



UNIVERSITAS INDONESIA

**KAJIAN GAYA KEPEMIMPINAN
DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH (RSUD)
terhadap FUNGSI KEPEMIMPINAN DIREKTUR dalam
PELAKSANAAN MANAJEMEN RSUD di DKI JAKARTA
TAHUN 2010**

TESIS

**BALQIS RAHMAH
0806442733**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JUNI 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**KAJIAN GAYA KEPEMIMPINAN
DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH (RSUD)
terhadap FUNGSI KEPEMIMPINAN DIREKTUR dalam
PELAKSANAAN MANAJEMEN RSUD di DKI JAKARTA
TAHUN 2010**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Administrasi Rumah Sakit**

**BALQIS RAHMAH
0806442733**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JUNI 2010**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Balqis Rahmah

NPM : 0806442733

Tanda Tangan :

Tanggal : 21 Juni 2010

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Balqis Rahmah
NPM : 0806442733
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul Tesis : Kajian Gaya Kepemimpinan Direktur Rumah
Sakit Umum Daerah (RSUD) terhadap
Fungsi Kepemimpinan Direktur dalam
Pelaksanaan Manajemen RSUD di DKI Jakarta
Tahun 2010

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS ()

Penguji : Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH, Phd ()

Penguji : dr. Mieke Savitri, M.Kes ()

Penguji : drg. Rita Sri Maryatina, M.Kom, M.Kes ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 21 Juni 2010

KATA PENGANTAR/UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mmeceapai gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada :

- (1) dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini,
- (2) Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH, Phd, Prof. dr. Amal C. Sjaaf, SKM, DrPH, dr. Mieke Savitri, M.Kes, drg. Rita Sri Maryatina, M.Kom, M.Kes dan dr. Weningtyas Purnomo, MARS, selaku penguji yang telah memberikan banyak masukan dan saran dalam perbaikan tesis ini,
- (3) Dinas Kesehatan DKI Jakarta, Badan Pendidikan dan Latihan Propinsi DKI Jakarta dan Badan Kepegawaian Daerah Proponsi DKI Jakarta, yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk melanjutkan pendidikan,
- (4) Para Direktur beserta jajarannya di seluruh RSUD dan RSKD di DKI Jakarta, yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan,
- (5) Para dosen pengajar dan staf Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, yang telah memberikan banyak ilmu pengetahuan dan bantuan kepada saya selama menjalankan pendidikan,
- (6) Suami saya, dr. Amiruddin Hamigu, anak-anak saya, Ravi Hamsyah Hidayat dan Akbar Maulana Achmad, kedua orang tua serta keluarga saya yang telah memberikan bantuan dukungan serta doa,
- (7) Sahabat-sahabat yang telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan tesis ini, dan terakhir

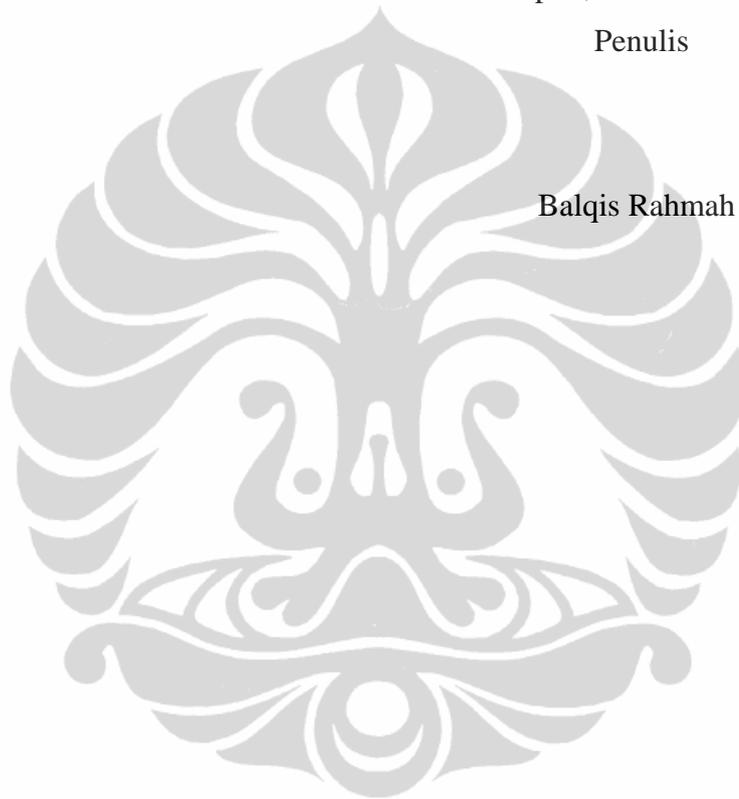
(8) Semua pihak yang telah membantu baik secara langsung maupun tidak langsung.

Akhir kata, saya berharap Allah Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, 21 Juni 2010

Penulis

Balqis Rahmah



SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : BALQIS RAHMAH

NPM : 0806442733

Mahasiswa Program : KARS

Tahun Akademik : 2008

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi/tesis/disertasi) saya yang berjudul :

KASIH GAYA KEPENIMPINAN DIREKTUR RSUD terhadap FUNGSI KEPENIMPINAN
DIREKTUR dalam PELAKSANAAN MANAJEMEN RSUD di DKI JAKARTA
TAHUN 2010

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 21 / 6 / 2010.



(BALQIS RAHMAH)

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

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

Nama : Balqis Rahmah
NPM : 0806442733
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Departemen : AKK
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis karya : Tesis

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

Kajian Gaya Kepemimpinan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) terhadap Fungsi Kepemimpinan Direktur dalam Pelaksanaan Manajemen RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010.

Dengan Hak Bebas Royalti Non Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan memublikasikan tugas akhir 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 : 21 Juni 2010

Yang menyatakan

(Balqis Rahmah)

ABSTRAK

Nama : Balqis Rahmah
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia
Judul : Kajian Gaya Kepemimpinan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) terhadap Fungsi Kepemimpinan Direktur dalam Pelaksanaan Manajemen RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010.

Tesis ini membahas tentang Kajian Gaya Kepemimpinan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) terhadap Fungsi Kepemimpinan Direktur dalam Pelaksanaan Manajemen RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010. Penelitian ini adalah penelitian analisis deskriptif kuantitatif dan kualitatif konfirmasi dengan pendekatan *cross sectional*. Hasil penelitian memperlihatkan bahwa gaya kepemimpinan dominan yang dinilai pada direktur RSUD di DKI Jakarta adalah gaya kepemimpinan *supporting* dengan tingkat fleksibilitas sangat fleksibel dan tingkat keefektifan sedang. Untuk fungsi kepemimpinan didapatkan fungsi kepemimpinan direktur RSUD lebih banyak dinilai baik. Dari hasil analisis bivariat didapat hubungan yang bermakna antara gaya kepemimpinan dan fleksibilitas kepemimpinan juga karakteristik individu direktur berdasarkan lama kerja menjadi direktur yang dinilai dan jenis pelatihan yang pernah diikuti terhadap fungsi kepemimpinan. Dan dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi gambaran bagi direktur RSUD di DKI Jakarta, Dinas Kesehatan DKI Jakarta dan Institusi Penyelenggara Pendidikan Administrasi Rumah Sakit dalam mengembangkan peran kepemimpinan untuk keperluan kebijakan instansi masing-masing.

Kata Kunci : Gaya Kepemimpinan, Fungsi Kepemimpinan, Manajemen RSUD

ABSTRACT

Name : Balqis Rahmah
Study Program : Hospital Administration Program
Faculty of Public Health
University of Indonesia
Title : Analysis of Leadership Style of Local Province Hospital Director to the Function of Director Leadership in the Implementation of Local Province Hospital Management in the Capital City of Jakarta in year 2010.

This thesis discusses the Analysis of Leadership Style of Local Province Hospital Director to the Function of Director Leadership in the Implementation of Local Province Hospital Management in the Capital City of Jakarta in year 2010. This research was Quantitative Descriptive Analysis and Qualitative Confirmation Method with the cross sectional approach. The result of the research show that dominant leadership style from local province hospitals directors in Jakarta is a supporting leadership style with high level of flexibility and middle level of effectiveness. For the result of leadership function show that most leadership function of local province hospitals directors are good. From the result of bivariate analysis show a meaningful association between leadership style and leadership flexibility as well as individual characteristic of the director based on his/her working period as a director and from its professional education/training that his/her has taken. And from the result of this research is hopefully be able to become a working portray for local province hospitals directors, Health official in Jakarta and for educational institute of hospital administration in developing leadership function for the needs and benefits of its own institution.

Key words : Leadership Style, Function of Leadership, Local Province Hospital Management

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR/UCAPAN TERIMA KASIH	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
1. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Perumusan Masalah	6
1.3. Pertanyaan Penelitian	8
1.4. Tujuan Penelitian	8
1.5. Manfaat Penelitian	9
1.6. Ruang Lingkup Penelitian	10
2. TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1. Kepemimpinan	11
2.1.1. Pengertian Kepemimpinan	11
2.1.2. Fungsi Kepemimpinan	12
2.1.3. Sifat Kepemimpinan	14
2.1.4. Teori Kepemimpinan	16
2.1.5. Teori Kepemimpinan Situasional Hersey & Blanchard	20
2.2. Rumah Sakit	26
2.2.1. Pengertian Rumah Sakit	26
2.2.2. Organisasi Rumah Sakit	27
2.2.3. Perumahsakitan Indonesia	31
2.2.4. Manajemen Rumah Sakit	37
2.2.5. Tugas Pokok dan Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD dalam Manajemen RSUD	39
2.3. Karakteristik Individu	46
2.4. Kerangka Teoritis	48
3. PROFIL RSUD DI DKI JAKARTA	50
3.1. Latar Belakang	50
3.2. Struktur Organisasi	52
3.3. Ketenagaan	53
3.4. Fasilitas Pelayanan	55
3.5. Kinerja Pelayanan	55

4. KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS	67
4.1. Kerangka Konsep	67
4.2. Definisi Operasional	67
4.3. Hipotesis	68
5. METODE PENELITIAN	69
5.1. Desain Penelitian	69
5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian	69
5.3. Populasi dan Sampel Penelitian	69
5.4. Pengumpulan Data	71
5.5. Pengelolaan Manajemen Data	72
6. HASIL PENELITIAN	79
6.1. Pelaksanaan Penelitian	79
6.2. Hasil Penelitian	79
7. PEMBAHASAN	112
7.1. Keterbatasan Penelitian	112
7.2. Pembahasan Hasil	113
8. KESIMPULAN DAN SARAN	127
8.1. Kesimpulan	127
8.2. Saran	129
DAFTAR REFERENSI	131

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1.	Data Ketenagaan RSUD di DKI Jakarta berdasarkan Status Kepegawaian Tahun 2008	53
Tabel 3.2.	Latar belakang Pendidikan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010	54
Tabel 3.3.	Fasilitas Pelayanan RSUD di DKI Jakarta Tahun 2008	55
Tabel 3.4.	Jumlah Kunjungan Unit Rawat Jalan RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008	55
Tabel 3.5.	Jumlah Kunjungan Unit Gawat Darurat RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008	56
Tabel 3.6.	Kinerja Pelayanan Unit Rawat Inap RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008	58
Tabel 3.7.	Jumlah Pemeriksaan Laboratorium RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008	63
Tabel 3.8.	Jumlah Pemeriksaan Radiologi RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008	64
Tabel 3.9.	Jumlah Resep Unit Farmasi RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008	65
Tabel 4.1.	Definisi Operasional	67
Tabel 6.1.	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Fungsi Kepemimpinan Aspek Koordinasi	81
Tabel 6.2.	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Fungsi Kepemimpinan Aspek Komunikasi	81
Tabel 6.3.	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Fungsi Kepemimpinan Aspek Motivasi	82
Tabel 6.4.	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Fungsi Kepemimpinan Aspek Supervisi	82
Tabel 6.5.	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Fungsi Kepemimpinan Aspek Pendelegasianwewenang ...	83
Tabel 6.6.	Distribusi Gaya Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010	83

Tabel 6.7.	Pola Penyesuaian Hasil Penilaian Gaya Kepemimpinan Berdasarkan Tingkat Pendidikan Responden	....	85
Tabel 6.8.	Distribusi Gaya Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010 (Penyesuaian)	.....	85
Tabel 6.9.	Distribusi Fleksibilitas Gaya Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010	.....	86
Tabel 6.10.	Distribusi Efektifitas Gaya Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010	.....	87
Tabel 6.11.	Distribusi Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010	.....	88
Tabel 6.12.	Distribusi Karakteristik Individu Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010	.....	90
Tabel 6.13.	Distribusi menurut Gaya Kepemimpinan dan Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010	.....	93
Tabel 6.14.	Distribusi menurut Fleksibilitas Gaya Kepemimpinan dan Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010	.....	95
Tabel 6.15.	Distribusi menurut Efektifitas Gaya Kepemimpinan dan Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010	.....	96
Tabel 6.16.	Distribusi menurut Karakteristik Individu Direktur berdasarkan Jenis Kelamin Direktur dan Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010	.....	97
Tabel 6.17.	Distribusi menurut Karakteristik Individu Direktur berdasarkan Lama Kerja menjadi Direktur yang Dinilai dan Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010	.....	98
Tabel 6.18.	Distribusi menurut Karakteristik Individu Direktur berdasarkan Pendidikan Direktur dan Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010	.....	100

Tabel 6.19.	Distribusi menurut Karakteristik Individu Direktur berdasarkan Jenis Pelatihan yang Pernah Diikuti Direktur dan Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010	102
-------------	---	-----



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.	Model Kepemimpinan Situasional II	24
Gambar 2.2.	Mencocokkan Gaya Kepemimpinan dengan Tingkat Perkembangan.....	25
Gambar 2.3.	Ekologi Konsentrik dari Organisasi-organisasi Pelayanan Kesehatan	28
Gambar 2.4.	Skema Klasifikasi Rumah Sakit di Indonesia.....	34
Gambar 2.5.	Model Kerangka Teoritis	49
Gambar 3.1.	Skema Struktur Organisasi Rumah Sakit Kelas B	53
Gambar 3.2.	Grafik Data Ketenagaan RSUD di DKI Jakarta berdasarkan Status Kepegawaian Tahun 2008	54
Gambar 3.3.	Grafik Jumlah Kunjungan Unit Rawat Jalan RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008	56
Gambar 3.4.	Grafik Jumlah Kunjungan Unit Gawat Darurat RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008	57
Gambar 3.5.	Grafik Jumlah Pasien Masuk Unit Rawat Inap RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008	59
Gambar 3.6.	Grafik BOR Unit Rawat Inap RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008	59
Gambar 3.7.	Grafik LOS Unit Rawat Inap RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008	60
Gambar 3.8.	Grafik TOI Unit Rawat Inap RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008	60
Gambar 3.9.	Grafik BTO Unit Rawat Inap RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008	61
Gambar 3.10.	Grafik Jumlah Hari Rawat Unit Rawat Inap RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008	61
Gambar 3.11.	Grafik NDR Unit Rawat Inap RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008	62

Gambar 3.12.	Grafik GDR Unit Rawat Inap RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008	62
Gambar 3.13.	Grafik Jumlah Pemeriksaan Laboratorium RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008	63
Gambar 3.14.	Grafik Jumlah Pemeriksaan Radiologi RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008	64
Gambar 3.15.	Grafik Jumlah Resep Unit Farmasi RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008	66
Gambar 4.1.	Kerangka Konsep	67
Gambar 5.1.	<i>Scoring Direction</i> Gaya Kepemimpinan dan Fleksibilitas	74
Gambar 5.2.	<i>Scoring Direction</i> Efektifitas Gaya Kepemimpinan	76
Gambar 6.1.	Grafik Distribusi Gaya Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010	84
Gambar 6.2	Grafik Distribusi Gaya Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010 (Penyesuaian)	86
Gambar 6.3.	Grafik Distribusi Fleksibilitas Gaya Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010	87
Gambar 6.4.	Grafik Distribusi Efektifitas Gaya Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010	88
Gambar 6.5.	Grafik Distribusi Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010	90
Gambar 6.6.	Grafik Distribusi Fungsi Kepemimpinan Direktur berdasarkan Aspek-aspek Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010	90
Gambar 6.7.	Grafik Distribusi Karakteristik Individu Direktur berdasarkan Jenis Kelamin Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010	92
Gambar 6.8.	Grafik Distribusi Karakteristik Individu Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010 berdasarkan Lama Kerja menjadi Direktur yang Dinilai	92
Gambar 6.9.	Grafik Distribusi Karakteristik Individu Direktur berdasarkan Pendidikan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010	92

Gambar 6.10. Grafik Distribusi Karakteristik Individu Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010 berdasarkan Jenis Pelatihan yang Pernah Diikuti	93
Gambar 6.11. Grafik Distribusi menurut Gaya Kepemimpinan dan Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010	95
Gambar 6.12. Grafik Distribusi menurut Fleksibilitas Gaya Kepemimpinan dan Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010	96
Gambar 6.13. Grafik Distribusi menurut Efektifitas Gaya Kepemimpinan dan Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010	97
Gambar 6.14. Grafik Distribusi menurut Karakteristik Individu Direktur berdasarkan Jenis Kelamin Direktur dan Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010	98
Gambar 6.15. Grafik Distribusi menurut Karakteristik Individu Direktur berdasarkan Lama Kerja menjadi Direktur yang Dinilai dan Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010	100
Gambar 6.16. Grafik Distribusi menurut Karakteristik Individu Direktur berdasarkan Pendidikan Direktur dan Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010	101
Gambar 6.17. Grafik Distribusi menurut Karakteristik Individu Direktur berdasarkan Jenis Pelatihan yang Pernah Diikuti Direktur dan Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010	103

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner Penelitian	134
Lampiran 2. Identitas Direktur RSUD	147
Lampiran 3. Pedoman Wawancara	148
Lampiran 4. Matriks Wawancara	151



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Menurut Undang-undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 Pasal 5 dan 9, setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau serta memiliki kewajiban ikut mewujudkan, mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Untuk mewujudkan derajat kesehatan tersebut diselenggarakan upaya kesehatan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif) sebagai paradigma baru kesehatan di samping penyembuhan penyakit (kuratif) dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif). Upaya tersebut dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan.

Semua orang termasuk tenaga kesehatan mempunyai kewajiban untuk melaksanakan pemeliharaan dan peningkatan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau oleh masyarakat (Direktorat Keperawatan & Ketechnisan Medik, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan RI; 2005).

Rumah sakit adalah salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialisik dan sub spesialisik serta mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (SK MenKes RI No. 983/Menkes/SK/XI/1992). Rumah sakit baik yang diselenggarakan oleh pemerintah dan atau masyarakat juga berfungsi untuk melakukan upaya kesehatan dasar atau kesehatan rujukan dan atau upaya kesehatan penunjang dimana dalam menjalankan fungsinya diharapkan senantiasa memperhatikan fungsi sosial dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.

Perkembangan jumlah rumah sakit di Indonesia juga diikuti dengan pola penyakit, perkembangan teknologi kedokteran dan kesehatan serta perkembangan harapan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, hal ini menjadikan rumah sakit dituntut untuk mampu membenah diri agar mampu menjalankan aktifitas dengan baik. (Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 1993).

Berdasarkan hasil temuan *Indonesia Corruption Watch (ICW)* terkait pelaporan atas temuan survei *CRC (Citizen Report Card) Kesehatan 2009* pada 21 rumah sakit seJabodetabek yang dilaksanakan pada Bulan November 2009 ditemukan 13 rumah sakit memiliki masalah serius pada mutu pelayanan terutama terhadap pasien miskin dan 5 di antaranya rumah sakit pemerintah di DKI Jakarta. (<http://www.jpnn.com/ind.>)

Memang harus disadari bahwa tujuan utama kegiatan di rumah sakit adalah melayani pasien dan juga keluarganya dalam berbagai bentuk pelayanan. Dari sini rumah sakit mengemban tugas yang sangat besar, dimana di satu sisi dituntut memberi pelayanan yang bermutu yang dapat memuaskan konsumennya, di sisi lain tugasnya sebagai institusi yang berperan penting dalam pelayanan kesehatan masyarakat merupakan salah satu misi yang harus pula dijalankan oleh rumah sakit.

Pembangunan kesehatan di bidang pelayanan langsung seperti rumah sakit bertujuan untuk meningkatkan mutu, cakupan dan efisiensi pelaksanaan rujukan secara terpadu serta meningkatkan dan memantapkan manajemen pelayanan kesehatan yang meliputi kegiatan perencanaan, pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian serta penilaian.

Seperti diketahui mutu pelayanan rumah sakit merupakan derajat kesempurnaan pelayanan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan masyarakat (konsumen) akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan profesi dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai norma, etika, hukum dan sosio budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat sebagai konsumen.

Keberhasilan rumah sakit dalam menjalankan misi dan fungsinya di atas ditandai dengan adanya mutu pelayanan prima rumah sakit. Pengelolaan rumah sakit yang bermutu, efektif dan efisien sangat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Adapun faktor yang paling penting dan dominan adalah sumber daya manusia yang memadai baik kuantitas maupun kualitasnya.

Rumah sakit merupakan sarana kesehatan yang menyelenggarakan perawatan rawat jalan, rawat inap, gawat darurat dan tindakan medis lainnya, yang dilaksanakan selama 24 jam melalui upaya kesehatan perorangan dimana dalam pelayanannya disediakan oleh dokter, perawat dan tenaga ahli kesehatan lainnya.

Rumah sakit adalah institusi yang unik dan memiliki tantangan tersendiri, karena yang diproduksi adalah jasa pelayanan medik/kesehatan, terkatagori *unsought product* dan juga bersifat *intangibile* sehingga dalam pengelolaannya memerlukan tenaga yang mempunyai ketrampilan tentang perumahsakitian (*science*) dan kemampuan khusus (*art*) untuk menggerakkan semua sumber daya yang ada.

Sumber daya manusia adalah aset yang dimiliki oleh sebuah organisasi termasuk rumah sakit yang perlu dikelola secara efektif agar memberikan nilai tambah. Untuk mengelola sumber daya manusia menjadi aset organisasi seperti rumah sakit diperlukan kepemimpinan yang efektif (Muninjaya; 2004) begitu juga untuk meningkatkan mutu, salah satunya perlu meningkatkan '*leadership*' atau kepemimpinan.

Kepemimpinan sebagai salah satu indikator kualitas sumber daya manusia merupakan faktor yang sangat menentukan keberhasilan suatu organisasi seperti rumah sakit. Demikian juga halnya dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat agar pelayanan yang diberikan kepada masyarakat yang membutuhkan didapat dengan cepat dan memuaskan tanpa mengabaikan kecermatan, ketelitian dan terjaminnya pengamanan kebijakan pemerintah, mutu kepemimpinan memegang peranan yang sangat menentukan (Siagian; 2006).

Pada kenyataannya yang terjadi selama ini, syarat untuk pengangkatan seorang direktur rumah sakit hanya berdasarkan Permenkes No. 159b tahun 1988 tentang penyelenggaraan rumah sakit dimana ditetapkan bahwa direktur rumah sakit adalah seorang dokter. Ketetapan ini kemudian direvisi oleh Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 157/Menkes/SK/III/1999 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 159b/Menkes/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit yang menyebutkan bahwa direktur rumah sakit dijabat oleh seorang ahli perumahsakitian. Departemen Kesehatan kemudian melakukan revisi ulang

persyaratan jabatan direktur rumah sakit melalui Kep. Menkes dan Kesos Nomor 191/Menkes-Kesos/SK/II/2001 tentang Perubahan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 157/Menkes/SK/III/1999 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 159b/Menkes/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit. Dalam Kep. Menkes ini ditetapkan bahwa direktur rumah sakit adalah tenaga dokter atau tenaga kesehatan lain yang mempunyai kemampuan di bidang perumahsakitkan, memahami dan menghayati etika profesi kesehatan khususnya profesi kedokteran. Dan terakhir UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 34 menyatakan bahwa Kepala rumah sakit harus seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakitkan.

Untuk RSUD di DKI Jakarta, pengangkatan direktur RSUD di DKI Jakarta diangkat berdasarkan penunjukan langsung oleh Peraturan Gubernur yang diatur dalam Peraturan Daerah Provinsi DKI Jakarta Nomor 10 Tahun 2008 tentang Organisasi Perangkat Daerah Pasal 129 dan 133, dimana berisi RSUD di Provinsi DKI Jakarta merupakan unsur pendukung pemerintah daerah di bidang pelayanan kesehatan perseorangan dan mengenai pembentukan, susunan organisasi serta tata kerjanya diatur dengan Peraturan Gubernur.

Dari semua hal yang tersebut di atas terlihat pengangkatan seorang direktur RSUD di DKI Jakarta selama ini dilakukan atas dasar penunjukan langsung belum melalui penilaian kepemimpinan baik dalam syarat definisi maupun belum adanya prosedur formal sehingga tidak diketahui dengan pasti apakah seorang direktur RSUD mempunyai kemampuan kepemimpinan yang memadai untuk memimpin organisasi rumah sakit dengan baik

Ada banyak teori kepemimpinan yang dapat dipakai dan teori kepemimpinan yang paling banyak digunakan dewasa ini adalah teori situasional yang dikembangkan oleh Paul Hersey dan Ken Blanchard (1998). Teori ini banyak dipakai dalam program pengembangan eksekutif oleh berbagai jenis perusahaan di Amerika Serikat, mulai dari perusahaan yang menghasilkan alat-alat berat, perusahaan komputer, perminyakan dan bank. Bahkan juga oleh organisasi-organisasi kemiliteran (Siagian; 2006). Teori ini juga telah digunakan sebagai perangkat utama pelatihan di lebih dari 400 perusahaan Fortune 500 dan lebih dari satu juta manajer setahun dari berbagai organisasi mendapat pelatihan

dan diajari unsur-unsur dasarnya. Teori ini memperoleh pengikut kuat di kalangan spesialis pengembangan manajemen (Robbins; 2006).

Teori ini sangat menarik untuk didalami karena paling sedikit mempunyai tiga alasan yaitu penggunaannya yang luas, daya tariknya secara intuitif dan tampak didukung oleh pengalaman di dunia nyata.

Teori kepemimpinan situasional (*Situasional Leadership Theory-SLT*) berkembang berdasarkan pemikiran bahwa tidak ada satupun gaya kepemimpinan yang efektif untuk semua situasi. Kekuatan yang ada pada diri pemimpin dan yang dimiliki oleh kelompok (hubungan interpersonal di antara keduanya) serta lingkungan (orientasi tugas) akan ikut menentukan gaya kepemimpinan seseorang jika ia berhubungan dengan stafnya (Munijaya; 2004).

Kepemimpinan situasional merupakan teori kontijensi yang memusatkan perhatian pada para pengikut. Kepemimpinan yang berhasil dicapai dengan memilih gaya kepemimpinan yang tepat untuk menghadapi situasi tertentu dan tergantung pada tingkat kesiapan (*readiness*) dan kedewasaan para pengikut.

Model kepemimpinan situasional juga memberi perhatian kepada fleksibilitas gaya kepemimpinan. Bila pemimpin fleksibel maka dapat dianggap pemimpin akan efektif dalam berbagai situasi kepemimpinan. Sedangkan keefektifan gaya adalah kadar kemampuan pemimpin untuk menerapkan gaya kepemimpinan yang sesuai dengan tuntutan situasi tertentu. Konsep keefektifan gaya menunjukkan bahwa pimpinan yang efektif dapat menerapkan gaya yang tepat pada saat yang tepat.

Menurut Blanchard, seorang pemimpin yang tidak diterima oleh bawahannya akan membuat program-program yang diberikan tidak akan berjalan efektif. Kepemimpinan merupakan kunci keberhasilan tim kerja untuk mencapai tujuan yang selanjutnya memungkinkan tim mewujudkan impian bersama kelompok. Tim kerja yang sukses membutuhkan pimpinan yang memiliki kemampuan mempengaruhi anggota kelompok untuk berpikir, bersikap dan berbuat sesuai dengan tujuan yang akan dicapai kelompok.

Manajemen yang berhasil bertumpu pada kepemimpinan yang efektif dimana pemimpin berperan sesuai dengan tuntutan anggota dan lingkungan (Ilyas; 2006). Kepemimpinan yang baik dapat menghasilkan manajemen yang tepat dan

berhasilnya pelaksanaan tugas (Ayuningtyas, 2005). Kepemimpinan merupakan inti atau bagian terpenting dari manajemen (Wiyono; 1997 dan Roughton; 2002).

Direktur rumah sakit perlu meningkatkan kualitas dan kemampuan diri melalui kepemimpinannya agar rumah sakit sebagai organisasi dapat maju dan berkembang. Dengan demikian, kepemimpinan direktur rumah sakit merupakan persyaratan mutlak bagi rumah sakit untuk mencapai tujuan dengan mengatur kerja sama secara harmonis antara pimpinan dan seluruh staf rumah sakit.

Kepemimpinan direktur rumah sakit sangat menentukan kinerja rumah sakit itu sendiri agar fungsi rumah sakit dapat terwujud secara optimal. Direktur rumah sakit harus membangun *image* rumah sakit yang lebih baik agar dapat menghadapi kebutuhan dan tuntutan masyarakat serta mampu bersaing dengan sarana pelayanan kesehatan lain. Jelas sudah bahwa sumber daya manusia bidang kesehatan di rumah sakit yang sangat berperan penting adalah direktur rumah sakit. Sebagai pimpinan rumah sakit, direktur rumah sakit berpengaruh positif terhadap pencapaian program-program rumah sakit dan tujuan organisasi, dengan kata lain sekali lagi, direktur rumah sakit merupakan tokoh yang berperan sangat penting dalam pengelolaan manajemen rumah sakit.

Daripada itu, untuk mengetahui faktor-faktor gaya kepemimpinan apa saja yang berhubungan dengan fungsi kepemimpinan direktur rumah sakit dalam pelaksanaan manajemen rumah sakit di RSUD seDKI Jakarta maka perlu dilakukan penelitian. Agar hasil penelitian ini dapat menjadi dasar bagi pengembangan kebijakan manajemen Pemerintah Provinsi DKI Jakarta khususnya dalam peningkatan kemampuan kepemimpinan direktur RSUD dalam pelaksanaan manajemen RSUD di DKI Jakarta.

1.2. Perumusan Masalah

Kepemimpinan sebagai salah satu indikator kualitas sumber daya manusia merupakan faktor yang sangat menentukan keberhasilan suatu organisasi seperti rumah sakit. Demikian juga halnya dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat agar pelayanan yang diberikan kepada masyarakat yang membutuhkan didapat dengan cepat dan memuaskan tanpa mengabaikan

kecermatan, ketelitian dan terjaminnya pengamanan kebijakan pemerintah, mutu kepemimpinan memegang peranan yang sangat menentukan (Siagian; 2003).

Pada kenyataannya yang terjadi selama ini, syarat untuk pengangkatan seorang direktur rumah sakit hanya berdasarkan Permenkes No. 159b tahun 1988 tentang penyelenggaraan rumah sakit dimana ditetapkan bahwa direktur rumah sakit adalah seorang dokter. Ketetapan ini kemudian direvisi oleh Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 157/Menkes/SK/III/1999 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 159b/Menkes/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit yang menyebutkan bahwa direktur rumah sakit dijabat oleh seorang ahli perumahsakit. Departemen Kesehatan kemudian melakukan revisi ulang persyaratan jabatan direktur rumah sakit melalui Kep. Menkes dan Kesos Nomor 191/Menkes-Kesos/SK/II/2001 tentang Perubahan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 157/Menkes/SK/III/1999 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 159b/Menkes/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit. Dalam Kep. Menkes ini ditetapkan bahwa direktur rumah sakit adalah tenaga dokter atau tenaga kesehatan lain yang mempunyai kemampuan di bidang perumahsakit, memahami dan menghayati etika profesi kesehatan khususnya profesi kedokteran. Dan terakhir UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 34 menyatakan bahwa kepala rumah sakit harus seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakit.

Untuk RSUD di DKI Jakarta, pengangkatan direktur RSUD di DKI Jakarta diangkat berdasarkan penunjukan oleh Peraturan Gubernur yang diatur dalam Peraturan Daerah Provinsi DKI Jakarta Nomor 10 Tahun 2008 tentang Organisasi Perangkat Daerah Pasal 129 dan 133, dimana berisi RSUD di Provinsi DKI Jakarta merupakan unsur pendukung pemerintah daerah di bidang pelayanan kesehatan perseorangan dan mengenai pembentukan, susunan organisasi serta tata kerjanya diatur dengan Peraturan Gubernur.

Dari semua hal yang tersebut di atas terlihat pengangkatan seorang direktur RSUD di DKI Jakarta selama ini dilakukan belum melalui penilaian kepemimpinan sehingga tidak diketahui dengan pasti apakah seorang direktur mempunyai kemampuan kepemimpinan yang memadai untuk memimpin organisasi rumah sakit dengan baik

Berdasarkan hal tersebut di atas perlu kiranya dilakukan penelitian untuk mengkaji gaya kepemimpinan terhadap fungsi kepemimpinan direktur rumah sakit dalam melaksanakan manajemen rumah sakit. Dalam penelitian ini, peneliti meneliti gaya kepemimpinan direktur terhadap fungsi kepemimpinan direktur RSUD dalam melaksanakan manajemen RSUD di DKI Jakarta.

1.3. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan perumusan masalah penelitian tersebut di atas, timbul pertanyaan-pertanyaan sebagai berikut, yaitu :

1. Bagaimana gambaran gaya kepemimpinan direktur RSUD di DKI Jakarta.
2. Bagaimana gambaran fleksibilitas gaya kepemimpinan direktur RSUD di DKI Jakarta.
3. Bagaimana gambaran efektifitas gaya kepemimpinan direktur RSUD di DKI Jakarta.
4. Bagaimana gambaran fungsi kepemimpinan direktur RSUD di DKI Jakarta.
5. Bagaimana hubungan gaya kepemimpinan direktur RSUD terhadap fungsi kepemimpinan direktur RSUD di DKI Jakarta.
6. Bagaimana hubungan fleksibilitas gaya kepemimpinan direktur RSUD terhadap fungsi kepemimpinan direktur RSUD di DKI Jakarta.
7. Bagaimana hubungan efektifitas gaya kepemimpinan direktur RSUD terhadap fungsi kepemimpinan direktur RSUD di DKI Jakarta.
8. Bagaimana hubungan karakteristik individu direktur RSUD terhadap fungsi kepemimpinan direktur RSUD di DKI Jakarta.

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan faktor-faktor gaya kepemimpinan direktur RSUD terhadap fungsi kepemimpinan direktur RSUD dalam pelaksanaan manajemen RSUD di DKI Jakarta.

1.4.2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui gambaran gaya kepemimpinan direktur RSUD di DKI Jakarta.
2. Mengetahui gambaran fleksibilitas gaya kepemimpinan direktur RSUD di DKI Jakarta.
3. Mengetahui gambaran efektifitas gaya kepemimpinan direktur RSUD di DKI Jakarta.
4. Mengetahui gambaran fungsi kepemimpinan direktur RSUD di DKI Jakarta.
5. Mengetahui hubungan faktor gaya kepemimpinan direktur RSUD terhadap fungsi kepemimpinan direktur RSUD di DKI Jakarta.
6. Mengetahui hubungan faktor fleksibilitas gaya kepemimpinan direktur RSUD terhadap fungsi kepemimpinan direktur RSUD di DKI Jakarta.
7. Mengetahui hubungan faktor efektifitas gaya kepemimpinan direktur RSUD terhadap fungsi kepemimpinan direktur RSUD di DKI Jakarta.
8. Mengetahui hubungan karakteristik individu direktur RSUD terhadap fungsi kepemimpinan direktur RSUD di DKI Jakarta.

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1. Manfaat Aplikatif

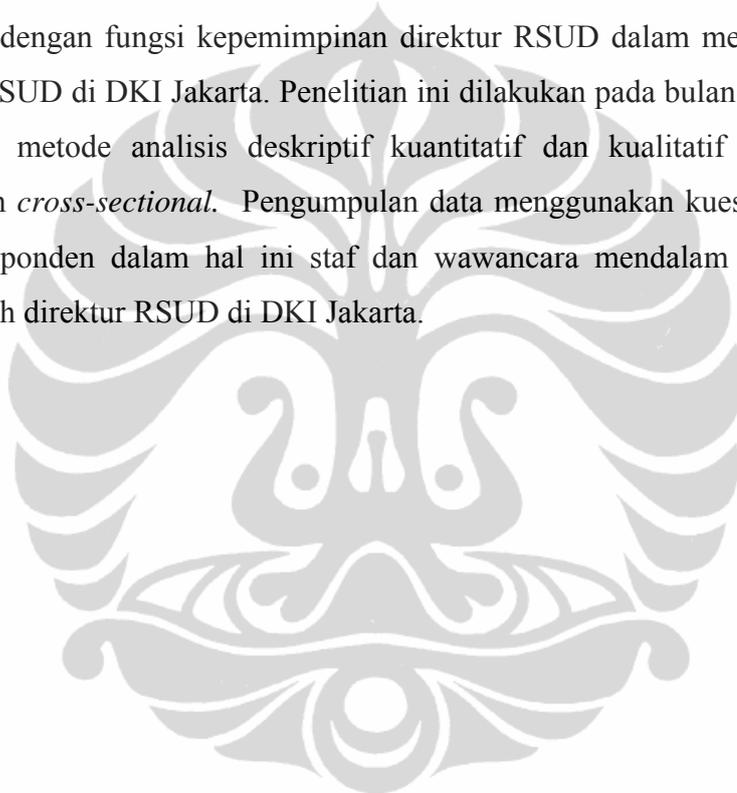
1. Sebagai masukan bagi Pemerintahan Provinsi DKI Jakarta dalam rangka pembuatan kebijakan dan pengambilan keputusan .strategis mengenai penunjukan direktur RSUD sebagai pimpinan RSUD dan membantu penentuan pelatihan kepemimpinan yang sesuai untuk pimpinan RSUD.
2. Bagi RSUD, agar menjadi pedoman bagi direktur RSUD untuk melaksanakan perbaikan dan meningkatkan kemampuan kepemimpinan dalam pelaksanaan manajemen RSUD dan bagi staf RSUD agar dapat meningkatkan kinerja dan kerjasama dengan pimpinan RSUD.
3. Bagi masyarakat pengguna jasa RSUD agar mendapatkan pelayanan RSUD yang lebih optimal, lebih baik dan lebih bermutu dari tenaga kesehatan.

1.5.2. Manfaat Teoritis

Manfaat teoritis dari penelitian ini adalah diharapkan dapat memberi manfaat dalam menambah pengetahuan tentang gaya kepemimpinan direktur RSUD terhadap fungsi kepemimpinan dalam pelaksanaan manajemen RSUD.

1.6. Ruang Lingkup

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor gaya kepemimpinan, fleksibilitas dan efektifitas gaya kepemimpinan apa saja yang berhubungan dengan fungsi kepemimpinan direktur RSUD dalam melaksanakan manajemen RSUD di DKI Jakarta. Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret-Mei 2010 dengan metode analisis deskriptif kuantitatif dan kualitatif konfirmasi dengan desain *cross-sectional*. Pengumpulan data menggunakan kuesioner yang diisi oleh responden dalam hal ini staf dan wawancara mendalam konfirmasi dengan seluruh direktur RSUD di DKI Jakarta.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kepemimpinan

2.1.1. Pengertian Kepemimpinan

Kepemimpinan adalah universal sifatnya, selalu ada dan senantiasa diperlukan pada setiap usaha bersama manusia serta terdapat disetiap organisasi, dimanapun dan kapanpun dimana merupakan masalah relasi dan pengaruh antara pemimpin dan yang dipimpin.

Beberapa ahli memberi batasan pengertian kepemimpinan yang antara lain dapat disimpulkan bahwa kepemimpinan adalah seni, kemampuan dan ketrampilan seorang personel atau kelompok yang menduduki jabatan sebagai pimpinan satuan kerja yang berupa suatu hubungan atau proses untuk mempengaruhi, meyakinkan, menginspirasi dan membimbing perilaku orang lain terutama pengikut atau bawahannya melalui proses komunikasi sehingga orang-orang tersebut dapat berpikir, berpartisipasi, bertindak dan beraktivitas sedemikian rupa serta dapat digerakkan secara maksimal, terorganisir dan berkomitmen total, diinginkan atau sukarela untuk berperilaku positif, bekerja sama dan melaksanakan tugas-tugas yang ada sehingga akan memberikan sumbangsih nyata dalam usaha pencapaian tujuan organisasi yang diinginkan atau melebihi itu dalam situasi tertentu. (Gibson; 1996, Goetsch; 1997, Hersey & Blanchard; 1998, Yulk; 1998, Kreitner; 2005, Terry; 2005, Ilyas; 2006, Robbins; 2006 dan Siagian; 2006 serta Kartono; 2008)

Batasan lain, kepemimpinan adalah suatu kualitas, pola pikir, budaya, peran dan serangkaian tindakan. Kepemimpinan mengandung semua yang diperlukan untuk merangsang perubahan yang konstruktif (Yudelowitz; 2006). Atau lebih rincinya berupa proses mengarahkan dan mempengaruhi aktivitas yang berkaitan dengan tugas dari anggota kelompok. Dengan 4 implikasi penting, yaitu (Stoner J A F; 1994)

- Kepemimpinan melibatkan orang lain yaitu bawahan.
- Kepemimpinan melibatkan distribusi kekuasaan yang tidak merata antara pemimpin dan bawahan.

