumpulan data																		■	■	■	■										
Pengolahan data																			■	■	■	■									
Penyusunan dan konsultasi laporan hasil penelitian																						■	■	■	■	■					
<b>Seminar hasil penelitian</b>																												■			
Perbaikan laporan hasil penelitian																												■	■		
<b>Sidang penelitian</b>																														■	

**KUESIONER**

**HUBUNGAN GAYA KEPEMIMPINAN KEPALA RUANGAN  
DAN KARAKTERISTIK PERAWAT DENGAN  
PEMBERDAYAAN PSIKOLOGIS PERAWAT PELAKSANA  
DI RSUD TARAKAN JAKARTA**



**OLEH:  
DIAH ARRUUM  
0806446095**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN  
DEPOK  
MEI 2010**

## **PENJELASAN PENELITIAN**

Kepada Yth : Sejawat Perawat di RSUD Tarakan Jakarta

Dengan Hormat,

Saya bernama Diah Arruum, NPM. 0806446095 No. Telp. 081362191659, adalah Mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia akan melakukan penelitian tentang “Hubungan Gaya Kepemimpinan Kepala Ruangan dan Karakteristik Perawat dengan Pemberdayaan Psikologis Perawat Pelaksana di RSUD Tarakan Jakarta”. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan antara gaya kepemimpinan kepala ruangan dan karakteristik perawat dengan pemberdayaan psikologis perawat pelaksana di RSUD Tarakan Jakarta. Data yang diperoleh dari saudara akan dipergunakan untuk kepentingan akademik dan sebagai masukan untuk pengembangan ilmu keperawatan khususnya dibidang manajemen keperawatan.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan kerugian atau dampak negatif terhadap pekerjaan saudara. Identitas saudara akan dirahasiakan dan hanya dipergunakan bagi keperluan penelitian ini. Jika saudara bersedia menjadi responden dan selanjutnya akan timbul kerugian, maka saudara diperkenankan untuk mengundurkan diri sebagai responden. Jika saudara berkenan untuk berpartisipasi sebagai responden, kami persilahkan untuk mengisi lembar persetujuan ini dan jika ada yang ingin ditanyakan tentang penelitian ini maka saudara dapat menghubungi peneliti pada nomor kontak yang tercantum diatas. Atas perhatian dan kesediaan saudara saya ucapkan terima kasih.

Jakarta, Mei 2010

Peneliti

Diah Arruum



---

## **SURAT PENYATAAN**

### **PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN**

Setelah saya diberi informasi dari peneliti dan membaca lembar penjelasan penelitian tersebut, maka saya mengetahui dan memahami bahwa tujuan dan manfaat penelitian ini adalah untuk pengembangan dan perbaikan dalam pelayanan keperawatan

Saya mengetahui bahwa identitas saya akan dirahasiakan dan tidak akan berdampak negatif bagi saya. Saya menyadari bahwa saya ikut berpartisipasi dalam penelitian ini berdasarkan atas sukarela tanpa paksaan dari siapa pun juga untuk menjadi responden penelitian.

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya memberikan persetujuan untuk menjadi responden dalam penelitian saudara.

Jakarta, Mei 2010

Tanda Tangan Peneliti,

Tanda Tangan Responden,

Diah Arruum

.....



## KUESIONER A

### KARAKTERISTIK DEMOGRAFI PERAWAT PELAKSANA

Kode Responden

Diisi oleh peneliti

#### Petunjuk:

Kepada Bapak/Ibu dimohon untuk mengisi kuesioner ini dengan cara mengisi titik-titik atau memberi tanda *check list* ( $\surd$ ) pada kolom yang tersedia dibawah ini.

1. Umur Saudara : .....tahun
2. Jenis kelamin : Laki-laki ( ) Perempuan ( )
3. Pendidikan terakhir :  
SPK ( )  
DIII Keperawatan ( )  
S1 Keperawatan ( )
4. Status pernikahan : kawin ( ) tidak kawin ( )
5. Lama kerja sebagai perawat : .....bulan/tahun.
6. Status pekerjaan: PNS ( ) CPNS ( ) PTT ( ) Non PNS ( )



---

## KUESIONER B

### GAYA KEPEMIMPINAN KEPALA RUANGAN

#### Petunjuk Pengisian:

Bacalah pertanyaan-pertanyaan dibawah ini dengan baik, dan jawablah dengan memberi **tanda X (silang)** pada salah satu jawaban yang saudara anggap paling sesuai dengan kenyataan yang sedang saudara hadapi.

