

**PENGARUH KEPEMIMPINAN DISTRIBUTIF, *TEAM
WORKING*, DAN KEPUASAN KERJA TERHADAP
KINERJA PERAWAT DI RSUD SUMBAWA NTB**

Tesis

Untuk memenuhi sebagian persyaratan
mencapai derajat Sarjana S-2
Program Studi Magister Manajemen



Diajukan Oleh:

ANDI RUSNI
142202744

Kepada

**PROGRAM MAGISTER MANAJEMEN
STIE WIDYA WIWAHA YOGYAKARTA**

2019

HALAMAN PENGESAHAN

**STIE Widya Wiwaha
Jangan Plagiat**

HALAMAN PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Yogyakarta, Maret 2019

ANDI RUSNI

**STIE Widya Wiwaha
Jangan Plagiat**

KATA PENGANTAR

Puja dan Puji Syukur kehadiran Allah SWT Tuhan Yang Maha Esa, atas limpahan Rahmat dan Hidayah-Nya, sehingga Tesis Magister Manajemen STIE Widya Wiwaha Yogyakarta dapat terselesaikan. Berbagai kendala saya hadapi dalam penyelesaian tesis ini, baik tenaga, fikiran dan wabilkhusus waktu, mengingat begitu banyak tugas-tugas di tempat kerja sebagai Anggota DPRD Kab. Sumbawa 2014-2019.

Selain usaha yang lahir dari ikhtiar diri, tentu saja banyak pihak yang ikut berperan memberi motivasi, saran, masukan dan juga kritik demi penyelesaian tesis ini, seperti Bagian Akademik STIE WW, Dosen Pembimbing dan lebih khusus keluarga, kerabat dan handaitaulan. Oleh sebab itu, tentu tidak berlebihan jika disampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Dr. Endy Gunanto, MM selaku Pembimbing I yang telah memberikan dorongan dan bimbingan dalam penyusunan tesis ini;
2. Dra. Ary Sutrischastini, M.Si selaku Pembimbing II yang juga telah memberikan motivasi, mendorong semangat dan membimbing dalam penyusunan tesis ini;
3. Drs. John Suprihanto, MIM., Ph.D selaku Direktur Magister Manajemen Widya Wiwaha Yogyakarta;

4. Dewan Penguji yang telah memberikan masukan, saran dan kritik dalam penyelesaian tesis ini;
5. Segenap Dosen Magister Manajemen STIE Widya Wiwaha Yogyakarta;
6. Pimpinan dan Staf Pengajar Program Studi Manajemen Sumber Daya Manusia STIE Widya Wiwaha;
7. Sumarti, S.Pd selaku Istri tercinta yang selalu sabar dalam mengingatkan dan memberikan semangat agar tesis ini terus saya kerjakan dan selesaikan, sehingga saya dapat diwisuda di kampus tercinta ini;
8. H. Willgo Zainar, SE., MBA selaku Anggota DPR-RI yang selalu mengingatkan agar tesis ini dapat kami kerjakan hingga selesai;
9. H. Irwan Rahadi, ST selaku Ketua DPC Partai Gerindra Kab. Sumbawa yang ikut memberikan dorongan agar tesis ini dapat kami selesaikan;
10. H. Lalu Budi Suryata, SP selaku Ketua DPRD Kab. Sumbawa yang juga membantu memberikan kesempatan kepada kami untuk menyelesaikan tesis ini;
11. Dan, Semua pihak yang tidak mampu kami sebutkan namanya satu persatu.

Semoga semua yang telah diberikan baik berupa moril maupun materiil dapat tercatat sebagai amal ibadah di sisi Allah SWT. Selain daripada itu, disampaikan permohonan maaf apabila selama ini ada ucapan, sikap dan perbuatan yang salah dan keliru karena sesungguhnya tak ada gading yang tak retak dan tak ada dahan yang tak patah, sedangkan manusia tempatnya salah dan khilaf.

Guna menambah khazanah keilmuan tesis yang disusun ini, saran, masukan dan kritik yang bersifat konstruktif sangat dibutuhkan karena disadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan. Terima kasih.