- Kemampuan menggunakan berbagai bentuk kekuasaan untuk mempengaruhi tingkah laku bawahan dengan berbagai cara.
- Gabungan ketiga aspek di atas dan mengakui bahwa kepemimpinan adalah mengenai nilai.

Atau dapat juga diartikan kepemimpinan sebagai kemampuan untuk mengendalikan kekuatan yang tersebar dan memberi kekuasaan pada orang lain untuk mengubah impian menjadi kenyataan (Timpe; 1992).

Keberadaan seorang pemimpin dapat dipandang sebagai faktor penentu dalam kehidupan berorganisasi. Meskipun begitu tetap disadari bahwa posisi sentral pimpinan itu tidak berarti mengabaikan keberadaan orang lain yaitu para bawahan. Dalam kepemimpinan terdapat hubungan antar manusia yaitu hubungan mempengaruhi dari pimpinan dan hubungan kepatuhan dan ketaatan dari bawahan karena dipengaruhi oleh kewibawaan pemimpin.

Kepemimpinan yang efektif akan dapat membujuk orang untuk berhenti mengerjakan sesuatu yang sedang dikerjakan, untuk kemudian melakukan sesuatu yang berbeda sesuai dengan pandangan bersama. Kepemimpinan menggunakan perubahan untuk membuat kemajuan. Kepemimpinan mengandung semua yang diperlukan untuk merangsang perubahan yang konstruktif. Kepemimpinan yang baik dalam suatu organisasi memainkan peranan yang sangat dominan dalam keberhasilan penyelenggaraan berbagai kegiatan.

2.1.2. Fungsi kepemimpinan

Fungsi kepemimpinan menurut Kartono (2008), Kreitner (2005), Yulk (1998) dan Drucker (1992) adalah menetapkan tujuan, memandu, memimpin, memberi ataupun membangunkan motivasi kerja, mengemudikan organisasi dengan cara menyusun struktur kelompok, menjalin jaringan komunikasi yang baik, membangun tim, menciptakan kesatuan, mempertahankan hubungan kerja sama yang harmonis dan menyelesaikan perselisihan di antara para anggota sehingga dapat menyelesaikan tugas organisasi dengan baik, memberikan supervisi atau pengawasan dan evaluasi yang efisien, proses pengendalian,

pendelegasian dan pelimpahan wewenang serta membawa para pengikutnya kepada sasaran yang ingin dituju sesuai dengan ketentuan waktu dan perencanaan.

Kreitner (2005) menambahkan seorang pemimpin ditingkat individu melibatkan diri dalam pemberian nasehat, bimbingan, inspirasi. Sedangkan Drucker (1992) menyatakan seorang pemimpin juga mempunyai tugas dan fungsi mengembangkan bawahan termasuk dirinya sendiri.

Menurut Ilyas (2006), pemimpin lebih berperan sebagai fasilitator yang mengembangkan, mengkoordinasikan dan memotivasi anggota tim untuk menyelesaikan pekerjaan. Pemimpin tim yang sukses dapat menciptakan atmosfer kerja yang mendorong anggota tim untuk melakukan pemecahan masalah, mencari solusi dan berpartisipasi dalam pengambilan keputusan.

Penting untuk mengetahui perbedaan pemimpin dan manajer guna memahami sepenuhnya fungsi dari seorang pemimpin. Pemimpin dan manajer masing-masing melibatkan sekelompok aktivitas atau fungsi yang unik. Secara luas, biasanya manajer melaksanakan fungsi-fungsi yang berkaitan dengan perencanaan, pengorganisasian, penyelidikan dan pengendalian. Sementara pemimpin berurusan dengan aspek-aspek antar pribadi dari pekerjaan seorang manajer.

Manajer bertugas mengurus, mempertahankan, mengendalikan, memiliki pandangan jangka pendek, menanyakan bagaimana dan kapan, menerima status quo serta melakukan dengan benar. Sedangkan pemimpin memberi inspirasi kepada orang lain, memberikan dukungan emosional dan mencoba untuk membuat bawahannya bergerak ke arah tujuan. Pemimpin melakukan inovasi, mengembangkan, memunculkan, memiliki pandangan jangka panjang, menanyakan apa dan mengapa, menantang status quo serta melakukan sesuatu yang benar.

Kepemimpinan bisa berfungsi atas dasar kekuasaan pemimpin untuk menggerakkan orang atau bawahan guna melakukan sesuatu demi pencapaian tujuan bersama. Dalam arti luas, kepemimpinan dapat digunakan setiap orang dan tidak hanya terbatas berlaku dalam suatu organisasi atau kantor tertentu. Dengan kata lain, seorang pemimpin belum tentu seorang manajer tetapi seorang manajer bisa berperilaku sebagai seorang pemimpin (Thoha; 2007).

2.1.3. Sifat-sifat kepemimpinan

Upaya untuk menilai sukses atau gagalnya pemimpin antara lain dilakukan dengan mengamati sifat dan mutu perilakunya yang dipakai sebagai kriteria untuk menilai kepemimpinannya. Kartono (2008), Siagian (2006), Terry (2005), Nasution (2004), Edwin H Schell dan Ordway Tead seperti yang dikutip Winardi (2000), John D Millet Azwar (1996), Drucker (1992) dan Zalenik (1986) menyebutkan sifat-sifat kepemimpinan yang baik dan perlu dimiliki oleh seorang pemimpin, yaitu :

1. Energi jasmani/badaniah dan mental/rohaniah.

Energi jasmani seperti daya tahan, keuletan, kekuatan tenaga serta kemampuan berkembang secara mental berupa semangat juang, motivasi kerja, disiplin, kesabaran, kedewasaan mental dan stabilitas emosi yang baik dimana pemimpin yang baik tidak mudah marah, tidak mudah tersinggung dan tidak meledak-ledak secara emosional. Pemimpin menghormati martabat orang lain, toleran terhadap kelemahan orang lain dan bisa memaafkan kesalahan yang tidak terlalu prinsipil. Seorang pemimpin juga harus memiliki ketahanan batin dan kemauan untuk mengatasi semua permasalahan yang dihadapi.

2. Kesadaran akan tujuan dan arah.

Memiliki keyakinan yang teguh akan kebenaran dan kegunaan dari semua perilaku yang dikerjakan dan pengaruhnya atas pihak lain maupun persepsinya tentang situasi yang sedang dihadapi serta memiliki kemampuan untuk menentukan tindakan yang terbaik dan tahu persis kemana arah yang akan dituju yang pasti memberikan kemanfaatan dalam mencapai tujuan kelompok yang dipimpinnya.

3. Antusiasme.

Pekerjaan yang dilakukan dan tujuan yang akan dicapai harus sehat, berarti, bernilai, memberikan harapan yang menyenangkan, memberikan kesuksesan dan menimbulkan semangat.

4. Keramahan, kecintaan, kasih sayang, simpati yang tulus, kepedulian terhadap kemanusiaan, kesediaan berkorban, dedikasi, membuka hati untuk bekerja sama demi mencapai satu sasaran tertentu.

5. Integritas.
6. Terbuka, merasa utuh bersatu, sejiwa dan seperasaan dengan anak buah, senasib dan sepenanggungan dalam satu perjuangan yang sama. Dengan segala ketulusan hati dan kejujuran, pemimpin harus menepati janji, tidak munafik, dapat dipercaya dan berlaku adil terhadap semua orang serta memiliki rasa tanggung jawab, perilaku, prestasi dan keteladanan agar dipatuhi dan diikuti atau dijadikan panutan anggota kelompoknya.
7. Pendidikan umum yang luas dan penguasaan teknis.

Pemimpin harus memiliki satu atau beberapa kemahiran teknis tertentu. Terutama tehnik untuk mengkoordinasikan tenaga manusia agar tercapai maksimalisasi efektifitas kerja dan produktivitas, tehnik lain yang juga harus dikuasai adalah antara lain ketrampilan atau kemampuan mengajar atau mendidik, ketrampilan berkomunikasi dengan anggota secara efektif termasuk kemampuan mendengar, sosial dan kecakapan teknis dan manajerial.

8. Ketegasan dalam mengambil keputusan.

Setiap pemimpin harus dapat mengambil keputusan secara tepat, tegas dan cepat dan harus mampu meyakinkan anggota akan kebenaran keputusannya. Pemimpin berusaha agar para pengikut bersedia mendukung kebijakan yang telah diambilnya. Pemimpin harus menampilkan ketetapan hati.

9. Kecerdasan, rasionalitas atau kecenderungan berpikir ilmiah dan objektifitas.

Yaitu kemampuan untuk melihat, menemukan hal-hal yang krusial, bukti-bukti nyata dan memahami, mengerti dengan baik serta mempunyai alasan yang rasional sebab dan akibat setiap kejadian juga cepat menemukan cara penyelesaian. Disertai dengan daya imajinasi yang tinggi dan rasa humor serta dapat dengan cepat mengurangi ketegangan.

10. Kepercayaan.

Kepercayaan bahwa para anggota dipimpin dengan baik, dipengaruhi secara positif dan diarahkan pada sasaran yang benar. Apapun tingkatan dan dimanapun keberadaannya, pemimpin yang baik harus

memiliki kewibawaan dan kelebihan atau kemampuan untuk mempengaruhi, mengajak, meyakinkan, memotivasi serta mengarahkan bawahannya atau orang lain untuk melaksanakan tugas secara efektif dan kooperatif serta bertanggung jawab untuk mencapai tujuan.

Terry (2005) juga menambahkan sifat lain yang harus dimiliki pemimpin yang unggul berupa pengetahuan tentang relasi insani dimana pemimpin diharapkan memiliki pengetahuan tentang sifat, watak dan perilaku anggota kelompok dan yang paling penting adalah dorongan pribadi dimana keinginan dan kesediaan menjadi pemimpin harus muncul dari dalam hati sendiri.

Sifat dan sikap pemimpin yang baik ditambahkan menurut Siagian (2006) adalah rasa ingin tahu, pragmatis, *sense of priority*, *urgency*, *timing*, *cohesiveness* dan *relevance*, kesederhanaan, adaptabilitas dan fleksibilitas.

Selain itu menurut John D Millet (dalam Azwar; 1996) dan Drucker (1992), pemimpin harus mempunyai sifat mampu melihat organisasi secara keseluruhan, menentukan, mengungkapkan dan menetapkan misi, tujuan, prioritas dan standar organisasi secara jelas serta mengekspresikan wewenang dan memerintah. Pemimpin juga harus memberi kontribusi kepada organisasi serta memperoleh respek.

2.1.4. Teori Kepemimpinan

Dalam beberapa literatur dikenal macam-macam teori kepemimpinan antara lain menurut Robbins (2006) serta Kreitner dan Kinicki (2000) dalam buku *Organizational Behaviour*, membagi teori kepemimpinan menjadi :

1. Teori Ciri Kepribadian

Diyakini bahwa pemimpin dilahirkan, tidak dibuat. Orang-orang terpilih dianggap memiliki karakteristik bawaan lahir yang menjadikan mereka pemimpin.

Teori ini membedakan ciri-ciri pemimpin dari non pemimpin atau pengikut dengan berfokus pada ciri dan karakteristik pribadi. Pencarian atribut kepribadian, sosial, fisik atau intelektual yang akan mampu menggambarkan pemimpin dan membedakan dari bukan pemimpin.

Temuan kumulatif dari penelitian kemudian menyimpulkan bahwa sejumlah ciri meningkatkan kemungkinan sukses sebagai pemimpin tapi tidak satupun karakter itu menjamin kesuksesan. Ciri-ciri melakukan pekerjaan yang lebih baik dalam memperkirakan penampilan kepemimpinan daripada dalam membedakan secara aktual antara pemimpin yang efektif dan tidak efektif. Fakta bahwa individu memperlihatkan ciri-ciri yang lain menganggap orang itu sebagai pemimpin tidak selalu berarti bahwa pemimpin itu berhasil membuat kelompoknya mencapai sasaran.

2. Teori Gaya Perilaku

Titik tolak teori ini berpusat pada perilaku pemimpin dan bukan pada karakteristik kepribadian. Diyakini bahwa perilaku pemimpin secara langsung mempengaruhi efektifitas kelompok kerja.

Teori ini mengemukakan bahwa perilaku khusus membedakan pemimpin dan bukan pemimpin sehingga orang-orang dapat dilatih untuk menjadi pemimpin, mengajarkan kepemimpinan dan merancang program-program yang menanamkan pola perilaku ini ke dalam diri individu yang berhasrat menjadi pemimpin yang efektif.

3. Teori Kontinjensi atau Situasional

Efektifitas gaya perilaku kepemimpinan tergantung pada situasi dan hal lain yang mampu mengisolasi kondisi-kondisi situasi itu. Dengan berubahnya situasi, gaya yang berbeda menjadi sesuai. Yang termasuk teori ini adalah :

a. Model Fielder

Mengemukakan bahwa kinerja kelompok yang efektif bergantung pada penyesuaian yang tepat antara gaya pemimpin dalam berinteraksi dengan bawahan dan tingkat mana situasi tertentu memberikan kendali dan pengaruh ke pemimpin tersebut dimana gaya kepemimpinan bersifat tetap.

b. Model Situasional Hersey dan Blanchard

Model ini yang disebut teori kepemimpinan situasional memusatkan perhatian kepada pengikut. Kepemimpinan yang berhasil

dapat dicapai dengan memilih gaya kepemimpinan yang tepat, yang tergantung pada tingkat kesiapan atau kedewasaan para pengikut.

c. Teori Pertukaran Pemimpin-Anggota

Para pemimpin menciptakan kelompok dalam dan kelompok luar. Individu-individu yang terbentuk menjadi kelompok dalam dipercaya, mendapat perhatian lebih dari pemimpin dan berkemungkinan lebih besar mendapat hak istimewa. Bawahan yang berada di kelompok luar, memperoleh lebih sedikit waktu pemimpin, lebih sedikit imbalan yang diinginkan yang dikendalikan oleh pemimpin dan mendapatkan hubungan atasan bawahan yang didasarkan pada interaksi otoritas formal.

d. Teori Jalur-Sasaran atau Tujuan

Teori yang mengatakan bahwa tugas pemimpin adalah mendampingi pengikut dalam meraih sasaran dan memberikan pengarahan dan atau dukungan yang perlu untuk menjamin sasaran selaras dengan keseluruhan kelompok atau organisasi.

e. Model Partisipasi-Pemimpin

Teori ini memberikan serangkaian aturan untuk menentukan bentuk dan banyaknya pengambilan keputusan partisipatif dalam situasi berbeda-beda.

4. Teori Kepemimpinan Transaksional ke Kepemimpinan Karismatik.

Kepemimpinan transaksional berfokus pada transaksi antar pribadi, antar manajer dan bawahan. Dua karakteristik yang melandasi teori ini adalah pemimpin menggunakan penghargaan kontinjensi untuk memotivasi bawahan dan pemimpin melaksanakan tindakan korektif hanya ketika para bawahan gagal mencapai tujuan kinerja.

Kepemimpinan karismatik menekankan perilaku pemimpin yang simbolis, daya tarik terhadap nilai-nilai idiologis, pesan-pesan mengenai visi dan memberikan inspirasi, komunikasi nonverbal, stimulasi intelektual terhadap para pengikut oleh pemimpin, penampilan percaya diri sendiri dan atas para pengikut serta harapan pemimpin akan pengorbanan diri para pengikut dan untuk kinerja yang melampaui panggilan tugas.

G. R. Terry dan L. W. Rue (2005) mengemukakan teori tentang kepemimpinan sebagai berikut :

1. Teori Otokratis dan Pemimpin Otokratis

Teori ini didasarkan atas perintah, paksaan dan tindakan yang arbitrer (sebagai wasit). Pemimpin melakukan pengawasan yang ketat agar semua pekerjaan berlangsung secara efisien. Kepemimpinannya berorientasi pada struktur organisasi dan tugas-tugas.

2. Teori Psikologis

Teori ini menyatakan bahwa fungsi seorang pemimpin adalah memunculkan dan mengembangkan sistem motivasi terbaik untuk merangsang kesediaan bekerja dari bawahan. Guna mencapai sasaran organisatoris maupun untuk memenuhi tujuan pribadi.

3. Teori sosiologis

Kepemimpinan dianggap sebagai usaha untuk melancarkan antar relasi dalam organisasi dan menyelesaikan setiap konflik organisatoris antara para pengikut agar tercapai kerjasama yang baik. Pemimpin menetapkan tujuan, memberi petunjuk dan menyertakan para pengikut dalam pengambilan keputusan akhir.

4. Teori suportif

Menurut teori ini, para pengikut harus berusaha sekuat mungkin dan bekerja dengan penuh gairah sedangkan pemimpin akan membimbing dengan sebaik-baiknya melalui *policy* tertentu. Ada yang menamakannya dengan teori partisipatif atau teori kepemimpinan demokratis.

5. Teori Laissez Faire

Pemimpin adalah ketua yang bertindak sebagai simbol, biasanya tidak memiliki ketrampilan teknis. Kedudukannya biasanya dimungkinkan oleh sistem nepotisme dan koneksi. Pemimpin menyerahkan semua tanggung jawab serta pekerjaan kepada bawahan sehingga praktis kelompok menjadi tidak terbimbing atau tidak terkontrol.

6. Teori Kelakuan Pribadi

Kepemimpinan jenis ini akan muncul berdasarkan kualitas-kualitas pribadi atau pola-pola kelakuan para pemimpin.

7. Teori sifat Orang-orang Besar

Beberapa ciri-ciri unggul yang diharapkan dimiliki seorang pemimpin yaitu memiliki intelegensi tinggi, banyak inisiatif, energik, punya kedewasaan emosional, memiliki daya persuasif dan ketrampilan komunikatif, memiliki kepercayaan diri, peka, kreatif dan mau memberikan partisipasi sosial yang tinggi.

8. Teori situasi

Teori ini menjelaskan bahwa harus terdapat daya lenting yang tinggi atau luwes pada pemimpin untuk menyesuaikan diri terhadap tuntutan situasi, lingkungan sekitar dan jaman. Situasi dianggap elemen yang sangat penting karena memiliki paling banyak variabel dan kemungkinan yang bisa terjadi.

9. Teori Humanistik atau Populistik

Fungsi kepemimpinan menurut teori ini ialah merealisasikan kebebasan manusia dan memenuhi segenap kebutuhan insani yang dicapai melalui interaksi pemimpin dengan rakyat, melalui kerjasama yang baik dengan memperhatikan kepentingan masing-masing.

2.1.5. Teori Kepemimpinan Situasional Hersey dan Blanchard

Teori kepemimpinan yang paling banyak digunakan dewasa ini adalah yang berdasarkan teori situasional yang dikembangkan oleh Paul Hersey dan Ken Blanchard (1998). Bahkan teori tersebut banyak dipakai dalam program pengembangan eksekutif oleh berbagai jenis perusahaan di Amerika Serikat, mulai dari perusahaan yang menghasilkan alat berat, komputer, perminyakan dan bank. Bahkan juga oleh organisasi kemiliteran (Siagian; 2006). Teori ini juga telah digunakan sebagai perangkat utama pelatihan di lebih dari 400 perusahaan Fortune 500 dan lebih dari satu juta manajer setahun dari berbagai organisasi mendapat pelatihan dan diajari unsur-unsur dasarnya. Teori ini memperoleh pengikut kuat di kalangan spesialis pengembangan manajemen (Robbins; 2006).

Teori ini sangat menarik untuk didalami karena paling sedikit mempunyai tiga alasan yaitu penggunaannya yang luas, daya tarik secara intuitif dan karena tampaknya didukung oleh pengalaman di dunia nyata.

Teori kepemimpinan situasional (*Situational Leadership Theory-SLT*) berkembang berdasarkan pemikiran bahwa tidak ada satupun gaya kepemimpinan yang efektif untuk semua situasi. Kekuatan yang ada pada diri pemimpin dan yang dimiliki oleh kelompok (hubungan interpersonal di antara keduanya) serta lingkungan (orientasi tugas) akan ikut menentukan gaya kepemimpinan seseorang jika ia berhubungan dengan stafnya (Muninjaya; 2004).

Kepemimpinan situasional merupakan teori kontijensi yang memusatkan perhatian pada para pengikut. Kepemimpinan yang berhasil dicapai dengan memilih gaya kepemimpinan yang tepat untuk menghadapi situasi tertentu dan tergantung pada tingkat kesiapan (*readiness*) dan kedewasaan para pengikut.

SLT memiliki daya tarik intuitif. Teori ini mengakui pentingnya pengikut dan membangun berdasarkan logika bahwa pemimpin dapat mengkompensasikan kemampuan dan batas motivasi pengikut (Robbins; 2006). Kesiapan didefinisikan sebagai keinginan untuk berprestasi, kemauan untuk menerima tanggung jawab dan kemampuan yang berhubungan dengan tugas, ketrampilan dan pengalaman (Hersey & Blanchard; 1998). Sebagai murid Blanchard, Thoha (2007) mengatakan kedewasaan yang dimaksud adalah dititikberatkan kepada tanggung jawab terhadap tugas yang saat itu diemban oleh pengikut.

Dua dimensi kepemimpinan yang digunakan dalam teori ini ialah perilaku seorang pemimpin yang berkaitan dengan tugas kepemimpinannya dan hubungan atasan bawahan (Siagian; 2003).

SLT pada hakekatnya melihat hubungan pemimpin-pengikut dengan analogi hubungan orangtua-anak. Persis seperti orang tua perlu melepaskan kendali ketika anak bertumbuh lebih matang dan bertanggungjawab, begitu juga pemimpin.

Teori ini mengidentifikasi empat perilaku pemimpin spesifik, mulai dari yang sangat direktif sampai yang sangat bebas. Perilaku yang efektif tergantung pada kemampuan dan motivasi pengikut. Maka SLT mengatakan jika para pengikut tidak mampu dan tidak ingin melaksanakan tugas, pemimpin perlu memberikan arahan yang khusus dan jelas. Jika para pengikut tidak mampu dan ingin, pemimpin perlu memaparkan orientasi tugas yang tinggi untuk mengkompensasikan kekurangmampuan para pengikut dan orientasi hubungan

yang tinggi untuk membuat para pengikut menyesuaikan diri dengan keinginan pemimpin. Jika pengikut mampu dan tidak ingin maka pemimpin perlu menggunakan gaya yang mendukung dan partisipatif dan jika karyawan mampu dan ingin, para pemimpin tidak perlu berbuat banyak (Robbins; 2006).

Pengawasan yang berlebihan atau terlalu longgar, memberikan arahan yang terlalu banyak atau terlalu sedikit, berakibat negatif bagi perkembangan bawahan. Oleh sebab itu sangat penting untuk memadukan gaya kepemimpinan dengan tingkat perkembangan. Strategi memadukan inilah esensi dari Kepemimpinan Situasional Hersey dan Blanchard yang dibuat pada tahun 1968 dan model yang sudah direvisi yaitu Kepemimpinan Situasional II telah berkembang menjadi sebuah pendekatan yang efektif untuk mengendalikan dan memotivasi orang karena pendekatan ini membuka jalur komunikasi dan mendukung terjadinya kerjasama antar pemimpin dan orang-orang yang didukung oleh dan bergantung pemimpin. (Blanchard; 2007).

Perilaku suportif adalah dimana pemimpin membangun komunikasi dua arah, mendengarkan, memberikan dukungan dan mendorong keberanian, memfasilitasi interaksi dan menyertakan karyawan dalam pembuatan keputusan. (Hersey & Blanchard; 1998).

Gaya kepemimpinan merupakan pola perilaku seorang pemimpin yang ditujukan untuk mempengaruhi kegiatan kelompok atau staf. Pola ini dikelompokkan kedalam 4 gaya kepemimpinan yaitu :

1. *Directing* (mengarahkan)

Yaitu gaya kepemimpinan dengan ciri perilaku mengarahkan tinggi dan perilaku mendukung rendah, pemimpin memberikan instruksi yang spesifik tentang peran dan tujuan pada bawahan, pengawasan terhadap tugas dilaksanakan secara ketat, pemimpin menerangkan kepada bawahan apa yang harus dikerjakan, bagaimana, kapan dan dimana pekerjaan harus dilakukan serta komunikasi searah. Peran bawahan sangat minim. Pemecahan masalah dan pengambil keputusan dilakukan oleh pemimpin. Gaya kepemimpinan *directing* disebut dengan gaya S1.

2. *Coaching* (melatih)

Yaitu gaya kepemimpinan dengan ciri perilaku mengarahkan tinggi dan perilaku mendukung tinggi, pemimpin menjelaskan keputusan yang diambil, mau menerima pendapat, pemimpin masih banyak melakukan pengarahan dan terus-menerus melakukan pengawasan dalam penyelesaian tugas serta pemimpin mulai melakukan komunikasi dua arah. Gaya kepemimpinan *coaching* disebut dengan gaya S2.

3. *Supporting* (mendukung)

Yaitu gaya kepemimpinan dengan ciri perilaku mengarahkan rendah dan perilaku mendukung tinggi, pemimpin dan bawahan saling memberikan gagasan, bersama-sama membuat keputusan dan melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan tugas. Gaya kepemimpinan *supporting* disebut dengan gaya S3.

4. *Delegating* (menugaskan)

Yaitu gaya kepemimpinan dengan ciri perilaku mengarahkan rendah dan perilaku mendukung rendah dan pemimpin menyerahkan pembuatan keputusan dan tanggung jawab pelaksanaan kepada bawahan. Gaya kepemimpinan *delegating* disebut gaya S4.

Empat gaya kepemimpinan ini berhubungan dengan empat tingkat dasar perkembangan, yaitu :

1. Pemula antusias

Kemampuan rendah tapi komitmen tinggi disebut D1.

2. Pembelajar yang kecewa

Kemampuan rendah sampai sedang, komitmen rendah disebut D2.

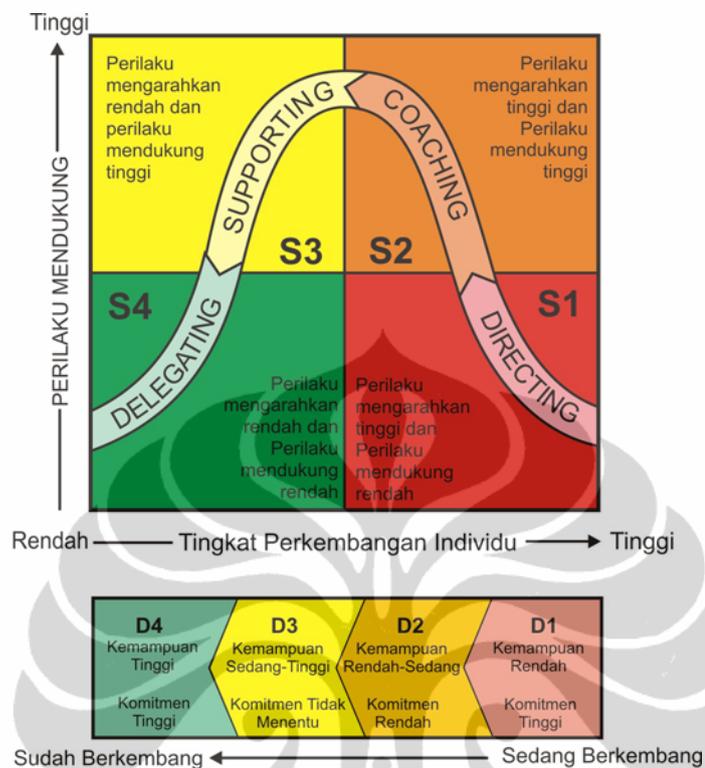
3. Pelaksanan yang mampu tapi ragu-ragu

Kemampuan sedang sampai tinggi, komitmen tidak menentukan tidak menentu disebut D3.

4. Pencapai mandiri

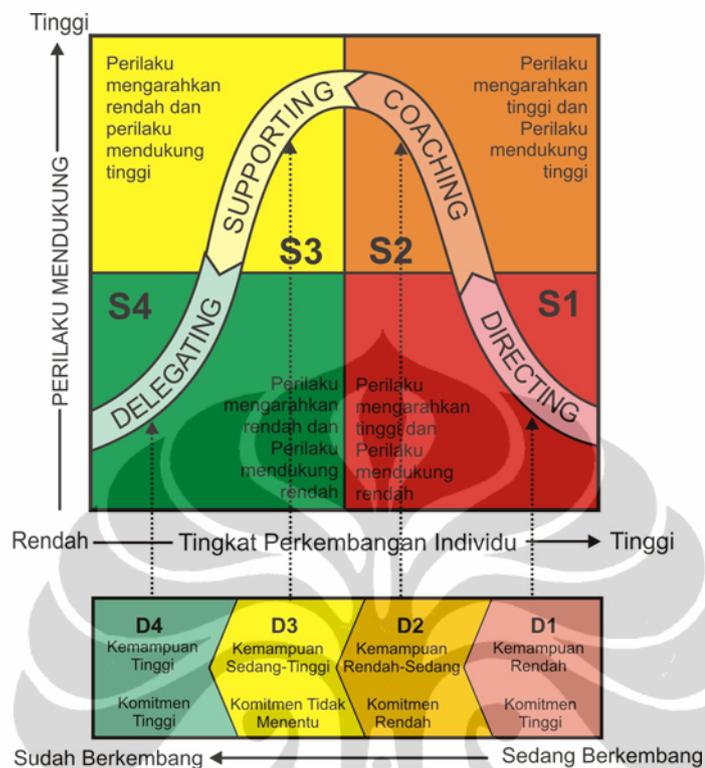
Kemampuan dan komitmen tinggi disebut D4.

Gambar 2.1. Model Kepemimpinan Situasional II



Untuk menentukan gaya kepemimpinan yang akan dipergunakan di setiap empat tingkatan perkembangan, gambar sebuah garis vertikal dimulai dari hasil diagnosis level perkembangan ke kurve kepemimpinan melalui model empat kuadran. Sebagaimana yang diilustrasikan oleh gambar di bawah ini : gaya kepemimpinan yang sesuai pasangannya adalah kuadran dimana garis vertikal bersinggungan dengan garis kurva.

Gambar 2.2. Mencocokkan Gaya Kepemimpinan dengan Tingkat Perkembangan



Dengan menggunakan pendekatan ini (Blanchard, 2007) :

- Pemula antusias (D1) membutuhkan gaya kepemimpinan mengarahkan (S1).
- Pembelajar yang kecewa (D2) membutuhkan gaya kepemimpinan melatih (S2).
- Pelaksanan yang mampu tapi ragu-ragu (D3) membutuhkan gaya kepemimpinan mendukung (S3).
- Pencapai mandiri (D4) membutuhkan gaya kepemimpinan menugaskan (S4).

Model kepemimpinan situasional juga memberi perhatian kepada fleksibilitas gaya kepemimpinan yaitu tingkat kemampuan seorang pemimpin untuk menyesuaikan gaya kepemimpinannya dalam situasi yang berbeda-beda. Motivasi, kemampuan dan pengalaman para bawahan harus terus-menerus dinilai untuk menentukan kombinasi gaya mana yang paling memadai dengan kondisi

yang fleksibel dan berubah-ubah. Bila pemimpin fleksibel dalam gaya mereka, dapat dianggap pemimpin akan efektif dalam berbagai situasi kepemimpinan. Bila sebaliknya, pemimpin relatif kaku dalam gaya kepemimpinan akan bekerja efektif hanya dalam situasi yang paling cocok dengan gaya mereka atau yang dapat disesuaikan agar cocok dengan gaya mereka. Kekakuan seperti ini akan menghambat karir pribadi pemimpin dan menyebabkan tugas organisasi dalam mengisi posisi manajemen secara efektif menjadi rumit. (Stoner; 1994).

Sedangkan keefektifan gaya adalah kadar kemampuan pemimpin untuk menerapkan gaya kepemimpinan yang sesuai dengan tuntutan situasi tertentu. Pemimpin dengan tingkat fleksibilitas yang rendah masih dapat efektif dalam jangka waktu yang panjang apabila tetap dalam situasi yang memungkinkan. Sebaliknya pemimpin dengan tingkat fleksibilitas yang tinggi bisa jadi tidak efektif apabila perilaku tersebut tidak sesuai dengan tuntutan situasi. Konsep keefektifan gaya menunjukkan bahwa pimpinan yang efektif dapat menerapkan gaya yang tepat pada saat yang tepat.

2.2. Rumah Sakit

2.2.1. Pengertian dan Lingkup Rumah Sakit

1. Etimologi

Istilah *hospital* (rumah sakit) berasal dari kata Latin, *hospes* (tuan rumah), yang juga menjadi akar kata hotel dan *hospitality* (keramahan). Rumah sakit (*hospital*) adalah sebuah institusi perawatan kesehatan profesional yang pelayanannya disediakan oleh dokter, perawat dan tenaga ahli kesehatan lainnya.

2. Definisi

- UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 34, rumah sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
- Peraturan Menkes RI Nomor 1045/Menkes/Per/XI/2006, rumah sakit didefinisikan sebagai suatu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan rawat inap dan rawat jalan yang memberikan pelayanan

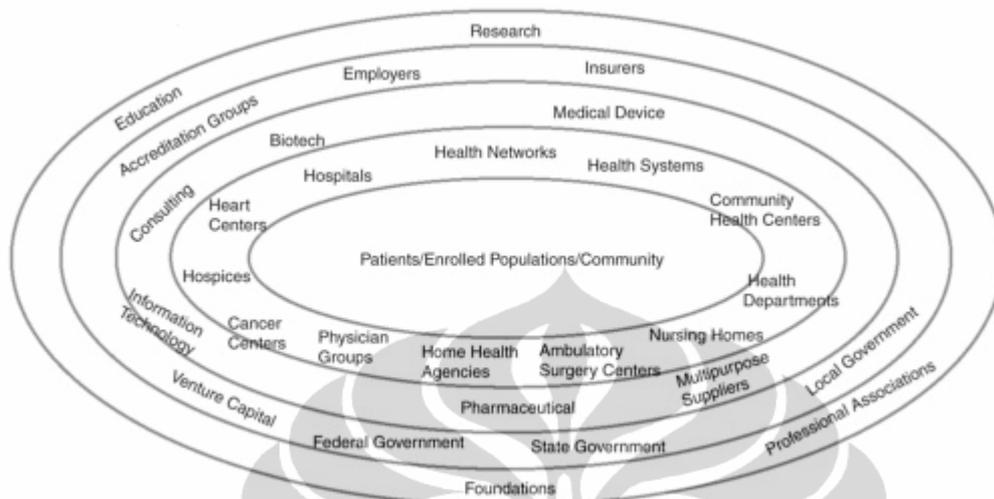
kesehatan jangka pendek dan jangka panjang yang terdiri dari observasi, diagnostik, terapeutik dan rehabilitatif untuk orang-orang yang menderita sakit, cedera dan melahirkan.

- Kep. Menkes Nomor 582/Menkes/SK/VI/1997 menyebutkan rumah sakit sebagai sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara merata dengan mengutamakan upaya penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit dalam suatu tatanan rujukan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga dan penelitian.
- Komite ahli WHO pada organisasi perawatan medis, rumah sakit adalah bagian integral dari organisasi sosial dan medis, yang berfungsi menyediakan perawatan kesehatan lengkap bagi penduduk baik kuratif dan preventif dan layanan pasien luar yang menjangkau keluarga dan lingkungan rumah, rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan pekerja kesehatan dan untuk penelitian biososial.
- Sebuah bangunan di mana orang sakit, cedera atau sakit diterima dan diobati.
- Sebuah lembaga umum atau swasta yang didirikan untuk penerimaan dan menyembuhkan atau perlindungan bagi orang-orang berpenyakit tubuh atau pikiran atau ketidakmampuan, lemah atau ketergantungan dimana mereka diperlakukan baik dengan biaya sendiri atau lebih sering oleh penyantun secara keseluruhan atau sebagian.

2.2.2. Organisasi Rumah Sakit

Organisasi merupakan suatu mekanisme, struktur eksekutif dari sebuah bisnis sehingga orang-orang yang terlibat di dalamnya dapat bekerja secara efektif. William Newman mengatakan bahwa organisasi merupakan rencana arsitektur sebuah bangunan, semakin besar dan rumit bangunannya, semakin penting untuk memiliki rencana arsitektur yang terpusat. (Kunders, G. D; 2004)

Gambar 2.3. Ekologi Konsentrik dari Organisasi-Organisasi Pelayanan Kesehatan
(Shortell SM, Kaluzny AD; 2006)



Gambar di atas menggambarkan organisasi-organisasi yang membentuk sistem kesehatan dengan pasien berada di pusatnya. Organisasi yang memiliki dampak langsung lebih besar kepada pasien berada di lingkaran dalam sementara yang kurang memiliki dampak langsung berada di lingkaran lebih luar.

Organisasi yang efektif memiliki ciri-ciri sebagai berikut :

1. Struktur organisasi yang secara jelas dapat mengembangkan hubungan antar bagian
2. Kejelasan pendelagasian wewenang
3. Pemilihan orang yang tepat pada jabatan yang tepat
4. Menyediakan pelayanan sesuai kebutuhan
5. Menjalankan pelayanan yang murah dengan mutu terjamin
6. Pengembangan petugas yang potensial

Struktur organisasi kesehatan harus dapat memiliki sifat-sifat di atas dengan menjalankan 5 jenis desain struktur organisasi pelayanan kesehatan berikut : (Leatt P, Baker R, Kimberly JR; 2006)

1. *Functional Design*

Dilaksanakan apabila pekerja dimasukkan ke dalam departemen-departemen yang berdasar kepada area fungsional. Biasanya ditemukan

panti jompo, pelayanan penyakit kronik atau rumah sakit umum daerah yang kecil (kurang dari 100 tempat tidur).

2. *Divisional Design*

Sering ditemukan pada organisasi pendidikan kesehatan yang beroperasi di bawah tekanan yang tinggi akibat adanya hubungan dengan sekolah kedokteran dengan kompleksitas teknologi tingkat tinggi karena adanya kegiatan riset yang intensif. Pada rumah sakit pendidikan dikelompokkan menjadi bedah, anak, psikiatri, patologi dan lain-lain.

3. *Matrix/Mixed Design*

Dikembangkan untuk mengatasi beberapa masalah akibat keterbatasan *functional design* dan *divisional design*. Memiliki karakter adanya sistem otoritas ganda, hal ini juga menjadi kekurangan *matrix design* karena pekerja akan memiliki dua atasan yaitu dari sisi fungsional dan divisional.

4. *Parallel Design*

Struktur paralel dikembangkan sebagai mekanisme untuk meningkatkan kualitas pekerjaan. Sering ditemukan pada organisasi-organisasi yang mengimplementasikan pendekatan *CQITQM (Continuous Quality Improvement/Total Quality Management)*. Organisasi birokratik atau fungsional bertanggungjawab terhadap aktivitas rutin organisasi sementara sisi paralel bertanggungjawab terhadap pemecahan masalah kualitas.

5. *Program Design/Product or Service Line*

Menempatkan seseorang di dalam organisasi yang bertanggungjawab terhadap semua aspek dari suatu produk. *Product line* merupakan produk yang menghasilkan keuntungan bagi rumah sakit seperti kesehatan wanita, onkologi atau rehabilitasi. Orang tersebut bertanggungjawab untuk setiap pekerjaan pembiayaan dan keuangan yang dihubungkan dengan produk serta mengkoordinasikan semua sumber daya fungsional (seperti perencanaan, pemasaran dan SDM) yang dibutuhkan untuk memastikan keberhasilan produk tersebut.

Sehingga dapat dibuat rancangan struktur organisasi yang dibuat berdasar pada : (Sabarguna, Boy S; 2009)

1. Acuan teoritis yang ada
2. Pertimbangan keadaan kekuatan yang berperan serta di rumah sakit yang harus ditata dan dibawa serta
3. Rumah sakit harus berorientasi pada pengembangan yang terus-menerus

Komponen organisasi rumah sakit yang penting :

1. Yayasan
Merupakan pemilik rumah sakit yang berperan sebagai pengarah.
2. Dewan Medis
Sebagai pelaksana operasional medis yang mengatur fungsi pelayanan medis dan mutu pelayanan medis. Anggotanya dipilih setahun sekali.
3. Direksi
Sebagai pelaksana operasional beserta jajarannya yang melakukan kegiatan pelayanan rumah sakit.
4. Dewan Penasehat merupakan gabungan unsur :
 - a. Pengawas harian dari yayasan
 - b. Wakil dari pemerintahan (Kantor Departemen dan Dinas Kesehatan)
 - c. Wakil organisasi kemasyarakatan
 - d. Tokoh masyarakat
5. Konsultan Manajemen
Merupakan komponen yang akan membimbing secara manjerial agar rumah sakit dapat berkembang secara terus-menerus. Selain itu akan memberi bantuan agar situasi bisnis dapat diadopsi secara wajar.
6. Jajaran Direksi
Dibuat berdasarkan :
 - a. Fungsi utama sebagai dasar
 - b. Keterkaitan dengan pelayanan
 - c. Pengelompokan yang relatif serumpun

2.2.3. Perumhaskitan di Indonesia

1. Latar belakang

- Alinea ke 4 Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945 yang menyebutkan bahwa ”Kemudian daripada itu, untuk membentuk suatu Pemerintahan Negara Indonesia yang *melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa*”.
- Undang-Undang Dasar 1945 :
 - a. Pasal 28 A menyatakan bahwa setiap orang berhak untuk hidup serta berhak mempertahankan hidup dan kehidupannya.
 - b. Pasal 28 H ayat 1 : Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.
 - c. Pasal 34 ayat 1 : Fakir miskin dan anak-anak yang terlantar dipelihara oleh negara.
 - d. Pasal 34 ayat 3 : Negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas kesehatan dan pelayanan umum yang layak.