**DIMOHON KEPADA SAUDARA UNTUK MENJAWAB PERTANYAAN INI DENGAN SEJUJUR-JUJURNYA DAN JAWABAN SAUDARA AKAN DIJAMIN KERAHASIAANNYA OLEH PENELITI.**

**PADA SAAT MENJAWAB PERTANYAAN DIMOHON KEPADA SAUDARA UNTUK JANGAN MELEWATKAN SATU PERTANYAAN DI BAWAH INI.**

---

#### Pertanyaan:

1. Apa yang dilakukan kepala ruangan saudara pada saat menetapkan visi, misi dan tujuan keperawatan di ruangan tempat saudara dinas?
  - a. Mengajak semua perawat untuk mendiskusikannya dan menetapkannya berdasarkan hasil kesepakatan seluruh perawat.
  - b. Menyampaikan rumusan yang dibuat kepala ruangan, mendiskusikannya dan menetapkannya berdasarkan hasil kesepakatan seluruh perawat.
  - c. Menyampaikan rumusan yang dibuat oleh kepala ruangan dan tidak memberi kesempatan untuk mendiskusikannya secara bersama-sama.
  - d. Menyerahkan sepenuhnya kepada perawat pelaksana untuk merumuskan.
2. Bagaimanakah sikap kepala ruangan saudara pada saat menerima suatu kebijakan/peraturan dari bidang keperawatan yang harus saudara jalankan sebagai perawat pelaksana?
  - a. Menempelkan kebijakan/peraturan didalam buku komunikasi perawat.
  - b. Menjelaskan dan meminta pendapat dari seluruh perawat pelaksana, kemudian pendapat tersebut disampaikan kepada pembuat kebijakan/peraturan.
  - c. Menjelaskan dan meminta pendapat dari seluruh perawat pelaksana, kemudian menetapkan bahwa peraturan /kebijakan harus tetap dijalankan.
  - d. Menjelaskan bahwa peraturan/kebijakan tersebut mutlak harus dilaksanakan.



3. Apa yang dilakukan oleh kepala ruangan saudara apabila bidang keperawatan merencanakan untuk melakukan sosialisasi metode baru dalam tindakan keperawatan tertentu yang akan merubah pola kerja yang lama?
  - a. Menetapkan bahwa sosialisasi harus dilaksanakan sesuai dengan keputusan bidang keperawatan.
  - b. Membiarkan sampai keputusan itu dilaksanakan atau dibatalkan oleh kepala bidang keperawatan.
  - c. Meminta pendapat seluruh perawat pelaksana, dan menyampaikan pendapat tersebut kepada bidang keperawatan.
  - d. Menjelaskan dan meminta pendapat dari perawat pelaksana untuk menyetujui rencana tersebut.
4. Apa yang biasanya dilakukan oleh kepala ruangan saudara dalam merencanakan suatu tindakan untuk mengatasi masalah yang terjadi di ruangan?
  - a. Meminta saudara untuk menyelesaikannya sendiri.
  - b. Kepala ruangan saudara mengatasinya sendiri masalah tersebut.
  - c. Meminta saudara untuk memberikan masukan tentang penyelesaian masalah dan kepala ruangan yang memutuskan penyelesaian tersebut.
  - d. Perawat pelaksana dan kepala ruangan bersama-sama menyelesaikan masalah tersebut.
5. Bagaimanakah kepala ruangan saudara dalam memberikan penugasan kepada perawat pelaksana untuk melakukan suatu tindakan yang memerlukan keterampilan khusus?
  - a. Meminta perawat pelaksana untuk melaksanakannya secara sukarela tanpa arahan dari kepala ruangan terlebih dahulu.
  - b. Menugaskan perawat pelaksana yang dianggap kompeten setelah berdiskusi dengan perawat pelaksana lainnya.
  - c. Menyebutkan nama salah satu perawat pelaksana dengan meminta pendapat dari perawat pelaksana terlebih dahulu.
  - d. Menunjuk langsung perawat yang dianggap kompeten oleh kepala ruangan tanpa meminta pendapat dari perawat pelaksana lainnya.
6. Bagaimanakah mekanisme pengambilan keputusan yang dilakukan oleh kepala ruangan saudara terhadap berbagai permasalahan yang terjadi di ruangan?
  - a. Kepala ruangan memberikan beberapa alternatif penyelesaian masalah yang akan dilakukan oleh perawat pelaksana.
  - b. Keputusan diambil langsung oleh kepala ruangan.