Yogyakarta, April 2019

ANDI RUSNI

**STIE Widya Wiwaha
Jangan Plagiat**

DAFTAR ISI

| | |
|----------------------------------------|-----|
| HALAMAN JUDUL..... | i |
| HALAMAN PENGESAHAN..... | ii |
| HALAMAN PERNYATAAN | iii |
| KATA PENGANTAR | iv |
| DAFTAR ISI..... | vii |
| DAFTAR TABEL..... | x |
| DAFTAR GAMBAR | xi |
| DAFTAR LAMPIRAN..... | xii |
| ABSTRAK | x |
| BAB I PENDAHULUAN..... | 1 |
| A. Latar Belakang..... | 1 |
| B. Perumusan Masalah..... | 8 |
| C. Pertanyaan Penelitian | 8 |
| D. Tujuan Penelitian..... | 8 |
| E. Manfaat Penelitian..... | 9 |
| BAB II LANDASAN TEORI..... | 10 |
| A. Tinjauan Pustaka..... | 10 |
| 1. Kepemimpinan Distributif..... | 10 |
| 2. <i>Team Working</i> | 15 |
| 3. Kepuasan Kerja | 19 |
| 4. Kinerja Pegawai | 23 |
| B. Kajian Penelitian yang Relevan..... | 26 |
| C. Kerangka Penelitian..... | 28 |
| BAB III METODE PENELITIAN | 31 |
| A. Desain Penelitian | 31 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| B. Definisi Operasional | 31 |
| C. Populasi dan Sampel..... | 34 |
| D. Lokasi Penelitian | 36 |
| E. Metode Pengumpulan Data | 36 |
| F. Pengujian Instrumen | 37 |
| G. Analisis Data..... | 38 |
| 1. Uji Asumsi Klasik..... | 38 |
| 2. Pengembangan Formulasi Dasar..... | 40 |
| 3. Uji statistik t | 40 |
| 4. Uji Statistik F | 40 |
| 5. Goodness of Model Fit..... | 41 |
| 6. Tingkat Signifikansi | 42 |
| BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN..... | 43 |
| A. Uji Validitas, Reliabilitas dan Normalitas Instrumen..... | 43 |
| 1. Uji Validitas..... | 43 |
| 2. Uji Reliabilitas..... | 45 |
| B. Deskripsi Data..... | 47 |
| C. Uji Asumsi Klasik | 49 |
| D. Uji Hipotesis | 51 |
| E. Pembahasan | 55 |
| 1. Pengaruh kepemimpinan distributif terhadap kinerja perawat di RSUD Sumbawa NTB | 57 |
| 2. Pengaruh <i>Team Working</i> terhadap Kinerja Perawat di RSUD Sumbawa NTB | 64 |
| 3. Hubungan kepuasan kerja terhadap kinerja perawat di RSUD Sumbawa NTB | 70 |
| BAB V SIMPULAN DAN SARAN..... | 76 |
| A. Simpulan..... | 76 |
| B. Saran | 77 |

| | |
|----------------------|----|
| DAFTAR PUSTAKA | 79 |
| Lampiran 1 | 83 |

STIE Widya Wiwaha
Jangan Plagiat

DAFTAR TABEL

| | Halaman |
|----------------------------------------------------------------------|---------|
| Tabel 1.1 : Kegiatan Perawatan RSUD Kabupaten Sumbawa 2012-2018..... | 6 |
| Tabel 3.1 : Data Tenaga Perawat di RSUD Sumbawa NTB..... | 35 |
| Tabel 3.2 : Sampel Perawat di RSUD Sumbawa NTB..... | 35 |
| Tabel 4.1 : Validitas Kepemimpinan Distributif..... | 43 |
| Tabel 4.2: Validitas <i>Team Work</i> | 44 |
| Tabel 4.3 : Validitas Kepuasan Kerja..... | 44 |
| Tabel 4.4 : Validitas Kerja..... | 45 |
| Tabel 4.5 : Hasil Uji Reabilitas..... | 46 |
| Tabel 4.6 : Hasil Uji Normalitas..... | 47 |
| Tabel 4.7 : Statistik. Deskriptip Variabel Penelitian..... | 47 |
| Tabel 4.8 : Hasil Uji Multikolieritas..... | 50 |
| Tabel 4.9 : Hasil Uji Hetepokedastisitas..... | 51 |
| Tabel 4.10: Hasil Uji Koefisien Determinasi..... | 51 |
| Tabel 4.11: Hasil Uji F..... | 52 |
| Tabel 4.12: Hasil Uji T..... | 53 |