2. Perkembangan Rumah Sakit

- Pelayanan rumah sakit pemerintah dimulai sejak 1626 oleh VOC (*Vereenigde Oost Indische compagnie*). Rumah sakit militer menampung warga Belanda, pelaut, pekerja dan serdadu yang luka. VOC menunjang dan memberi subsidi pembangunan rumah sakit untuk masyarakat Cina yang terlantar dan pecandu madat di Jakarta.
- Herman Wilem Deandles membangun *Groot Militaire Hospitalen* di Jakarta, Semarang dan Surabaya. Beberapa kelompok penduduk pribumi bebas biaya (pelacur, orang gila, penghuni penjara dan pegawai pemerintah).
- Tahun 1830 : Sistem tanam paksa (*Cultuurstelsel*) di perkebunan. Rumah sakit perkebunan dan pelayaran sebagai cikal bakal rumah sakit BUMN, buruh (perkebunan dan tambang) langsung dipotong upah (sakit/tidak).

- Tahun 1901 : Politik Etis : di Jakarta dibangun *Centraal Burgerlijk ziekenhuis (CBZ)*, sekarang RSCM.
- Rumah sakit swasta : rumah sakit misionaris Kristen, awalnya membiayai sendiri, 1906 subsidi pemerintah. Rumah sakit keagamaan lainnya.
- Tahun 1980an, harga minyak bumi anjlok, terjadi reformasi termasuk reformasi kebijakan pembiayaan kesehatan, seperti deregulasi dan debirokratisasi, sistem swadana rumah sakit pemerintah, swastanisasi dan sistem Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat (JPKM).
- Tahun 1990an : perizinan penanaman modal asing untuk rumah sakit.
- Saat ini rumah sakit mengalami masa transisi dari lembaga sosial menjadi lembaga sosioekonomis. Rumah sakit menghadapi suasana global dan kompetitif (termasuk dengan pelayanan kesehatan alternatif). Diperlukan pengelolaan rumah sakit dengan dasar konsep “manajemen yang beretika”.
- Kebijakan Kelembagaan Rumah Sakit Pemerintah. Sejak dekade 1980an, upaya memberikan otonomi yang lebih besar kepada rumah sakit milik pemerintah. Akhir abad 20, terjadi perubahan dalam dunia administrasi pemerintahan dari nilai dan norma tradisional ke konsep yang disebut *New Public Management (NPM)* yang berarti institusi pemerintah yang dikelola swasta. Rumah sakit berubah dari organisasi normatif (organisasi sosial) ke arah organisasi utilitarian (organisasi sosial ekonomi) sehingga mendorong terjadinya proses korporatisasi rumah sakit pemerintah sehingga peran *leadership* dan *entrepreneurship* menjadi sangat penting.

3. Jenis Rumah Sakit

UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit :

- Pasal 18 : Rumah Sakit dapat dibagi berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya.
- Pasal 19 :
 - a. Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, Rumah Sakit dikategorikan dalam Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus.

- b. Rumah Sakit Umum memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.
- c. Rumah Sakit khusus memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya.

- Pasal 20 :

- a. Berdasarkan pengelolaannya Rumah Sakit dapat dibagi menjadi Rumah Sakit publik dan Rumah Sakit privat.
- b. Rumah Sakit publik dapat dikelola oleh Pemerintah, Pemerintah daerah dan badan hukum yang bersifat nirlaba.

- Pasal 21 : Rumah Sakit privat dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk Perseroaan Terbatas atau Persero.

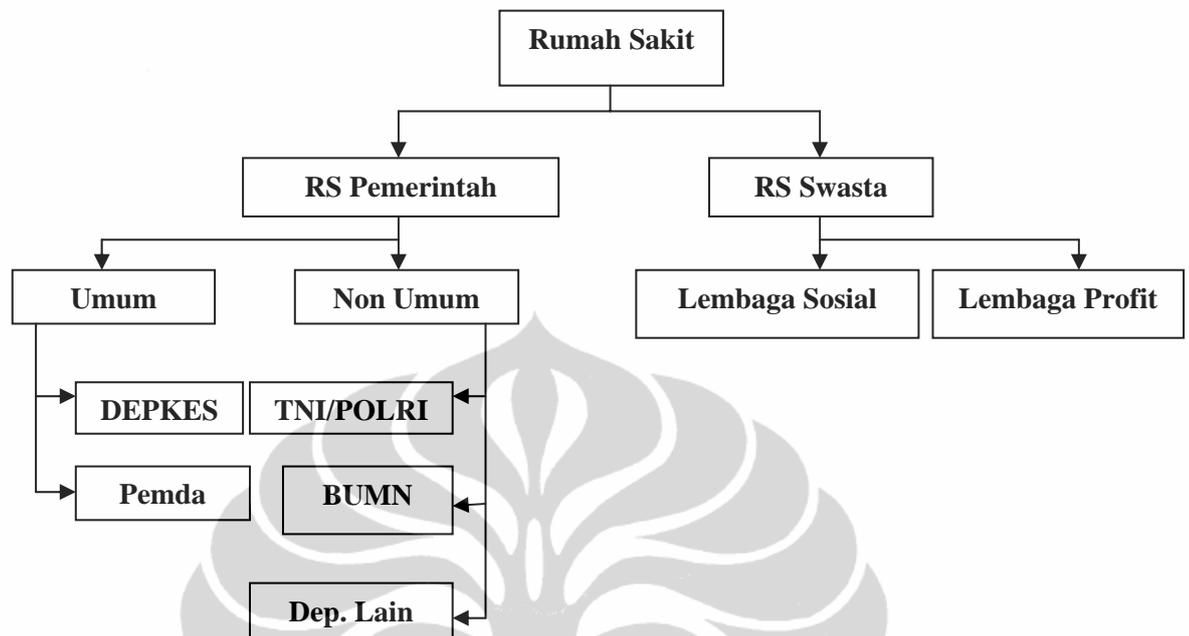
Dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanannya, yaitu: (UU Nomor 44 Tahun 2009 dan Permenkes 1045 tahun 2006)

- a. RSU kelas A, mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialistik dan subspecialistik luas.
- b. RSU kelas B, mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialistik luas (sekurang-kurangnya 11 spesialistik) dan subspecialistik terbatas.
- c. RSU kelas C, mempunyai fasilitas dan kemampuan sekurang-kurangnya spesialistik 4 dasar lengkap (Bedah, Penyakit Dalam, Kesehatan Anak serta Kebidanan dan Kandungan).
- d. RSU kelas D, mempunyai fasilitas dan kemampuan sekurang-kurangnya pelayanan medik dasar.

Rumah Sakit dapat pula dibedakan (sesuai fungsi) sebagai :

- Rumah sakit pendidikan
- Rumah sakit non pendidikan

Skema 2.4. Klasifikasi Rumah Sakit di Indonesia (Harimat)



4. Fungsi dan tugas

- Berdasarkan UU Nomor 44 Tahun 2009 dan Peraturan Menteri Kesehatan 1045 tahun 2006 disebutkan bahwa rumah sakit mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan paripurna, pendidikan dan pelatihan. Rumah sakit juga dapat bertugas untuk melaksanakan penelitian, pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan berdasarkan kemampuan pelayanan kesehatan dan kapasitas sumber daya organisasi yang dimiliki.
- Rumah sakit mengemban fungsi :
 - a. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan paripurna tingkat sekunder dan tersier.
 - b. Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan dalam rangka meningkatkan kemampuan sumber daya manusia dalam pemberian pelayanan kesehatan.

- c. Pelaksanaan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan.
 - d. Pelaksanaan administrasi rumah sakit.
- Permenkes RI Nomor 920/Men.Kes/Per/XII/1986, rumah sakit juga mempunyai fungsi sosial yang mencerminkan upaya pelayanan medik dengan mempertimbangkan imbalan jasa yang dapat dijangkau oleh masyarakat dan menyediakan sebagian fasilitas pelayanan rawat inap untuk orang yang kurang dan atau tidak mampu membayar sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
 - Fungsi sosial rumah sakit adalah fungsi yang tetap melekat pada institusi rumah sakit apapun bentuk, orientasi dan pola kepemilikannya. Rumah sakit sebagai unit sosioekonomis memiliki fungsi sosial :
 - a. Menyediakan tempat tidur dan menyisihkan dana khusus untuk penderita miskin
 - b. Layanan gawat darurat tanpa uang muka
 - c. Pengurangan biaya dan lain-lain
 - Peran institusional rumah sakit :
 - a. Pemberi kinerja (*employer*)
 - b. Penyedia fasilitas (*fasilitator*)
 - c. Pemberi layanan dan asuhan kesehatan (*healthcare provider*)
 - d. Warga komunitas untuk beretika sosial dan mempunyai tanggung jawab sosial.

5. Unsur-unsur dalam rumah sakit

- Berdasarkan PerMenkes No. 159b tahun 1988, penyelenggaraan rumah sakit harus mendapat izin dari Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Suatu organisasi rumah sakit terdiri dari :
 - a. Unsur pimpinan
 - b. Pembantu pimpinan
 - c. Pelaksana tugas pokok
 - d. Unsur penunjang pelaksana tugas pokok

Rumah sakit dipimpin oleh seorang direktur dan dibantu oleh wakil direktur menurut kebutuhan. Ditetapkan pula bahwa *direktur rumah sakit adalah seorang dokter*.

- Ketetapan ini kemudian direvisi oleh Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 157/Menkes/SK/III/1999 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 159b/Menkes/Per/II/1988 tentang rumah sakit yang menyebutkan bahwa direktur rumah sakit dijabat oleh seorang ahli perumahsakitan.
- Departemen Kesehatan kemudian melakukan revisi ulang persyaratan jabatan direktur rumah sakit melalui KepMenkes dan Kesos Nomor 191/Menkes-Kesos/SK/II/2001 tentang Perubahan Keputusan Menteri kesehatan RI Nomor 157/Menkes/SK/III/1999 tentang perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 159b/Menkes/Per/II/1988 tentang rumah sakit. Dalam Kepmenkes ini ditetapkan bahwa direktur rumah sakit adalah tenaga dokter atau tenaga kesehatan lain yang mempunyai kemampuan dibidang perumahsakitan, memahami dan menghayati etika profesi kesehatan khususnya profesi kedokteran.
- UU Nomor 44 Tahun 2009 pasal 34 tentang rumah sakit, kepala rumah sakit harus seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian dibidang perumahsakitan.

6. Susunan Organisasi Rumah Sakit Pemerintah

Dalam susunan organisasi rumah sakit pemerintah terdapat unit struktural dan unit non struktural. Unit struktural yang berada di dalam organisasi rumah sakit antara lain direktur utama, direktur, kepala bagian, kepala bidang, kepala subbagian dan kepala seksi.

Unit non struktural yang berada dalam organisasi rumah sakit antara lain :
(Harimat)

- a. Satuan Pengawas Intern (SPI) merupakan satuan kerja fungsional yang bertugas melaksanakan pengawasan intern di rumah sakit. SPI berkedudukan di bawah pimpinan rumah sakit, dibentuk, ditetapkan dan bertanggungjawab kepada pimpinan rumah sakit.

- b. Komite merupakan wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi yang dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada pimpinan rumah sakit dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit. Pembentukan komite ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit sesuai kebutuhan rumah sakit, sekurang-kurangnya terdiri atas komite medik serta komite etik dan hukum. Komite berada di bawah dan bertanggungjawab kepada pimpinan rumah sakit. Komite dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan pimpinan rumah sakit.
- c. Instalasi merupakan unit pelayanan struktural yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan, pendidikan dan penelitian rumah sakit. Pembentukan instalasi ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit sesuai kebutuhan rumah sakit. Instalasi dipimpin oleh seorang kepala yang diangkat dan diberhentikan pimpinan rumah sakit. Kepala instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu tenaga fungsional dan atau non medis.

2.2.4. Manajemen Rumah Sakit

1. Pengertian Manajemen

Dalam literatur mengenai "manajemen", ditemukan macam-macam batasan yang kesemuanya itu dapat disimpulkan bahwa manajemen adalah suatu ilmu atau seni yang berupa proses, usaha atau kegiatan yang khas mencakup seperangkat fungsi-fungsi dan kegiatan teknis yang saling berhubungan seperti perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, penggerakkan, pelaksanaan, pengarahan dan pengendalian serta pelimpahan wewenang dimana dilakukan oleh satu orang atau lebih dalam bentuk organisasi baku untuk mengatur, mengkoordinasikan dan mengintegrasikan sejumlah kegiatan atau aktivitas kerja orang lain agar diselesaikan secara efisien dan efektif guna menentukan dan mencapai hasil, tujuan atau sasaran yang telah ditentukan dengan memanfaatkan sumber daya manusia dan sumber daya materil lainnya secara efisien, efektif dan rasional. (Koontz; 1989, G. R. Terry; 1991, Evancevich dalam Notoatmodjo; 2003, Muninjaya; 2004, Robbins; 2006)

Dari rangkuman berbagai batasan manajemen di atas, terlihat empat elemen utama dalam manajemen :

- a. Proses : satu perangkat fungsi-fungsi dan kegiatan yang sedang berlangsung yang saling interaktif dan saling berhubungan.
- b. Pencapaian sasaran dan tujuan organisasi.
- c. Pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber daya lain.
- d. Terjadi dalam satu bentuk organisasi.

2. Fungsi-fungsi manajemen

Perangkat utama dari fungsi-fungsi teknis dan sosial dalam proses manajemen adalah :

- a. Perencanaan (*Planning*)
- b. Pengambilan keputusan (*Decision Making*)
- c. Pengorganisasian (*Organizing*)
- d. *Staffing*
- e. Pengarahan (*Directing*)
- f. Pengawasan (*Controlling*)

Setiap manajer rumah sakit melaksanakan kegiatan dan fungsi-fungsi ini dengan intensitas dan fokus yang beragam tergantung dari tingkat kewenangan, lingkup tanggung jawab dan aktivitas kerja individu tersebut.

Manajer adalah individu yang ditunjuk untuk menduduki suatu posisi dengan kewenangan mengarahkan pekerjaan orang lain. Bertanggungjawab dalam pemanfaatan sumber daya dan akuntabel untuk hasil kerja yang spesifik, contoh direktur rumah sakit, direktur farmasi, pimpinan klinik, kepala laboratorium, penyelia rekam medis dan lain-lain.

Klasifikasi manajer berdasarkan strata dan hirarki :

- a. Manajemen senior (*Top or Senior Management*)
- b. Manajemen madya/menengah (*Middle Management*)
- c. Penyelia/manajemen lini depan (*Supervisory or First line Management*)

Klasifikasi manajer lain berdasarkan :

- a. Strata kebijakan (*Policy Level*)
- b. Strata administratif atau koordinatif (*Administrative or Coordinative Level*)
- c. Strata operasional (*Operations Level*)

Faktor diferensiasi strata manajer dibedakan berdasarkan :

- a. Tingkat kewenangan (*Degree of Authority*)
- b. Lingkup tanggung jawab
- c. Kegiatan dalam organisasi

2.2.5. Tugas Pokok dan Fungsi Kepemimpinan Direktur Rumah Sakit dalam melaksanakan Manajemen Rumah Sakit

Kegiatan Direktur Rumah Sakit :

1. Manajemen Internal

- a. Perencanaan (*Planning*)
 - Menyusun organisasi secara umum dan prioritas tujuan.
 - Menetapkan masalah-masalah yang menjadi pertimbangan *Governing Board* atau pemilik.
 - Menetapkan penambahan alat-alat diagnostik dan alat pengobatan maupun bangunan baru.
- b. Perencanaan (*Planning*)
- c. Pengorganisasian (*Organizing*)
 - Menyusun organisasi secara umum dan prioritas tujuan.
 - Menetapkan bagaimana kewenangan dan tanggung jawab dibagi diantara perorangan dan departemen.
 - Menetapkan pola komunikasi baku (dan pelaporan) dalam rumah sakit.
- d. *Staffing*
 - Menetapkan strata staf departemen.
 - Menetapkan skala penggajian.
 - Evaluasi, pelatihan dan pengembangan personil manajemen.

e. *Directing*

Memotivasi, memberi saran dan konseling bagi personil manajemen.

f. *Controlling*

- Mengembangkan dan meningkatkan sistem informasi.
- Meningkatkan efisiensi dan produktivitas.
- Mengembangkan dan memperbaiki pola anggaran.
- Memperbaiki sistem komunikasi dengan pasien.

g. *Planning surveilans lingkungan (Environmental Surveillance Planning)*

- Menetapkan dan menentukan prioritas untuk jenis pelayanan baru.
- Menginterpretasikan bagaimana hukum dan peraturan dapat mempengaruhi rumah sakit.
- Menginterpretasikan bagaimana kecenderungan masalah keuangan dan pelayanan kesehatan dapat mempengaruhi rumah sakit.

2. Hubungan eksternal (*External Relation*)

- a. Menginformasikan kepada masyarakat luas tentang rumah sakit.
- b. Berhubungan dengan tokoh masyarakat dalam masalah perumahnyasakit.
- c. Mempengaruhi legislatif dan regulator.

Untuk itu dapat disimpulkan, menurut beberapa peneliti dan literatur, ada lima aspek penting dalam fungsi kepemimpinan direktur rumah sakit dalam pelaksanaan manajemen rumah sakit yaitu :

1. Aspek koordinasi

Menurut G. R. Terry (2005), koordinasi adalah penyerasian yang teratur usaha-usaha untuk menyajikan jumlah, waktu dan pengarahannya pelaksanaan yang cocok menurut mestinya hingga menghasilkan tindakan harmonis dan terpadu menuju sasaran yang telah ditentukan.

Mengkoordinasikan kegiatan atau kelompok kegiatan adalah menempatkan kegiatan-kegiatan tersebut dalam hubungan yang sesuai satu dengan yang lainnya untuk memastikan bahwa semua yang perlu dikerjakan akan dikerjakan dan tidak ada dua orang yang mencoba mengerjakan pekerjaan yang sama. Koordinasi merupakan alat untuk mendistribusikan wewenang,

mengadakan saluran-saluran komunikasi, penataan pekerjaan sehingga pekerjaan yang benar terlaksana (*what*), pada tempat (*where*), waktu (*when*) dengan cara (*why*) dan oleh orang (*who*) yang tepat. (Mc Mahon; 1999)

Menurut J. A. Stoner (1994), koordinasi adalah proses pemaduan sasaran kegiatan dari unit-unit kerja yang terpisah untuk dapat mencapai tujuan organisasi secara efektif. Tujuan koordinasi adalah untuk memastikan adanya kesatuan gerak dalam organisasi, saling komunikasi dan membantu antar unit, menjamin kesatuan kebijakan dan untuk hal-hal yang sama dan menghindarkan kecenderungan merasa paling penting dalam organisasi. Faktor yang paling dominan dalam koordinasi adalah kerjasama dan hubungan.

Bila kegiatan telah dikoordinasikan, seluruh pekerjaan akan berlangsung dengan lancar, berjalan teratur, serasi, efisien dan berhasil. Bila tidak terkoordinasi, besar kemungkinan kegiatan akan gagal mencapai tujuan, tidak teratur, penuh pertentangan, tidak efisien dan tidak berhasil.

2. Aspek motivasi

Robbins (2006) mendefinisikan motivasi sebagai proses yang berperan pada intensitas, arah dan lamanya berlangsung upaya individu ke arah pencapaian sasaran. Tiga unsur penting dalam definisi ini adalah intensitas, arah dan berlangsung lama.

Intensitas terkait dengan seberapa keras seseorang berusaha. Akan tetapi intensitas yang tinggi kemungkinan tidak akan menghasilkan kinerja yang diinginkan jika upaya itu tidak disalurkan ke arah yang menguntungkan organisasi. Oleh karena itu, kualitas upaya dan intensitas harus dipertimbangkan. Harus diusahakan upaya yang diarahkan ke sasaran dan konsisten dengan sasaran organisasi. Motivasi memiliki dimensi berlangsung lama. Ini adalah ukuran tentang berapa lama seseorang dapat mempertahankan usahanya. Individu-individu yang termotivasi tetap bertahan dengan pekerjaannya dalam waktu cukup lama untuk mencapai sasaran.

Menurut G. R. Terry (2005), motivasi menyangkut perilaku manusia dan merupakan sebuah unsur yang vital dalam manajemen. Motivasi adalah usaha untuk membuat orang menyelesaikan pekerjaannya dengan semangat karena

orang itu ingin melakukannya. Adapun tugas pemimpin adalah menciptakan kondisi kerja yang akan membangkitkan dan memelihara keinginan yang bersemangat untuk melakukan.

Motivasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan rangsangan, dorongan dan ataupun pembangkit tenaga pada seseorang dan ataupun sekelompok orang untuk mau berbuat atau bekerja sama secara optimal melaksanakan sesuatu yang telah direncanakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Pekerjaan memotivasi hanya akan berhasil jika dapat diusahakan agar tujuan organisasi yang telah ditetapkan adalah juga menjadi tujuan perorangan ataupun kelompok yang akan melaksanakan kegiatan. Selain itu perlu diusahakan agar perbuatan yang diharapkan untuk dilaksanakan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki seseorang dan ataupun sekelompok orang (Azwar; 1996).

3. Aspek komunikasi

Kartono (2008) mendefinisikan komunikasi sebagai kapasitas individu atau kelompok untuk menyampaikan perasaan, pikiran dan kehendak kepada individu dan kelompok lain.

Robbins (2006) mengatakan komunikasi adalah penyampaian dan pemahaman makna. Suatu gagasan, tidak peduli seberapa hebatnya, tidak berguna sebelum diteruskan ke dan dipahami oleh orang lain. Komunikasi akan sempurna bila pikiran atau ide yang disampaikan dipersepsikan sama oleh penerima dengan yang dibayangkan oleh pengirim.

Suatu kecakapan utama yang diisyaratkan bagi seorang pemimpin adalah kemampuan untuk berkomunikasi secara efektif. Bila pemimpin tidak mampu menyampaikan apa yang harus dilakukan maka bawahan tidak akan berhasil menyelesaikan pekerjaan dengan benar. Sebaliknya jika bawahan tidak bisa berkomunikasi bebas dengan pemimpin maka informasi yang dibutuhkan untuk mengelola dengan berhasil akan terhalang. Untuk itu G. R. Terry (2005) mendefinisikan komunikasi adalah prasarana dimana seorang pemimpin diperlengkapi, ia bukan suatu kegiatan yang berdiri sendiri tapi merupakan bagian utama dari hampir semua hal yang dilakukan pemimpin itu sendiri.

Kreitner (2005) mendefinisikan komunikasi sebagai pertukaran informasi antara pengirim dan penerima dan kesimpulan atau persepsi makna antara individu-individu yang terlibat.

Menurut Muninjaya (2004), komunikasi harus mengandung unsur 4C yaitu :

- Singkat dan padat (*Concise*)
- Informasi lengkap (*Complete*)
- Jelas apa yang harus dikerjakan (*Clear*)
- Tujuannya jelas (*Concrete*)

Menurut Azwar (1996), tujuan utama dari komunikasi adalah untuk menimbulkan saling pengertian, bukan persetujuan. Jadi komunikasi adalah pertukaran pikiran atau keterangan dalam rangka menciptakan rasa saling mengerti serta saling percaya demi terwujudnya hubungan baik antara seseorang dan orang lain.

Untuk mendorong terjadinya komunikasi yang baik dan efektif, pemimpin harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

- Seluruh anggota tim harus bebas mengemukakan pendapat dan didorong untuk bertindak seperti itu,
- Menggunakan media yang akan lebih menunjang komunikasi tetapi komunikasi langsung harus terus dikembangkan.
- Sebuah pesan baik tertulis ataupun lisan harus dinyatakan dengan jelas dalam bahasa dan ungkapan yang dapat dimengerti oleh yang menerimanya dan pemimpin harus selalu memeriksa apakah efek pengiriman pesan terjadi dengan melakukan sistem umpan balik.
- Kurangi kesimpangsiuran arus informasi dalam organisasi.
- Komunikasi harus disesuaikan dengan tingkat pendidikan dan pengalaman staf.

Adapun syarat komunikasi yang permisif adalah :

- Dalam suasana yang bebas tanpa tekanan-tekanan tertentu
- Pemimpin menerima individu lain tanpa prasangka dan dengan lapang dada menghargai kelebihan dan memahami kelemahan orang lain dan

bersedia mendengarkan pendapat orang lain tanpa penilaian dan mampu merasakan kehidupan orang lain.

Komunikasi menjalankan empat fungsi utama dalam organisasi yaitu :

- Mengendalikan perilaku anggota
- Memperkuat motivasi dengan menjelaskan pada bawahan apa yang harus dilakukan, seberapa baik bawahan bekerja dan apa yang dapat dikerjakan untuk memperbaiki kinerja yang kurang baik
- Memfasilitasi pelepasan ungkapan emosi perasaan dan pemenuhan kebutuhan sosial dan
- Memberikan yang diperlukan individu dan kelompok untuk mengambil keputusan melalui penyampaian data guna mengenali dan mengevaluasi pilihan-pilihan alternatif.

4. Aspek supervisi

Menurut Ilyas (2006) supervisi adalah suatu proses yang memacu anggota unit kerja untuk berkontribusi secara positif agar tujuan organisasi tercapai sedangkan Azwar (1996) menyatakan supervisi adalah melakukan pengamatan secara langsung dan berkala oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilaksanakan oleh bawahan untuk kemudian apabila ditemukan masalah, segera diberikan petunjuk atau bantuan yang bersifat langsung guna mengatasinya.

Manfaat supervisi yaitu dapat lebih meningkatkan efektifitas dan efisiensi kerja. Sesungguhnya pokok dari supervisi adalah bagaimana dapat menjamin pelaksanaan berbagai kegiatan yang telah direncanakan secara benar dan tepat. Dalam arti yang lebih efektif dan efisien sedemikian rupa sehingga tujuan yang telah ditetapkan dapat dicapai dengan memuaskan. Sejalan dengan tujuan utama yang ingin dicapai maka sifat supervisi harus edukatif dan suportif bukan otoriter. Supervisi harus dilakukan secara teratur dan berkala. Dengan supervisi harus terjalin kerja sama yang baik dengan bawahan dan strategi serta cara supervisipun harus sesuai dengan kebutuhan bawahan juga fleksibel dan disesuaikan dengan perkembangan.

5. Aspek pendelegasian wewenang

Pemimpin bertanggungjawab atas pekerjaan, keberhasilan dan kegagalan timnya. Pada saat yang bersamaan, bawahan bertanggungjawab atas tugas yang dibebankan kepadanya.

Pemimpin membuat keputusan dan memiliki wewenang untuk melaksanakan keputusan tersebut. Wewenang dan tanggung jawab dapat berjalan bersama-sama tetapi keduanya tidaklah sama. Pemimpin menggunakan wewenang untuk menyelesaikan pekerjaan yang menjadi tanggung-jawabnya. Salah satu cara penggunaan wewenang adalah dengan pelimpahan wewenang. Melimpahkan atau mendelegasikan wewenang berarti memberikan kepada orang lain beberapa wewenang yang dimiliki atau dengan kata lain, memberikan kuasa kepada orang lain untuk mengambil keputusan.

Menurut Timpe (1992), wewenang merupakan otoritas atau kekuasaan legal yang merupakan hak pemimpin (menurut hukum) untuk membuat permintaan atau tuntutan tertentu.

Sedangkan menurut Kontz (1989), ada empat prinsip dalam pendelegasian wewenang yaitu :

- Pendelegasian wewenang sesuai dengan hasil yang diharapkan dimana artinya harus sesuai dengan kemampuan bawahan untuk melakukan pekerjaan.
- Kemutlakan tanggung jawab tetap terletak pada atasan yang mendelegasikan wewenang karena sebenarnya tanggung jawab tidak dapat didelegasikan.
- Bawahan yang mendapatkan pembebanan tugas bertanggungjawab kepada atasan atas hasil pekerjaannya.
- Paritas wewenang dan tanggung jawab haruslah sesuai dengan tanggung jawab seseorang yang diberi tugas serta harus ada kesatuan kekuasaan.

2.3. Karakteristik Individu

2.3.1. Umur

Menurut Robbins (2006), kinerja dan produktivitas merosot dengan meningkatnya usia. Keterampilan individu terutama kecepatan, kecekatan, kekuatan dan koordinasi menurun seiring dengan berjalannya waktu dan bahwa pekerjaan yang berlarut-larut dan kurangnya rangsangan intelektual semuanya menyumbang pada berkurangnya produktivitas. Namun semakin tua pekerja maka semakin kecil kemungkinan berhenti dari pekerjaannya karena semakin sedikit peluang pekerjaan alternatif. Di samping itu, dengan masa kerja yang lebih panjang cenderung mendapat upah yang lebih tinggi. Umumnya dengan bertambahnya usia, tingkat keabsenan dapat dihindari lebih rendah dibandingkan dengan pekerja yang lebih muda. Meski demikian memiliki tingkat kemangkiran lebih tinggi, mungkin karena kesehatan yang memburuk karena penuaan dan lebih lamanya waktu pemulihan yang dibutuhkan apabila cedera.

Dengan meningkatnya usia, ada sejumlah kualitas positif yang dimiliki seperti pengalaman, pertimbangan, etika kerja yang kuat dan komitmen terhadap mutu. Dengan bertambahnya usia, tingkat kepuasan kerja cenderung meningkat.

Menurut Gibson (1985), usia merupakan variabel individu yang pada dasarnya menunjukkan semakin bertambah usia seseorang semakin bertambah kedewasaannya dan semakin banyak menyerap informasi yang akan mempengaruhi kinerja.

Menurut Siagian (2006), dengan bertambahnya usia, seseorang menjadi lebih bijaksana, lebih mampu untuk mengambil keputusan, berpikir lebih rasional, mengendalikan emosi lebih baik serta lebih bertoleransi terhadap pandangan orang lain dan lebih memiliki kematangan jiwa dan psikologis.

2.3.2. Jenis kelamin

Menurut Gibson (1995) dan Ilyas (2006) jenis kelamin merupakan variabel individu yang dapat mempengaruhi kinerja sedangkan menurut Robbins (2006), hanya sedikit, jika ada, perbedaan penting antara pria dan wanita yang akan mempengaruhi kinerja kerja. Misalnya, tidak ada perbedaan yang konsisten

pada pria dan wanita dalam kemampuan memecahkan masalah, ketrampilan analisis, pendorong persaingan, motivasi, sosiabilitas atau kemampuan belajar.

Penelitian-penelitian psikologis menunjukkan bahwa wanita lebih bersedia mematuhi wewenang dan pria lebih agresif dan berkemungkinan lebih besar daripada wanita untuk memiliki harapan atau keberhasilan, namun perbedaan itu tidak besar.

Menurut penelitian Rahman (2006), jenis kelamin adalah faktor yang berpengaruh terhadap kepuasan kerja dimana laki-laki lebih merasa puas dibanding wanita.

2.3.3. Lama kerja

Menurut Robbins (2006), lama kerja yang diekspresikan dengan pengalaman kerja tampaknya menjadi dasar perkiraan yang baik terhadap produktivitas karyawan. Lama kerja merupakan variabel yang penting dalam menjelaskan pengunduran diri karyawan, Semakin lama seseorang berada dalam pekerjaan semakin kecil kemungkinan akan mengundurkan diri. Lama kerja dan kepuasan saling berkaitan positif.

Menurut Gibson (1985), pengalaman kerja merupakan variabel fisik yang mempengaruhi kinerja. Sedangkan Siagian (2006), mengatakan bahwa mutu dan kemampuan kerja seseorang tumbuh dan berkembang melalui dua jalur utama yaitu pengalaman kerja yang dapat mendewasakan seseorang dan kedua adalah pendidikan dan pelatihan yang pernah ditempuh.

Namun sebaliknya, hasil penelitian Ilyas (2002), menunjukkan bahwa ternyata lama kerja tidak menunjukkan hubungan yang bermakna dengan kinerja.

2.3.4. Pelatihan

Hasil penelitian Ilyas (2002) dan Purwanti (2007), menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara variabel pelatihan dengan kinerja. Milkovich dalam Stoner (1994) menyatakan bahwa pelatihan untuk petugas sangat diperlukan baik untuk petugas baru maupun petugas lama. Bagi petugas baru perlu diadakan karena petugas baru harus mempelajari ketrampilan baru dan

untuk petugas lama yang berpengalaman atau petugas lama yang diharapkan untuk membuat prestasi mereka lebih efektif dan lebih baik.

Hal di atas diperkuat oleh Timpe (1991) dimana pengetahuan dan ketrampilan merupakan faktor yang berhubungan dengan kinerja dimana dalam pengembangan pengetahuan dan ketrampilan melaksanakan tugas baru diperlukan pelatihan yang sesuai dengan pengetahuan dan ketrampilan yang diperlukan. Pelatihan dapat membantu menjamin bahwa pengetahuan digunakan dengan tepat.

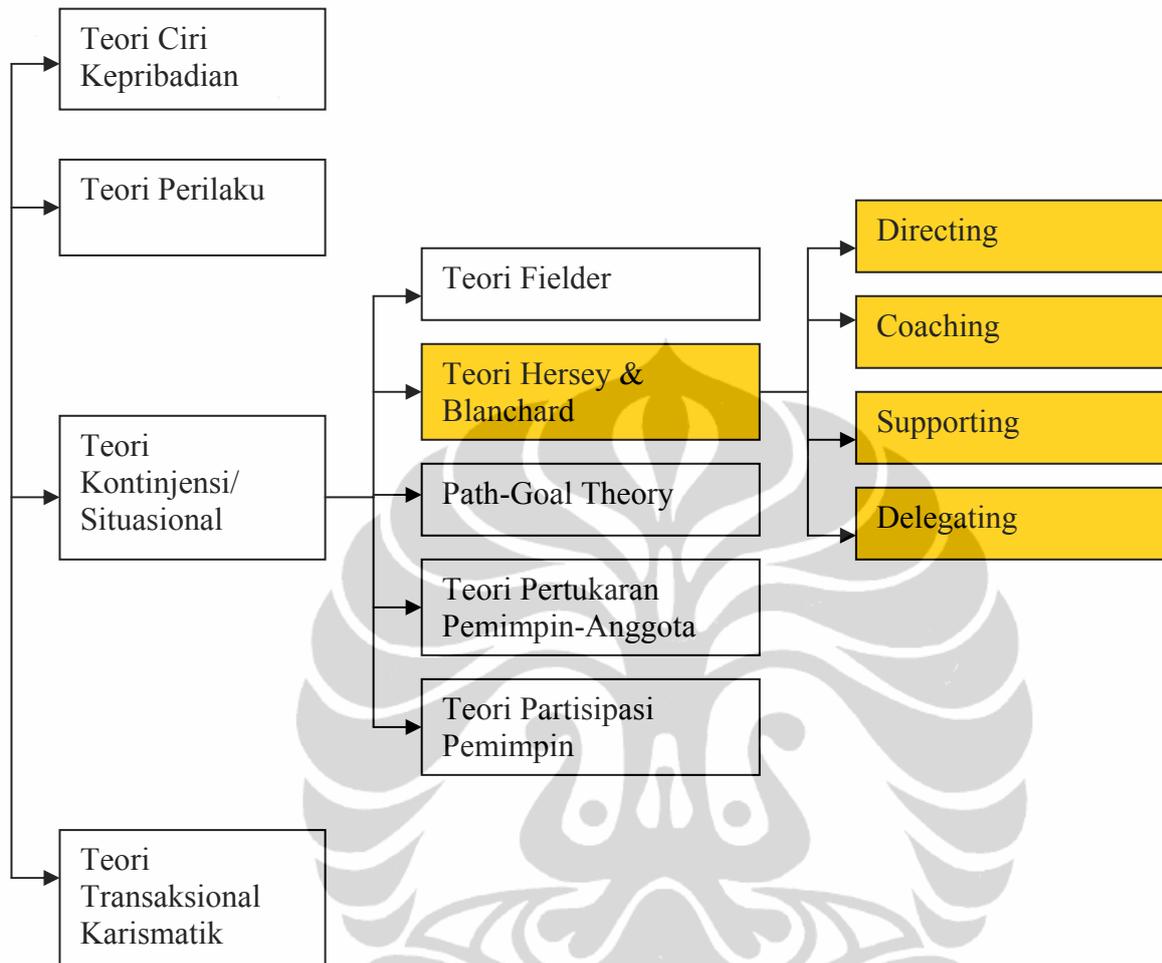
2.3.5. Status Perkawinan

Menurut Robbins (2006), karyawan yang menikah lebih rendah tingkat keabsenannya, mempunyai tingkat pengunduran diri lebih rendah dan lebih puas dengan pekerjaan daripada rekan sekerja yang tidak menikah. Perkawinan menuntut tanggung jawab lebih besar yang mungkin membuat pekerjaan tetap lebih berharga dan penting. Karyawan yang tekun dan lebih puas lebih besar kemungkinannya terdapat pada karyawan yang menikah.

2.4. Kerangka Teoritis

Kreitner & Kinicki (2000) dalam Robbins (2006) dalam bukunya "Organizational Behaviour" membagi teori kepemimpinan menjadi empat pendekatan :

Gambar 2.5. Model Kerangka Teoritis



BAB III

PROFIL RSUD di DKI JAKARTA

3.1. Latar belakang

Derajat kesehatan masyarakat yang semakin tinggi merupakan investasi strategis pada sumber daya manusia agar semakin produktif dari waktu ke waktu. Untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat perlu diselenggarakan pembangunan kesehatan dengan batas-batas peran, fungsi, tanggung jawab dan kewenangan yang jelas, akuntabel, berkeadilan, merata, bermutu, berhasil dan berdaya guna.

Untuk memberikan arah, landasan dan kepastian hukum kepada semua pihak yang terlibat dalam pembangunan kesehatan maka diperlukan pengaturan tentang tatanan penyelenggaraan pembangunan kesehatan, untuk ini Pemerintah Provinsi DKI Jakarta telah membentuk Sistem Kesehatan Daerah. (Peraturan Daerah Provinsi DKI Jakarta Nomor 4 tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Daerah)

Sistem Kesehatan Daerah adalah tatanan penyelenggaraan pembangunan kesehatan Provinsi DKI Jakarta yang terdiri dari komponen :

- Upaya Kesehatan :

1. Upaya kesehatan masyarakat, merupakan kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah, Pemerintah Provinsi DKI Jakarta dan/atau masyarakat serta swasta untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dimasyarakat.
2. Upaya kesehatan perorangan (UKP), merupakan kegiatan yang dilakukan oleh swasta, masyarakat, pemerintah dan Pemerintah Provinsi DKI Jakarta untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan.
 - a. Strata pertama, merupakan UKP tingkat dasar yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan dasar yang ditujukan kepada perorangan dan diselenggarakan masyarakat, swasta dan pemerintah dan Pemerintah Provinsi DKI

Jakarta, contoh praktek dokter, rumah bersalin, puskesmas, pengobatan tradisional dan lain-lain.

- b. Strata kedua, merupakan UKP yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialisik kepada perorangan terutama diselenggarakan oleh masyarakat dan swasta, contoh praktek dokter spesialis, rumah sakit dan lain-lain.
- c. Strata ketiga, merupakan UKP unggulan yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan subspecialistik kepada perorangan terutama diselenggarakan oleh masyarakat dan swasta, contoh praktik dokter spesialis-subspecialis/konsultan, rumah sakit umum, rumah sakit khusus.

- Pembiayaan Kesehatan,
- Sumber Daya Kesehatan,
- Obat dan Perbekalan Kesehatan,
- Pemberdayaan Masyarakat dan
- Manajemen Kesehatan.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) di Provinsi DKI Jakarta merupakan unsur pendukung pemerintah daerah di bidang pelayanan kesehatan perorangan dimana mengenai pembentukan, susunan organisasi serta tata kerjanya diatur dengan peraturan gubernur.