- c. Kepala ruangan membiarkan masalah berlalu dan hilang dengan sendirinya sesuai dengan perjalanan waktu.
  - d. Keputusan diambil berdasarkan musyawarah atau suara terbanyak.
7. Menurut saudara bagaimanakah sikap kepala ruangan dalam berhubungan dengan perawat pelaksana?
- a. Kehadiran kepala ruangan pada saat dinas menimbulkan perasaan takut dan tertekan.
  - b. Kepala ruangan lebih banyak menjalankan hubungan sosial dengan perawat pelaksana daripada hubungan kerja antara atasan dan bawahan.
  - c. Terbuka dan dapat berperan sebagai teman.
  - d. Terbuka dalam beberapa hal, tetapi lebih sering mempertahankan pendapatnya sendiri.
8. Bagaimanakah kepala ruangan saudara dalam memberikan tanggung jawab terhadap tindakan keperawatan di ruangan?
- a. Tanggung jawab dalam tindakan keperawatan dilakukan secara bersama-sama antara perawat pelaksana dan kepala ruangan.
  - b. Tanggung jawab dilakukan oleh kepala ruangan dengan meminta penjelasan kepada perawat pelaksana terlebih dahulu.
  - c. Tanggung jawab dilakukan oleh kepala ruangan tanpa melibatkan perawat pelaksana.
  - d. Tanggung jawab diserahkan seluruhnya kepada perawat pelaksana tanpa keterlibatan kepala ruangan.
9. Apa yang dilakukan kepala ruangan saudara sebelum menetapkan jadwal dinas untuk bulan berikutnya?
- a. Menyerahkan sepenuhnya kepada perawat pelaksana sesuai dengan keinginan.
  - b. Memberi kesempatan kepada perawat pelaksana untuk menetapkan jadwal dinas sesuai dengan kebutuhan dan peraturan yang berlaku.
  - c. Meminta pendapat dari perawat pelaksana tentang jadwal dinas yang sudah dibuat.
  - d. Membuat jadwal dinas yang harus dijalankan perawat pelaksana dan tidak dapat ditawarkan lagi.

- 10.** Bagaimana sikap kepala ruangan saudara apabila ada kesempatan untuk mengikuti seminar/pelatihan untuk satu orang perawat pelaksana dari ruangan saudara.
- Memilih salah satu dengan mempertimbangkan kualifikasi dan pemerataan kesempatan.
  - Mengusulkan beberapa nama dan memutuskan untuk memilih salah satunya.
  - Menunjuk langsung salah satu perawat yang memiliki hubungan dekat dengan kepala ruangan.
  - Menunggu sampai ada perawat pelaksana yang menyodorkan diri untuk mengikutinya.
- 11.** Bagaimanakah penilaian saudara terhadap prinsip keadilan yang dijalankan kepala ruangan terhadap perawat pelaksana?
- Perawat yang paling berhubungan dekat diutamakan.
  - Perawat yang berprestasi tinggi diutamakan.
  - Setiap perawat diberi kesempatan yang sama untuk maju.
  - Perawat senior diutamakan dalam berbagai kesempatan.
- 12.** Bagaimanakah pendapat saudara terhadap pembentukan tim di ruangan yang ditetapkan oleh kepala ruangan untuk perawat pelaksana?
- Kepala ruangan dan perawat pelaksana membentuk tim bersama-sama sesuai dengan kesepakatan.
  - Kepala ruangan meminta pendapat dari perawat pelaksana untuk membentuk tim di ruangan.
  - Kepala ruangan membentuk tim untuk perawat pelaksana tanpa meminta pendapat dari perawat pelaksana terlebih dahulu.
  - Kepala ruangan memberikan kebebasan kepada perawat pelaksana untuk membentuk tim di ruangan tanpa keterlibatan kepala ruangan.
- 13.** Apabila ada satu kesempatan kepala ruangan harus menghadiri dua pertemuan penting, apa yang dilakukan kepala ruangan saudara?
- Menghadiri salah satu pertemuan saja.
  - Menunjuk perawat yang dianggap mampu untuk mewakili pertemuan.
  - Menunjuk perawat senior untuk menghadiri pertemuan.
  - Menghadiri kedua pertemuan dengan membagi waktu.