Provinsi DKI Jakarta mempunyai 5 buah RSUD dan 1 buah Rumah Sakit Khusus (RSK) yang tersebar di 4 wilayah kota, yaitu :

- Jakarta Timur :
 1. RSUD Pasar Rebo
 2. RSUD Budhi Asih
 3. RSKD Duren Sawit
- Jakarta Utara : RSUD Koja
- Jakarta Pusat : RSUD Tarakan
- Jakarta Barat : RSUD Cengkareng

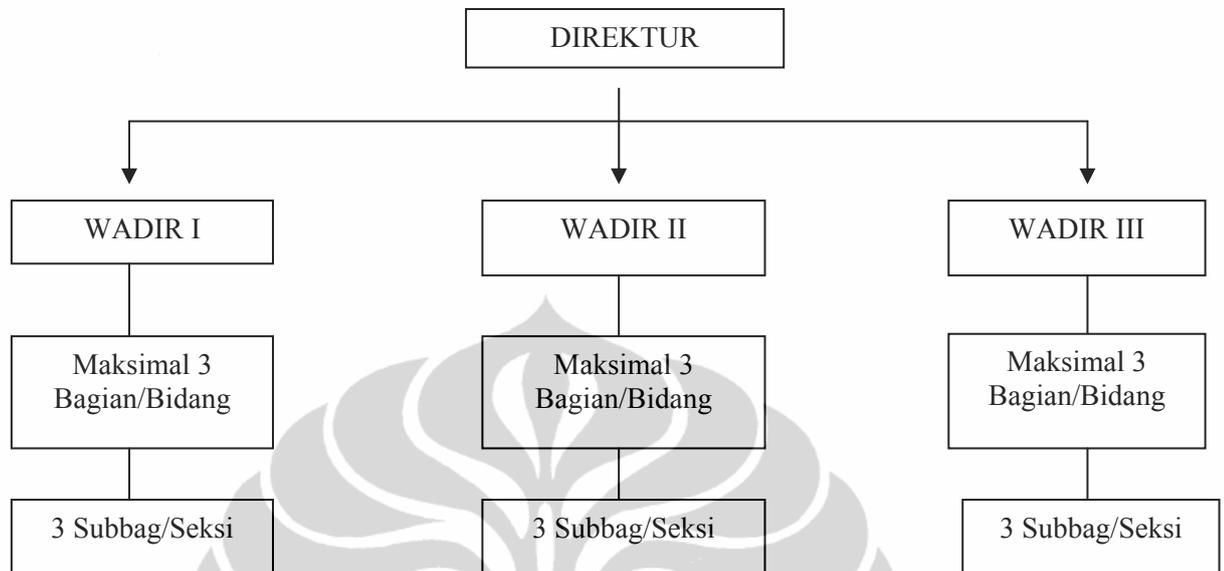
Semua RSUD di DKI Jakarta merupakan RSUD tipe B dan telah ditetapkan sebagai unit kerja dinas kesehatan Provinsi DKI Jakarta yang menerapkan pola pengelolaan keuangan badan layanan umum daerah secara penuh.

3.2. Struktur Organisasi

Dalam susunan organisasi rumah sakit pemerintah terdapat unit struktural dan unit non struktural. Unit struktural yang berada di dalam organisasi rumah sakit antara lain direktur utama, direktur, kepala bagian, kepala bidang, kepala subbagian dan kepala seksi. Untuk masing-masing jabatan pada unit struktural ini diatur oleh dua aturan yang mengatur eselonisasi pejabat struktural rumah sakit pemerintah kelas B yakni PP Nomor 41 Tahun 2007 dan Permenkes Nomor 1405 Tahun 2006. Pada PP Nomor 41 Tahun 2007 eselonisasi pejabat struktural rumah sakit pemerintah diatur secara khusus sedangkan pada PerMenkes Nomor 1405 Tahun 2006 masalah eselonisasi pejabat struktural rumah sakit hanya diatur secara umum. (Harimat)

Seperti yang telah disebutkan di atas, struktur organisasi rumah sakit pemerintah juga terdiri dari unit non struktural. Beberapa unit non struktural yang berada dalam organisasi rumah sakit antara lain Satuan Pengawas Intern (SPI), Komite sekurang-kurangnya terdiri atas komite medik serta komite etik dan hukum dan Instalasi dimana unit non struktural ini penetapannya disesuaikan dengan kebutuhan operasional rumah sakit.

Skema 3.1. Struktur Organisasi RS Kelas B
Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2007



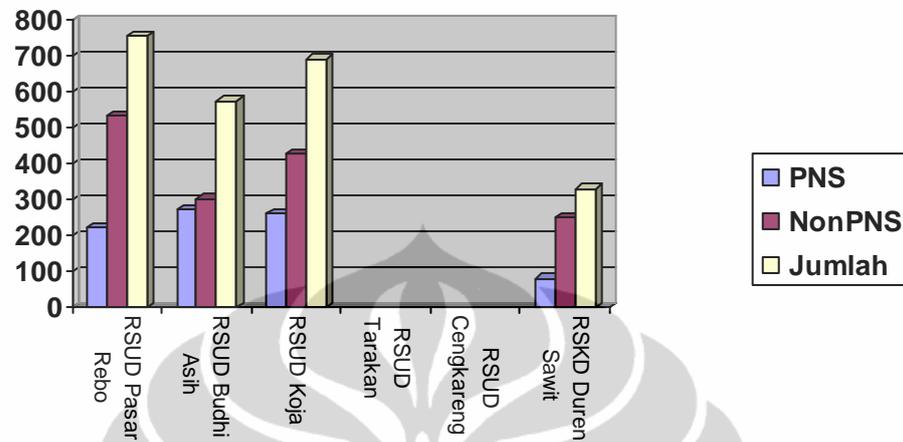
3.3. Ketenagaan

Tabel 3.1. Data Ketenagaan RSUD di DKI Jakarta berdasarkan Status Kepegawaian Tahun 2008

No.	RSUD/RSKD	STATUS KEPEGAWAIAN		JUMLAH
		PNS	NON PNS	
1.	RSUD Pasar Rebo	222	532	754
2.	RSUD Budhi Asih	272	304	576
3.	RSUD Koja	262	428	690
4.	RSUD Tarakan	-	-	-
5.	RSUD Cengkareng	-	-	-
6.	RSKD Duren Sawit	82	250	332

Sumber : Laporan Tahunan RSUD di DKI Jakarta Tahun 2008

Grafik 3.2. Data Ketenagaan RSUD di DKI Jakarta berdasarkan Status Kepegawaian Tahun 2008



Sumber : Laporan Tahunan RSUD di DKI Jakarta Tahun 2008

Tabel 3.2. Latar belakang Pendidikan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2008

No.	RSUD/RSKD	Latar Belakang Pendidikan Direktur
1.	RSUD Pasar Rebo	Dokter Umum
2.	RSUD Budhi Asih	Dokter Spesialis + MARS
3.	RSUD Koja	Dokter Umum + M.Kes
4.	RSUD Tarakan	Dokter Spesialis + M.Kes (Administrasi Rumah Sakit)
5.	RSUD Cengkareng	Dokter Umum + MM
6.	RSKD Duren Sawit	Dokter Spesialis

Sumber : Laporan Tahunan RSUD di DKI Jakarta Tahun 2008

3.4. Fasilitas Pelayanan

Tabel 3.3. Fasilitas Pelayanan RSUD di DKI Jakarta Tahun 2008

No.	Fasilitas Pelayanan	RSUD/RSKD					
		Pasar Rebo	Budhi Asih	Koja	Tarakan	Cengkareng	Duren Sawit
1.	Rawat Jalan (Poli)	21	15	19	-	-	15
2.	Rawat Inap (TT)	275	224	330	-	150	151
3.	Kamar Operasi	5	6	6	-	-	-
4.	Fasilitas Pelayanan Lain	+	+	+	+	+	+

Sumber : Laporan Tahunan RSUD di DKI Jakarta Tahun 2008

3.5. Kinerja Pelayanan

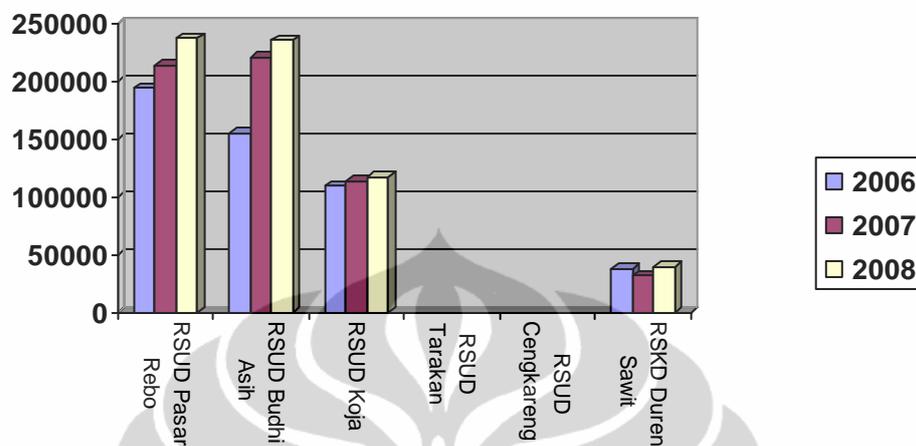
3.5.1. Rawat Jalan

Tabel 3.4. Jumlah Kunjungan Unit Rawat Jalan RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008

No.	RSUD/RSKD	Jumlah Kunjungan		
		2006	2007	2008
1.	RSUD Pasar Rebo	193.937	213.190	236.639
2.	RSUD Budhi Asih	155.291	220.037	235.252
3.	RSUD Koja	109.623	113.898	117.339
4.	RSUD Tarakan	-	-	-
5.	RSUD Cengkareng	-	-	-
6.	RSKD Duren Sawit	38.615	32.160	39.710

Sumber : Laporan Tahunan RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008

Grafik 3.3. Jumlah Kunjungan Unit Rawat Jalan RSUD di DKI Jakarta
Tahun 2006-2008



Sumber : Laporan Tahunan RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008

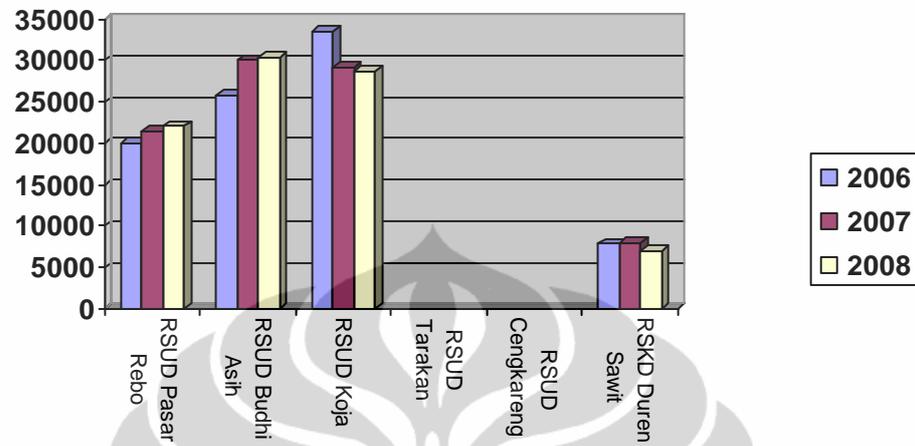
3.5.2. Gawat Darurat

Tabel 3.5. Jumlah Kunjungan Unit Gawat Darurat RSUD di DKI Jakarta
Tahun 2006-2008

No.	RSUD/RSKD	Jumlah Kunjungan		
		2006	2007	2008
1.	RSUD Pasar Rebo	19.955	21.496	22.054
2.	RSUD Budhi Asih	25.803	30.058	30.419
3.	RSUD Koja	33.563	29.248	28.649
4.	RSUD Tarakan	-	-	-
5.	RSUD Cengkareng	-	-	-
6.	RSKD Duren Sawit	7.882	7.984	7.047

Sumber : Laporan Tahunan RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008

Grafik 3.4. Jumlah Kunjungan Unit Gawat Darurat RSUD di DKI Jakarta
Tahun 2006-2008



Sumber : Laporan Tahunan RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008

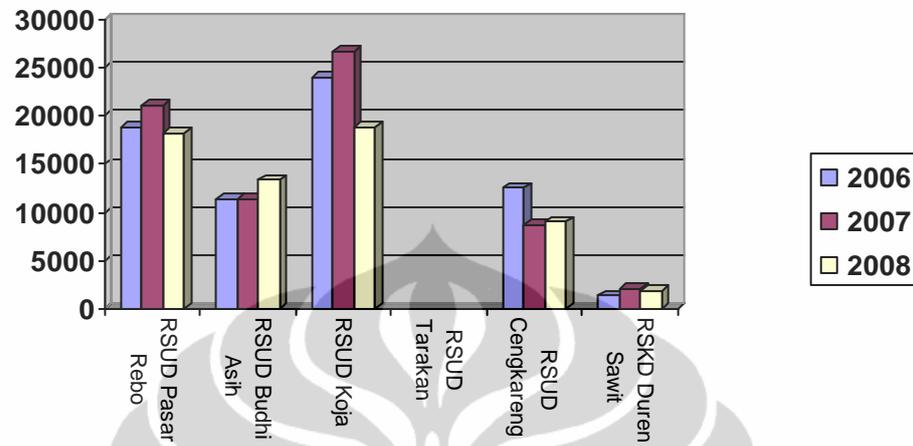
3.5.3. Rawat Inap

Tabel 3.6. Kinerja Pelayanan Unit Rawat Inap RSUD di DKI Jakarta
Tahun 2006-2008

No.	Kinerja	Thn	RSUD/RSKD					
			Pasar Rebo	Budhi Asih	Koja	Tarakan	Cengkareng	Duren Sawit
1.	Pasien masuk	2006	18.762	11.433	23.959	-	12.542	1.357
		2007	20.110	11.330	26.670	-	8.635	2.149
		2008	18.256	13.321	18.810	-	8.992	1.834
2.	BOR (%)	2006	70	67,5	78,2	-	66,63	76,5
		2007	76	71,3	83	-	71,11	66,9
		2008	76	67,7	70,7	-	68,66	44,6
3.	LOS (hari)	2006	4	4,2	3,7	-	3,35	33,2
		2007	4	4,1	3,6	-	3,4	34,5
		2008	4,5	4	4,4	-	3,39	17,7
4.	TOI (hari)	2006	2	1,9	0,9	-	1,62	9,4
		2007	1	1,9	0,7	-	1,38	37,9
		2008	1,5	2,2	1,9	-	1,7	32,7
5.	BTO (kali)	2006	61	52	84,6	-	75,07	1
		2007	62	54,6	85,1	-	76,67	3,6
		2008	61	54,7	54	-	5,93	5,5
6.	Hari rawat	2006	70.388	48.767	5.323	-	48.643	14.491
		2007	75.352	58.271	4.819	-	35.039	14.911
		2008	76.014	54.822	4.902	-	37.693	8.364
7.	NDR (%)	2006	2	2,6	14,2	-	8,79	0,02
		2007	2	2,6	10,1	-	10,72	0,02
		2008	1	2,9	7,6	-	7,79	0,09
8.	GDR (%)	2006	3	5	30,3	-	23,05	0,02
		2007	3	4,8	26,3	-	26,08	0,04
		2008	3	5,1	39,5	-	19,14	0,1

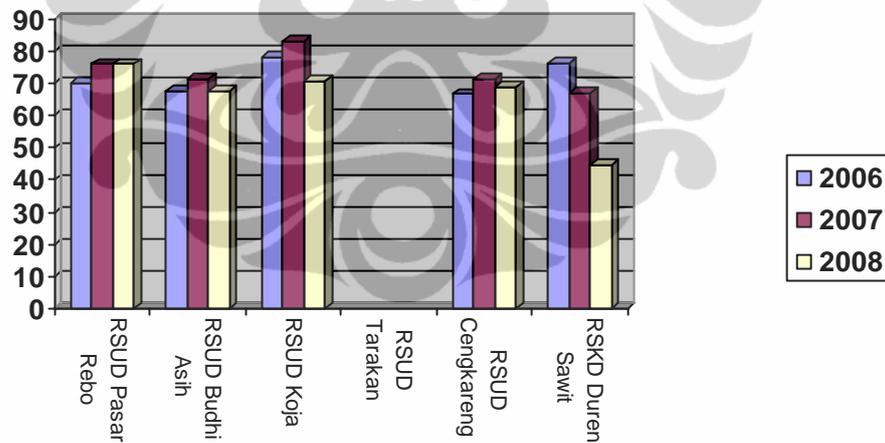
Sumber : Laporan Tahunan RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008

Grafik 3.5. Jumlah Pasien Masuk Unit Rawat Inap RSUD di DKI Jakarta
Tahun 2006-2008



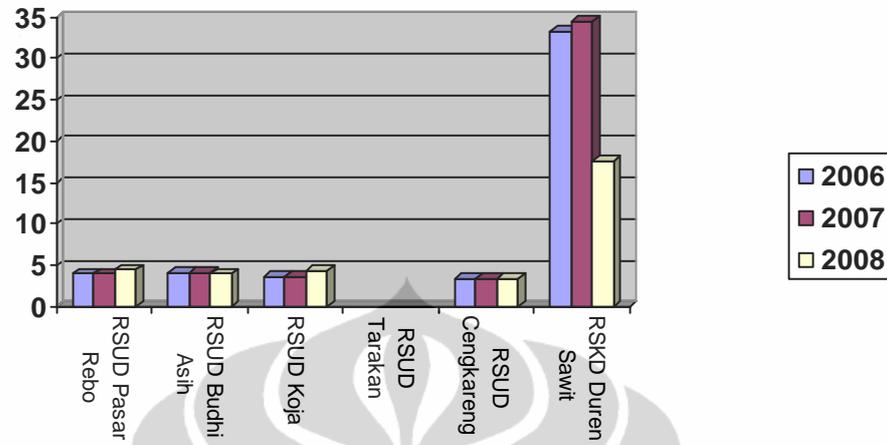
Sumber : Laporan Tahunan RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008

Grafik 3.6. BOR Unit Rawat Inap RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008



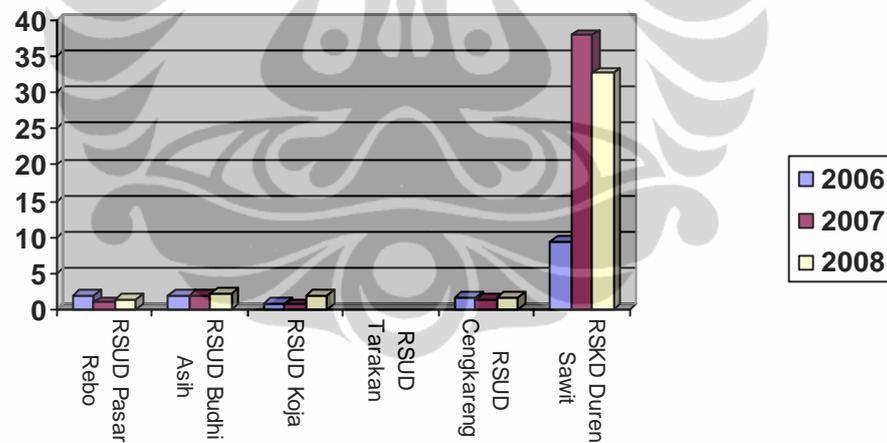
Sumber : Laporan Tahunan RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008

Grafik 3.7. LOS Unit Rawat Inap RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008



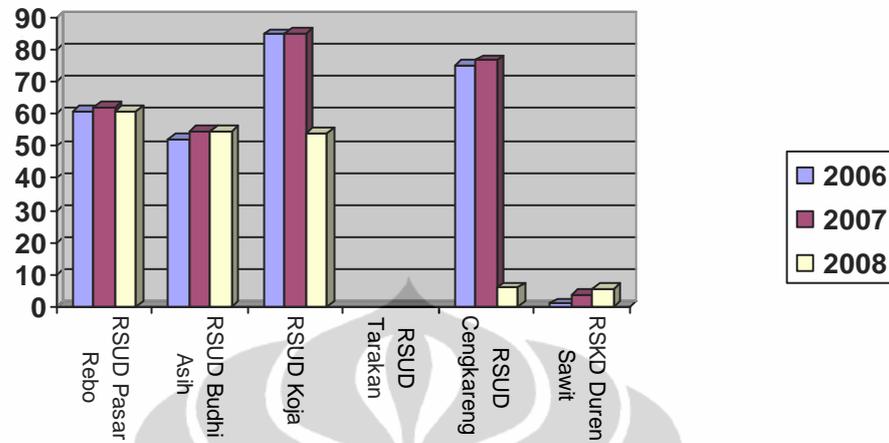
Sumber : Laporan Tahunan RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008

Grafik 3.5.3.4. TOI Unit Rawat Inap RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008



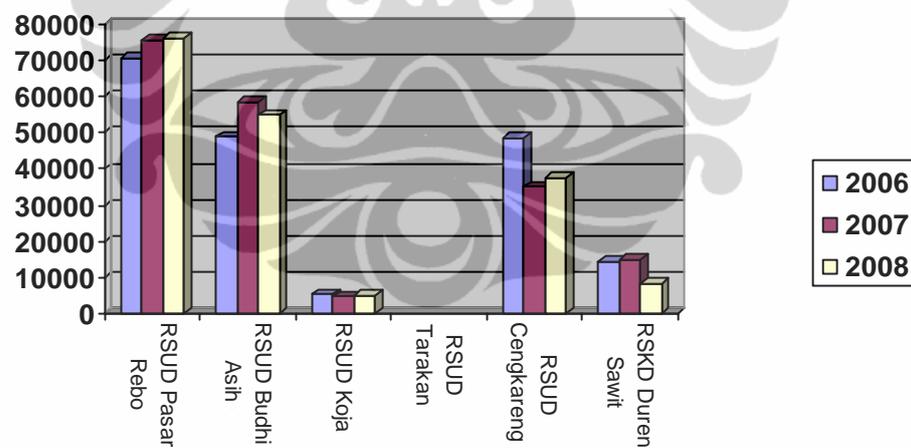
Sumber : Laporan Tahunan RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008

Grafik 3.9. BTO Unit Rawat Inap RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008



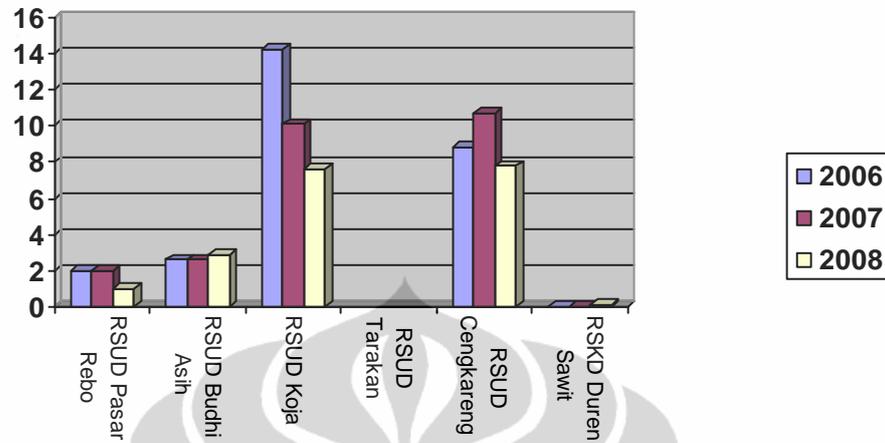
Sumber : Laporan Tahunan RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008

Grafik 3.10. Jumlah Hari Rawat Unit Rawat Inap RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008



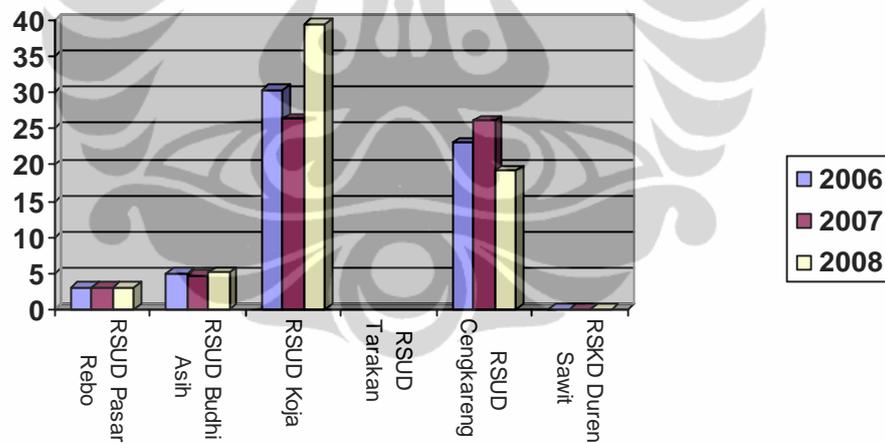
Sumber : Laporan Tahunan RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008

Grafik 3.11. NDR Unit Rawat Inap RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008



Sumber : Laporan Tahunan RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008

Grafik 3.12. GDR Unit Rawat Inap RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008



Sumber : Laporan Tahunan RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008

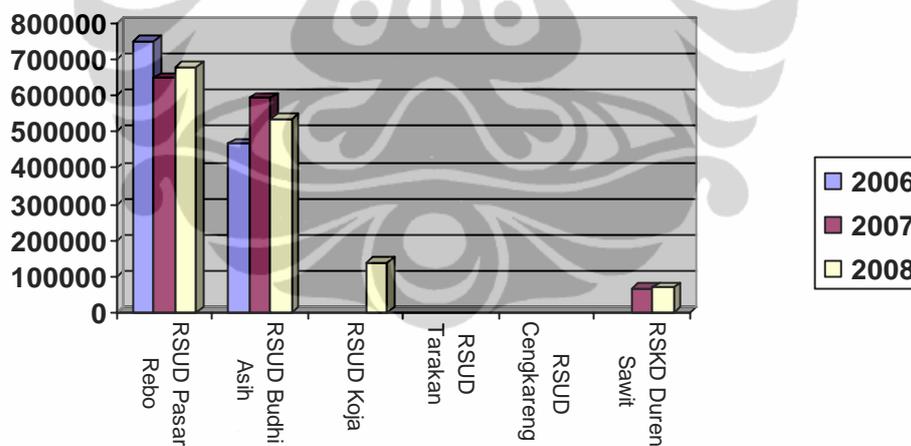
3.5.4. Laboratorium

Tabel 3.7. Jumlah Pemeriksaan Laboratorium RSUD di DKI Jakarta
Tahun 2006-2008

No.	RSUD/RSKD	2006	2007	2008
1.	RSUD Pasar Rebo	748.745	647.788	677.506
2.	RSUD Budhi Asih	466.425	592.726	535.049
3.	RSUD Koja	-	-	137.604
4.	RSUD Tarakan	-	-	-
5.	RSUD Cengkareng	-	-	-
6.	RSKD Duren Sawit	-	66.616	69.733

Sumber : Laporan Tahunan RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008

Grafik 3.13. Jumlah Pemeriksaan Laboratorium RSUD di DKI Jakarta
Tahun 2006-2008



Sumber : Laporan Tahunan RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008

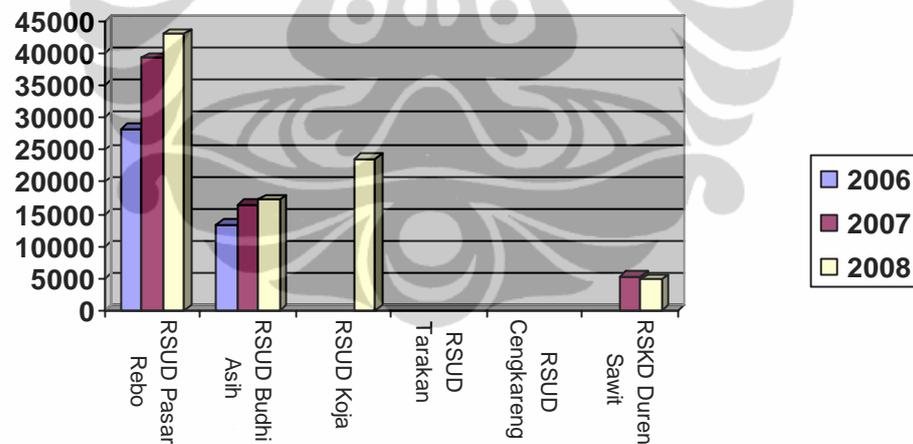
3.5.5. Radiologi

Tabel 3.8. Jumlah Pemeriksaan Radiologi RSUD di DKI Jakarta
Tahun 2006-2008

No.	RSUD/RSKD	2006	2007	2008
1.	RSUD Pasar Rebo	28.263	39.231	42.918
2.	RSUD Budhi Asih	13.284	16.395	17.234
3.	RSUD Koja	-	-	23.581
4.	RSUD Tarakan	-	-	-
5.	RSUD Cengkareng	-	-	-
6.	RSKD Duren Sawit	-	5.368	4.873

Sumber : Laporan Tahunan RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008

Grafik 3.14. Jumlah Pemeriksaan Radiologi RSUD di DKI Jakarta
Tahun 2006-2008



Sumber : Laporan Tahunan RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008

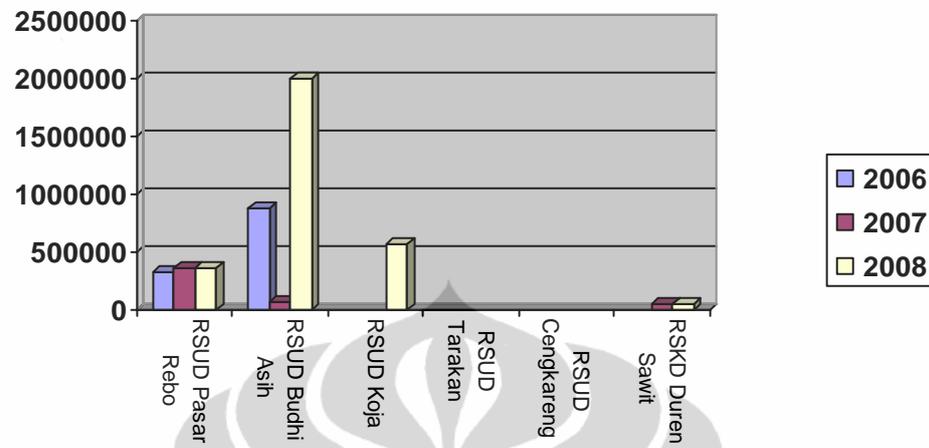
3.5.6. Farmasi

Tabel 3.9. Jumlah Resep Unit Farmasi RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008

NO.	RSUD/RSKD	TAHUN	UNIT			TOTAL
			RAJAL	GADAR	RANAP	
1.	Pasar Rebo	2006	223.808	Tidak didata tersendiri	101.644	325.452
		2007	236.320		131.087	367.407
		2008	259.236		99.696	358.932
2.	Budhi Asih	2006	573.274	91.764	213.224	878.262
		2007	38.223	10.343	25.957	74.523
		2008	1.177.095	578.555	244.612	2.000.262
3.	Koja	2006	-	-	-	-
		2007	-	-	-	-
		2008	200.344	125.628	241.326	567.298
4.	Tarakan	2006	-	-	-	-
		2007	-	-	-	-
		2008	-	-	-	-
5.	Cengkareng	2006	-	-	-	-
		2007	-	-	-	-
		2008	-	-	-	-
6.	Duren Sawit	2006	-	-	-	-
		2007	14.313	10.929	34.592	59.834
		2008	12.473	8.264	35.618	56.355

Sumber : Laporan Tahunan RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008

Grafik 3.15. Jumlah Resep Unit Farmasi RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008



Sumber : Laporan Tahunan RSUD di DKI Jakarta Tahun 2006-2008

BAB IV

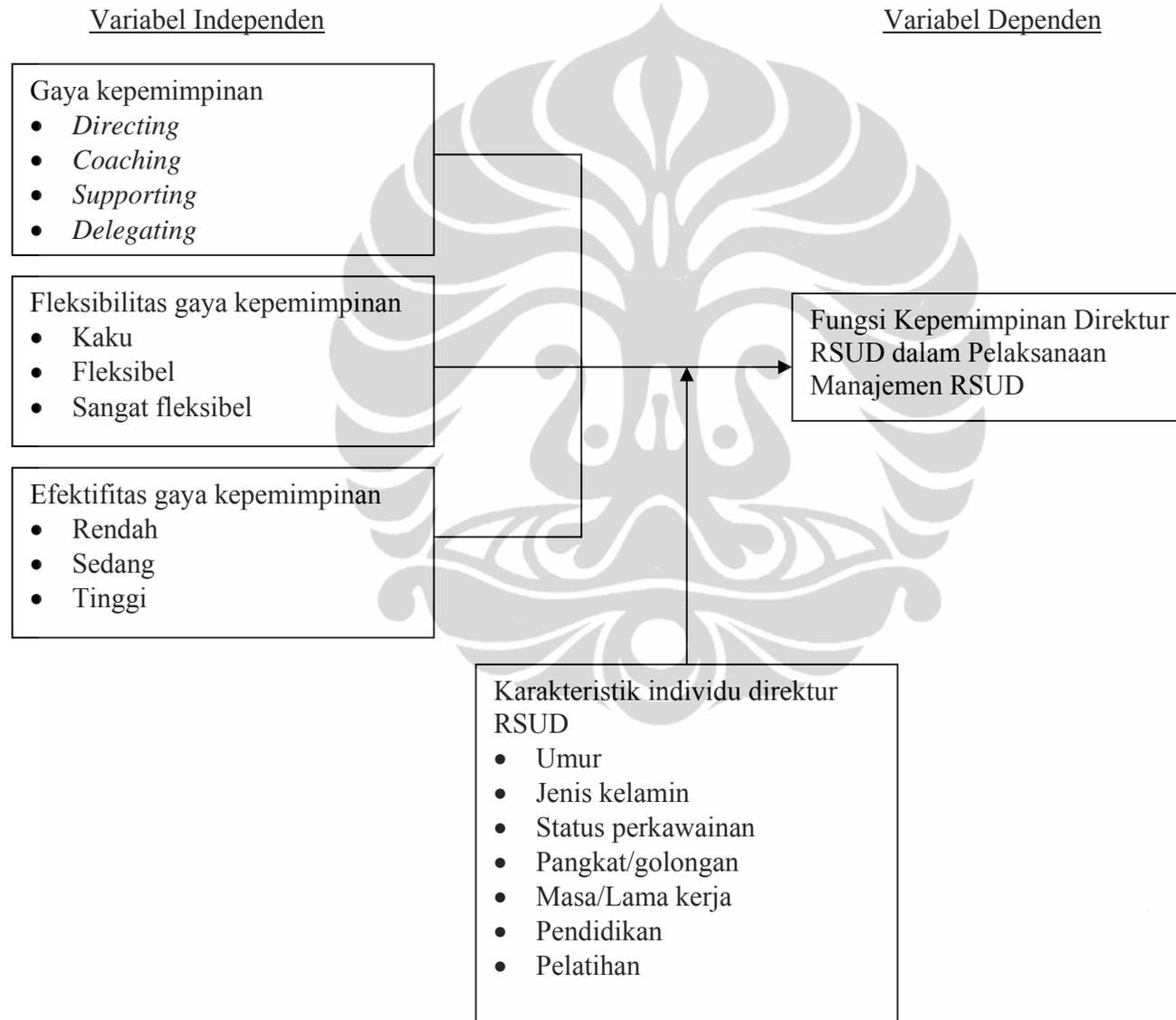
KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL dan HIPOTESIS

4.1. Kerangka Konsep

Berdasarkan teori penelitian dan konsep model kepemimpinan dari Hersey & Blanchard (1988), yang dikenal dengan Teori Kepemimpinan Situasional atau Situational Leadership Theory (SLT) yang sudah direvisi menjadi Teori Kepemimpinan Situasional II, SLT merupakan model kepemimpinan situasional yang sangat fleksibel bagi para pemimpin untuk menyesuaikan diri dengan kondisi yang berubah setiap saat. Teori ini menarik karena penggunaannya yang luas dan didukung oleh pengalaman di dunia nyata serta memperoleh pengikut kuat dikalangan spesialis pengembangan manajemen. Teori ini juga sesuai untuk diterapkan di rumah sakit. Manajemen rumah sakit yang baik harus memprioritaskan pada yang pokok-pokok, menyesuaikan pelayanan dengan kebutuhan dan situasi yang berubah-ubah, mempergunakan sebaik-baiknya sumber daya, meningkatkan standar dan kualitas dan mempertahankan semangat kerja staf. Jadi kepemimpinan di rumah sakit berorientasi pada bawahan, hal ini sesuai dengan teori SLT yang memusatkan perhatian kepada pengikutnya. Hal ini dikatakan juga oleh Moeljono (2008) bahwa teori SLT ini cocok diterapkan untuk organisasi yang mempunyai bawahan dengan pendidikan dan sikap yang berbeda-beda serta latar belakang yang beragam. Dalam pekerjaannya direktur RSUD harus berinteraksi dan membina hubungan baik dengan berbagai pihak yang berkaitan dengan kepentingan kesehatan di rumah sakitnya. Untuk itu perlu dukungan staf di rumah sakit tersebut sebagai tim kerja.

Dalam teori ini dikemukakan faktor-faktor yang berhubungan dengan fungsi kepemimpinan yaitu terdiri dari gaya kepemimpinan (*directing, coaching, supporting dan delegating*), fleksibilitas gaya kepemimpinan (kaku, fleksibel dan sangat fleksibel) dan efektifitas gaya kepemimpinan (rendah, sedang dan tinggi). Dasar dari model ini adalah bahwa seseorang memiliki gaya kepemimpinan yang dominan dengan fleksibilitas tertentu setelah mengubah gaya kepemimpinan sesuai dengan situasi yang dihadapi.

Gambar 4.1. Kerangka Konsep



4.2. Definisi Operasional

NO.	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	CARA UKUR	ALAT UKUR	HASIL UKUR	SKALA UKUR
1.	Independen					
A.	Gaya Kepemimpinan					
a.	<i>Directing</i>	Pemimpin menerangkan instruksi yang spesifik kepada staf dan melakukan pengawasan ketat	Mengisi kuesioner dengan memilih a, b, c atau d	Kuesioner	S1	Ordinal
b.	<i>Coaching</i>	Pemimpin menjelaskan keputusan dan menerima usulan, melakukan pengarahan terus-menerus dan pengawasan	Mengisi kuesioner dengan memilih a, b, c atau d	Kuesioner	S2	Ordinal
c.	<i>Supporting</i>	Pemimpin dan staf bersama-sama membuat keputusan dan mendukung semua usaha staf	Mengisi kuesioner dengan memilih a, b, c atau d	Kuesioner	S3	Ordinal
d.	<i>Delegating</i>	Pemimpin menyerahkan semua tugas dan keputusan kepada staf	Mengisi kuesioner dengan memilih a, b, c atau d	Kuesioner	S4	Ordinal

<p>B. a. b. c.</p>	<p>Fleksibilitas Kaku = Pemimpin hanya memiliki satu gaya kepemimpinan Fleksibel = Pemimpin dapat merubah gaya kepemimpinan sesuai situasi yang ada, pemimpin cenderung memiliki gaya kepemimpinan dominan Sangat fleksibel = Pemimpin dalam mengambil tindakan sangat menyesuaikan dengan situasi yang dihadapi dan cenderung tidak memiliki gaya kepemimpinan dominan</p>	<p>Tingkatan kemampuan pemimpin dalam merubah gayanya sesuai dengan situasi yang ada</p>	<p>Mengisi kuesioner dengan memilih a, b, c atau d</p>	<p>Kuesioner</p>	<p>0-10 = kaku 11-20 = fleksibel 21-30 = sangat fleksibel</p>	<p>Ordinal</p>
<p>C.</p>	<p>Efektifitas Gaya Kepemimpinan</p>	<p>Kemampuan pimpinan untuk menerapkan gaya yang efektif untuk tuntutan situasi tertentu. Terdiri dari rendah, sedang dan tinggi</p>	<p>Mengisi kuesioner dengan memilih a, b, c atau d</p>	<p>Kuesioner</p>	<p>20-40 = rendah 41-60 = sedang 61-80 = tinggi</p>	<p>Ordinal</p>
<p>2.</p>	<p>Dependen Fungsi Kepemimpinan dalam pelaksanaan manajemen RSUD</p>	<p>Persepsi staf tentang kepemimpinan direktur RSUD, meliputi koordinasi, komunikasi, motivasi, supervisi dan pendelegasian wewenang</p>	<p>Mengisi kuesioner dengan memberi nilai 1-4 dari setiap pertanyaan</p>	<p>Kuesioner yang terdiri dari 32 pertanyaan</p>	<p>Jumlah skor dimana 0 = kurang baik (bila \leq mean) dan 1 = baik (bila $>$ mean)</p>	<p>Ordinal</p>

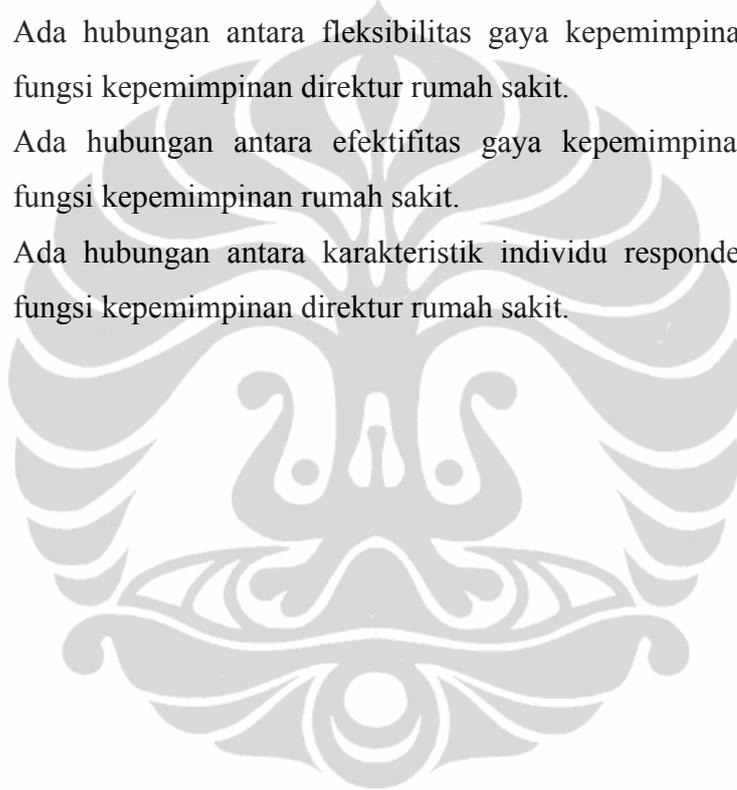
a.	Koordinasi	Persepsi staf RSUD tentang kemampuan direktur dalam mengatur kegiatan dalam hubungan yang sesuai	Mengisi kuesioner dengan memberi nilai 1-4 dari setiap pertanyaan	Kuesioner yang terdiri dari 9 pertanyaan		
b.	Motivasi	Persepsi staf RSUD tentang kemampuan direktur dalam memberi dorongan kerja kepada staf agar bekerja optimal	Mengisi kuesioner dengan memberi nilai 1-4 dari setiap pertanyaan	Kuesioner yang terdiri dari 7 pertanyaan		
c.	Komunikasi	Persepsi staf RSUD tentang kemampuan direktur dalam penyampaian dan pertukaran informasi dengan staf	Mengisi kuesioner dengan memberi nilai 1-4 dari setiap pertanyaan	Kuesioner yang terdiri dari 7 pertanyaan		
d.	Supervisi	Persepsi staf RSUD tentang kemampuan direktur dalam memberi bimbingan, pengawasan dan pembinaan kepada staf	Mengisi kuesioner dengan memberi nilai 1-4 dari setiap pertanyaan	Kuesioner yang terdiri dari 5 pertanyaan		
e.	Pendelegasian wewenang	Persepsi staf RSUD tentang pemberian wewenang kepada staf bila direktur berhalangan	Mengisi kuesioner dengan memberi nilai 1-4 dari setiap pertanyaan	Kuesioner yang terdiri dari 4 pertanyaan		
3.	Karakteristik Individu Direktur					
a.	Umur	Usia direktur dilihat menurut ulang tahun pada saat dilakukan penelitian	Mengisi kuesioner	Kuesioner		Ordinal

b.	Jenis kelamin	Pria atau wanita	Mengisi kuesioner	Kuesioner	0 = pria 1 = wanita	Nominal
c.	Status perkawinan	Keadaan telah terikatnya seseorang dalam ikatan pernikahan dinyatakan dengan surat nikah	Mengisi kuesioner	Kuesioner	0 = menikah/ janda/duda 1 = belum menikah	Nominal
d.	Pangkat/golongan	Status jenjang kepegawaian sebagai pegawai negeri Pendidikan tambahan dalam rangka peningkatan kemampuan dan pengetahuan direktur	Mengisi kuesioner	Kuesioner	0 = gol. II 1 = gol. III 2 = gol IV	Ordinal
e.	Lama kerja menjadi direktur RSUD yang dinilai	Lama kerja dihitung dari mulai menjadi direktur RSUD yang dinilai	Mengisi kuesioner	Kuesioner	0 < 1 tahun 1 ≥ 1 tahun	Ordinal
f.	Pendidikan	Tingkat pendidikan direktur dilihat dari ijazah terakhir yang dimiliki	Mengisi kuesioner	Kuesioner	0 = MARS 1 = Non MARS	Ordinal
g.	Pelatihan	Pendidikan tambahan dalam rangka peningkatan kemampuan dan pengetahuan direktur	Mengisi kuesioner	Kuesioner	0 = belum pernah 1 = 1 jenis pelatihan 2 = 2 jenis pelatihan 3 = ≥ 3 jenis pelatihan	Ordinal

Pada penelitian ini sebagai variabel terikat (dependen) adalah fungsi kepemimpinan direktur RSUD dalam pelaksanaan manajemen rumah sakit. Gaya kepemimpinan, fleksibilitas dan efektifitas gaya kepemimpinan merupakan variabel bebas (independen).