- 14.** Apabila ada salah seorang perawat yang sering tidak masuk kerja, maka yang dilakukan kepala ruang, adalah
- Mengajak bicara, menanyakan alasan ketidakhadiran dan membantu mencari jalan keluar.
  - Menasehati dan mengingatkan tanggung jawab yang dipikul seorang perawat.
  - Menegur dengan sindiran.
  - Membiarkan.
- 15.** Apa yang dilakukan kepala ruangan apabila prestasi kerja saudara tinggi?
- Mengatakan kepada orang lain bahwa keberhasilan itu merupakan hasil bimbingannya.
  - Menganggap apa yang dikerjakan merupakan kewajiban dari seorang perawat pelaksana.
  - Memberi pekerjaan dan tanggung jawab yang lebih banyak lagi.
  - Memberi penghargaan meskipun hanya dengan pujian.
- 16.** Apa yang dilakukan kepala ruangan saudara dalam membina komunikasi antara perawat pelaksana?
- Kepala ruangan dan perawat pelaksana saling memberikan informasi tentang pekerjaan di ruangan.
  - Meminta pendapat dari perawat pelaksana sebelum kepala ruangan memberikan informasi tentang pekerjaan di ruangan
  - Informasi diberikan kepala ruangan tanpa meminta informasi dulu dari perawat pelaksana
  - Kepala ruangan memberikan informasi jika ada informasi yang penting saja atau bila ada yang ditanya oleh perawat pelaksana.
- 17.** Bagaimanakah cara kepala ruangan saudara dalam memberikan penilaian kinerja?
- Perawat pelaksana tidak mengetahui penilaian kinerja dari kepala ruangan.
  - Perawat pelaksana diberi kesempatan untuk menilai diri sendiri, kemudian hasil penilaian didiskusikan.
  - Perawat pelaksana dimintai pendapat tentang penilaian yang sudah dibuat oleh kepala ruangan.
  - Penilaian dilakukan sendiri oleh kepala ruangan dan hasilnya langsung dilaporkan kepada yang berwenang.

- 18.** Apabila ada kejadian luar biasa diruangan yang dikarenakan kelalaian perawat pelaksana, misalnya klien jatuh dari tempat tidur. Apa yang dilakukan kepala ruangan untuk menyelesaikan masalah tersebut?
- Mencari tahu kejadian yang sesungguhnya dari perawat yang bertanggung jawab.
  - Meminta perawat yang bertanggung jawab untuk membuat surat pernyataan.
  - Melaporkan perawat yang bertanggung jawab tersebut kepada bidang keperawatan.
  - Membiarkan perawat yang bertanggung jawab tersebut untuk menyelesaikan masalahnya sendiri.
- 19.** Apabila ada seorang perawat pelaksana dimarahi oleh dokter, apa yang biasanya dilakukan oleh kepala ruangan saudara?
- Meminta maaf kepada dokter dari perawat pelaksana yang dimarahi.
  - Memarahi perawat pelaksana didepan dokter.
  - Kepala ruangan saudara diam saja.
  - Mengklarifikasi permasalahan antara dokter dan perawat yang bersangkutan.
- 20.** Bagaimanakah cara kepala ruangan dalam mengatasi keluhan saudara terhadap pekerjaan saudara di ruangan?
- Meminta perawat pelaksana untuk menceritakan keluhannya dan didiskusikan bersama-sama.
  - Meminta perawat pelaksana untuk menceritakan keluhannya, dan kepala ruangan memberikan penyelesaian masalahnya.
  - Penyelesaian masalah dilakukan sendiri oleh kepala ruangan sebelum meminta tanggapan saudara.
  - Kepala ruangan tidak tahu bagaimana menyelesaikannya kemudian menghindar dari masalah.



## KUESIONER C

### PEMBERDAYAAN PSIKOLOGIS PERAWAT PELAKSANA

#### Petunjuk Pengisian:

Mohon bantuan dan kesediaan Bapak/Ibu untuk menjawab seluruh pernyataan ini, dan **TIDAK MELEWATKAN** satu pun jawaban dari seluruh pernyataan yang telah tersedia dibawah ini.

Lingkarilah salah satu angka pada kolom dibawah ini yang sesuai dengan keadaan Bapak/Ibu saat ini yang sebenar-benarnya dengan alternatif jawaban:

#### **Keterangan**

1= Sangat Tidak Setuju (STS), jika pernyataan tersebut sangat tidak disetujui.

2= Tidak Setuju (TS), jika pernyataan tersebut tidak disetujui.

3= Setuju (S), jika pernyataan tersebut disetujui.

4= Sangat Setuju (SS), jika pernyataan tersebut sangat disetujui.