4.3. Hipotesis

1. Ada hubungan antara gaya kepemimpinan terhadap fungsi kepemimpinan direktur rumah sakit.
2. Ada hubungan antara fleksibilitas gaya kepemimpinan terhadap fungsi kepemimpinan direktur rumah sakit.
3. Ada hubungan antara efektifitas gaya kepemimpinan terhadap fungsi kepemimpinan rumah sakit.
4. Ada hubungan antara karakteristik individu responden terhadap fungsi kepemimpinan direktur rumah sakit.



BAB V METODOLOGI PENELITIAN

5.1. Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah metode penelitian deskriptif analitik dan konfirmasi dengan pendekatan *cross-sectional* yang bersifat kuantitatif dan kualitatif. Dalam rancangan *cross-sectional*, tiap subyek hanya diobservasi satu kali saja, diukur menurut keadaan atau status pada waktu observasi (Pratiknya; 2001).

Untuk pendahuluan penelitian dilakukan penelitian deskriptif kuantitatif melalui pembagian kuesioner kepada staf RSUD di DKI Jakarta yang terdiri dari kuesioner gaya kepemimpinan dan kuesioner fungsi kepemimpinan. Selanjutnya diteruskan dengan penelitian konfirmasi kualitatif hasil kuesioner dimana peneliti melakukan wawancara mendalam tidak berstruktur dengan seluruh direktur RSUD di DKI Jakarta.

5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di 6 RSUD di DKI Jakarta. Waktu penelitian dan pengumpulan data dilaksanakan pada mulai Bulan Maret-Mei 2010.

5.3. Populasi dan Sampel Penelitian

5.3.1. Populasi Penelitian

1. **Penelitian Kuantitatif** : Seluruh staf RSUD di DKI Jakarta sebanyak 6 RSUD yang terdiri dari staf RSUD.
2. **Penelitian Kualitatif** : Seluruh direktur RSUD di DKI Jakarta sebanyak 6 RSUD.

5.3.2. Besar Sampel

1. **Penelitian Kuantitatif** : Penentuan besar sampel dilakukan dengan menggunakan rumus pendungan proporsi sampel (Rumus Sampel Lameshow) dengan nilai P yang tidak diketahui.

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{(Z^2 I - \alpha/2) \cdot P \cdot (1 - P)}{d^2} \\
 &= \frac{(1,960) \cdot (0,5) \cdot (1 - 0,5)}{(0,1)^2} \\
 &= 96 \text{ responden}
 \end{aligned}$$

- n = Besar sampel
 $Z^2 I - \alpha/2$ = 1,960, dengan α 0,05 dan derajat kepercayaan 95%
 d = Presisi = 10%
 P = Proporsi 0,5 untuk mendapatkan besar sampel yang maksimal

Dari perhitungan di atas didapatkan sampel sebesar 96 responden di 6 RSUD di DKI Jakarta diambil sebagai sampel.

2. Penelitian Kualitatif : Informan pada penelitian ini adalah seluruh direktur RSUD di DKI Jakarta yang berjumlah 6 informan.

5.3.3. Tehnik Pengambilan Sampel

Dengan metode pengambilan sampel secara tidak acak (*Non Probability Sampling*) cara *Purposive Sampling* yaitu dimana pengambilan sampel ditentukan oleh orang-orang yang telah mengenal betul populasi yang akan diteliti. Dengan demikian, sampel tersebut akan representatif untuk populasi yang akan diteliti.

Pada penelitian ini pengambilan sampel pada setiap RSUD dilakukan oleh tim yang dibentuk oleh peneliti pada setiap awal penelitian yang terdiri dari peneliti dengan para wakil direktur biasanya bagian umum dan keuangan, kepala bagian sumber daya manusia dan kepala serta pelaksana diklat

Jumlah sampel dibagi rata pada setiap RSUD sehingga di setiap RSUD diambil 16 responden dengan kriteria responden, sebagai berikut :

- Lama kerja lebih dari 6 bulan di bawah pimpinan direktur yang dinilai.
- Sering berinteraksi dengan direktur yang dinilai.
- Mengerti dan memahami manajemen.

5.4. Pengumpulan Data

5.4.1. Sumber Data

Data yang dikumpulkan berupa data primer dimana didapat melalui dua cara yaitu dengan membagikan kuesioner dan wawancara mendalam.

1. Penelitian Kuantitatif : Pengambilan data primer dilakukan dengan menggunakan 2 buah kuesioner :

- a. Untuk mengukur variabel bebas tentang gaya kepemimpinan, fleksibilitas dan efektifitas gaya kepemimpinan direktur RSUD dengan responden staf RSUD di DKI Jakarta.
- b. Untuk mengukur variabel terikat tentang fungsi kepemimpinan direktur RSUD dalam pelaksanaan manajemen RSUD dengan responden staf RSUD di DKI Jakarta.

2. Penelitian Kualitatif : Wawancara mendalam

5.4.2. Instrumen Pengumpulan Data

1. Penelitian Kuantitatif :

- a. Kuesioner *Leadership Behaviour Analysis* yang dikembangkan oleh *Blanchard Training & Development Inc.* dan dipergunakan oleh Lindawati (2009) dengan modifikasi peneliti.
- b. Kuesioner fungsi kepemimpinan yang dilakukan dalam penelitian Lindawati (2009) dengan modifikasi oleh peneliti.

Sebelum digunakan dilakukan uji coba kuesioner dengan tujuan untuk melihat validitas dan reabilitas. Uji coba dilaksanakan pada responden di RSUD di DKI Jakarta.

2. Penelitian Kualitatif berupa pedoman wawancara mendalam tidak berstruktur dengan dibantu oleh alat perekam dan alat tulis yang menunjang dalam proses wawancara.

5.4.2. Cara Pengambilan Data

1. **Penelitian Kuantitatif** : Pelaksanaan pengumpulan data dilakukan dengan bantuan tenaga kesehatan yang bekerja di RSUD. Untuk memberikan pengertian dan pemahaman yang sama bagi para anggota tim peneliti dilakukan kalibrasi dengan memberikan penjelasan tentang tujuan penelitian, pentingnya peran pengumpul data kuesioner, penjelasan butir-butir kuesioner, cara penyampaian data, pengisian dan masalah-masalah yang mungkin timbul di lapangan. Hal ini dilakukan karena sikap yang simpatik dan kesan baik yang dilakukan oleh petugas sangat penting untuk keberhasilan pengumpulan data. Selanjutnya untuk memantau kebenaran dan jawaban responden dilakukan dengan lembar observasi. Data yang diperoleh kemudian dianalisis dengan uji hipotesis.
2. **Penelitian Kualitatif** : Wawancara mendalam tidak berstruktur dengan dibantu oleh alat perekam dan alat tulis yang menunjang dalam proses wawancara.

5.5. Pengelolaan Manajemen Data

5.5.1. Penelitian Kuantitatif

1. *Editing Data*

Kegiatan ini dilakukan dengan tujuan untuk melihat dan meneliti ulang kelengkapan pengisian jawaban kuesioner berkaitan dengan kemungkinan kesalahan dan melihat konsistensi jawaban.

2. *Coding Data*

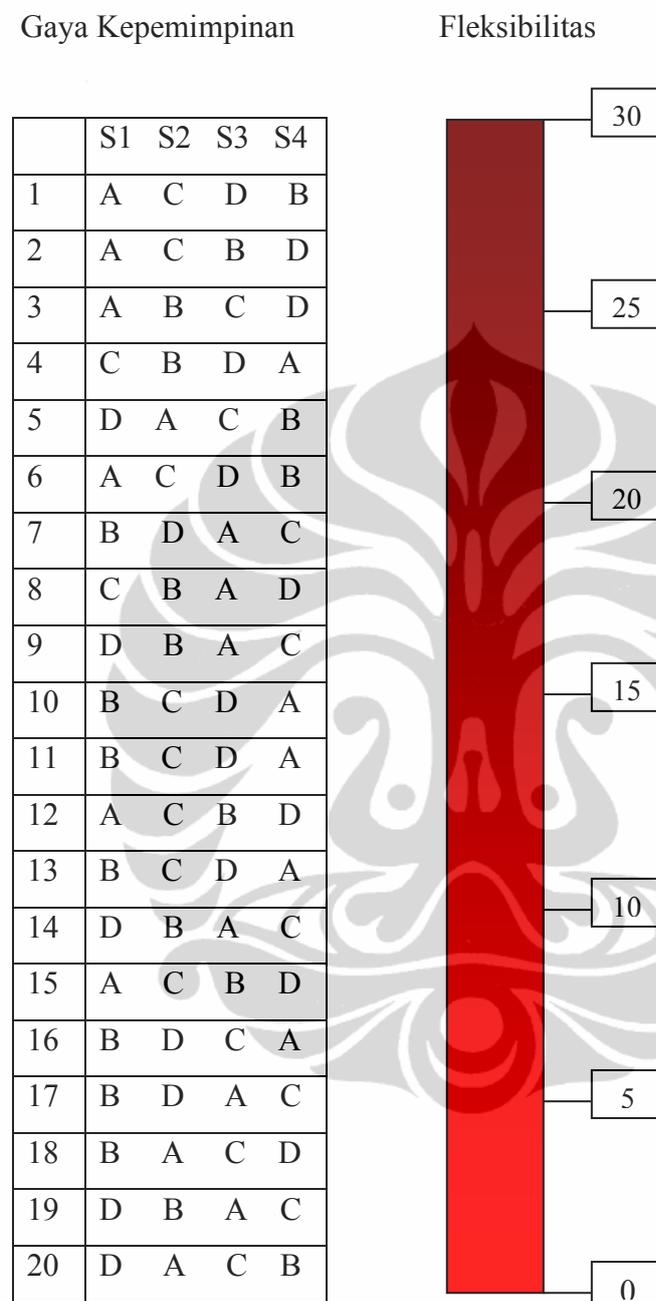
Pemberian kode dimana jawaban yang diperoleh diklasifikasi menurut jenisnya dan dikonversi ke dalam bentuk yang lebih ringkas berupa angka-angka sehingga memudahkan dalam pengolahan data selanjutnya.

Untuk variabel bebas, data yang masuk dikuantisir dengan *Leader Behaviour Analysis II* (tes LBA II), *scoring direction* oleh Blanchard Training & Development Inc. dengan pengolahan khusus. Selain untuk melihat gaya

kepemimpinan, tes LBA II juga menghasilkan produk tambahan yaitu untuk melihat fleksibilitas dan efektifitas gaya kepemimpinan.

Untuk melihat gaya kepemimpinan, jawaban dimasukkan ke dalam tabel skor gaya kepemimpinan yang ada. Kolom dengan jumlah jawaban terbanyak (S1, S2, S3, S4) merupakan gaya yang dominan. Bila ada dua atau lebih jumlah jawaban terbanyak maka keduanya adalah gaya kepemimpinan yang dominan.

Untuk melihat fleksibilitas gaya kepemimpinan jumlahkan setiap kolom (S1, S2, S3 dan S4). Nilai yang didapat kemudian dibandingkan dengan 5. Jumlahkan setiap kolom yang sudah dibandingkan dengan 5 kemudian kurangi 30. Nilai yang didapat merupakan nilai mutlak (nilai ditetapkan dengan nilai positif). Dan merupakan gambaran fleksibilitas gaya kepemimpinan. Nilai tersebut kemudian ditempatkan dalam grafik fleksibilitas gaya yang disediakan (rentang antara 0-30). Hasilnya terbagi 3 jenis fleksibilitas gaya kepemimpinan yaitu kaku dengan rentang nilai antara 1-10, fleksibel dengan rentang nilai antar 11-20 dan sangat fleksibel dengan rentang nilai antara 21-30.

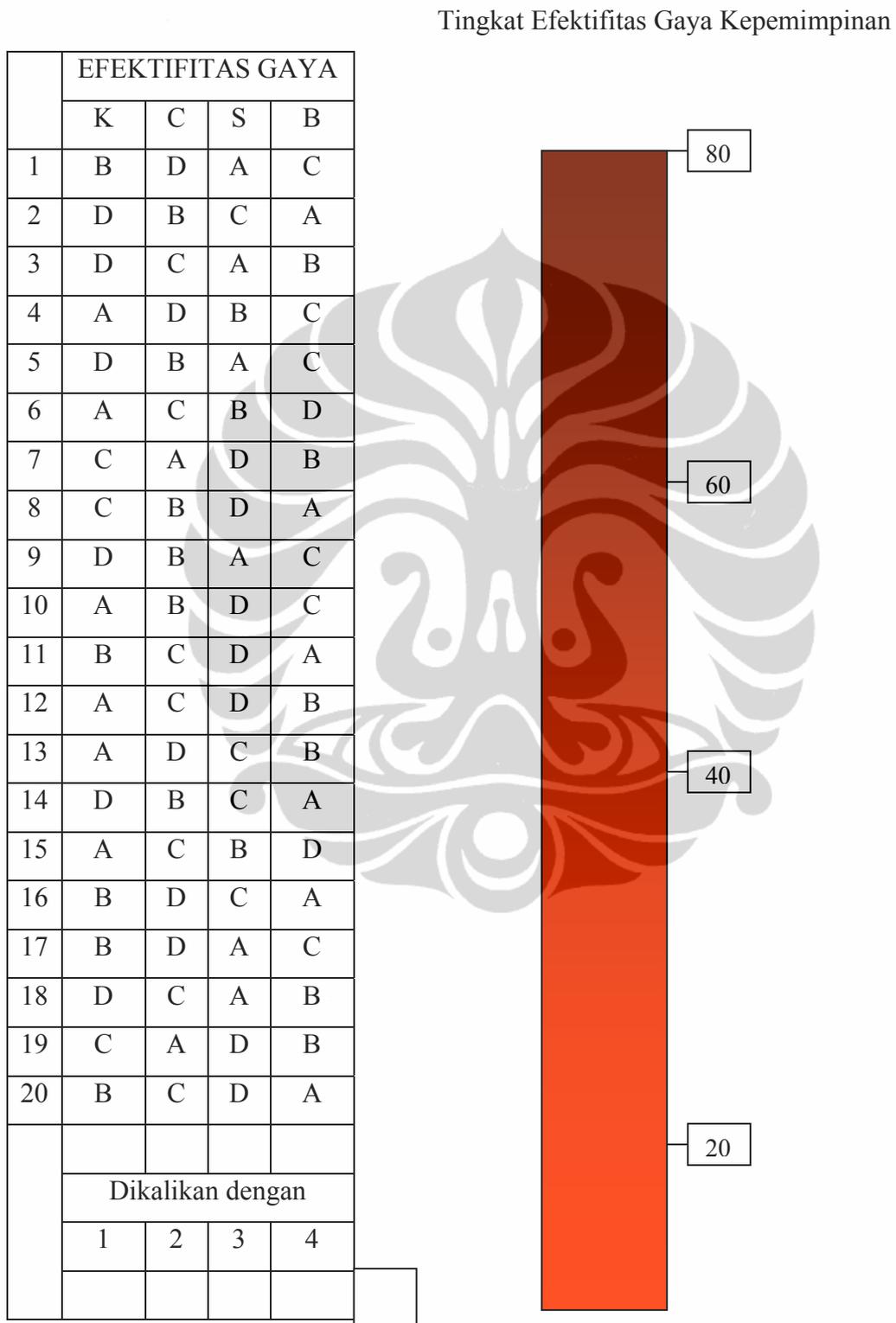
Gambar 5.1. *Scoring Direction* Gaya Kepemimpinan dan Fleksibilitas

Untuk efektifitas gaya kepemimpinan dengan menjumlahkan kolom K, C, S dan B ke bawah dan mengalikan masing-masing kolom dengan angka 1, 2, 3 dan 4 serta menjumlahkan keempat kolom tersebut. Angka yang diperoleh antara 20 sampai yang tertinggi 80, artinya semakin tinggi nilainya maka semakin efektif gaya kepemimpinan responden dengan gaya kepemimpinan yang seharusnya dilakukan pada situasi tersebut. Hasilnya terbagi atas tiga jenis yaitu rendah

dengan rentang nilai antara 0-19, sedang dengan rentang nilai antara 20-59 dan tinggi dengan rentang nilai antara 60-80.



Gambar 5.2. *Scoring Direction* Efektifitas Gaya Kepemimpinan dan Tingkat Efektifitas



Untuk variabel terikat yaitu menilai fungsi kepemimpinan direktur rumah sakit umum daerah, skoring menggunakan skala likert dari skor 1-4 lalu dilakukan penjumlahan skor jawaban responden dan dikategorikan dengan cara *cut point mean*, didapatkan nilai : 0 = kurang baik (nilai \leq mean) dan 1 = baik (nilai $>$ mean).

3. Entry Data

Pemberian kode untuk setiap kelompok pernyataan diproses dengan menggunakan komputer, untuk entri data menggunakan program *SPSS*.

4. Cleaning Data

Setelah data dimasukkan kemudian dilakukan pengecekan ulang untuk memastikan apakah data yang dimasukkan tidak ada kesalahan. Setelah itu data siap dianalisis dengan bantuan program komputer.

5. Analisis Data

Pengolahan data dilakukan melalui komputer dengan program *SPSS for Windows*. Langkah-langkahnya sebagai berikut :

- Analisis Univariat

Untuk memperoleh gambaran distribusi frekuensi dan proporsi dari berbagai variabel yang diteliti baik variabel bebas maupun variabel terikat.

- Analisis Bivariat

Merupakan analisis hasil dari variabel bebas yang diduga mempunyai hubungan atau pengaruh dengan variabel terikat. Pada tahap ini dilakukan uji statistik khi-kuadrat karena data yang digunakan adalah data katagorikal. Hasil uji coba akan memberikan informasi apakah ada pengaruh antara variabel bebas dan variabel terikat dengan tingkat kemaknaan $\alpha \leq 0,05$.

5.5.2. Penelitian Kualitatif

Data berupa hasil wawancara mendalam diolah dengan cara hasil wawancara dari alat perekam dipindahkan menjadi transkrip lengkap untuk setiap

informan kemudian dikelompokkan sesuai variable yang diteliti juga data disusun per variable untuk setiap informan dan terakhir data dipilah dengan memilih data yang memiliki kaitan dengan variable dalam bentuk matriks.



BAB VI

HASIL PENELITIAN

6.1. Pelaksanaan Penelitian

Proses penelitian diawali dengan uji instrumen (kuesioner) dan pelaksanaan penelitian dilakukan di seluruh RSUD di DKI Jakarta sebanyak 6 RSUD pada Minggu I Maret sampai Minggu I April 2010 dengan 96 staf RSUD sebagai responden penelitian. Kuesioner penelitian yang digunakan terdiri dari 2 jenis kuesioner yaitu Kuesioner Gaya Kepemimpinan dan Kuesioner Fungsi Kepemimpinan.

Dalam pelaksanaannya peneliti mendatangi setiap RSUD dan membentuk tim, kemudian peneliti dan tim meminta responden untuk mengisi kuesioner. Dengan sebelumnya peneliti memberi penjelasan tentang tujuan dan cara penelitian. Peneliti dan tim mengawasi langsung pelaksanaan pengisian dan meyakinkan responden bahwa apapun hasil penilaian yang staf isi tidak akan mempengaruhi terhadap penilaian kinerja staf.

Setelah didapat hasil analisis kuesioner, penelitian dilanjutkan dengan penelitian kualitatif konfirmasi yang dilakukan pada Minggu III April sampai Minggu II Mei 2010 dimana dilakukan wawancara mendalam dengan seluruh direktur RSUD di DKI Jakarta untuk konfirmasi hasil kuesioner.

6.2. Hasil Penelitian

6.2.1. Penelitian Kuantitatif

1. Hasil Uji Instrumen

Pengumpulan data penelitian diawali dengan melakukan uji kuesioner pada 30 staf terbagi di seluruh RSUD di DKI Jakarta, yang dilaksanakan pada Minggu IV Februari 2010. Uji kuesioner ini bertujuan untuk memperoleh keyakinan bahwa apakah instrumen atau kuesioner yang digunakan dalam penelitian menunjukkan ketepatan dan kecermatan yang baik (*valid*) dan sejauh mana penilaian tersebut konsisten dilakukan dua kali atau lebih terhadap pertanyaan serta alat ukur yang sama (*reliable*).

a. Uji Validitas

Dilakukan dengan membandingkan r hasil dari masing-masing pertanyaan dengan r tabel, dimana $df = n-2 = 30-2 = 28$ dan didapat r tabel = 0,361. Menurut ketentuan statistik bila r hasil lebih besar dari r tabel maka H_0 ditolak yang berarti variabel valid dan sebaliknya bila r hasil lebih kecil daripada r tabel maka H_0 gagal ditolak berarti variabel tidak valid.

Dari hasil uji validitas kuesioner penelitian, didapat hasil untuk kuesioner fungsi kepemimpinan yang terdiri dari 32 pertanyaan dimana semua r hasil lebih besar dari r tabel maka ke 32 pertanyaan tersebut valid.

b. Uji Reliabilitas

Pada uji reliabilitas ini digunakan indikator nilai *alpha cronbach*. Menurut ketentuan statistik bila nilai *alpha cronbach* lebih besar dari 0,5 maka H_0 ditolak yang berarti variabel *reliable* dan sebaliknya bila nilai *alpha cronbach* lebih kecil daripada 0,5 maka H_0 gagal ditolak berarti variabel tidak *reliable*.

Dari hasil uji reliabilitas penelitian ini didapat hasil untuk kuesioner fungsi kepemimpinan didapat nilai *alpha cronbach* aspek koordinasi = 0,936, komunikasi = 0,956, motivasi = 0,945, supervisi = 0,961 dan pendelegasian wewenang = 0,837 maka seluruh pertanyaan untuk kuesioner fungsi kepemimpinan adalah *reliable* karena lebih besar dari 0,5.

Tabel 6.1. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Fungsi Kepemimpinan
Aspek Koordinasi

Pertanyaan	Nilai r Hasil	Validitas	Reliabilitas
1	0,563	Valid	Nilai <i>alpha cronbach</i> = 0,936 yang berarti lebih besar dari 0,5 maka 9 pertanyaan ini adalah <i>reliable</i>
2	0,717	Valid	
3	0,506	Valid	
4	0,687	Valid	
5	0,945	Valid	
6	0,887	Valid	
7	0,787	Valid	
8	0,885	Valid	
9	0,907	Valid	

Tabel 6.2. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Fungsi Kepemimpinan
Aspek Komunikasi

Pertanyaan	Nilai r Hasil	Validitas	Reliabilitas
1	0,860	Valid	Nilai <i>alpha cronbach</i> = 0,956 yang berarti lebih besar dari 0,5 maka 7 pertanyaan ini adalah <i>reliable</i>
2	0,818	Valid	
3	0,859	Valid	
4	0,805	Valid	
5	0,885	Valid	
6	0,886	Valid	
7	0,842	Valid	

Tabel 6.3. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Fungsi Kepemimpinan
Aspek Motivasi

Pertanyaan	Nilai r Hasil	Validitas	Reliabilitas
1	0,825	Valid	Nilai <i>alpha cronbach</i> = 0,945 yang berarti lebih besar dari 0,5 maka 7 pertanyaan ini adalah <i>reliable</i>
2	0,749	Valid	
3	0,855	Valid	
4	0,783	Valid	
5	0,891	Valid	
6	0,830	Valid	
7	0,822	Valid	

Tabel 6.4. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Fungsi Kepemimpinan
Aspek Supervisi

Pertanyaan	Nilai r Hasil	Validitas	Reliabilitas
1	0,925	Valid	Nilai <i>alpha cronbach</i> = 0,961 yang berarti lebih besar dari 0,5 maka 5 pertanyaan ini adalah <i>reliable</i>
2	0,935	Valid	
3	0,895	Valid	
4	0,902	Valid	
5	0,823	Valid	

Tabel 6.5. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Fungsi Kepemimpinan
Aspek Pendelegasianwewenang

Pertanyaan	Nilai r Hasil	Validitas	Reliabilitas
1	0,546	Valid	Nilai <i>alpha cronbach</i> = 0,837 yang berarti lebih besar dari 0,5 maka 4 pertanyaan ini adalah <i>reliable</i>
2	0,727	Valid	
3	0,753	Valid	
4	0,661	Valid	

2. Hasil Analisis Univariat

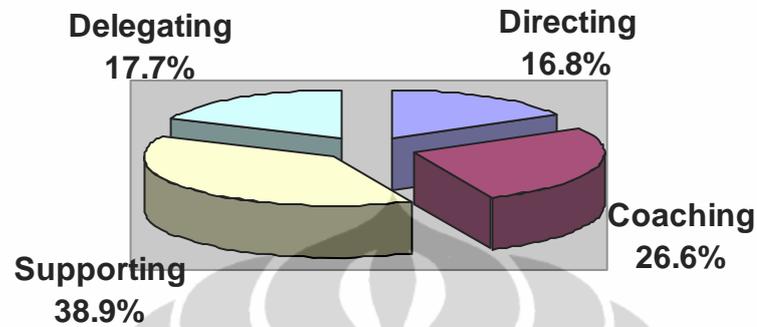
Pada hasil analisis univariat, ditampilkan distribusi frekuensi dan proporsi dari masing-masing variabel yang diteliti, yaitu gaya kepemimpinan, fleksibilitas dan efektifitas gaya kepemimpinan sebagai variabel independen, fungsi kepemimpinan sebagai variabel dependen dan karakteristik individu direktur sebagai faktor *confounding*. Untuk lebih jelasnya, semua informasi distribusi frekuensi masing-masing variabel tersebut dapat dilihat pada tabel dan grafik berikut ini :

a. Gaya Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010

Tabel 6.6. Distribusi Gaya Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta
Tahun 2010

Gaya Kepemimpinan	Jumlah	%
<i>Directing</i>	19	16,8
<i>Coaching</i>	30	26,6
<i>Supporting</i>	44	38,9
<i>Delegating</i>	20	17,7
Jumlah	113	100

Grafik 6.1. Distribusi Gaya Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta
Tahun 2010



Dari tabel 6.6 dan grafik 6.1 terlihat bahwa penilaian 96 responden (dengan 3 responden memilih 3 gaya kepemimpinan dominan dan 11 responden memilih 2 gaya kepemimpinan yang dominan) mengenai gaya kepemimpinan direktur RSUD didapat paling banyak yaitu gaya kepemimpinan *supporting*. Kedua terbanyak yaitu gaya kepemimpinan *coaching*, diikuti dengan gaya kepemimpinan *delegating* dan direktur dengan gaya kepemimpinan *directing* paling sedikit frekuensinya.

Untuk penyesuaian jumlah responden dengan nilai n maka dilakukan penyesuaian hasil penilaian dimana responden dengan penilaian lebih dari 1 gaya kepemimpinan direktur disesuaikan hasilnya dengan tingkat pendidikan responden (Gambar 2.2) sehingga akan didapat 1 penilaian gaya kepemimpinan direktur. Penyesuaian hasil penilaian gaya kepemimpinan mengikuti pola berikut : Hasil penyesuaian terlihat pada tabel berikut :

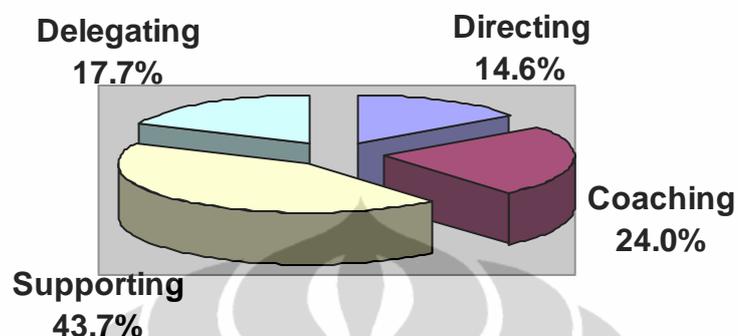
Tabel 6.7. Pola Penyesuaian Hasil Penilaian Gaya Kepemimpinan berdasarkan Tingkat Pendidikan Responden

Hasil Penilaian Gaya Kepemimpinan	Pola Penyesuaian		
	Tingkat Pendidikan Responden		
	D3	S1	S2
<i>Directing, Coaching</i>	<i>Coaching</i>	<i>Coaching</i>	<i>Coaching</i>
<i>Directing, Supporting</i>	<i>Directing</i>	<i>Supporting</i>	<i>Supporting</i>
<i>Directing, Delegating</i>	<i>Directing</i>	<i>Delegating</i>	<i>Delegating</i>
<i>Coaching, Supporting</i>	<i>Coaching</i>	<i>Supporting</i>	<i>Supporting</i>
<i>Coaching, Delegating</i>	<i>Coaching</i>	<i>Delegating</i>	<i>Delegating</i>
<i>Supporting, Delegating</i>	<i>Supporting</i>	<i>Supporting</i>	<i>Delegating</i>
<i>Directing, Coaching, Supporting</i>	<i>Coaching</i>	<i>Supporting</i>	<i>Supporting</i>
<i>Directing, Coaching, Delegating</i>	<i>Coaching</i>	<i>Delegating</i>	<i>Delegating</i>
<i>Directing, Supporting, Delegating</i>	<i>Directing</i>	<i>Supporting</i>	<i>Delegating</i>

Tabel 6.8. Distribusi Gaya Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010 (Penyesuaian)

Gaya Kepemimpinan	Jumlah	%
<i>Directing</i>	14	14,6
<i>Coaching</i>	23	24
<i>Supporting</i>	42	43,7
<i>Delegating</i>	17	17,7
Jumlah	96	100

Grafik 6.2. Distribusi Gaya Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010 (Penyesuaian)



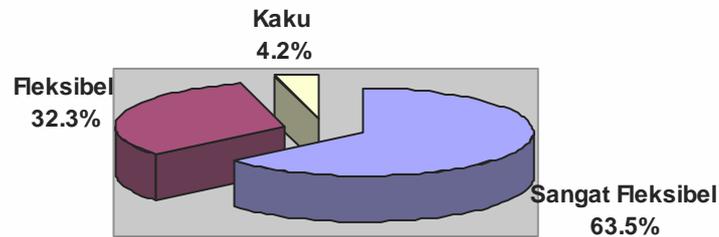
Setelah dilakukan penyesuaian seperti yang terlihat pada tabel 6.8 dan grafik 6.2 didapatkan hasil yang sama dengan sebelum dilakukan penyesuaian yaitu didapat paling banyak gaya kepemimpinan *supporting*. Kedua terbanyak gaya kepemimpinan *coaching*, diikuti dengan gaya kepemimpinan *delegating* dan direktur dengan gaya kepemimpinan *directing* paling sedikit frekuensinya. Perbedaan hanya terdapat pada nilai jumlahnya saja.

b. Fleksibilitas Gaya Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010

Tabel 6.9. Distribusi Fleksibilitas Gaya Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010

Fleksibilitas Gaya Kepemimpinan	Jumlah	%
Sangat Fleksibel	61	63,5
Fleksibel	31	32,3
Kaku	4	4,2
Jumlah	96	100

Grafik 6.3. Distribusi Fleksibilitas Gaya Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010



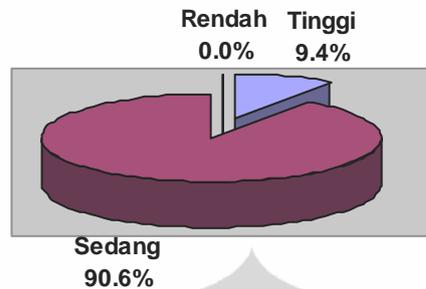
Sebagian besar responden yaitu lebih dari separuh menilai fleksibilitas gaya kepemimpinan direktur RSUD adalah "sangat fleksibel". Sisanya menilai kepemimpinan direktur "fleksibel" dan hanya sedikit yang menilai kepemimpinan direktur "kaku".

c. Efektifitas Gaya Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010

Tabel 6.10. Distribusi Efektifitas Gaya Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010

Efektifitas Gaya Kepemimpinan	Jumlah	%
Tinggi	9	9,4
Sedang	87	90,6
Rendah	0	0
Jumlah	96	100

Grafik 6.4. Distribusi Efektifitas Gaya Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010



Penilaian terhadap efektifitas gaya kepemimpinan direktur RSUD hampir sebagian besar menilai pada tingkat "sedang" dan sangat dominan jumlahnya. Sedangkan efektifitas gaya kepemimpinan "tinggi" sangat sedikit dan efektifitas gaya kepemimpinan "rendah" tidak ada.

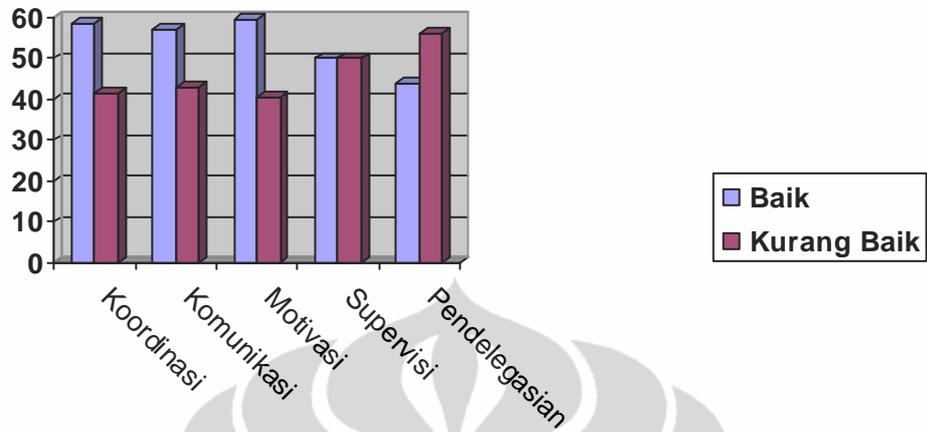
d. Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010

Untuk melihat fungsi kepemimpinan yang terdiri dari fungsi koordinasi, komunikasi, motivasi, supervisi dan pendelegasian wewenang serta fungsi kepemimpinan secara menyeluruh dapat dilihat pada tabel dan grafik berikut :

Tabel 6.11. Distribusi Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta
Tahun 2010

Fungsi Kepemimpinan	Jumlah	%
Fungsi Koordinasi :		
Baik	56	58,3
Kurang Baik	40	41,7
Fungsi Komunikasi :		
Baik	55	57,3
Kurang Baik	41	42,7
Fungsi Motivasi :		
Baik	57	59,4
Kurang Baik	39	40,6
Fungsi Supervisi :		
Baik	48	50
Kurang Baik	48	50
Fungsi Pendelegasian Wewenang :		
Baik	42	43,75
Kurang Baik	54	56,25
Fungsi Kepemimpinan :		
Baik	55	57,3
Kurang Baik	41	42,7
Jumlah	96	100

Grafik 6.5. Distribusi Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta
Tahun 2010



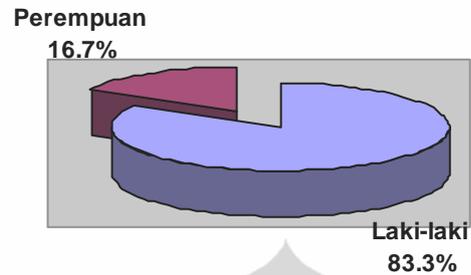
Secara umum lebih banyak jumlah responden yang menilai fungsi kepemimpinan direktur "baik" dibanding yang menilai "kurang baik". Fungsi koordinasi, komunikasi dan motivasi direktur dinilai "baik" oleh lebih banyak responden. Untuk fungsi supervisi jumlah penilaiannya sama atau berimbang antara yang menilai "baik" dan "kurang baik". Sedangkan dalam menjalankan fungsi pendelegasian wewenang direktur lebih banyak dinilai "kurang baik".

e. Gambaran Karakteristik Individu Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010

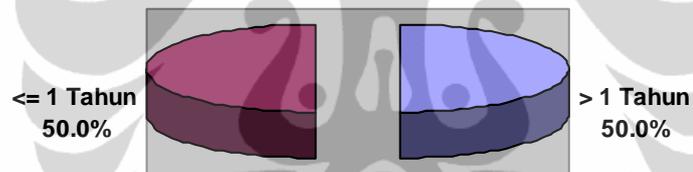
Tabel 6.12. Distribusi Karakteristik Individu Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010

Karakteristik Individu	Jumlah	%
Umur : 49-51-52-53-53-55	6	100
Jenis Kelamin :		
- Laki-laki	5	83,3
- Perempuan	1	16,7
Status Perkawinan : Menikah	6	100
Pangkat/Golongan : IVA-C	6	100
Masa Kerja menjadi PNS : > 20 tahun	6	100
Lama Kerja menjadi Direktur yang Dinilai :		
- < 1 tahun	3	50
- ≥ 1 tahun	3	50
Tingkat Pendidikan :		
- MARS	2	33,3
- Non MARS	4	66,7
Jenis Pelatihan yang Diikuti :		
- Belum Pernah	0	0
- Pelatihan Manajemen Rumah Sakit	1	16,65
- Pelatihan Manajemen dan Tehnis Fungsional Rumah Sakit	1	16,65
- Pelatihan Manajemen, Tehnis Fungsional dan Program Kegiatan Rumah Sakit	4	66,7

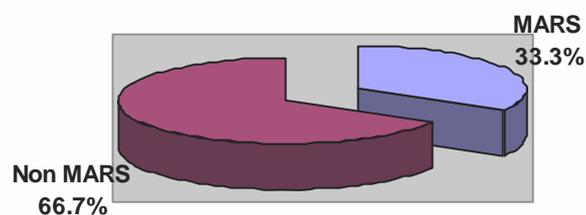
Grafik 6.6. Distribusi Karakteristik Individu Direktur berdasarkan Jenis Kelamin
Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010



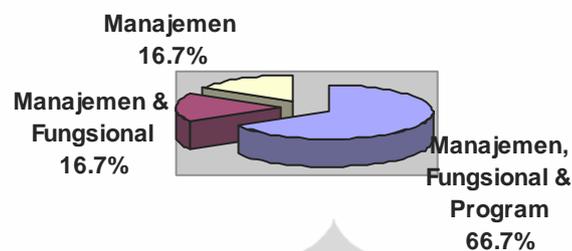
Grafik 6.7. Distribusi Karakteristik Individu Direktur RSUD di DKI Jakarta
Tahun 2010 berdasarkan Lama Kerja menjadi Direktur yang Dinilai



Grafik 6.8. Distribusi Karakteristik Individu Direktur berdasarkan Pendidikan
Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010



Grafik 6.9. Distribusi Karakteristik Individu Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010 berdasarkan Jenis Pelatihan yang Pernah Diikuti



Diketahui bahwa rata-rata umur direktur yang dinilai adalah antara 49-55 tahun dengan standar deviasi 2,04 tahun. Direktur termuda berumur 49 tahun dan direktur tertua adalah 55 tahun.