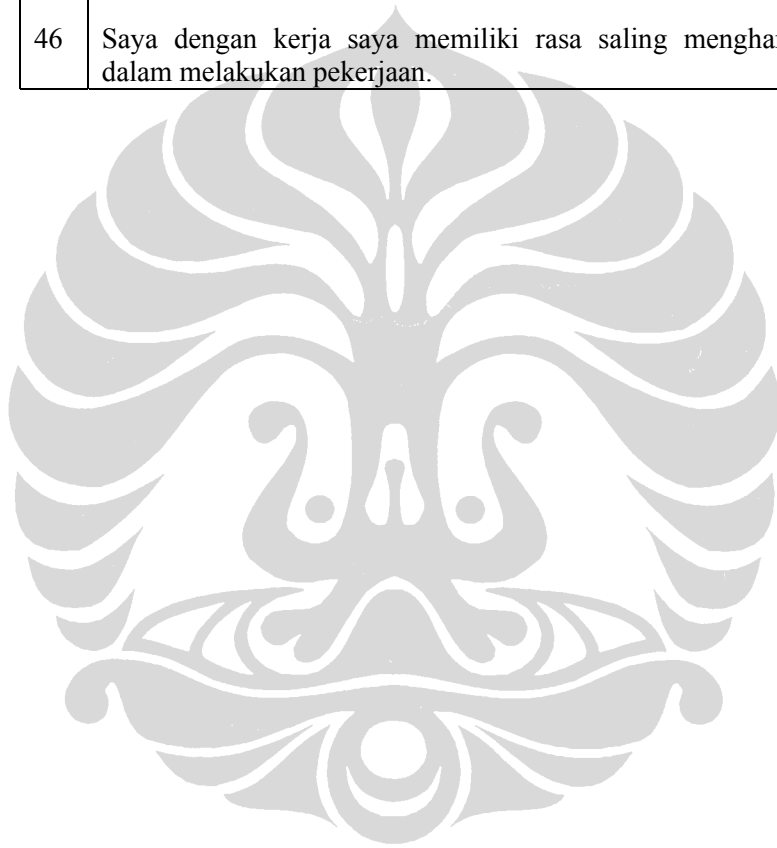
No	PERNYATAAN	STS	TS	S	SS
1.	Saya yakin dengan kemampuan saya untuk melakukan pekerjaan.	1	2	3	4
2.	Saya memiliki otonomi dalam menentukan pekerjaan saya	1	2	3	4
3.	Sesuatu yang terjadi didalam ruangan ini dapat memberikan dampak yang besar terhadap saya.	1	2	3	4
4.	Pekerjaan yang saya lakukan sangat penting bagi saya.	1	2	3	4
5	Saya percaya bahwa rekan kerja saya mau berbagi informasi penting dengan saya.	1	2	3	4
6	Saya percaya diri dengan kemampuan saya untuk melakukan pekerjaan.	1	2	3	4
7	Saya dapat mengaktualisasikan sendiri pekerjaan yang saya lakukan.	1	2	3	4
8	Saya dapat mengendalikan diri saya terhadap apa yang terjadi diruangan saya.	1	2	3	4

No	PERNYATAAN	STS	TS	S	SS
9	Aktivitas kerja yang saya lakukan sangat berarti bagi saya secara pribadi.	1	2	3	4
10	Saya percaya akan kejujuran rekan kerja saya dalam melakukan pekerjaan di ruangan ini.	1	2	3	4
11	Saya menguasai keterampilan yang diperlukan untuk pekerjaan saya.	1	2	3	4
12	Saya mempunyai banyak kesempatan untuk mandiri dan bebas dalam melakukan pekerjaan saya.	1	2	3	4
13	Tindakan yang saya lakukan mempengaruhi terhadap apa yang terjadi di ruangan saya.	1	2	3	4
14	Saya merasa berharga dalam melakukan pekerjaan saat ini.	1	2	3	4
15	Saya percaya bahwa teman kerja saya dapat memenuhi kesepakatan yang telah dibuat dalam menyelesaikan pekerjaan.	1	2	3	4
16	Pekerjaan yang saya lakukan sesuai dengan kompetensi dan kemampuan yang saya miliki.	1	2	3	4
17	Saya sering menggunakan inisiatif saya sendiri dalam melakukan pekerjaan.	1	2	3	4
18	Saya merasa bahwa pendapat/informasi yang saya berikan didengar ditempat kerja saya.	1	2	3	4
19	Saya peduli dengan pekerjaan yang saya lakukan	1	2	3	4
20	Saya percaya terhadap yang apa yang saya kerjakan di ruangan ini akan bermanfaat untuk saya.	1	2	3	4
21	Saya memiliki dorongan dari dalam diri saya untuk melakukan aktivitas pekerjaan saya.	1	2	3	4
22	Saya dapat menentukan apa yang akan saya lakukan di ruangan ini, karena keahlian yang saya miliki.	1	2	3	4
23	Saya yakin bahwa keahlian yang saya miliki akan mengalami suatu perubahan dalam pekerjaan saya.	1	2	3	4
24	Saya merasa terpaksa bekerja di rumah sakit ini.	1	2	3	4
25	Saya merasa rekan kerja saya tidak peduli dengan diri saya.	1	2	3	4

26	Saya belum memiliki pengetahuan dalam melakukan tindakan.	1	2	3	4
27	Saya menunggu instruksi dari atasan dalam melakukan tindakan.	1	2	3	4
28	Saya yakin bahwa keahlian yang saya miliki belum dapat berdampak pada diri saya sendiri	1	2	3	4
29	Saya merasa belum puas dengan kebijakan/aturan yang telah ditetapkan di rumah sakit ini.	1	2	3	4
30	Saya belum dapat mengaktualisasikan pekerjaan saya sendiri sehingga tugas-tugas yang saya lakukan belum dapat diselesaikan dengan cepat.	1	2	3	4
31	Prosedur yang ada di tempat kerja saya menjadi bagian dalam pekerjaan saya.	1	2	3	4
32	Aktivitas yang saya lakukan belum sesuai dengan kebutuhan dalam pekerjaan saya.	1	2	3	4
33	Saya belum yakin bahwa dengan menjalin kerjasama akan dapat meningkatkan rasa percaya saya terhadap rekan kerja saya.	1	2	3	4
34	Saya belum dapat menyelesaikan pekerjaan apa saja yang diberikan kepada saya.	1	2	3	4
35	Saya dapat menentukan sendiri kapan untuk memulai dan mengakhiri pekerjaan yang akan saya lakukan.	1	2	3	4
36	Hingga kini saya belum dapat untuk beradaptasi dengan lingkungan tempat kerja saya.	1	2	3	4
37	Aktivitas yang saya lakukan memberi nilai yang berarti dalam pekerjaan saya.	1	2	3	4
38	Jika ada kesulitan dalam pekerjaan, saya berusaha untuk menyelesaikannya.	1	2	3	4
39	Saya dapat menentukan sendiri prioritas pekerjaan yang harus saya selesaikan terlebih dahulu.	1	2	3	4
40	Pekerjaan yang saya lakukan memberikan keyakinan saya untuk terus bekerja di rumah sakit ini.	1	2	3	4
41	Saya merasa bahwa imbalan yang saya terima belum sesuai dengan apa yang sudah saya berikan untuk rumah sakit ini.	1	2	3	4



42	Jika ada hambatan dalam pekerjaan, saya serahkan kepada rekan kerja saya.	1	2	3	4
43	Saya belum dapat mengambil tindakan yang tepat untuk dapat saya selesaikan di ruangan ini.	1	2	3	4
44	Saya mudah menjadi putus asa dalam bekerja jika saya mendapatkan masalah di ruangan ini.	1	2	3	4
45	Saya merasa cepat lelah dalam melakukan pekerjaan saya sehari-hari.	1	2	3	4
46	Saya dengan kerja saya memiliki rasa saling menghargai dalam melakukan pekerjaan.	1	2	3	4





Lampiran 4

**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : /PT02.H5.FIK/I/2008 22 Desember 2009  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan meninjau

Yth. Direktur  
RSUD. Tarakan  
Jakarta

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (PMIK-FIKUI) Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan atas nama:


**Sdr. Diah Arruum**  
**0806446095**

bersama ini kami sampaikan bahwa pelaksanaan tesis tersebut merupakan bagian akhir dalam menyelesaikan studi di FIK-UI.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengijinkan mahasiswa untuk *meninjau* RSUD. Tarakan sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Pelaksana Harian Dekan,

  
Dra. Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc, PhD  
NIP 19570115 198003 2 002

- Tembusan Yth. :
1. Dekan FIK-UI (sebagai laporan)
  2. Sekretaris FIK-UI
  3. Manajer Pendidikan & Mahalum FIK-UI
  4. Ketua Program Magister FIK-UI
  5. Koordinator M.A. "Tesis" FIK-UI
  6. Peringgal

PEMERINTAH DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TARAKAN**  
Jl. Kyai Caringin No. 7 Telp. 3503003 Fax. 3503412  
JAKARTA PUSAT

Jakarta, 4 Januari 2010

Nomor : 02/084.6  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : Permohonan Meninjau

Kepada Yth :  
Pelaksana Harian Dekan  
Program Magister Ilmu Keperawatan  
Fakultas Ilmu Keperawatan  
Universitas Indonesia  
Di tempat

Dengan hormat,

Membalas surat saudara / PT02.H5.FIK / I / 2008 tertanggal 22 Desember 2009 tentang Permohonan Meninjau Mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia di RSUD Tarakan atas nama :

Nama : Diah Arruum  
NIM : 0806446095

Bersama ini kami sampaikan sebagai berikut :