Dilihat dari jenis kelamin, lebih banyak direktur laki-laki daripada wanita dengan status perkawinan semua menikah.

Dilihat dari pangkat/golongan dan masa kerja menjadi PNS, semua direktur bergolongan IV dengan masa kerja menjadi PNS > 20 tahun dan dengan lama kerja menjadi direktur yang dinilai berimbang antara direktur dengan lama kerja menjadi direktur yang dinilai selama < 1 tahun dan direktur dengan lama kerja menjadi direktur yang dinilai selama ≥ 1 tahun.

Dilihat dari tingkat pendidikan, paling banyak direktur yang berpendidikan Non MARS daripada direktur yang berpendidikan MARS dengan dari 6 direktur, 4 direktur pernah mengikuti pelatihan manajemen rumah sakit, tehnis fungsional dan program kegiatan rumah sakit, 1 direktur pernah mengikuti pelatihan manajemen rumah sakit dan tehnis fungsional dan 1 direktur hanya pernah mengikuti pelatihan manajemen rumah sakit.

3. Hasil Analisis Bivariat

Pada analisis bivariat ini dilakukan dengan menggunakan tabel silang untuk melihat pengaruh Gaya Kepemimpinan, Fleksibilitas dan Efektifitas Gaya Kepemimpinan serta Karakteristik Individu Direktur terhadap Fungsi Kepemimpinan.

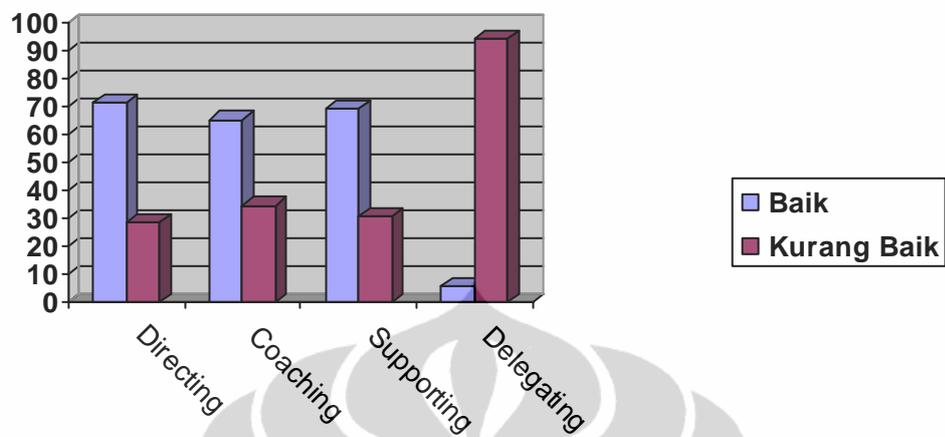
Uji statistik yang digunakan adalah Uji *Chi-Square*. Untuk melihat hasil analisis tersebut dapat dijelaskan dalam tabel dan grafik berikut :

a. Hubungan Gaya Kepemimpinan terhadap Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta tahun 2010

Tabel 6.13. Distribusi menurut Gaya Kepemimpinan dan Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010

Gaya Kepemimpinan	Fungsi Kepemimpinan				Total		<i>p Value</i>
	Baik		Kurang Baik		Σ	%	
	Σ	%	Σ	%			
<i>Directing</i>	10	71,4	4	28,6	14	100	< 0,001
<i>Coaching</i>	15	65,2	8	34,8	23	100	
<i>Supporting</i>	29	69	13	31	42	100	
<i>Delegating</i>	1	5,9	16	94,1	17	100	
Total	55	57,3	41	42,7	96	100	

Grafik 6.10. Distribusi menurut Gaya Kepemimpinan dan Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010



Dari responden yang menyatakan gaya kepemimpinan *directing*, *coaching* dan *supporting* lebih banyak menilai fungsi kepemimpinan direktur “baik”. Sedangkan dari responden yang menyatakan gaya kepemimpinan “*delegating*” dominan responden menilai fungsi kepemimpinan direktur “kurang baik”.

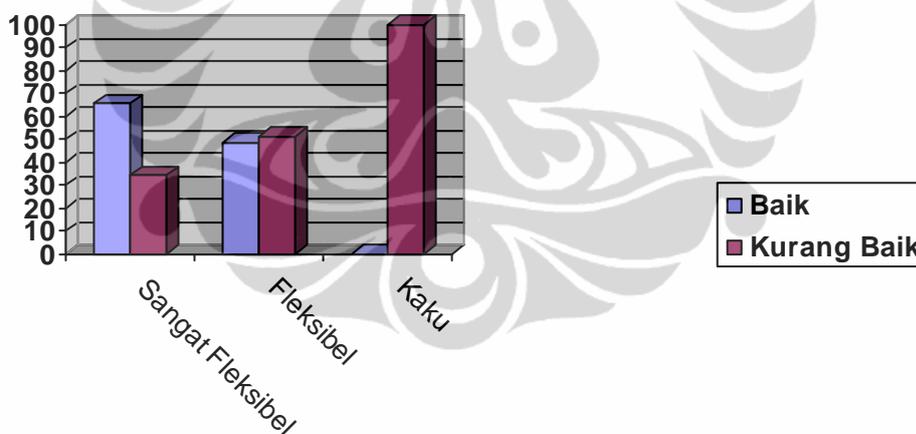
Dari Uji Statistik *Pearson Chi Square* yang dilakukan diperoleh nilai *p value* < 0,001 sehingga pada *alpha* 0,05 dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara gaya kepemimpinan terhadap fungsi kepemimpinan direktur RSUD.

b. Hubungan Fleksibilitas Gaya Kepemimpinan terhadap Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010

Tabel 6.14. Distribusi menurut Fleksibilitas Gaya Kepemimpinan dan Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010

Fleksibilitas Gaya Kepemimpinan	Fungsi Kepemimpinan				Total		<i>P Value</i>
	Baik		Kurang Baik		Jumlah	%	
	Jumlah	%	Jumlah	%			
Sangat Fleksibel	40	65,6	21	34,4	61	100	0,03
Fleksibel	15	48,4	16	51,6	31	100	
Kaku	0	0	4	100	4	100	
Total	55	57,3	41	42,7	96	100	

Grafik 6.11. Distribusi menurut Fleksibilitas Gaya Kepemimpinan dan Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010



Dari responden yang menyatakan fleksibilitas gaya kepemimpinan “sangat fleksibel”, lebih banyak menilai direktur “baik” dalam menjalankan fungsi kepemimpinannya. Sedangkan dari responden yang menyatakan “fleksibel”, lebih banyak yang menilai direktur “kurang baik” dalam menjalankan fungsi kepemimpinannya dan dari responden yang menyatakan “kaku”, semua responden menilai direktur “kurang baik” dalam menjalankan fungsi kepemimpinannya.

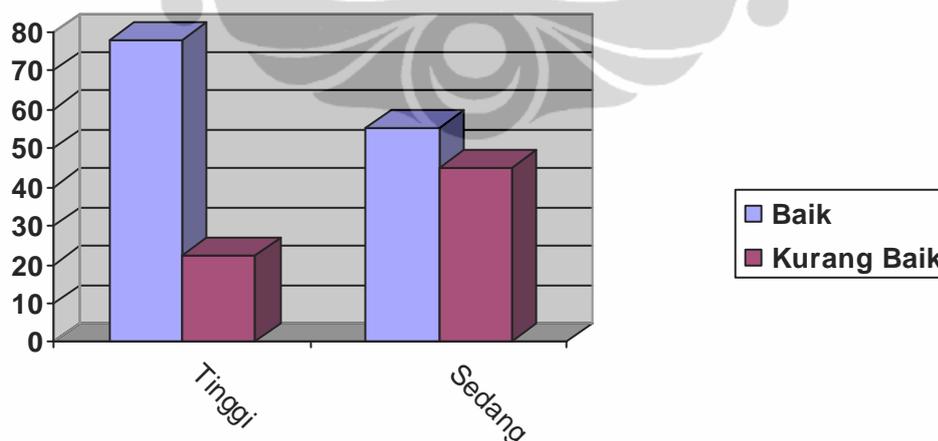
Dari Uji Statistik *Pearson Chi Square* yang dilakukan diperoleh nilai *p value* = 0,03 sehingga pada *alpha* 0,05 dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara fleksibilitas gaya kepemimpinan terhadap fungsi kepemimpinan direktur RSUD.

c. Hubungan Efektifitas Gaya Kepemimpinan terhadap Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010

Tabel 6.15. Distribusi menurut Efektifitas Gaya Kepemimpinan dan Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010

Efektifitas Gaya Kepemimpinan	Fungsi Kepemimpinan				Total		OR	<i>p Value</i>
	Baik		Kurang Baik		Σ	%		
	Σ	%	Σ	%				
Tinggi	7	77,8	2	22,2	9	100	2,844	0,3
Sedang	48	55,2	39	44,8	87	100		
Total	55	57,3	41	42,7	96	100		

Grafik 6.12. Distribusi menurut Efektifitas Gaya Kepemimpinan dan Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010



Baik dari responden yang menilai efektifitas gaya kepemimpinan “tinggi” dan “sedang”, lebih banyak direktur yang dinilai memiliki fungsi kepemimpinan “baik”. Dari Uji Statistik *Pearson Chi Square* yang dilakukan, diperoleh *p value* = 0,3 sehingga pada *alpha* 0,05 dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang

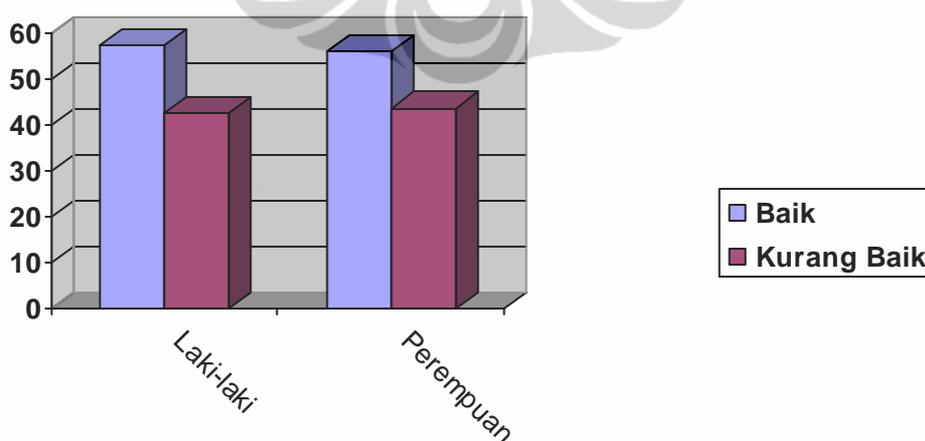
bermakna antara efektifitas gaya kepemimpinan terhadap fungsi kepemimpinan direktur RSUD.

d. Hubungan Karakteristik Individu Direktur berdasarkan Jenis Kelamin Direktur terhadap Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010

Tabel 6.16. Distribusi menurut Karakteristik Individu Direktur berdasarkan Jenis Kelamin Direktur dan Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010

Jenis Kelamin	Fungsi Kepemimpinan				Total		OR	<i>P Value</i>
	Baik		Kurang Baik		Σ	%		
	Σ	%	Σ	%				
Laki-laki	46	57,5	34	42,5	80	100	1,052	0,925
Perempuan	9	56,25	7	43,75	16	100		
Total	55	57,3	41	42,7	100	100		

Grafik 6.13. Distribusi menurut Karakteristik Individu Direktur berdasarkan Jenis Kelamin Direktur dan Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010



Baik dari responden yang menilai fungsi kepemimpinan direktur “laki-laki” dan “perempuan” lebih banyak menilai fungsi kepemimpinan “baik” daripada yang menilai fungsi kepemimpinan “kurang baik”.

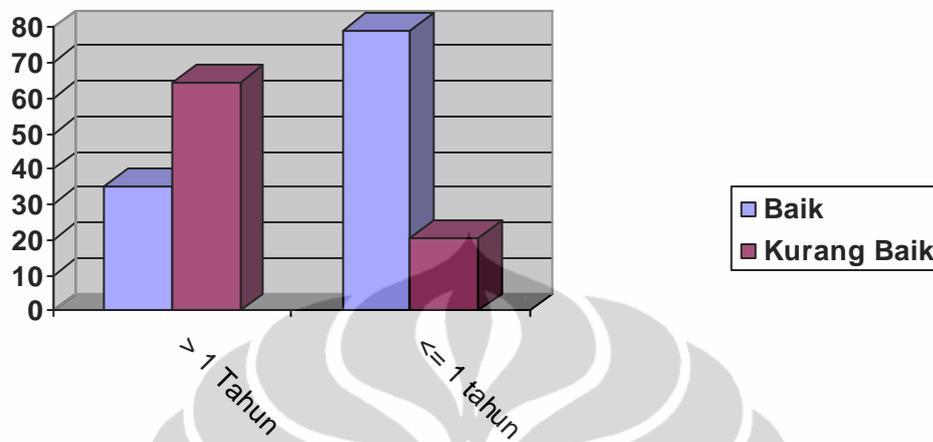
Dari Uji Statistik *Pearson Chi Square* yang dilakukan, diperoleh *p value* = 0,925 sehingga pada *alpha* 0,05 dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin direktur terhadap fungsi kepemimpinannya.

e. Hubungan Lama Kerja menjadi Direktur yang Dinilai terhadap Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta tahun 2010

Tabel 6.17. Distribusi menurut Karakteristik Individu Direktur berdasarkan Lama Kerja menjadi Direktur yang Dinilai dan Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010

Masa/Lama Kerja menjadi Direktur yang Dinilai	Fungsi Kepemimpinan				Total		OR	<i>P Value</i>
	Baik		Kurang Baik		Σ	%		
	Σ	%	Σ	%				
≥ 1 Tahun	17	35,4	31	64,6	48	100	0,144	< 0,001
< 1 Tahun	38	79,2	10	20,8	48	100		
Total	55	57,3	41	42,7	96	100		

Grafik 6.14. Distribusi menurut Karakteristik Individu Direktur berdasarkan Lama Kerja menjadi Direktur yang dinilai dan Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010



Dari responden yang menilai fungsi kepemimpinan direktur dengan lama kerja menjadi direktur yang dinilai kurang dari 1 tahun, lebih banyak menyatakan fungsi kepemimpinan “baik” dan sebaliknya dari responden yang menilai fungsi kepemimpinan direktur dengan lama kerja menjadi direktur yang dinilai lebih atau sama dengan 1 tahun, lebih banyak yang menilai fungsi kepemimpinan “kurang baik”.

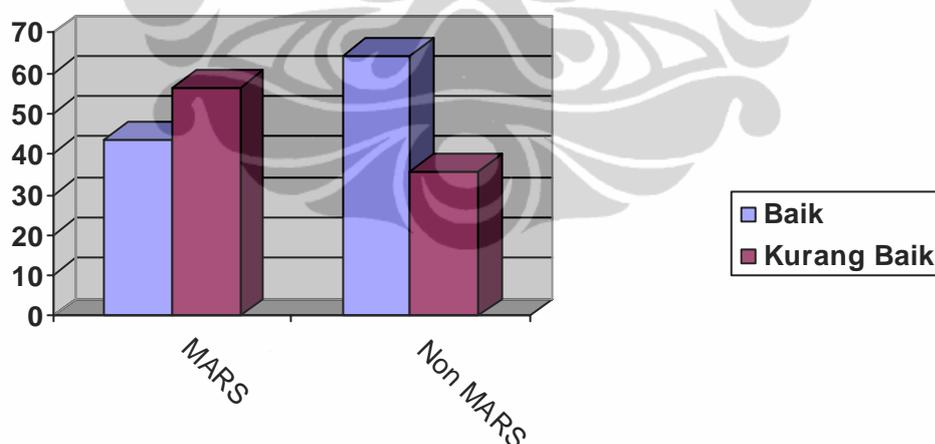
Dari Uji Statistik *Pearson Chi Square* yang dilakukan, diperoleh $p\text{ value} < 0,001$ yang berarti bahwa pada $\alpha 0,05$ dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara direktur dengan lama kerja menjadi direktur yang dinilai terhadap fungsi kepemimpinannya. Dan dari nilai OR yang diperoleh = 0,144 dapat dikatakan bahwa direktur dengan lama kerja menjadi direktur yang dinilai kurang dari satu tahun berpeluang untuk dinilai memiliki fungsi kepemimpinan “baik” sebesar 0,144 kali lebih besar dibanding direktur dengan lama kerja direktur yang dinilai lebih atau sama dengan 1 tahun.

f. Hubungan Karakteristik Individu Direktur berdasarkan Pendidikan Direktur terhadap Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010

Tabel 6.18. Distribusi menurut Karakteristik Individu Direktur berdasarkan Pendidikan Direktur dan Fungsi Kepemimpinan Direktur di DKI Jakarta Tahun 2010

Pendidikan	Fungsi Kepemimpinan				Total		OR	P Value
	Baik		Kurang Baik		Σ	%		
	Σ	%	Σ	%				
MARS	14	43,75	18	56,25	32	100	0,436	0,075
Non MARS	41	64,1	23	35,9	64	100		
Total	55	57,3	41	42,7	96	100		

Grafik 6.15. Distribusi menurut Karakteristik Individu Direktur berdasarkan Pendidikan Direktur dan Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010



Dari responden yang menilai fungsi kepemimpinan direktur dengan pendidikan “MARS”, lebih banyak menilai fungsi kepemimpinan “kurang baik” dan sebaliknya dari responden yang menilai fungsi kepemimpinan direktur dengan pendidikan “Non MARS” lebih banyak menilai fungsi kepemimpinan “baik”.

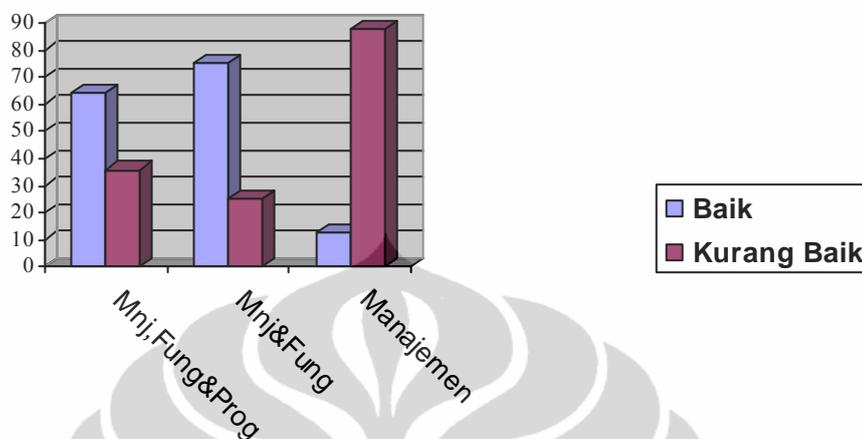
Dari Uji Statistik *Pearson Chi Square* yang dilakukan, diperoleh *p value* = 0,075 yang berarti bahwa pada *alpha* 0,05 dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis pendidikan direktur terhadap fungsi kepemimpinannya.

g. Hubungan Karakteristik Individu Direktur berdasarkan Jenis Pelatihan yang Pernah Diikuti Direktur terhadap Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010

Tabel 6.19. Distribusi menurut Karakteristik Individu Direktur berdasarkan Jenis Pelatihan yang Pernah Diikuti Direktur dan Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010

Pelatihan	Fungsi kepemimpinan				Total		<i>P Value</i>
	Baik		Kurang Baik		Σ	%	
	Σ	%	Σ	%			
Manajemen, Tehnis Fungsional dan Program Kegiatan RS	41	64,1	23	35,9	64	100	< 0,001
Manajemen dan Tehnis Fungsional RS	12	75	4	25	16	100	
Manajemen RS	2	12,5	14	87,5	16	100	
Total	55	57,3	41	42,7	96	100	

Grafik 6.16. Distribusi menurut Karakteristik Individu Direktur berdasarkan Jenis Pelatihan yang Pernah Diikuti Direktur dan Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010



Dari responden yang menilai fungsi kepemimpinan direktur yang telah mengikuti ”pelatihan manajemen dan tehnik fungsional rumah sakit” dan direktur yang telah mengikuti ”pelatihan manajemen, tehnik fungsional dan program kegiatan rumah sakit”, lebih banyak menilai fungsi kepemimpinan ”baik” dan sebaliknya dari responden yang menilai fungsi kepemimpinan direktur yang hanya mengikuti pelatihan manajemen rumah sakit, lebih banyak menyatakan fungsi kepemimpinan ”kurang baik”.

Dari Uji Statistik *Pearson Chi Square* yang dilakukan, diperoleh *p value* < 0,001 yang berarti bahwa pada *alpha* 0,05 disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara jenis pelatihan yang telah diikuti direktur terhadap fungsi kepemimpinannya.

6.2.2 Penelitian Kualitatif

1. Gambaran Gaya Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010 : Paling banyak yaitu gaya kepemimpinan *supporting*. Kedua terbanyak yaitu gaya kepemimpinan *coaching*, diikuti dengan gaya kepemimpinan *delegating* dan direktur dengan gaya kepemimpinan *directing* paling sedikit frekuensinya.

Setelah dikonfirmasi dengan para direktur, sebagian besar direktur setuju dengan penilaian tersebut seperti yang disampaikan oleh seorang direktur yang

menyatakan, *"Yang saya sering lakukan mungkin memang gaya kepemimpinan coaching dan supporting... terutama pada kegiatan yang high risk seperti bagian keuangan dan pengadaan barang dimana saya lebih memakai gaya supporting atau bahkan directing walau bukan berarti mengintervensi."* pernyataan ini juga dikuatkan oleh direktur lain dengan mengatakan, *"Dalam setiap kegiatan, saya selalu berusaha mendengarkan semua masukan untuk kemudian saya kombinasikan dan akan menghasilkan sebuah keputusan sehingga mungkin ini yang menyebabkan saya dinilai cenderung bergaya supporting dan mengarahkan..."*. Kedua pernyataan di atas walaupun secara tidak langsung juga dibenarkan oleh direktur lain dengan mengatakan, *"Saya rasa semua kegiatan saya lakukan dengan menggunakan gaya yang sama yaitu misalnya ada program baru, saya akan mengadakan rapat dimana di situ saya akan memberikan pengarahan, untuk kemudian program itu dilakukan oleh bagian-bagian sesuai dengan tupoksinya dalam pergub yang sudah diketahui oleh bagian itu ketika dilantik"*.

Untuk masih adanya gaya kepemimpinan *delegating* yang dinilai oleh responden mempunyai fungsi kepemimpinan "kurang baik", seorang direktur mengatakan, *"Saya cenderung menggunakan gaya delegating memang itu sudah sesuai dengan tupoksi walaupun setelah itu tetap akan saya tindak lanjuti tetapi ada hal-hal sensitif yang tidak saya delegasikan sepenuhnya seperti keuangan, pengadaan dan sekarang ini tdk online yang memang jelas ada peraturannya dan tidak ada kebijaksanaan yang akan menimbulkan komplain di pihak lain. Direktur lain mengatakan, "...ada tugas atau situasi tertentu yang memang memerlukan gaya kepemimpinan lain seperti delegating dimana dari sini saya harapkan ada kemandirian dan inovasi dari staf seperti contoh pada kegiatan inovasi pengembangan produk dimana bila saya memakai gaya supporting biasanya kegiatan itu akan tidak jalan bila suatu saat sudah tidak saya support lagi. Tetapi memang gaya delegating ini terutama saya berikan kepada staf yang saya percaya dan anggap mampu juga tidak pada tugas yang high risk seperti diklat contohnya..."* juga direktur lain menambahkan, *"...untuk tugas yang telah terstruktur dan ada SK Gub nya, saya memang kadang langsung mendelegasikannya."*

2. Gambaran Fleksibilitas Gaya Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010 : Sebagian besar responden yaitu lebih dari separuh menyatakan fleksibilitas gaya kepemimpinan direktur RSUD adalah "sangat fleksibel". Sisanya menyatakan kepemimpinan direktur "fleksibel" dan hanya sedikit yang menyatakan kepemimpinan direktur "kaku".

Untuk penilain ini, semua direktur memberikan persetujuan sesuai dengan contoh konfirmasi salah seorang direktur yang menyatakan, "*Kalau anak buah tidak ada yang bermasalah buat apa kita kaku...*". Tetapi memang semua direktur juga mengakui kadang masih sedikit bersikap kaku terutama pada hal-hal yang sudah ada peraturannya seperti yang tersebut pada pernyataan, "*Saya baru akan kaku bila menyangkut peraturan seperti contohnya pada kegiatan pengadaan obat dan makanan yang harusnya melalui lelang bila tidak dikerjakan melalui lelang biasanya saya akan buat SPI, 2 sampai 3.*" dan "*Ada sedikit yang menilai saya kaku mungkin pada kegiatan yang ada aturannya seperti peraturan menteri atau gubernur, contohnya sekarang ini adalah masalah tkd yang online.*" juga dikuatkan oleh pernyataan, "*...saya ini kadang juga kaku atau prinsipnya tidak dapat berubah seperti misalnya pada hal-hal yang beresiko hukum atau bersifat formal dan ada legalitas atau undang-undangnya apalagi bila menyangkut pelanggaran.*" Alasan lain untuk fleksibilitas yang kaku ini dinyatakan oleh seorang direktur yaitu, "*Penilaian gaya saya yang kaku mungkin dilihat pada keputusan-keputusan saya yang menyangkut visi misi rumah sakit.*"

3. Gambaran Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010 : Lebih banyak jumlah responden yang menilai fungsi kepemimpinan direktur "baik" dibanding yang menilai "kurang baik". Fungsi kepemimpinan direktur terdiri dari fungsi koordinasi, komunikasi, motivasi, supervisi dan pendelegasian wewenang. Fungsi koordinasi, komunikasi dan motivasi direktur dinilai "baik" oleh lebih banyak responden. Fungsi supervisi jumlah penilaiannya sama atau berimbang antara yang menilai "baik" dan "kurang baik". Sedangkan dalam menjalankan fungsi pendelegasian wewenang direktur lebih banyak dinilai "kurang baik".

a. Aspek Koordinasi

Dari kuesioner penelitian, skor terendah untuk aspek koordinasi terdapat pada pernyataan *direktur jarang meminta staf senior untuk menasehati staf lain yang kurang baik kinerjanya*. Untuk ini seorang direktur memberikan konfirmasi, *"Ini memang khas saya karena staf di sini masih sering menutup permasalahan di bawah sehingga saya harus sering turun sendiri untuk mengetahui keadaan yang sebenarnya. Ini bertujuan untuk mengetahui masalah secara pasti dan agar dapat menyelesaikannya secara cepat. Walaupun pada akhirnya saya melapor juga pada atasan staf tersebut..."*. Tetapi sebaliknya ada direktur yang membantah pernyataan ini dengan mengatakan, *"Saya justru selalu meminta staf senior untuk menasehati stafnya bila ada masalah pribadi karena saya tidak mau staf senior merasa tersinggung karena dilangkahi..."*.

b. Aspek Komunikasi

Dari kuesioner penelitian, skor terendah untuk aspek komunikasi terdapat pada pernyataan *direktur jarang menggunakan jalur komunikasi langsung dengan staf*. Seperti aspek koordinasi, sebagian direktur membenarkan hal ini dalam konfirmasi yang salah satunya menyatakan, *"Memang ada staf yang jarang saya sapa, biasanya staf yang tidak ada masalah, walaupun mereka mungkin senang atau butuh ingin disapa..."* dan juga ada bantahan dari seorang direktur lainnya dengan mengatakan, *"Saya malah merupakan orang yang sering berhubungan dengan bawahan..."*.

c. Aspek Motivasi

Dari kuesioner penelitian, skor terendah untuk aspek motivasi terdapat pada pernyataan *direktur jarang memperhatikan kerja keras dan ketekunan staf dengan memberikan penghargaan berupa pujian, insentif atau penghargaan lain*. Untuk ini salah satu konfirmasi membenaran dinyatakan oleh seorang direktur sebagai berikut, *"Untuk pujian memang saya agak bingung atau kurang bisa dan saya harapkan wadir saya dapat melakukannya tapi saya sudah berpikir untuk mengadakan penghargaan karyawan teladan walau sampai saat ini belum terlaksana tetapi khusus untuk keuangan saya sudah sering memberi pujian atau*

bahkan sekedar makan bersama bila pekerjaannya baik dan dapat menguntungkan kita semua...". Walau ada seorang direktur yang tidak sependapat dengan menyatakan, *"Saya ini orang yang tidak pernah sungkan atau bahkan sering memberikan pujian secara langsung bila ada karyawan yang bekerja baik.."*.

d. Aspek Supervisi

Dari kuesioner penelitian, skor terendah untuk aspek supervisi terdapat pada pernyataan *direktur jarang mendampingi staf melakukan pembinaan atau kegiatan lain di luar rumah sakit.* Pada saat konfirmasi seorang direktur menjelaskan, *"Peran direktur adalah pada hal yang menyangkut kebijakan sedangkan staf untuk implementasi sehingga memang saya agak jarang mendampingi staf untuk kegiatan lain di luar rumah sakit tetapi bila kegiatan itu menyangkut kebijakan, saya selalu berusaha ikut.."*. Walau ada pernyataan lain seperti, *"Saya rasa saya sering melakukan supervisi karena ini merupakan kegiatan yang baik untuk melihat secara langsung kegiatan yang dilakukan oleh staf dan sangat berguna untuk crosscheck.."*.

e. Aspek Pendelegasianwewenang

Dari kuesioner penelitian, skor terendah untuk aspek pendelegasianwewenang terdapat pada pernyataan *direktur jarang memberi kepercayaan dan mendorong staf mengambil inisiatif dan keputusan.* Untuk aspek terakhir ini, seorang direktur menjelaskan, *"Tidak semua pekerjaan dapat didelegasikan karena walaupun pekerjaan dapat didelegasikan tetapi tanggung jawab tidak dapat didelegasikan. Saya mungkin melakukan pendelegasian hanya sekitar 20-30% kegiatan selebihnya supporting dan directing tetapi ini juga disesuaikan dengan situasi dan pola kerja dari staf itu sendiri..."*.

4. Hubungan Karakteristik Individu Direktur berdasarkan Jenis Kelamin Direktur terhadap Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010 : Baik dari responden yang menilai fungsi kepemimpinan direktur "laki-laki" maupun direktur "perempuan" lebih banyak menyatakan fungsi

kepemimpinan “baik” walaupun memang ada sedikit perbedaan frekuensi jumlah responden dimana jumlah responden yang menilai fungsi kepemimpinan “baik” pada direktur laki-laki sedikit lebih banyak daripada direktur perempuan.

Untuk hasil penilaian di atas, semua direktur memang menyatakan tidak ada pengaruh antara jenis kelamin dengan fungsi kepemimpinan, pernyataan ini diwakili oleh salah seorang direktur yang menyatakan, ” *Saya rasa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan fungsi kepemimpinan tetapi fungsi kepemimpinan itu lebih tergantung kepada leadership, hubungan interpersonal atau malah lebih jauh lagi dari kesejahteraan yang didapat oleh staf...*” yang diperkuat oleh pernyataan direktur lain yang menyebutkan, ”*Mungkin memang masih ada sisi keagamaan yang ragu atas kepemimpinan perempuan tetapi menurut saya fungsi kepemimpinan tidak tergantung pada jenis kelamin melainkan pada kemampuan, personality, softskill, leadership dan keputusan yang baik.*”

Untuk kemungkinan alasan adanya sedikit perbedaan frekuensi jumlah responden dimana jumlah responden yang menilai fungsi kepemimpinan “baik” pada direktur laki-laki sedikit lebih banyak daripada direktur perempuan terjadi, salah seorang direktur berpendapat, ”*Mungkin perempuan dinilai lebih cerewet dibanding laki-laki terutama masalah kebersihan dan kerapian sehingga dinilai lebih kurang baik dibanding laki-laki...*” atau kemungkinan alasan lain yang dikemukakan oleh direktur lain adalah, ”*Yang jelas laki-laki tidak terlalu banyak beban kalau perempuan ada dua beban di rumah sakit dan rumah tangga sehingga laki-laki lebih fokus tetapi untuk tugas, fungsi, wewenang dan tanggung jawab di rumah sakit sama..*”.

5. Hubungan Lama Kerja menjadi Direktur yang Dinilai terhadap Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta tahun 2010 : Dari responden yang menilai fungsi kepemimpinan direktur dengan lama kerja menjadi direktur yang dinilai kurang dari 1 tahun, lebih banyak menyatakan fungsi kepemimpinan “baik” dan sebaliknya dari responden yang menilai fungsi kepemimpinan direktur dengan lama kerja menjadi direktur yang dinilai lebih atau sama dengan 1 tahun, lebih banyak yang menyatakan fungsi kepemimpinan “kurang baik”.

Untuk penilaian ini, saat dikonfirmasi semua direktur menyatakan tidak ada hubungan antara lama kerja menjadi direktur dengan fungsi kepemimpinannya. Untuk ini kemungkinan penyebab adanya penilaian ini, para direktur mempunyai pendapat yang beragam, seperti yang tertuang dalam beberapa pernyataan berikut ini, *"Saya pikir ini tergantung apakah direktur itu saat masuk ke rumah sakit mempunyai program atau tidak dan biasanya yang sudah memiliki program itu akan dinilai baik sehingga untuk itu seorang direktur sebelum memasuki rumah sakit perlu mencari tahu lebih dahulu semua keadaan yang ada di rumah sakit tersebut..."*. Atau salah seorang direktur lainnya berpendapat, *"Mungkin direktur dengan masa kerja lebih setahun sudah merasa agak jenuh dan tidak terlalu semangat lagi dalam membuat program baru atau mungkin juga dari staf sudah lebih banyak mengetahui tentang belang-belang si direktur dari sini mungkin bila boleh saya usulkan masa jabatan direktur itu cukup 3 tahun saja tidak usah terlalu lama..."*, kemungkinan alasan ini diperkuat oleh direktur lain yang menyatakan, *"Memang dalam ilmu kejiwaan dinyatakan bahwa lama kerja akan berpengaruh pada timbulnya rasa kejenuhan dan berkurangnya inovasi sehingga terjadi berkurang fungsi kepemimpinan, untuk itu saya rasa waktu 3 tahun sudah cukup untuk jabatan seorang direktur dan tidak perlu terlalu lama..."*.

Seorang direktur lain lebih dalam menguatkan pernyataan di atas sekaligus mengangkat riwayat pengalaman perumahsakitannya sebagai dasar adanya penilaian ini dengan menyatakan, *"Sebenarnya ini menyalahi teori kepemimpinan tetapi mungkin yang perlu dilihat lebih dalam lagi bukan pada lama kerja direktur menjabat di rumah sakitnya saat ini tetapi lebih pada riwayat sudah berapa lama direktur tersebut berpengalaman bekerja di manajemen rumah sakit baik di rumah sakit saat ini atau di rumah sakit lain. Tetapi memang menurut teori kejiwaan, kejenuhan itu akan timbul setelah 3 tahun dengan pekerjaan yang sama sehingga menurut saya lama kerja jabatan direktur cukup 3 tahun..."*.

6. Hubungan Karakteristik Individu Direktur berdasarkan Pendidikan Direktur terhadap Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010 : Dari responden yang menilai fungsi kepemimpinan direktur dengan

pendidikan “MARS”, lebih banyak menyatakan fungsi kepemimpinan “kurang baik” dan sebaliknya dari responden yang menilai fungsi kepemimpinan direktur dengan pendidikan “Non MARS” lebih banyak menyatakan fungsi kepemimpinan “baik”.

Untuk hasil penilaian ini, sebagian direktur menyatakan tidak ada hubungan antara pendidikan terutama MARS dan Non MARS dengan fungsi kepemimpinan direktur RSUD, seperti pernyataan salah satu direktur berikut, *”Menurut saya di sini yang terpenting adalah pengalaman karena pendidikan itu dapat formal dan informal dimana dari sana akan dapat memberikan pembelajaran bagaimana leadership, empati, softskill atau kepribadian dan relationship yang sangat berpengaruh pada fungsi kepemimpinan...”*, lebih dalam pernyataan ini diperkuat oleh direktur lain seperti, *”Pendidikan MARS menurut saya bukanlah suatu ukuran tetapi yang terpenting adalah jiwa kepemimpinannya karena ilmu bila tidak diterapkan dapat hilang...”*.

Untuk kemungkinan alasan penilaian ini terjadi, beberapa direktur menjelaskan, *”Saya ini dulu berlatarbelakang sdm, yang kedua baru kebijakan publik karena dulu saya anggap staffing adalah segala-galanya dan bila perumahsakitannya bisa saya pelajari sendiri. Bagi saya di rumah sakit itu dapat berjalan atau tidak bila kita bisa mengelola sdm dengan benar. Mungkin kita Non MARS ini tidak terlalu terpaku pada pakem-pakem atau teori-teori perumahsakitannya sehingga dapat mengelola dengan lebih bebas...”*. Kemungkinan alasan lain yang dikemukakan oleh direktur lainnya adalah, *”...ilmu perumahsakitannya yang ada pada pendidikan MARS, saya rasa masih kurang praktek lapangannya, mungkin hasil ini juga yang sebagian orang mengatakan bila FKM itu hanya teori dan omong doang...”*.

Sebaliknya sebagian direktur lain yang menyatakan adanya hubungan antara pendidikan MARS dan Non MARS terhadap fungsi kepemimpinan berpendapat, *”...pendidikan perumahsakitannya tetap berpengaruh tetapi tidak terlalu kuat karena yang terpenting di sini adalah kepemimpinan/leadershipnya untuk kemudian perumahsakitannya bisa dipelajari...”*. Bahkan salah seorang direktur menyatakan, *”Saya rasa pendidikan MARS sudah bagus dan sangat berpengaruh tetapi mungkin harus juga dilihat pada karakter dan tabiat*

direktur itu sendiri jadi mungkin yang perlu ditambah pada kurikulum MARS adalah pendidikan karakter dan perilaku, leadership dan ilmu tentang situasi dan kondisi perumhaskitan saat ini atau lebih tepatnya mungkin perubahan pola residensi yang tidak hanya pada satu unit rumah sakit dan tidak ada bimbingan di lapangan...” yang kemudian diperkuat dan dipertegas lagi oleh seorang direktur yang menyatakan, ”Untuk memperbaiki fungsi kepemimpinan direktur rumah sakit masih tetap harus berpegang pada undang-undang yaitu direktur rumah sakit adalah seorang ahli perumhaskitan dalam hal ini tetap berpendidikan MARS tapi mungkin akan lebih baik jika seorang yang berpendidikan MARS mempunyai latar belakang pengalaman manajerial rumah sakit dan mempunyai karakter personil leadership, juga yang terpenting adalah mempunyai kemampuan untuk belajar dan ini semua yang seharusnya menjadi dasar penerimaan mahasiswa KARS. Untuk kurikulum mungkin harus dikurangi teori-teori yang tidak mengena dan diperbanyak praktek-praktek tentang manajemen resiko, patient safety dan manajemen klinik yang pada akhirnya mungkin pembenahan pola dan perpanjangan masa residensi...”.

7. Hubungan Karakteristik Individu Direktur berdasarkan Jenis Pelatihan yang Pernah Diikuti Direktur terhadap Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010 : Dari responden yang menilai fungsi kepemimpinan direktur yang telah mengikuti ”pelatihan manajemen dan teknis fungsional rumah sakit” dan direktur yang telah mengikuti ”pelatihan manajemen, teknis fungsional dan program kegiatan rumah sakit”, lebih banyak menyatakan fungsi kepemimpinan “baik” dan sebaliknya dari responden yang menilai fungsi kepemimpinan direktur yang hanya mengikuti pelatihan manajemen rumah sakit, lebih banyak menyatakan fungsi kepemimpinan “kurang baik”.