1. Pada prinsipnya kami tidak keberatan atas permohonan tersebut.
2. Peserta diharuskan membuat perjanjian ikatan kerjasama terlebih dahulu.
3. Peserta dikenakan Institusional Fee sesuai SK Direktur RSUD Tarakan No. 60 / SK / RST / 2008 ( SK Terlampir ). Pembayaran dilakukan sebelum kegiatan berlangsung.
4. Peserta sebelumnya diharuskan menyerahkan proposal yang telah disetujui pembimbing kepada RSUD Tarakan untuk dipelajari. Jika Ada hal yang kurang sesuai, pihak RSUD Tarakan berhak menolak permohonan tersebut.
5. Hasil penelitian harus diserahkan ke RSUD Tarakan setelah selesai.

Untuk keterangan lebih lanjut harap menghubungi Instalasi Diklatbang RSUD Tarakan Telp (021) 3503003 Ext 312.

Demikianlah harap maklum, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Direktur RSUD Tarakan



Dr.R.Koesmedi P, SpOT,MKes  
Nip. 140 191 534

Tembusan :

1. Wadir Pelayanan RSUD Tarakan
2. Ka.Bid.Keperawatan RSUD Tarakan
3. Ka.Sub.Bag.Program RSUD Tarakan
4. Ka.Instalasi Diklatbang RSUD Tarakan
5. Arsip



**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
 Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : /H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010 19 April 2010  
 Lampiran : --  
 Perihal : Permohonan ijin uji instrument penelitian

Yth. Direktur  
 RSUD. Pasar Rebo  
 Jakarta

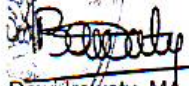
Dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

**Diah Arruum**  
**0806446095**

Akan mengadakan penelitian dengan judul: "Hubungan Gaya Kepemimpinan Kepala Ruangan Dan Karakteristik Perawat Dengan Pemberdayaan Psikologis Perawat Pelaksana Di RSUD. Tarakan Jakarta".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan uji instrumen penelitian di RSUD. Pasar Rebo Jakarta.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,  
  
 Dewi Irawaty, MA., Ph.D.  
 NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth.:

1. Bagian Diklat. RSUD. Pasar Rebo - Jakarta
2. Wakil Dekan FIK-UI (sebagai laporan)
3. Sekretaris FIK-UI
4. Manajer Pendidikan FIK-UI
5. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
6. Koordinator M.A. "Tesis"
7. Pertinggal



Lampiran 7  
PEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PASAR REBO

Jl. Letjen. TB. Simatupang No. 30 Pasar Rebo  
Telp. 8400109, 8401127, 8411049 Fax. 8411159  
JAKARTA

Kode Pos : 13760

Nomor : 898 / 08A . 25  
Sifat : Biasa  
Lampiran :  
Hal : Jawaban Ijin Penelitian

26 April 2010

Kepada  
Yth. Dekan Fak. Ilmu Keperawatan  
Universitas Indonesia  
Kampus Universitas Indonesia  
DEPOK

Fax : 021-786414

Sehubungan dengan surat dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Nomor ...../H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010 tanggal 19 April 2010 perihal Permohonan Ijin Uji Instrumen Penelitian yang telah kami terima dengan baik pada tanggal 22 April 2010, maka bersama ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat menerima Ijin Uji Instrumen Penelitian Mahasiswa FIK-UI a.n. Diah Arruum (0806446095) di RSUD Pasar Rebo.

Perlu kami sampaikan bahwa untuk penelitian kami kenakan biaya sebesar Rp. 300.000,- (tiga ratus ribu rupiah)/judul dan untuk konfirmasi dapat menghubungi Wieke Wihandani atau Dwi Anggraini (Staf Diklat) pada nomor telepon 8400109, 8401127 ext. 221.

Demikian kami sampaikan dan agar maklum, atas perhatiannya kami mengucapkan terima kasih.

a.n. DIREKTUR RSUD PASAR REBO  
WILAYAH KEMAYORAN & UMUM,



TRINAWIATI, MARS  
NIP. 148240244

Tembusan :



Nomor : 0224 /H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan ijin penelitian

6 April 2010

Yth. Direktur  
RSUD. Tarakan  
Jakarta


Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

**Diah Arrum**  
**0806446095**

Akan mengadakan penelitian dengan judul: "**Hubungan Gaya Kepemimpinan Kepala Ruang Dan Karakteristik Perawat Dengan Pemberdayaan Psikologis Perawat Pelaksana Di RSUD. Tarakan Jakarta**".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengijinkan mahasiswa *meninjau* untuk mengadakan penelitian di RSUD. Tarakan - Jakarta sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,  
  