Saat dikonfirmasi, semua direktur setuju bahwa pelatihan sangat berhubungan terhadap fungsi kepemimpinan dimana semakin banyak pelatihan yang diikuti semakin baik fungsi kepemimpinannya, untuk kemudian seorang direktur menambahkan, ”*Karena kesibukan, mungkin saya direktur yang paling jarang mengikuti pelatihan tetapi menurut saya pengalaman saya selama ini sudah merupakan pelatihan...”*”.

BAB VII

PEMBAHASAN

7.1. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan ruang lingkup penelitian menggunakan *design study cross sectional* dimana hasil penelitian tidak dapat memberikan penjelasan mengenai adanya hubungan sebab akibat, ini dikarenakan variabel *dependent* dan variabel *independent* diteliti pada saat bersamaan.

Penelitian ini merupakan penelitian dari suatu keadaan yang terjadi pada saat tertentu dimana berupa gambaran dari gaya kepemimpinan direktur di 6 RSUD di DKI Jakarta pada tahun 2010. Oleh karena itu, kondisi yang didapat dalam penelitian ini tidak terlepas akan adanya kondisi berbeda di daerah lain dan perubahan di masa mendatang sehingga hasil penelitian ini tidak dapat digeneralisasikan pada daerah lain atau masa datang.

Penelitian gaya dan fungsi kepemimpinan direktur RSUD di DKI Jakarta ini berdasarkan persepsi staf di 6 RSUD di DKI Jakarta terhadap direkturnya masing-masing sehingga kebenaran data sangat tergantung pada kejujuran objektivitas responden dalam hal ini staf pada saat mengisi kuesioner. Untuk mendorong responden berlaku jujur dan objektif, peneliti menjelaskan pada responden agar responden mengisi kuesioner dengan jujur sesuai dengan kenyataan pelaksanaan kegiatan sehari-hari dan apapun yang responden isi, tidak akan mempengaruhi penilaian terhadap kinerja dan hubungan kerja responden dan direktornya.

Objek penelitian ini adalah direktur RSUD di DKI Jakarta sehingga penelitian ini dibatasi pada persepsi staf terhadap gaya dan fungsi kepemimpinan direktornya dan tidak pada tingkat kesiapan dan kedewasan staf.

Terakhir, keterbatasan referensi penelitian lokal yang berupa penelitian sejenis khususnya di organisasi rumah sakit di DKI Jakarta dan di Indonesia sebagai pembanding yang setara belum banyak ditemukan sehingga peneliti mengalami kesulitan dalam melakukan perbandingan.

7.2. Pembahasan Hasil

7.2.1. Gambaran Gaya Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010

Dari hasil penelitian memperlihatkan responden terbanyak menilai gaya kepemimpinan direktur RSUD di DKI Jakarta adalah gaya kepemimpinan *supporting* (gaya S3) yaitu sebanyak 43,7% responden.

Gaya kepemimpinan ini mempunyai ciri-ciri yaitu perilaku mengarahkan rendah dan perilaku mendukung tinggi. Pemimpin dan bawahan saling memberikan gagasan dan bersama-sama membuat keputusan serta melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan tugas juga pemimpin mendorong bawahan dalam menyelesaikan tugas.

Gaya *supporting* ini cocok diterapkan dan diperlukan untuk tingkat perkembangan pada bawahan atau pelaksana yang mampu tetapi ragu-ragu. Adapun tingkat kemampuan bawahan "sedang" sampai "tinggi" tetapi memiliki komitmen yang tidak menentu.

Terdapatnya gaya *supporting* sebagai gaya terbanyak pada direktur RSUD di DKI Jakarta adalah hal yang paling diharapkan karena sesuai dengan kebutuhan organisasi rumah sakit. Unsur kerjasama tim antara direktur dan staf dengan keterlibatan secara langsung dari direktur dalam kegiatan rumah sakit merupakan hal yang menentukan keberhasilan pelaksanaan tugas secara keseluruhan.

Di sini direktur juga mengikutsertakan staf dalam pengambilan keputusan yang ada dalam batas kewenangannya. Tingkat kepercayaan direktur pun tinggi akan kemampuan staf sehingga pengawasan yang dilakukan pun kurang ketat, ini semua menciptakan suasana yang nyaman.

Direktur dengan gaya *supporting* akan dapat mengembangkan kemampuan dan kepribadian staf seoptimal mungkin, ini dikarenakan staf terdorong dan bersemangat memberikan gagasan-gagasan, merasa mampu melaksanakan tugas dan memiliki keyakinan bahwa dapat mencapai tujuan serta termotivasi untuk bekerja ekstra.

Rumah sakit sebagai organisasi pelayanan kesehatan dimana dengan kondisi masyarakat yang semakin kritis akan tuntutan mutu pelayanan kesehatan yang lebih baik maka direktur harus cepat tanggap terhadap hal ini. Direktur

dituntut untuk dapat menggerakkan stafnya dan mengubah perilaku staf agar mau bekerja lebih baik untuk mencapai mutu yang baik yang sesuai dengan tuntutan yang ada. Untuk itu direktur harus mengikutsertakan staf untuk aktif dalam setiap kegiatan yang dilakukan. Kesemua ini terdapat dalam direktur yang bergaya *supporting*.

Hasil penelitian Hersey dan Blanchard menyatakan bahwa kelompok kerja yang paling produktif cenderung memiliki pemimpin yang berorientasi pada karyawannya daripada produksinya dan pemimpin yang paling efektif mempunyai mempunyai hubungan saling mendukung dengan staf serta cenderung tergantung pada pembuatan keputusan kelompok dibanding individu. (Stoner, 1994). Program yang sangat baik sekalipun dapat gagal jika bawahan tidak dilibatkan, hal ini sesuai dengan gerakan mutu yang seirama dengan gaya kepemimpinan yang berorientasi bawahan.

Gaya kepemimpinan direktur RSUD di DKI Jakarta yang dinilai oleh responden terbanyak berikutnya adalah gaya kepemimpinan *coaching* (gaya S2) yaitu sebanyak 24% responden dengan ciri-ciri perilaku mengarahkan tinggi dan mendukung tinggi. Pada gaya ini pemimpin menjelaskan keputusan yang diambil, menerima pendapat bawahan dengan melakukan komunikasi dua arah dan melakukan pengarahan serta terus-menerus melakukan pengawasan dalam penyelesaian tugas. Gaya ini dibutuhkan pada staf yang memiliki kemampuan rendah sampai sedang dan komitmen rendah.

Gaya kepemimpinan ini masih baik untuk diterapkan di rumah sakit karena cenderung efektif untuk mengatasi bawahan yang memiliki kemampuan rendah sampai sedang. Direktur percaya pada kemampuan staf dengan menerima pendapat staf melalui komunikasi dua arah tetapi masih merasa perlu memberikan pengawasan meskipun tidak terlalu ketat sehingga dengan kondisi kerja yang mendukung seperti interaksi sosial dan hubungan kekeluargaan yang terjalin ini akan memfasilitasi kinerja yang baik dari bawahan. (Robbins, 2006)

Selanjutnya penilaian 17,7% responden menyatakan direktur RSUD di DKI Jakarta mempunyai gaya kepemimpinan *delegating* (gaya S4). Ciri-ciri gaya kepemimpinan ini adalah perilaku mengarahkan dan mendukung rendah. Gaya ini baik diterapkan untuk staf yang memiliki kemampuan dan komitmen tinggi.

Pada gaya kepemimpinan ini, pemimpin menyerahkan pembuatan keputusan dan tanggung jawab pelaksanaan kegiatan kepada bawahan serta pengarahan dan pengawasan pun dilakukan secara minim, ini menunjukkan kepercayaan pemimpin akan kemampuan bawahan sangat besar.

Untuk organisasi rumah sakit, gaya kepemimpinan ini dirasa kurang sesuai. Jika ternyata staf masih memerlukan bimbingan atau kendali dari direktur, gaya ini bahkan akan berdampak negatif terhadap kinerja staf dan tujuan kegiatan rumah sakit yang merupakan tanggung jawab direktur rumah sakit. Dari sini terlihat bahwa memang pada kenyataannya tanggung jawab itu tidak dapat didelegasikan. Sebaliknya jika direktur mendelegasikan wewenang kepada staf yang mampu maka direktur tidak akan terbebani lagi oleh tugas-tugas yang bersifat rutin dan pada staf pun akan tumbuh rasa percaya diri dan tanggung jawab terhadap tugas yang diberikan. Kondisi ini sesuai dengan Timpe (1991), yang menyatakan bahwa gaya kepemimpinan ini kurang baik tetapi dapat menjadi efektif bila diterapkan pada kelompok profesional yang termotivasi tinggi sehingga untuk dapat menerapkan gaya ini di RSUD, mutu sumber daya manusia RSUD perlu ditingkatkan agar lebih profesional dan mandiri.

Gaya kepemimpinan direktur RSUD yang dinilai oleh paling sedikit responden, yaitu sebanyak 14,6% responden adalah gaya kepemimpinan *directing* (gaya S1) dimana gaya ini mempunyai ciri-ciri perilaku mengarahkan tinggi dan perilaku mendukung rendah. Pemimpin pada gaya ini memberikan instruksi yang spesifik tentang peran dan tujuan pemimpin, menerangkan apa, bagaimana, kapan dan dimana pekerjaan yang harus dilakukan oleh bawahan melalui komunikasi satu arah sehingga peran bawahan sangat minim serta pemimpin melakukan pengawasan secara ketat dan memecahkan masalah serta mengambil keputusan sendiri. Gaya ini dibutuhkan untuk bawahan yang memiliki kemampuan rendah dan komitmen tinggi.

Gaya kepemimpinan ini kurang sesuai untuk diterapkan di rumah sakit karena tidak mendorong dan melibatkan staf dalam memikirkan gagasan dan ide baru dalam pelaksanaan tugas. Direktur dengan gaya ini cenderung menilai kemampuan staf rendah dimana staf dianggap tidak siap sehingga perlu bimbingan penuh bahkan kemungkinan direktur menilai staf malas, tidak bisa

dipercaya dan tidak bertanggungjawab sehingga untuk mempengaruhi aktivitas staf, direktur menggunakan paksaan, ganjaran dan hukuman serta pengawasan secara ketat yang sebenarnya merupakan cara lama yang sudah tidak sesuai dengan tuntutan perubahan situasi masyarakat saat ini. Pada staf, gaya kepemimpinan ini kemungkinan akan membuat staf merasa takut, kecewa, tidak percaya, tidak didengar dan tidak dihargai keberadaannya. Sikap direktur yang tidak membina hubungan baik dengan staf ini akan menumbuhkan sikap acuh tak acuh staf terhadap pelaksanaan kegiatan rumah sakit sehingga akan sangat berpengaruh pada pencapaian hasil dari kegiatan tersebut.

Penelitian di *Centre for Leadership Studies* mengungkapkan bahwa para pemimpin umumnya memiliki gaya kepemimpinan utama dan kedua meskipun ada kemungkinan seorang pemimpin tidak mempunyai gaya kedua tetapi selamanya paling sedikit mempunyai satu gaya utama. Gaya kepemimpinan utama dipandang sebagai pola perilaku yang cenderung paling sering diterapkan pada saat mempengaruhi aktivitas bawahan sedangkan gaya kepemimpinan kedua atau pendukung adalah gaya kepemimpinan yang digunakan pada saat-saat tertentu.

Pimpinan yang dituntut di rumah sakit adalah pemimpin yang dapat menerapkan semua gaya kepemimpinan dengan menyesuaikan pada situasi yang diperlukan dengan gaya *supporting* sebagai gaya utama.

Konfirmasi dari para direktur RSUD di DKI Jakarta menyatakan bahwa para direktur memang cenderung memiliki gaya kepemimpinan utama *supporting* dan gaya kedua antara *coaching*, *directing* dan *delegating*. Gaya *directing* dan gaya *delegating* walaupun kurang sesuai diterapkan di rumah sakit kadang masih dibutuhkan untuk tugas atau situasi tertentu. Untuk gaya *directing* biasanya dilakukan pada saat ada program baru atau pada penentuan akhir sebuah keputusan, terutama pada kegiatan yang high risk seperti bagian keuangan dan pengadaan barang.

Sebaliknya untuk gaya kepemimpinan *delegating* biasanya dilakukan pada kegiatan yang tidak beresiko tinggi dan diberikan kepada bagian yang sesuai dengan struktur dan tupoksi yang telah ada. Pendelegasian terutama diberikan kepada staf yang terpercaya dan mampu dimana bertujuan untuk membangun

kemandirian dan inovasi dari staf seperti contohnya pada kegiatan pengembangan produk dan bagian pendidikan dan pelatihan.

7.2.2. Gambaran Fleksibilitas Gaya Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010

Dari hasil penelitian memperlihatkan responden terbanyak menilai fleksibilitas gaya kepemimpinan direktur RSUD di DKI Jakarta adalah "sangat fleksibel" yaitu sebanyak 63,5% responden, "fleksibel" sebanyak 32,3% responden dan "kaku" sebanyak 4,2% responden. Ini berarti bahwa sebagian besar direktur RSUD di DKI Jakarta mempunyai tingkat kemampuan yang baik dalam menyesuaikan gaya kepemimpinannya di berbagai situasi. Keadaan ini sangat baik guna mendukung pelaksanaan visi misi dan pencapaian tujuan rumah sakit.

Fleksibilitas gaya kepemimpinan adalah tingkat kemampuan seorang pemimpin untuk menyesuaikan gaya kepemimpinannya dalam situasi yang berbeda-beda dan sebagai direktur RSUD, direktur dituntut dan harus mau untuk selalu mengubah atau menyesuaikan gaya kepemimpinan yang tepat sesuai dengan situasi yang akan dihadapi dimana menurut Hersey dan Blanchard, bila pemimpin fleksibel dalam gaya kepemimpinannya akan dapat dilatih untuk mengubah gaya kepemimpinan sesuai dengan situasi yang diperlukan. Gaya utama seringkali akan dapat dilakukan dengan sendirinya tanpa perlu dipikirkan lagi cara melakukannya selanjutnya apabila gaya-gaya lain secara sadar dipelajari maka gaya tersebut akan menjadi gaya yang efektif sehingga dapat disimpulkan bahwa kaitan dengan kefleksibelan gaya adalah hal ini tidak terletak pada kemampuan tetapi pada kemauan.

Semua direktur RSUD di DKI Jakarta saat dikonfirmasi menyatakan bahwa dalam menjalankan gaya kepemimpinannya selalu berusaha sangat fleksibel dan fleksibel selama proses kegiatan yang dilakukan tidak menimbulkan masalah. Sebagai gambaran, direktur RSUD dalam memimpin organisasi pelayanan kesehatan harus bekerja sama dengan staf, instansi terkait bahkan masyarakat yang mempunyai latar belakang dan kepentingan yang beragam baik dari segi pendidikan, profesi, ekonomi dan sosial budaya sehingga atas dasar ini direktur harus fleksibel agar semua dapat berjalan harmonis dan sesuai dengan

tuntutan yang ada, selain itu kefleksibelan gaya kepemimpinan direktur akan sangat membantu dalam menciptakan budaya kerja yang nyaman. Tetapi pada hal-hal yang menyangkut visi misi, peraturan, beresiko hukum dan pelanggaran, direktur cenderung bersikap kaku.

7.2.3. Gambaran Efektifitas Gaya Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010

Dominan responden menilai efektifitas gaya kepemimpinan direktur RSUD adalah "sedang" yaitu sebanyak 90,6% responden, sisanya yaitu sebanyak 9,4% responden menilai "tinggi" dan tidak ada responden yang menilai "rendah". Dari sini terlihat bahwa direktur dominan dinilai belum cukup baik menerapkan gaya kepemimpinan yang sesuai dengan situasi yang diperlukan dan sedikit yang dinilai mampu tetapi tidak ada yang menilai direktur tidak dapat menerapkan gaya kepemimpinan yang sesuai dengan situasi yang diperlukan.

Efektifitas gaya kepemimpinan adalah kadar kemampuan pimpinan untuk dapat menerapkan gaya kepemimpinan yang sesuai dengan situasi yang diperlukan. Bila pimpinan fleksibel dalam gaya kepemimpinan dapat dianggap pemimpin akan efektif dalam berbagai situasi yang diperlukan.

Untuk direktur RSUD di DKI Jakarta, masih sangat sedikit responden yang menilai keefektifan gaya kepemimpinan direktur "tinggi" sehingga masih diperlukan peningkatan efektifitas kepemimpinan direktur agar pelaksanaan dan mutu pelayanan kesehatan yang menjadi tugas rumah sakit dapat menjadi lebih efektif dan lebih baik yaitu dengan cara menerapkan gaya kepemimpinan yang tepat pada saat yang tepat.

7.2.4. Gambaran Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010

Gambaran fungsi kepemimpinan direktur RSUD di DKI Jakarta dinilai berdasarkan persepsi staf RSUD terhadap fungsi kepemimpinan direktur yang meliputi aspek koordinasi, komunikasi, motivasi, supervisi dan pendelegasian wewenang. Dari hasil penelitian, didapat lebih banyak responden yang menilai

fungsi kepemimpinan direktur "baik" yaitu sebanyak 57,3% responden, sisanya menilai "kurang baik".

Menurut Kartono (2008), fungsi kepemimpinan yang baik adalah fungsi kepemimpinan dimana pemimpin mampu memandu, membimbing, memberi dan membangun motivasi kerja, mengemudikan organisasi, menjalin jaringan komunikasi yang baik, memberikan supervisi yang efisien dan membawa para pengikut ke sasaran yang dituju sesuai dengan ketentuan waktu dan perencanaan. Dilihat dari masing-masing aspek fungsi kepemimpinan direktur, responden lebih banyak menyatakan "baik" pada fungsi koordinasi, komunikasi dan motivasi yaitu berturut-turut sebanyak 58,3% responden untuk fungsi koordinasi, 57,3% untuk fungsi komunikasi dan sebanyak 59,4% responden untuk fungsi motivasi. Untuk fungsi supervisi, sama banyak antara responden yang menilai "baik" dan "kurang baik". Dan sebaliknya untuk fungsi pendelegasian wewenang, lebih banyak responden menilai "kurang baik".

Untuk direktur RSUD DKI Jakarta, terlihat masih kurang dominan atau hanya sedikit lebih banyak responden yang menilai fungsi kepemimpinan direktur "baik". Penilaian ini terlihat pada fungsi kepemimpinan aspek koordinasi, komunikasi dan motivasi sehingga dengan demikian direktur masih perlu meningkatkan aspek-aspek fungsi kepemimpinannya tersebut dengan antara lain sering berkoordinasi dengan staf senior untuk menasehati staf lain yang kinerjanya kurang baik, sering berkomunikasi secara langsung dengan staf dan sering memperhatikan kerja keras dan ketekunan staf dengan memberikan penghargaan berupa pujian, insentif atau penghargaan lain.

Selanjutnya, bahkan pada aspek fungsi supervisi dan pendelegasian wewenang didapat lebih banyak responden yang menilai fungsi kepemimpinan direktur "kurang baik". Untuk ini, direktur diharuskan lebih memperhatikan aspek fungsi supervisi dan pendelegasian wewenang tersebut, antara lain dengan sering mendampingi staf melakukan pembinaan atau kegiatan lain dan memberi kepercayaan serta mendorong staf untuk mengambil inisiatif dan keputusan agar kinerja dan mutu rumah sakit dapat lebih ditingkatkan.

7.2.5. Hubungan Gaya Kepemimpinan terhadap Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010

Dari hasil analisis penelitian dengan Uji *Pearson Chi Square* diperoleh p value $< 0,001$ sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara gaya kepemimpinan terhadap fungsi kepemimpinan direktur RSUD di DKI Jakarta dimana berarti hipotesis 1 terbukti, ini sesuai dengan pernyataan Hersey & Blanchard (1988) bahwa pola perilaku atau gaya seorang pemimpin yang ditujukan untuk mempengaruhi bawahannya berpengaruh terhadap kegiatan dan fungsinya dalam melaksanakan kepemimpinannya. Gaya kepemimpinan yang dinilai oleh bawahan pada dasarnya dilihat dalam proses pemecahan masalah dan pengambilan keputusan terutama yang berkaitan dengan kadar mengikutsertakan bawahan dimana dalam suatu organisasi sudah pasti akan terjadi hubungan interpersonal antara atasan dan bawahan dan unsur yang cukup menentukan adalah perilaku pemimpin dalam hal ini gaya kepemimpinan pada saat berinteraksi dengan bawahan dalam menjalankan fungsi kepemimpinannya.

Gaya kepemimpinan pemimpin terdiri dari kombinasi perilaku tugas dan perilaku hubungan sehingga pemimpin dengan gaya kepemimpinan yang baik akan mampu melakukan perilaku tugas dengan baik seperti mampu menetapkan pola organisasi, mengorganisir, menetapkan peran dan menjelaskan apa, kapan, dimana dan bagaimana cara melakukan aktivitas bawahan, sejalan dengan itu pemimpin juga akan mempunyai perilaku hubungan yang baik seperti mampu membina hubungan pribadi antara pemimpin dengan bawahan dan antara sesama bawahan dengan membuka jaringan komunikasi dan mampu memotivasi bawahan sehingga dengan gaya kepemimpinan yang baik, tingkat fungsi kepemimpinanpun akan menjadi baik.

Direktur yang dinilai mempunyai gaya kepemimpinan *directing*, *coaching* dan *supporting*, lebih banyak dinilai oleh responden mempunyai fungsi kepemimpinan "baik" yaitu berturut-turut sebanyak 71,4%, 65,2% dan 69% responden dan sebaliknya direktur yang dinilai mempunyai gaya kepemimpinan *delegating*, dominan responden yaitu 94,1% responden menilai mempunyai fungsi kepemimpinan "kurang baik".

Untuk lebih banyaknya responden yang menilai fungsi kepemimpinan ”baik” pada direktur yang dinilai mempunyai gaya kepemimpinan *coaching* dan *supporting*, hal ini sesuai dengan ciri-ciri gaya kepemimpinan keduanya yang melibatkan bawahan dengan komunikasi yang dilakukan dua arah. Dengan gaya ini, direktur sangat memperhatikan hubungan baik dengan staf, memberikan dorongan, membuka jaringan komunikasi dan memberdayakan staf sesuai dengan kewenangannya. Staf juga merasa dihargai dimana hal ini membuat staf menyukai sikap direktur dan menimbulkan rasa nyaman sehingga pelaksanaan tugas berjalan dengan baik dan pada akhirnya kinerja rumah sakit pun meningkat.

Dan untuk lebih banyaknya responden yang menilai fungsi kepemimpinan ”baik” pada direktur yang mempunyai gaya kepemimpinan *directing* dan ”kurang baik” pada direktur yang dinilai mempunyai gaya kepemimpinan *delegating*, hal ini dimungkinkan karena sebagian staf belum profesional, kurang motivasi dan masih memerlukan bimbingan atau arahan dari direktur sehingga staf menilai bahwa direktur dengan gaya kepemimpinan *directing* melakukan fungsi kepemimpinan ”baik” dan gaya kepemimpinan *delegating* ”kurang baik”.

7.2.6. Hubungan Fleksibilitas Gaya Kepemimpinan terhadap Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010

Setelah dilakukan analisis penelitian dengan Uji *Pearson Chi Square*, diperoleh nilai *p value* = 0,03 sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara fleksibilitas gaya kepemimpinan terhadap fungsi kepemimpinan direktur RSUD dimana ini berarti kemampuan direktur dalam menyesuaikan gaya kepemimpinannya dalam situasi yang berbeda-beda sangat berhubungan dengan kegiatannya dalam melaksanakan fungsi kepemimpinannya, dengan demikian hipotesis 2 juga terbukti.

Dari hasil penelitian responden dominan menilai direktur RSUD di DKI Jakarta mempunyai gaya kepemimpinan yang ”sangat fleksibel” dan ”fleksibel” serta sedikit responden yang menilai ”kaku”, ini berarti direktur dianggap mempunyai kemampuan yang cukup baik dalam menyesuaikan gaya kepemimpinannya dalam berbagai situasi yang diperlukan. Untuk yang dinilai ”sangat fleksibel”, lebih banyak responden yang menilai direktur mempunyai

fungsi kepemimpinan ”baik” yaitu sebanyak 65,6% responden dan untuk yang dinilai ”fleksibel”, lebih banyak responden yang menilai direktur ”kurang baik” yaitu sebanyak 51,6% serta untuk yang menilai ”kaku”, semua responden menilai ”kurang baik” sehingga terbukti dengan meningkatnya kefleksibelan pemimpin maka penilaian fungsi kepemimpinan ”baik” pun akan meningkat, ini sesuai dengan pernyataan bahwa pemimpin yang mampu menyesuaikan gaya kepemimpinannya dalam situasi yang berbeda-beda akan efektif dalam menjalankan fungsi kepemimpinannya.

Masih terdapatnya penilaian responden atas hubungan fleksibilitas gaya kepemimpinan terhadap fungsi kepemimpinan direktur RSUD di DKI Jakarta yang ”kurang baik” yaitu sebanyak 42,7% berarti bahwa dalam pelaksanaan fungsi kepemimpinan masih banyak direktur yang masih harus berupaya meningkatkan kefleksibelan gaya kepemimpinannya yang kemudian juga akan membuat meningkatnya fungsi kepemimpinan.

7.2.7. Hubungan Efektifitas Gaya Kepemimpinan terhadap Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010

Dari analisis hasil penelitian dengan Uji Statistik *Pearson Chi Square* yang dilakukan, diperoleh *p value* = 0,3 sehingga pada *alpha* 0,05 dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara efektifitas gaya kepemimpinan terhadap fungsi kepemimpinan direktur RSUD, ini berarti efektifitas gaya kepemimpinan tidak berhubungan dengan fungsi kepemimpinan.

Efektifitas di sini mungkin tidak ditunjukkan secara langsung untuk mempengaruhi kegiatan staf yang berkaitan dengan fungsi kepemimpinan direktur tetapi hanya pada bagaimana kemampuan direktur dalam menerapkan gaya kepemimpinan yang sesuai dengan situasi yang diperlukan sehingga berarti memungkinkan untuk efektifitas tidak berhubungan terhadap fungsi kepemimpinan.

7.2.8. Hubungan Karakteristik Individu Direktur terhadap Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010

Dari hasil analisis Uji Statistik *Pearson Chi Square* yang dilakukan pada pengaruh karakteristik jenis kelamin direktur, diperoleh *p value* = 0,925 sehingga pada *alpha* 0,05 dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin direktur terhadap fungsi kepemimpinannya. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian dimana baik dari responden yang menilai direktur laki-laki ataupun direktur perempuan, menilai direktur mempunyai fungsi kepemimpinan "baik" yaitu masing-masing sebanyak 57,5% responden untuk direktur laki-laki dan 56,25% responden untuk direktur perempuan walaupun memang ada sedikit perbedaan frekuensi jumlah responden dimana jumlah responden yang menilai fungsi kepemimpinan direktur laki-laki baik sedikit lebih banyak daripada direktur perempuan.

Demikian juga dengan konfirmasi para direktur dimana semua direktur merasa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan fungsi kepemimpinan dimana fungsi kepemimpinan lebih tergantung kepada *leadership*, hubungan interpersonal, *softskill* dan kemampuan. Walaupun ada sedikit perbedaan frekuensi penilaian, hal ini dimungkinkan karena direktur perempuan lebih banyak perhatian pada masalah kebersihan dan kerapian. Di samping itu masalah beban ganda di luar rumah sakit bagi perempuan yang juga ibu rumah tangga tetapi untuk hal tugas, fungsi, wewenang dan tanggung jawab di rumah sakit tidak ada perbedaan antara direktur laki-laki dan perempuan.

Pernyataan di atas sesuai dengan yang dinyatakan oleh Robbins (2006) bahwa hanya sedikit atau tidak ada perbedaan berarti dan konsisten antara laki-laki dan perempuan yang akan mempengaruhi kinerja dan produktivitas mereka dalam hal kemampuan belajar, ketrampilan analisis, kemampuan memecahkan masalah dan pendorong persaingan, motivasi serta sosiabilitas. sehingga tidak ada alasan untuk merekrut posisi direktur berdasarkan gender dimana dalam kegiatan pelaksanaan fungsi kepemimpinan, tanggung jawab, hak, kewajiban dan wewenang direktur laki-laki sama dengan perempuan sehingga tidak ada perbedaan gender dalam penugasan posisi direktur.

Pada karakteristik lama kerja menjadi direktur yang dinilai, dari Uji Statistik *Pearson Chi Square* yang dilakukan, diperoleh *p value* $< 0,001$ yang berarti bahwa pada *alpha* 0,05 dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara direktur dengan lama kerja menjadi direktur yang dinilai terhadap fungsi kepemimpinannya. Dari sini juga didapat nilai $OR = 0,144$ dimana berarti direktur dengan lama kerja menjadi direktur yang dinilai kurang dari satu tahun berpeluang untuk dinyatakan memiliki fungsi kepemimpinan “baik” sebesar 0,144 kali lebih besar dibanding direktur dengan lama kerja direktur yang dinilai lebih atau sama dengan 1 tahun.

Dari konfirmasi para direktur, hal ini dimungkinkan pada direktur dengan lama kerja menjadi direktur yang dinilai kurang dari 1 tahun mempunyai pengalaman manajerial rumah sakit lebih lama dibandingkan direktur yang mempunyai lama kerja menjadi direktur yang dinilai lebih dari 1 tahun. Hal ini sesuai dengan pernyataan Robbins (2006) dimana lama kerja yang diekspresikan dengan pengalaman kerja tampaknya menjadi dasar perkiraan yang baik terhadap produktivitas karyawan. Begitu juga Siagian (2006), mengatakan bahwa mutu dan kemampuan kerja seseorang tumbuh dan berkembang melalui dua jalur utama yaitu pengalaman kerja yang dapat mendewasakan seseorang dan kedua adalah pendidikan dan pelatihan yang pernah ditempuh.

Selain pengalaman manajerial yang lebih lama, hal di atas juga sesuai dengan teori kejiwaan dimana lama kerja akan berpengaruh pada timbulnya kejenuhan yang akan mengakibatkan berkurangnya inovasi terutama pada pengembangan program-program baru dimana sebaliknya pada setiap pengangkatan direktur baru selalu dituntut untuk membuat program baru atau membenahan program lama yang biasanya disebut *program seratus hari*, *triwulanan* atau *program tahun pertama* dimana pada program ini akan dilakukan pengawasan atau evaluasi yang ketat.

Dari sisi staf, staf telah lebih dalam mengenal direkturnya terutama dihubungkan sisi buruknya. Untuk mengurangi lebih turunnya fungsi kepemimpinan direktur, hampir semua direktur menyarankan 3 tahun sebagai lama jabatan yang paling baik untuk masa jabatan direktur rumah sakit.

Pada karakteristik pendidikan direktur, dari Uji Statistik *Pearson Chi Square* yang dilakukan, diperoleh *p value* = 0,075 yang berarti bahwa pada *alpha* 0,05 dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis pendidikan direktur terhadap fungsi kepemimpinannya. Setelah dikonfirmasi dengan para direktur, sebagian direktur memang menyatakan tidak ada hubungan antara pendidikan terutama MARS dan Non MARS dengan fungsi kepemimpinan direktur tetapi sama seperti yang telah disebutkan pada hubungan antara jenis kelamin dan fungsi kepemimpinan, sebagian direktur tersebut menegaskan kembali bahwa yang terpenting dan sangat berpengaruh terhadap fungsi kepemimpinan adalah pengalaman terutama manajerial rumah sakit, *leadership*, empati, *softskill* atau kepribadian dan *relationship* serta kemampuan untuk belajar.

Walaupun dari hasil Uji Statistik disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis pendidikan direktur terhadap fungsi kepemimpinannya, dari hasil penelitian ini terlihat dari responden yang menilai fungsi kepemimpinan direktur dengan pendidikan “MARS”, lebih banyak menyatakan fungsi kepemimpinan “kurang baik” dan sebaliknya dari responden yang menilai fungsi kepemimpinan direktur dengan pendidikan “Non MARS” lebih banyak menyatakan fungsi kepemimpinan “baik”, sebagian direktur menyatakan mungkin direktur yang berpendidikan MARS mempunyai lebih sedikit latar belakang pengalaman manajerial rumah sakit, kurang berkarakter personil *leadership* dan kemampuan belajar rendah, di samping itu terlalu banyaknya teori dan kurangnya praktek lapangan pada pendidikan MARS membuat kurangnya pengetahuan tentang situasi dan kondisi perumhaskitan yang sebenarnya.

Semua konfirmasi di atas sesuai dengan pernyataan Siagian (2006) yang mengatakan bahwa mutu dan kemampuan kerja seseorang tumbuh dan berkembang melalui dua jalur utama yaitu pengalaman kerja yang dapat mendewasakan seseorang dan kedua adalah pendidikan dan pelatihan yang pernah ditempuh.

Untuk itu saran pada konfirmasi para direktur yang di antaranya dasar penerimaan mahasiswa KARS yang harus berlatarbelakang manajerial perumhaskitan dan psikotes khusus karakter *leadership*, pengurangan teori yang

tidak berhubungan langsung dengan kegiatan perumahsakitian serta pembenahan dan penambahan masa praktek lapangan seperti pola dan masa residensi mungkin perlu dipertimbangkan bagi institusi penyelenggara pendidikan KARS.

Dilihat dari karakteristik jenis pelatihan yang pernah diikuti direktur, dari Uji Statistik *Pearson Chi Square* yang dilakukan, diperoleh $p\text{ value} < 0,001$ yang berarti bahwa pada $\alpha 0,05$ disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara jenis pelatihan yang telah diikuti direktur terhadap fungsi kepemimpinannya. Hal ini sesuai dengan konfirmasi hampir semua direktur, hasil penelitian Ilyas (2002) dan Purwanti (2007) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara variabel pelatihan dengan kinerja, ini juga diperkuat oleh Timpe (1991) dimana pengetahuan dan ketrampilan merupakan faktor yang berhubungan dengan kinerja dimana dalam pengembangan pengetahuan dan ketrampilan dalam melaksanakan tugas baru memerlukan pelatihan yang sesuai dengan pengetahuan dan ketrampilan yang diperlukan. Pelatihan dapat membantu menjamin bahwa pengetahuan digunakan dengan tepat.

Pada akhirnya dapat disimpulkan bahwa karakteristik individu direktur terutama lama kerja menjadi direktur yang dinilai dan jenis pelatihan berhubungan terhadap fungsi kepemimpinan sehingga hipotesis 4 terbukti.

BAB VIII

KESIMPULAN dan SARAN

8.1. Kesimpulan

Dari hasil analisis dan pembahasan variabel-variabel yang diteliti dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Gaya kepemimpinan direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010 dinilai mayoritas bersifat *supporting* (43,7%) dan diikuti oleh gaya kepemimpinan *coaching* (24%), *delegating* (17,7%) dan paling sedikit bersifat *directing* (14,6%).
2. Gaya *directing* dan gaya *delegating* walaupun kurang sesuai diterapkan di rumah sakit kadang masih dibutuhkan untuk tugas atau situasi tertentu. Gaya *directing* dilakukan saat ada program baru atau pada penentuan sebuah keputusan, terutama pada kegiatan yang high risk seperti bagian keuangan dan pengadaan barang. Sebaliknya gaya *delegating* kadang dibutuhkan untuk situasi yang tidak beresiko tinggi dan diberikan pada bagian yang sesuai dengan struktur dan tupoksi yang telah ada. Terutama diberikan kepada staf yang terpercaya dan mampu bertujuan untuk membangun kemandirian dan inovasi dari staf.
3. Fleksibilitas gaya kepemimpinan direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010 dinilai dominan bersifat "sangat fleksibel" (63,5%) dan "fleksibel" (32,3%) serta walaupun masih ada sangat sedikit yang bersifat "kaku" (4,2%).
4. Kefleksibelan gaya kepemimpinan dilakukan selama proses kegiatan yang dilakukan tidak menimbulkan masalah. Tetapi pada hal yang menyangkut visi misi, peraturan, beresiko hukum dan pelanggaran, direktur cenderung bersikap kaku.
5. Efektifitas gaya kepemimpinan direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010 dominan dinilai "sedang" (90,6%) dibanding yang menilai "tinggi" (9,4%) tetapi tidak ada yang menilai "rendah".
6. Fungsi kepemimpinan direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010 lebih banyak dinilai "baik" (57,3%) dibanding yang menilai "kurang baik"

(42,7%) dengan fungsi koordinasi, komunikasi dan motivasi lebih banyak yang menilai "baik" berturut-turut 58,3%, 57,3% dan 59,4% dibanding yang menilai "kurang baik" yaitu berturut-turut 41,7%, 42,7% dan 40,6%. Untuk fungsi supervisi, seimbang antara yang menilai "baik" dan "kurang baik" (50%). Sedangkan untuk fungsi pendelegasian wewenang lebih banyak yang menilai "kurang baik" (57,3%) dibanding yang menilai "baik" (42,7%).

7. Masih perlu meningkatkan aspek-aspek fungsi kepemimpinan direktur dengan antara lain sering berkoordinasi dengan staf senior untuk menasehati staf lain yang kinerjanya kurang baik, sering berkomunikasi secara langsung dengan staf dan sering memperhatikan kerja keras dan ketekunan staf dengan memberikan penghargaan berupa pujian, insentif atau penghargaan lain. Direktur juga diharuskan lebih sering mendampingi staf melakukan pembinaan atau kegiatan lain dan memberi kepercayaan serta mendorong staf untuk mengambil inisiatif dan keputusan agar kinerja dan mutu rumah sakit dapat lebih ditingkatkan.
8. Gambaran karakteristik individu direktur 6 RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010 yaitu rata-rata berumur antara 49-55 tahun dengan direktur termuda berumur 49 tahun dan direktur tertua adalah 55 tahun, semua berstatus menikah, didominasi oleh direktur laki-laki (83,3%) daripada wanita (16,7%). Semua berpangkat atau golongan rata-rata IVA-C dengan masa kerja menjadi PNS rata-rata > 20 tahun dan lama kerja menjadi direktur yang dinilai yaitu sama banyak antara < 1 tahun dan ≥ 1 tahun. Lebih banyak direktur yang berpendidikan Non MARS (66,7%) dibanding yang berpendidikan MARS (33,7%) dengan 66,7% direktur pernah mengikuti pelatihan manajemen rumah sakit, teknis fungsional dan program kegiatan rumah sakit dan masing-masing 16,7% direktur pernah mengikuti pelatihan manajemen rumah sakit dan teknis fungsional dan hanya pernah mengikuti pelatihan manajemen rumah sakit.
9. Terdapat hubungan yang bermakna antara gaya kepemimpinan dan fleksibilitas gaya kepemimpinan terhadap fungsi kepemimpinan tetapi

tidak ada hubungan yang bermakna antara efektifitas gaya kepemimpinan dengan fungsi kepemimpinan.

10. Karakteristik individu direktur berdasarkan lama kerja menjadi direktur yang dinilai dan jenis pelatihan yang diikuti mempunyai hubungan yang bermakna terhadap fungsi kepemimpinan sedangkan jenis kelamin dan jenis pendidikan direktur tidak mempunyai hubungan yang bermakna terhadap fungsi kepemimpinan.
11. Hasil OR dari lama kerja menjadi direktur yang dinilai terhadap fungsi kepemimpinan didapat 0,144 artinya direktur yang mempunyai lama kerja menjadi direktur yang dinilai kurang dari 1 tahun berpeluang untuk dinilai mempunyai fungsi kepemimpinan “baik” sebesar 0,144 kali lebih besar dibanding direktur dengan lama kerja direktur yang dinilai lebih atau sama dengan 1 tahun. Hal ini dimungkinkan pada direktur dengan lama kerja menjadi direktur yang dinilai kurang dari 1 tahun mempunyai pengalaman manajerial rumah sakit lebih lama dibandingkan direktur yang mempunyai lama kerja menjadi direktur yang dinilai lebih dari 1 tahun dan lama kerja berpengaruh pada timbulnya kejenuhan yang mengakibatkan berkurangnya inovasi terutama pengembangan program baru juga dari sisi staf telah lebih dalam mengenal direkturnya yang dihubungkan sisi buruknya.

8.2. Saran

8.2.1. Bagi Direktur RSUD di DKI Jakarta

1. Agar lebih bisa mengembangkan gaya kepemimpinan, fleksibilitas dan efektifitas gaya kepemimpinannya dalam situasi yang berbeda-beda dalam melaksanakan manajemen rumah sakit sehingga fungsi kepemimpinan menjadi lebih baik.
2. Agar dapat meningkatkan semua aspek-aspek fungsi kepemimpinannya yang meliputi aspek koordinasi, komunikasi dan motivasi, terlebih lagi pada aspek fungsi supervisi dan pendelegasian wewenang.
3. Agar terus mengembangkan karakter *personality* terutama *leadership* dan *softskill*, membina hubungan interpersonal atau *relationship* dan

meningkatkan kemampuan belajar terutama bidang manajerial rumah sakit dengan banyak mengikuti pelatihan perumahsakitannya dimana kesemuanya ini sangat berperan penting dalam meningkatkan fungsi kepemimpinan di rumah sakit.