Dewi Irawaty, MA., Ph.D.  
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth.:

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Sekretaris FIK-UI
3. Manajer Pendidikan FIK-UI
4. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
5. Koordinator M.A. "Tesis"
6. Peringgal

Lampiran 9

**PEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TARAKAN**  
Jl. Kyai Caringin No. 7 Telp. 3503003 Fax. 3503412  
JAKARTA PUSAT

---

Jakarta, 10 Mei 2010

Nomor : 204/084.6  
Lampiran :  
Perihal : Jawaban Ijin Penelitian

Kepada :

Yth. Dekan  
Program Magister  
Fakultas Ilmu Keperawatan  
Universitas Indonesia  
Di Tempat

Dengan hormat,

Membalas surat saudara nomor 1224/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010 tertanggal 6 April 2010 tentang ijin penelitian a mahasiswa Program Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia di RSUD Tarakan atas nama :

NAMA : Diah Arrum  
NPM : 0806446095  
Judul : "Hubungan Gaya Kepemimpinan Kepala Ruangan dan Karakteristik Perawat Dengan Pemberdayaan Psikologis Perawat Pelaksana di RSUD Tarakan Jakarta "

Bersama ini kami sampaikan sebagai berikut :

1. Pada prinsipnya kami tidak keberatan atas permohonan tersebut.
2. Peserta dikenakan Institusional Fee sesuai SK Direktur RSUD Tarakan No. 06 / SK / RST / 2010 ( SK Terlampir ). Pembayaran dilakukan sebelum kegiatan berlangsung.
3. Peserta sebelumnya diharuskan menyerahkan proposal yang telah disetujui pembimbing kepada RSUD Tarakan untuk dipelajari. Jika Ada hal yang kurang sesuai, pihak RSUD Tarakan berhak menolak permohonan tersebut.
4. Hasil penelitian harus diserahkan ke RSUD Tarakan setelah selesai.

Untuk keterangan lebih lanjut harap menghubungi Diklatbang RSUD Tarakan Telp 3503003 Ext 312.

Demikianlah kami sampaikan. Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Direktur RSUD Tarakan

m

  
Dr. R.Koesmedi P, SpOT, MKes  
Nip. 140 191 534

Tembusan :

1. Wadir Pelayanan RSUD Tarakan
2. Wadir Umum dan Keuangan RSUD Tarakan
3. Ka.Bid.Pelayanan RSUD Tarakan
4. Ka.Bag.SDM RSUD Tarakan
5. Pertiinggal



**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

**KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK**

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

**Hubungan Gaya Kepemimpinan Kepala Ruang dan Karakteristik Perawat dengan Pemberdayaan Psikologis Perawat Pelaksana di RSUD Tarakan Jakarta.**

Nama peneliti utama : **Diah Arruum**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 19 April 2010

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001



**Distribusi Jumlah Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap yang menjadi  
Responden dalam Penelitian Mei 2010 di RSUD Tarakan Jakarta**

<b>No</b>	<b>Ruang Perawatan</b>	<b>Jumlah perawat Pelaksana</b>	<b>Jumlah Responden</b>	<b>Keterangan</b>
1	Mawar	17	14	3 orientasi
2	Melati	18	14	4 orientasi
3	Bogenville	9	9	-
4	Cempaka	15	12	3 orientasi
5	Anggrek	14	12	2 orientasi
6	Soka	19	14	5 orientasi
7	Catelya	16	14	2 orientasi
8	Dahlia	21	14	7 orientasi
9	Perinatologi	9	9	-
10	Kebidanan	4	4	-

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Diah Arruum  
Tempat /Tanggal Lahir : Jambi/24 Nopember 1977  
Pekerjaan : Staf Pengajar Fakultas Ilmu Keperawatan  
Universitas Sumatera Utara  
Alamat : Jl. Stasiun Lr. Sempurna No. 4B Belawan 20411  
Medan Sumatera Utara  
Alamat Institusi : Jl Prof. T. Maas No. 3 Kampus USU  
Padang Bulan Medan - Sumatera Utara  
Riwayat Pendidikan :  
1. Profesi Ners FK USU lulus tahun 2003  
2. S1 Keperawatan FK USU lulus tahun 2002  
3. DIII Keperawatan FK USU lulus tahun 1999  
Riwayat Pekerjaan : 1. Staf Pengajar Fakultas Ilmu Keperawatan  
USU mulai tahun 2004 - sekarang  
2. Staf Pengajar Akademi Keperawatan  
Yayasan Binalita Sudama (Akper YBS)  
Medan mulai tahun 2003 - 2004