8.2.2. Bagi Dinas Kesehatan DKI Jakarta

1. Perlu pengembangan dalam membuat perencanaan yang tepat untuk pengangkatan seorang Direktur RSUD dengan lebih memperhatikan persyaratan kemampuan kepemimpinan dalam kriteria calon Direktur RSUD.
2. Perlu dilakukan penilaian, pemantauan dan evaluasi secara periodik kualitas kepemimpinan untuk menilai fungsi kepemimpinan dan kinerja Direktur RSUD yang akan menjadi dasar untuk perbaikan ke depan.
3. Perlu ditingkatkan pelatihan kepemimpinan bagi para Direktur RSUD yang telah diangkat dengan mengembangkan metode pelatihan kepemimpinan situasional.
4. Lebih memberikan kesempatan kepada Direktur RSUD untuk dapat mengikuti pelatihan berkelanjutan terutama yang berhubungan dengan perumahsakitannya untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan yang berguna dalam meningkatkan fungsi kepemimpinan.
5. Perlu pengkajian lebih lanjut tentang masa jabatan Direktur RSUD yang akan menghasilkan waktu yang lebih optimal bagi peningkatan kinerja rumah sakit.

8.2.3. Bagi Institusi Penyelenggara Pendidikan Administrasi Rumah Sakit

1. Perlu dipertimbangkan dasar penerimaan mahasiswa KARS yang harus berlatarbelakang manajerial perumahsakitannya dan psikotes khusus karakter *leadership*,
2. Perlu pengkajian ulang pada kurikulum dengan pengurangan teori yang tidak berhubungan langsung dengan kegiatan perumahsakitannya serta pembenahan dan penambahan masa praktek lapangan seperti pola dan masa residensi.

DAFTAR REFERENSI

Ayuningtyas, D. (2005). Modul Mata Kuliah *Strategic Leadership and System Thinking*. FKM UI. Jakarta.

Azwar, A, 1996. Pengantar Administrasi Kesehatan. Binarupa Aksara. Jakarta.

Blanchard, K. et al. (1985). *LBA II, Leader Behaviour Analysis II, Self Perception of Leadership Style. Blanchard Training and Development. USA.*

Blanchard, K. (2007). *Leading at A Higher Level*. Alih Bahasa Poniman. PT. Elex Media Komputindo. Jakarta.

Direktorat Keperawatan & Ketehnisian Medik, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan RI. (2005). Standar Tenaga keperawatan di Rumah Sakit. (Cetakan ke II). Jakarta.

Drucker. (1997). *An Intriduction View of Management*. Alih Bahasa Rochmulyati. PT. Pustaka Binawan Pressindo. Jakarta.

Gibson. (1996). Organisasi, Perilaku, Struktur, Proses. Alih Bahasa Dharma. Binarupa Aksara. Jakarta.

Goetsch, D. Darvis, S. (1997). Manajemen Mutu Total. Alih Bahasa Molan. Prehallindo. Jakarta.

Gus. (26 Januari 2010). ICW Minta Menkes Tegur 21 RS : Terkait Masalah Buruknya Pelayanan. (Diakses 30 Januari 2010). Dari : <http://www.jpnn.com.ind/>.

Harimat. Perumahsakitan di Indonesia.

Hersey, P. Blanchard, K. (1998). *Management of Organizational Behaviour Utilizing Human Resources, fifth ed*. Prentice Hall International Edition USA.

Ilyas, Y. (2006). Kiat Sukses Manajemen Tim Kerja. PT. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.

Kartono, K. (2008). Pemimpin dan Kepemimpinan. Raja Grafindo Persada. Jakarta.

Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 157/Menkes/SK/III/1999.

Kep. Menkes dan Kesos Nomor 191/Menkes-Kesos/SK/II/2001.

Kep. Menkes Nomor 582/Menkes/SK/VI/1997.

Koontz. (1989). *Management*. University of California. Los Angeles. USA.

Kreitner, R. Kinicki, A. (2005). *Perilaku Organisasi*. Alih Bahasa Suandy. Salemba Empat. Jakarta.

Kunders G, D. (2004). *Hospitals Facilities Planning and Management*. Tata McGraw-Hill Co Ltd. India.

Leatt, P. Baker, R. Kimberly, J, R. (2006). *Organization Design. Health Care Management Organization Design and Behaviour 5th Edition*. Thomson Delmar Learning.

Luknis Sabri. Sutanto Priyo Hastono. (2006). *Statistik Kesehatan*. Edisi Revisi. PT. Rajagrafindo Persada. Jakarta.

Moeljono. (2008). *More about Beyond Leadership*. PT. Elex Media Computindo. Jakarta.

Muninjaya. (2004). *Manajemen Kesehatan*. EGC. Jakarta.

Nasution, N. (2004). *Manajemen Mutu Terpadu*. Edisi Revisi. Graha Indonesia. Bogor.

Notoadmojo, S. (2003). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Rineka Cipta. Jakarta.

Peraturan Daerah Provinsi DKI Jakarta Nomor 10 Tahun 2008 tentang Organisasi Perangkat Daerah Pasal 129 dan 133.

Peraturan Daerah Provinsi DKI Jakarta Nomor 4 tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Daerah.

Peraturan Menkes RI Nomor 1045/Menkes/Per/XI/2006.

Permenkes No. 159b tahun 1988.

Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2007.

PP Nomor 41 Tahun 2007.

Pratiknya. Ahmad Watik. (2001). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. PT. Raja Grafindo Persada. Jakarta.

Purwanti, E. (2007). *Hubungan antara Kepemimpinan Kepala Puskesmas dengan Kinerja Petugas Gizi Puskesmas di Kabupaten Karawang Tahun 2007*. Tesis, Program Pasca Sarjana FKM UI. Depok.

Rahman, A. (2006). *Analisis Hubungan Mutu Kepemimpinan dengan Tingkat Kepuasan Staf Puskesmas*. Tesis, Program Pasca Sarjana FKM UI. Depok.

Roughton. James, E & James, T. M. (2002). *Developing an Effective Safety Culture, A Leadership Approach*. Butterworth-Heinemann. USA.

Robbins, S, P. (2006). *Perilaku Organisasi*. Alih Bahasa Molan. PT. Indeks Gramedia, Jakarta.

Sabarguna, Boy, S. (2009). *Buku Pegangan Mahasiswa Manajemen Rumah Sakit Jilid 1*. Sagung Seto. Jakarta.

Shortell, S, M. Kaluzny, A, D. (2006). *Organization Theory and Health Services Management. Health Care Management Organization Design and Behaviour 5th Edition*. Thomson Delmar Learning.

Siagian. (2006). *Teori dan Praktek Kepemimpinan*. Rineka Cipta. Jakarta.

SK MenKes RI No.983/Menkes/SK/XI/1992.

Stoner, J, A, F. et al. (1994). *Manajemen*. Alih Bahasa Sindoro. PT. Prehallindo. Jakarta.

Terry, G, R. (2005). *Dasar-dasar Manajemen*. Alih Bahasa Ticoalu. Bumi Aksara. Jakarta.

Thoha, M. (2007). *Kepemimpinan dalam Manajemen*. PT. Raja Grafindo Persada. Jakarta.

Timpe, A, D. (1991). *Seri Ilmu dan Seni Manajemen Bisnis Kinerja*. Alih Bahasa Budidharmo. PT. Gramedia. Jakarta.

Undang-Undang Dasar 1945.

Undang-Undang Kesehatan Nomor 23 Tahun 1992.

UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 34.

Winardi. (2008). *Kepemimpinan dalam Manajemen*. Rineka Cipta. Jakarta.

Wiyono. (1997). *Manajemen Kepemimpinan dan Organisasi Kesehatan*. Erlangga. Surabaya.

Yudelowitz, J. et al. (2006). *Leadership*. Alih Bahasa Wiriadi. PT. Elex Media Komputindo. Jakarta.

Yulk, G, A. (1998). *Kepemimpinan dalam Organisasi*. Alih Bahasa Udaya. Prehallindo. Jakarta.

KUESIONER PENELITIAN**KAJIAN GAYA KEPEMIMPINAN DIREKTUR RSUD terhadap FUNGSI
KEPEMIMPINAN DIREKTUR RSUD dalam MELAKSANAKAN
MANAJEMEN RSUD di DKI JAKARTA TAHUN 2010**

- Penelitian ini berguna mengetahui gambaran fungsi kepemimpinan direktur dalam pelaksanaan manajemen RSUD dan mengetahui pengaruh faktor-faktor gaya kepemimpinan direktur dalam pelaksanaan manajemen RSUD di DKI Jakarta.
- Mohon kesediaan menjawab dan menulis pernyataan yang paling sesuai dengan kondisi yang dihadapi.
- Sangat berarti bila dapat mengisi dengan jujur sehingga dapat diketahui kondisi yang sebenarnya.
- Tidak ada jawaban yang salah bila jawaban sesuai dengan kondisi, pendapat dan pengalaman.
- Hasil kuesioner hanya untuk kepentingan akademis dan tidak mempengaruhi penilaian terhadap kinerja saudara.
- Terima kasih.

Identitas Responden (staf RSUD)

1. Umur : tahun
2. Jenis kelamin : a. Laki-laki
b. Wanita
3. Pendidikan : a. S2
b. S1 (dr. Umum/drg/SKM/dll)
c. D3
d. SMU/ sederajat - < D3
4. Pangkat/golongan :/.....
5. Masa kerja : tahun bulan
6. Lama kerja menjadi staf direktur RSUD yang dinilai : tahun bulan
7. Status perkawinan : a. Kawin (termasuk janda/duda)
b. Tidak kawin
8. Pelatihan : a. Pernah pelatihan manajemen RS
b. Pernah pelatihan teknis fungsional
c. Pernah pelatihan program kegiatan RS
d. Belum pernah

1. KUESIONER LEADERSHIP BEHAVIOUR ANALYSIS

Pernyataan-pernyataan ini menggambarkan situasi yang melibatkan direktur RSUD dan staf. Setiap situasi ada empat pilihan tindakan yang harus direktur lakukan. Anda sebagai staf diminta memilih satu dari empat pilihan tindakan dengan melingkari huruf di depan keputusan yang direktur ambil.

1. Direktur meminta staf untuk laporan program kegiatan yang telah dilakukan. Staf biasanya melaksanakan tugas tepat waktu dengan dorongan direktur. Tetapi sekarang laporan tidak tepat waktu, direktur akan :

- a. Mengatakan pada staf bahwa direktur memerlukan laporan itu, menjelaskan apa yang diinginkan dalam laporan dan memonitor perkembangannya setiap hari.
 - b. Memberikan waktu lebih untuk menyelesaikannya.
 - c. Mengatakan pada staf apa yang direktur harapkan untuk menyelesaikan laporan dan membicarakan dengan staf mengapa laporan terlambat.
 - d. Memberikan dorongan pada staf untuk menyelesaikan laporan.
2. Tugas antar program yang direktur kelola membuahkan hasil berkat kerja keras. Saat ini direktur menetapkan tugas baru. Staf harus menyelesaikannya minggu depan. Meskipun belum tahu bentuk tugas dan laporan yang harus dibuat, staf tampak bersemangat tinggi untuk melakukan. Direktur akan :
- a. Menjelaskan pada staf secara tepat apa yang diperlukan dalam laporan dan diam-diam memonitor kemajuannya.
 - b. Mengatakan pada staf yang bisa direktur lakukan untuk membantu staf menyelesaikan tugas baru.
 - c. Merinci bentuk dan informasi laporan yang direktur minta dan menerima gagasan staf.
 - d. Menempatkan staf dalam suatu tim yang anggotanya mendukung staf sepenuhnya dalam menyelesaikan tugas.
3. Direktur bermasalah dengan staf yang disupervisi. Staf lamban dan hanya dengan bimbingan terus-menerus tugas dapat diselesaikan. Direktur beranggapan staf tidak memiliki keahlian yang diperlukan untuk menyelesaikan tugas prioritas. Direktur akan :
- a. Terus mengarahkan dan melakukan tindakan lanjut pada usaha menyelesaikan tugas.
 - b. Terus mensupervisi pekerjaan dan mencoba mengetahui sikap staf menyangkut tugas yang diberikan.
 - c. Melibatkan staf memecahkan masalah, memberikan dukungan dan

- menggunakan ide staf dalam menyelesaikan tugas.
- d. Memberitahu bahwa ini adalah tugas penting dan meminta staf menghubungi direktur jika ada masalah.
4. Staf biasanya berfungsi efektif dengan dorongan dan pengarahan direktur. Meskipun hal itu terus direktur lakukan, kali ini kinerja staf merosot. Staf memerlukan banyak ketrampilan untuk meningkatkan kinerja. Direktur akan:
 - a. Menekankan pada staf kebutuhan kinerja yang lebih baik dan meminta menyelesaikan masalah yang ada oleh staf sendiri.
 - b. Meyakinkan bahwa tugas akan dapat diselesaikan dengan baik oleh staf.
 - c. Menjelaskan pada staf apa yang direktur harapkan dan terus monitoring.
 - d. Membantu staf menetapkan apa yang perlu dilakukan serta membantu mengambil langkah penting.
 5. Karena anggaran terbatas, pada suatu kegiatan program perlu dilakukan penyesuaian. Direktur meminta staf yang berpengalaman melakukan hal itu. Di samping mampu, staf menerima tugas yang diberikan. Direktur akan :
 - a. Memutuskan biaya dalam penyesuaian dengan memperhatikan usulan staf dahulu.
 - b. Memberikan semua tugas dan membiarkan staf menyelesaikan sendiri.
 - c. Membicarakan dan mendorong staf menerima tugas sesuai keahlian dan ketrampilan.
 - d. Menetapkan biaya dalam penyesuaian, merinci yang harus dikerjakan serta mengadakan supervisi diam-diam.
 6. Staf yang mempunyai produktifitas tinggi meminta bantuan direktur terhadap suatu tugas. Staf biasanya bekerja efektif sendiri. Baru-baru ini banyak pekerjaan staf bermasalah dan tidak bisa menyelesaikan sendiri.

Direktur akan :

- a. Menganalisa masalah dan memberikan garis besar pemecahannya.
 - b. Membiarkan staf menyelesaikan masalah sendiri.
 - c. Menentukan segala sesuatu yang berhubungan dengan penyelesaian masalah dalam kerangka analisa pemecahan masalah.
 - d. Membicarakan masalah dan mendorong staf berusaha memecahkan masalah.
7. Direktur meminta staf senior menerima tugas baru. Staf telah mempunyai prestasi baik dengan dukungan direktur. Staf amat terkejut dengan tugas baru dan tidak tahu darimana harus memulai karena pengalaman staf kurang dalam tugas tersebut. Direktur akan :
- a. Mendiskusikan tugas tersebut dengan memberi dukungan dan keyakinan akan kemampuan staf tersebut.
 - b. Menjelaskan kegiatan yang dibutuhkan untuk keberhasilan tugas itu dan memeriksa apa yang telah dikerjakan staf.
 - c. Memberikan tugas, membiarkan menentukan bagaimana melaksanakan tugas dan mengatakan untuk menghubungi direktur bila menemui kesulitan.
 - d. Menentukan semua yang harus staf kerjakan.
8. Salah satu staf tidak yakin dapat menyelesaikan pekerjaan yang direktur tugaskan. Staf sangat kompeten dan direktur tahu bahwa staf selalu berhasil mengerjakan tugas dengan sempurna. Direktur akan :
- a. Mendengarkan dan menyatakan keyakinan akan kemampuan staf menyelesaikan tugas.
 - b. Menyusun tugas hingga jelas tetapi tetap mempertimbangkan saran staf.
 - c. Mengatakan apa yang harus dilakukan untuk menyelesaikan tugas dan memeriksa pekerjaan staf.
 - d. Membiarkan staf mencari tahu bagaimana melakukan tugas sendiri.

9. Staf meminta direktur mempertimbangkan perubahan jadwal tugas staf. Direktur mendukung saran staf. Pada kasus ini staf tanggap akan kebutuhan perubahan dan siap melaksanakan jadwal alternatif tersebut serta didukung staf lain untuk bekerjasama. Direktur akan :
 - a. Memperbolehkan staf melibatkan diri menetapkan jadwal baru.
 - b. Merancang dan mengimplementasikan jadwal baru sendiri tetapi juga menggabungkan dengan pendapat staf.
 - c. Mempersilakan staf sendiri merumuskan dan mengimplementasikan jadwal baru.
 - d. Merancang jadwal baru oleh direktur sendiri dan mengimplementasikan langsung.

10. Direktur terlambat 30 menit pada rapat. Saat datang rapat belum dimulai karena kurangnya kerjasama di antara peserta. Ini mengejutkan direktur karena kemajuan kelompok sebelumnya sudah berjalan baik. Direktur akan :
 - a. Mengulangi tujuan rapat kemudian membiarkan rapat berjalan tanpa petunjuk direktur kecuali staf meminta bantuan.
 - b. Mengatasi segera dan menyelesaikan tugas kelompok secara langsung.
 - c. Membimbing interaksi staf dan mengajak staf mendiskusikan masalah.
 - d. Menyatakan pada staf untuk melanjutkan diskusi tentang tugas dan memberi dukungan serta semangat sebesar mungkin.

11. Staf mempunyai catatan baik dengan dukungan dan semangat direktur. Untuk tahun ini, staf diberi tugas yang sama dan direktur harus memutuskan tentang bagaimana mensupervisi staf. Direktur harus :
 - a. Membiarkan staf bekerja dengan kemampuan sendiri.
 - b. Menentukan pada staf jadwal waktu yang tepat dalam usaha menyelesaikan tugas.
 - c. Berbicara pada staf untuk menentukan tujuan dan mengarahkan dalam penyelesaian tugas dengan mempertimbangkan saran staf.
 - d. Melibatkan staf dalam menentukan tujuan dan mendukung staf.

12. Sebelumnya direktur telah berhasil bekerjasama dengan baik dengan staf. Direktur hanya memberi petunjuk sedikit untuk hal baru dan staf menyelesaikan dengan hasil baik. Saat ini direktur meminta staf menerima tambahan pekerjaan. Direktur akan :
- Menugasi pekerjaan dan meyakinkan staf tahu betul apa yang dilakukan dan melakukan supervisi dengan teliti.
 - Memberikan staf pekerjaan. Mengatakan bahwa direktur puas dengan kemampuan dan yakin staf melakukan tugas dengan baik.
 - Meyakinkan staf bahwa direktur menginginkan staf mengerjakan tugas dengan tetap memperhatikan saran staf.
 - Membiarkan mereka sendiri menentukan cara menyelesaikan tugas.
13. Direktur memberi tugas penting kepada staf baru walaupun tidak berpengalaman, direktur percaya bahwa staf dapat melaksanakan pekerjaan tersebut. Direktur akan :
- Membiarkan staf menentukan apa yang diperlukan dan bagaimana melakukan.
 - Mengatakan dengan tepat apa yang diperlukan dan yang diharapkan serta memonitor pekerjaan staf dengan teliti dan teratur.
 - Membiarkan staf mengetahui bahwa direktur ingin staf melakukan tetapi memperhatikan ide staf.
 - Memberi semangat dan penghargaan serta menanyakan bagaimana staf melakukan tugas.
14. Dinas Kesehatan meminta melakukan uji coba program manajemen tertentu. Direktur harus merevisi perencanaan dan menugaskan salah seorang staf untuk mengontrol. Staf yang diberi tugas ternyata tidak yakin dapat melaksanakan tugas. Direktur akan :
- Meminta kepada staf melaksanakan tugas dan mendorong serta mendukungnya.
 - Mendiskusikan, menerangkan pelaksanaannya dan memperhatikan saran staf.

- c. Menugasi saja dan membiarkan staf menentukan sendiri pelaksanaannya.
 - d. Menugasi staf dan menjelaskan secara rinci tahap yang diperlukan untuk menyelesaikannya.
15. Salah-satu staf memberi saran untuk mengubah cara pelaksanaan kegiatan suatu program. Masa lalu staf sudah mampu melaksanakan berkat dukungan dan anjuran direktur. Direktur yakin akan kemampuan staf. Direktur akan :
- a. Menyarankan untuk langsung melakukan.
 - b. Membicarakan saran direktur dengan staf dan mendukung upaya staf untuk langsung melaksanakan.
 - c. Mengatur pelaksanaan tetapi ide dari direktur.
 - d. Memberikan staf tanggung jawab pelaksanaan tanpa bimbingan dari direktur.
16. Direktur berhalangan hadir pada dua pertemuan yang direktur pimpin. Direktur menghadiri rapat ketiga, panitia berfungsi baik dan berhasil mencapai tujuan. Direktur tidak yakin bagaimana peran direktur dalam pertemuan tersebut. Direktur akan :
- a. Menghadiri tetapi membiarkan kelompok melanjutkan pekerjaan seperti dua pertemuan terdahulu.
 - b. Mengambilalih kepemimpinan panitia dan memberikan berbagai petunjuk kegiatan.
 - c. Melakukan apa yang dapat membuat panitia merasa penting dan terlibat, mendukung upaya panitia terdahulu.
 - d. Memberi petunjuk kegiatan dan memasukkan saran anggota kelompok.
17. Staf sangat kompeten dan dapat bekerja sendiri dengan baik. Direktur percaya dan mendelegasikan tanggung jawab. Direktur akan:
- a. Mendukung dan membesarkan hati staf.
 - b. Memberi petunjuk dan mengawasi kegiatan staf.

- c. Membiarkan staf bekerja sendiri.
 - d. Mengarahkan upaya staf tetapi tetap mempertimbangkan pendapat staf.
18. Direktur dan staf telah memutuskan prosedur baru untuk diterapkan pada suatu program. Staf ingin menggunakannya tetapi sangat kurang kemampuan. Direktur akan :
- a. Meyakinkan bahwa direktur melaksanakan prosedur baru dengan tetap memperhatikan saran staf.
 - b. Memberi arahan langsung pada staf dengan melaksanakan pengawasan terus-menerus.
 - c. Melibatkan staf dalam diskusi prosedur baru dan mendukung kerjasama serta keterlibatan staf.
 - d. Mengizinkan staf sendiri merumuskan dan melaksanakan prosedur tersebut.
19. Di bawah direktur sebelumnya, fungsi staf sangat mendukung keberhasilan program. Direktur saat ini akan :
- a. Mendiskusikan pada staf tentang prestasi yang turun dan mendukung upaya perbaikan.
 - b. Memberi arahan, mengatur pelaksanaan yang dibutuhkan dengan mempertimbangkan saran staf.
 - c. Menunjukkan masalah dan membiarkan staf menentukan tanggung jawab dan tugas sendiri.
 - d. Menentukan peran, tanggung jawab, dampak dan pemeriksaan secara teratur untuk mengetahui peningkatan prestasi staf.
20. Salah satu staf merasa enggan melaksanakan tugas baru karena kurang pengalaman dalam bidang itu. Direktur menginginkan staf mengerjakan tugas tersebut karena staf sebelumnya telah berhasil dalam melaksanakan tugas lain. Direktur akan :
- a. Menerangkan apa dan bagaimana yang harus staf lakukan tapi mendengarkan alasan mengapa staf enggan melakukan.

- b. Memberikan staf tugas baru dan membiarkan staf mencari jalan terbaik untuk melakukan.
- c. Mengajak staf untuk mencoba tugas baru dan membantu memecahkan masalah.
- d. Mengatakan pada staf, apa yang harus dilakukan untuk keberhasilan tugas dan mengikuti secara teratur hasilnya.

2. KUESIONER FUNGSI KEPEMIMPINAN DIREKTUR RSUD dalam MELAKSANAKAN MANAJEMEN RSUD

Petunjuk : Berilah tanda "√" pada pilihan jawaban yang menurut persepsi saudara paling sesuai dengan perasaan saudara.

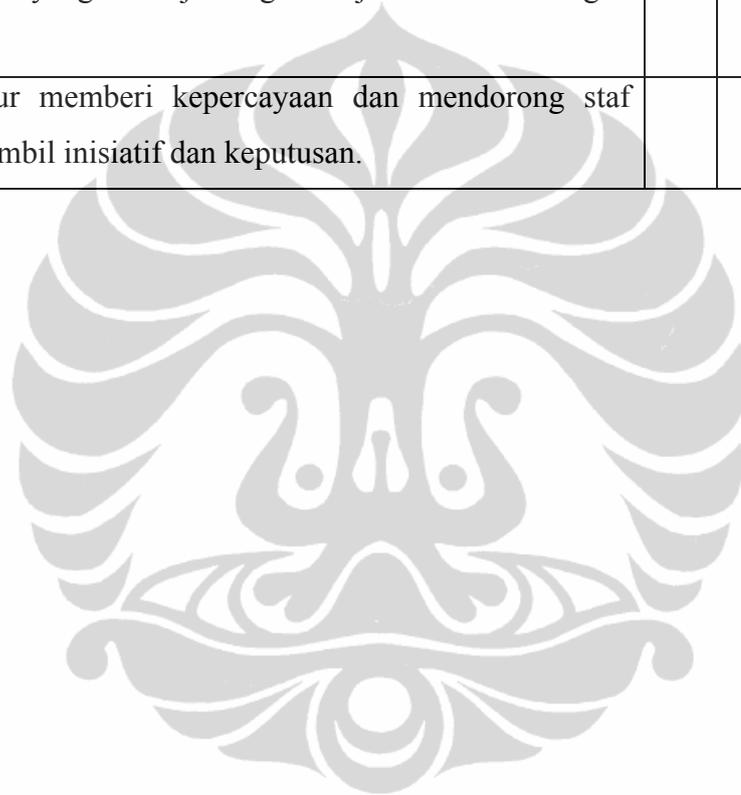
- SL : *Selalu*, artinya pernyataan tersebut menurut saudara selalu dilakukan/dimiliki (tidak pernah tidak dilakukan) oleh Direktur RSUD, diberi nilai = 4.
- S : *Sering*, artinya pernyataan tersebut menurut saudara sering dilakukan/jarang tidak dilakukan Direktur RSUD, diberi nilai = 3.
- J : *Jarang*, artinya pernyataan tersebut menurut saudara jarang dilakukan/lebih sering tidak dilakukan Direktur RSUD, diberi nilai = 2.
- TP : *Tidak Pernah*, artinya pernyataan tersebut menurut saudara tidak pernah dilakukan Direktur RSUD, diberi nilai = 1.

No.	Kepemimpinan Direktur RSUD	SL	S	J	TP
		4	3	2	1
a. Koordinasi					
1	Bila terjadi permasalahan di RS, direktur segera tanggap dan mengkoordinasikan semua kegiatan penanggulangannya dengan unit terkait.				
2	Direktur secara berkala membahas masalah program kesehatan yang ada di RS pada pertemuan mingguan.				
3	Dalam mengkoordinir kegiatan, direktur memakai				

	sumber daya (saranan, dana dll) rumah sakit secara optimal.				
4	Direktur memanfaatkan pertemuan formal (rapat mingguan dll) sebagai sarana koordinasi kegiatan RS.				
5	Pembagian tugas kerja RS dilakukan direktur sehingga terdapat keterpaduan operasional semua kegiatan				
6	Direktur dalam mengkoordinir kegiatan, memberi tugas sesuai dengan minat dan kemampuan staf.				
7	Direktur meminta staf senior untuk menasehati staf lain yang kurang baik kinerjanya.				
8	Direktur lebih mengusahakan kerja kelompok (<i>team work</i>) daripada individual.				
9	Direktur memberi kesempatan staf untuk mendiskusikan masalah yang berhubungan dengan kesulitan pelaksanaan tugas.				
b. Komunikasi					
10	Direktur menginformasikan semua kegiatan RS dengan staf.				
11	Direktur lebih banyak menggunakan jalur komunikasi langsung dengan staf.				
12	Jika staf menyampaikan permasalahan/informasi, direktur menjadi pendengar aktif.				
13	Direktur memberikan umpan balik terhadap permasalahan yang diajukan staf.				
14	Direktur melakukan klarifikasi informasi bila terdapat informasi yang tidak jelas.				
15	Direktur tampil menarik dan menyenangkan dengan mau membantu dan memberi perhatian serta menjalin hubungan baik dengan staf.				
16	Direktur menerima masukan, usulan, kritik dan menyelesaikan masalah dengan musyawarah.				

c. Motivasi				
17	Direktur memperhatikan kerja keras dan ketekunan staf dengan memberikan penghargaan berupa pujian, insentif/penghargaan lain			
18	Direktur bekerja profesional sehingga menjadi panutan staf.			
19	Direktur dalam melaksanakan tugas mendorong staf untuk bekerja sama antar staf maupun dengan atasan sehingga terjalin keeratan/rasa persaudaraan.			
20	Direktur mengajak staf mempunyai rasa memiliki organisasi yang mendorong bekerja ikhlas dan bertanggungjawab.			
21	Direktur menciptakan suasana kerja yang mendorong staf bekerja lebih baik.			
22	Direktur memberi nasehat staf bila tidak mampu mengerjakan tugas.			
23	Direktur mendorong staf untuk mengembangkan diri.			
d. Supervisi				
24	Direktur memberikan bimbingan teknis/ manajerial kepada staf dalam melaksanakan tugas.			
25	Direktur membina staf secara teratur dan terpadu tentang program RS.			
26	Direktur mendampingi staf melakukan pembinaan/kegiatan lain di luar RS.			
27	Direktur bersama staf mempelajari dan mengevaluasi data laporan RS.			
28	Direktur menyediakan waktu konsultasi apabila staf menemukan masalah.			
e. Pendelegasian Wewenang				
29	Bila ada tugas rangkap yang harus dilakukan oleh Direktur dalam waktu bersamaan, Direktur			

	memberikan kewenangan untuk menggantikan tugasnya kepada petugas yang dianggap dapat mewakili.				
30	Direktur membekali staf yang mewakili dengan semua informasi yang berhubungan dengan pelaksanaan tugas perwakilan dengan penuh tanggung jawab.				
31	Direktur meminta hasil tugas pendelegasian kepada petugas yang ditunjuk agar terjadi kesinambungan tugas.				
32	Direktur memberi kepercayaan dan mendorong staf mengambil inisiatif dan keputusan.				



Identitas Direktur RSUD

1. Umur : tahun
2. Jenis kelamin : a. Laki-laki
b. Wanita
3. Pendidikan : a. S2 MARS
b. S1 (dr. Umum/drg/SKM/dll)
c. D3
d. SMU/ sederajat - < D3
4. Pangkat/golongan :/.....
5. Masa kerja : tahun bulan
6. Lama kerja menjadi direktur RSUD yang dinilai : tahun bulan
7. Status perkawinan : a. Kawin (termasuk janda/duda)
b. Tidak kawin
8. Pelatihan : a. Pernah pelatihan manajemen RS
b. Pernah pelatihan teknis fungsional
c. Pernah pelatihan program kegiatan RS
d. Belum pernah

PEDOMAN WAWANCARA TAK BERSTRUKTUR

Tentang : Hasil Penelitian Kajian Gaya Kepemimpinan Direktur terhadap Fungsi
Kepemimpinan Direktur dalam Melaksanakan Manajemen RSUD
di DKI JAKARTA TAHUN 2010

Apa tanggapan saudara tentang hasil-hasil penelitian di bawah ini :

1. Gambaran Gaya Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010 : Paling banyak yaitu gaya kepemimpinan *supporting*. Kedua terbanyak yaitu gaya kepemimpinan *coaching*, diikuti dengan gaya kepemimpinan *delegating* dan direktur dengan gaya kepemimpinan *directing* paling sedikit frekuensinya.

2. Gambaran Fleksibilitas Gaya Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010 : Sebagian besar responden yaitu lebih dari separuh menyatakan fleksibilitas gaya kepemimpinan direktur RSUD adalah "sangat fleksibel". Sisanya menyatakan kepemimpinan direktur "fleksibel" dan hanya sedikit yang menyatakan kepemimpinan direktur "kaku".

3. Gambaran Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010 : Lebih banyak jumlah responden yang menilai fungsi kepemimpinan direktur "baik" dibanding yang menilai "kurang baik". Fungsi kepemimpinan direktur terdiri dari fungsi koordinasi, komunikasi, motivasi, supervisi dan pendelegasian wewenang. Fungsi koordinasi, komunikasi dan motivasi direktur dinilai "baik" oleh lebih banyak responden. Untuk fungsi supervisi jumlah penilaiannya sama atau berimbang antara yang menilai "baik" dan "kurang baik". Sedangkan dalam menjalankan fungsi pendelegasian wewenang direktur lebih banyak dinilai "kurang baik".

- a. **Aspek Koordinasi** : *Direktur jarang meminta staf senior untuk menasehati staf lain yang kurang baik kinerjanya.*
- b. **Aspek Komunikasi** : *Direktur jarang menggunakan jalur komunikasi langsung dengan staf.*
- c. **Aspek Motivasi** : *Direktur jarang memperhatikan kerja keras dan ketekunan staf dengan memberikan penghargaan berupa pujian, insentif atau penghargaan lain.*
- d. **Aspek Supervisi** : *Direktur jarang mendampingi staf melakukan pembinaan atau kegiatan lain di luar rumah sakit.*
- e. **Aspek Pendelegasian wewenang** : *Direktur jarang memberi kepercayaan dan mendorong staf mengambil inisiatif dan keputusan.*

4. Pengaruh Karakteristik Individu Direktur berdasarkan Jenis Kelamin Direktur terhadap Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010 : Karakteristik jenis kelamin direktur tidak berhubungan secara bermakna terhadap fungsi kepemimpinan.

5. Pengaruh Lama Kerja menjadi Direktur yang Dinilai terhadap Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta tahun 2010 : Dari responden yang menilai fungsi kepemimpinan direktur dengan lama kerja menjadi direktur yang dinilai kurang dari 1 tahun, lebih banyak menyatakan fungsi kepemimpinan “baik” dan sebaliknya dari responden yang menilai fungsi kepemimpinan direktur dengan lama kerja menjadi direktur yang dinilai lebih atau sama dengan 1 tahun, lebih banyak yang menyatakan fungsi kepemimpinan “kurang baik”.

6. Pengaruh Karakteristik Individu Direktur berdasarkan Pendidikan Direktur terhadap Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010 : Karakteristik pendidikan direktur tidak berhubungan secara bermakna terhadap fungsi kepemimpinan.

7. Pengaruh Karakteristik Individu Direktur berdasarkan Jenis Pelatihan yang Pernah Diikuti Direktur terhadap Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010 : Dari responden yang menilai fungsi kepemimpinan direktur yang telah mengikuti ”pelatihan manajemen dan teknis fungsional rumah sakit” dan direktur yang telah mengikuti ”pelatihan manajemen, teknis fungsional dan program kegiatan rumah sakit”, lebih banyak menyatakan fungsi kepemimpinan “baik” dan sebaliknya dari responden yang menilai fungsi kepemimpinan direktur yang hanya mengikuti pelatihan manajemen rumah sakit, lebih banyak menyatakan fungsi kepemimpinan “kurang baik”.



Catatan : Pedoman wawancara ini hanya merupakan pedoman yang dapat dikembangkan sesuai kejadian di lapangan.

**MATRIKS WAWANCARA KONFIRMASI HASIL KUESIONER LBA dan FUNGSI KEPEMIMPINAN
RSUD DKI JAKARTA TAHUN 2010**

NO	FOKUS PERTANYAAN	INFORMAN 1	INFORMAN 2	INFORMAN 3	INFORMAN 4	INFORMAN 5	INFORMAN 6
1.	Gambaran Gaya Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010						
1.1.	Direktur RSUD di DKI Jakarta memang cenderung memiliki gaya kepemimpinan utama <i>supporting & coaching, delegating dan directing</i> .	Membenarkan	Membenarkan	Membenarkan	Membenarkan	Membenarkan	Membenarkan
1.2.	Gaya <i>directing & delegating</i> walaupun kurang sesuai diterapkan di RS kadang masih dibutuhkan untuk tugas atau situasi tertentu.	Bertujuan membangun kemandirian & inovasi staf (kegiatan pengembangan produk & diklat), diberikan kepada	Diberikan pada bagian yang sesuai dengan struktur & tupoksi yang telah ada.	Diberikan pada bagian yang sesuai dengan tupoksi yang telah ada.	Diberikan pada bagian yang sesuai dengan struktur yang telah ada.	Membenarkan	Membenarkan

		staf yang terpercaya & mampu & pada kegiatan yang tidak beresiko tinggi.					
2.	Gambaran Fleksibilitas Gaya Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010						
2.1.	Sebagian besar responden yaitu lebih dari separuh menyatakan fleksibilitas gaya kepemimpinan direktur RSUD adalah "sangat fleksibel". Sisanya menyatakan kepemimpinan direktur "fleksibel" dan hanya sedikit yang menyatakan kepemimpinan direktur "kaku".	Selalu berusaha sangat fleksible & fleksible selama proses kegiatan yang dilakukan tidak menimbulkan masalah.	Membenarkan	Membenarkan	Membenarkan	Membenarkan	Membenarkan
2.2.	Masih ada sedikit responden yang menilai fleksibilitas	Pada hal yang beresiko hukum, formal, legal,	Pada hal peraturan.	Pada hal peraturan.	Pada ha visi misi.	Membenarkan	Membenarkan

	gaya kepemimpinan kaku.	undang-undang dan pelanggaran.					
3.	Gambaran Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010						
3.1.	Skor terendah aspek koordinasi : <i>direktur jarang meminta staf senior untuk menasehati staf lain yang kurang baik kinerjanya.</i>	Bertujuan untuk mengetahui masalah secara pasti dan agar dapat menyelesaikannya secara cepat.	Justru selalu meminta staf senior untuk menasehati stafnya karena tidak mau staf senior merasa tersinggung karena dilangkahi.	Membenarkan	Membenarkan	Membenarkan	Membenarkan
3.2.	Skor terendah untuk aspek komunikasi : <i>direktur jarang menggunakan jalur komunikasi langsung dengan staf.</i>	Biasanya hanya pada staf yang tidak bermasalah	Malah sering berhubungan dengan bawahan	Membenarkan	Membenarkan	Membenarkan	Membenarkan
3.3.	Skor terendah untuk aspek motivasi : <i>direktur jarang memperhatikan kerja keras dan ketekunan staf dengan memberikan</i>	Kurang bisa memuji, berharap wadir melakukan, sudah berpikir mengadakan penghargaan karyawan teladan,	Tidak pernah sungkan & sering memberikan pujian.	Membenarkan	Membenarkan	Membenarkan	Membenarkan

	<i>penghargaan berupa pujian, insentif atau penghargaan lain.</i>	khusus keuangan sering memberi pujian.					
3.4.	Skor terendah untuk aspek supervisi : <i>direktur jarang mendampingi staf melakukan pembinaan atau kegiatan lain di luar rumah sakit.</i>	Membenarkan	Selalu berusaha ikut pada kegiatan yang menyangkut kebijakan.	Sering supervisi untuk melihat langsung kegiatan dan crosscheck.	Membenarkan	Membenarkan	Membenarkan
3.5.	Skor terendah untuk aspek pendelegasian wewenang : <i>direktur jarang memberi kepercayaan dan mendorong staf mengambil inisiatif dan keputusan.</i>	Pendelegasian hanya sekitar 20-30% tetapi juga disesuaikan dengan situasi dan pola kerja dari staf.	Membenarkan	Membenarkan	Membenarkan	Membenarkan	Membenarkan
4.	Pengaruh Karakteristik Individu Direktur terhadap Fungsi Kepemimpinan Direktur RSUD di DKI Jakarta Tahun 2010.						
4.1.	Karakteristik jenis kelamin direktur tidak berhubungan secara bermakna	Membenarkan	Membenarkan	Membenarkan	Membenarkan	Membenarkan	Membenarkan

	terhadap fungsi kepemimpinan.						
4.2	Karakteristik lama kerja menjadi direktur yang dinilai kurang dari 1 tahun, lebih banyak dinyatakan fungsi kepemimpinan “baik” dan sebaliknya lama kerja menjadi direktur yang dinilai lebih atau sama dengan 1 tahun, lebih banyak dinyatakan fungsi kepemimpinan “kurang baik”.	Tergantung program saat direktur baru masuk RS.	Tergantung adanya program baru dan pengetahuan staf tentang sifat direktur .	Tidak ada pengaruh antara lama kerja dan fungsi kepemimpinan.	Sesuai ilmu kejiwaan : lama kerja berpengaruh pada kejenuhan dan berkurangnya inovasi.	Tergantung riwayat pengalaman manajemen RS.	Tidak ada pengaruh antara lama kerja dengan fungsi kepemimpinan.
4.3.	Karakteristik pendidikan direktur tidak berhubungan secara bermakna terhadap fungsi kepemimpinan.	Membenarkan	Membenarkan	Membenarkan	Membenarkan	Membenarkan	Membenarkan
4.4.	Karakteristik direktur yang telah mengikuti ”pelatihan manajemen dan tehnik fungsional rumah sakit” dan	Membenarkan	Membenarkan	Membenarkan	Membenarkan	Membenarkan	Membenarkan

<p>direktur yang telah mengikuti ”pelatihan manajemen, tehnik fungsional dan program kegiatan rumah sakit”, lebih banyak dinyatakan fungsi kepemimpinan “baik” & sebaliknya direktur yang hanya mengikuti pelatihan manajemen rumah sakit, lebih banyak dinyatakan fungsi kepemimpinan “kurang baik”.</p>						
---	--	--	--	--	--	--