DAFTAR GAMBAR

| | Halaman |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Gambar 2.1 : Akumulasi Dampak. Kepemimpinan Terdistribusi Pada Peningkatan Pelayanan | 13 |
| Gambar 2.2 : Model Kerja Tim “Big Five”, P = Proses | 17 |
| Gambar 2.3 : Ringkasan Faktor Positif Yang Mempengaruhi Kepuasan Kerja Perawat Rumah Sakit | 23 |
| Gambar 2.4 : Pyramid Kinerja Untuk Identifikasi Tindakan Kerja | 24 |
| Gambar 2.5 : Model Penelitian | 29 |

STIE Widya Wiwaha
Jangan Plagiat

DAFTAR LAMPIRAN

| | Halaman |
|---------------------------------------|---------|
| Lampiran 1 : Kuesioner..... | 83 |
| Lampiran 2.: Data Penelitian..... | 86 |
| Lampiran.3 : Hasil Uji Validasi | 94 |
| Lampiran 4 : Deskripsi Variabel..... | 98 |
| Lampiran.5 : Asumsi Klasik. | 99 |

STIE Widya Wiwaha
Jangan Plagiat

ABSTRAK

Kesehatan adalah hak asasi yang harus diberikan oleh negara kepada setiap warga negaranya dan menjadi salah satu unsur pencapaian kesejahteraan sosial. Hal tersebut telah tertuang di dalam Undang-Undang Dasar 1945 serta Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. Perawat sebagai Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit menjadi salah satu faktor penting dalam mendukung pelayanan kesehatan yang optimal kepada pasien. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Pengaruh antara Kepemimpinan Distributif, *Team Working* dan Kepuasan Kerja terhadap Kinerja Perawat di RSUD Sumbawa NTB.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan metode survei. Survei dilakukan dengan membagikan kuesioner untuk diisi oleh perawat di RSUD Sumbawa NTB. Sampel pada penelitian ini yaitu 137 perawat di RSUD Sumbawa NTB. Teknik analisis data yang digunakan yaitu analisis regresi sederhana dan analisis regresi berganda.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 1.) Kepemimpinan Distibutif memiliki Pengaruh yang positif signifikan terhadap Kinerja Perawat di RSUD Sumbawa NTB, 2.) *Team Working* memiliki Pengaruh yang positif signifikan terhadap Kinerja Perawat di RSUD Sumbawa NTB, 3.) Kepuasan Kerja memiliki pengaruh yang positif signifikan terhadap Kinerja Perawat di RSUD Sumbawa NTB.

Kata Kunci: *Kepemimpinan Distributif, Team Working, Kepuasan Kerja, Kinerja*

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan adalah hak dasar atau hak asasi yang harus diberikan oleh negara kepada setiap warga negaranya dan menjadi salah satu unsur pencapaian kesejahteraan sosial. Hal tersebut tertuang di dalam alinea ke-4 Undang Undang Dasar 1945 yang berbunyi: ...”melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial”. Pemenuhan hak dasar tersebut juga secara tegas dituangkan di dalam UUD 1945 Pasal 28H ayat 1 yang berbunyi: “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan bathin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat, serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”.

Sementara itu, langkah kongkrit dari ikhtiar untuk mewujudkan kesejahteraan sosial tersebut khususnya bidang kesehatan dituangkan di dalam Undang Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Salah satu institusi yang melaksanakan urusan di bidang kesehatan masyarakat yakni rumah sakit. Sebagai sebuah institusi pelayanan public, rumah sakit harus senantiasa memiliki komitmen untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat dengan baik dan bertanggungjawab serta

dilandasi oleh semangat nondiskriminatif, partisipatif dan berkelanjutan. Rumah sakit sebagai institusi pelayanan publik juga harus mampu menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah Sakit mempunyai fungsi: a) penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; b) pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis; c) penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan d) penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan di rumah sakit maka salah satu faktor yang paling mendasarkan yang harus dimiliki oleh rumah sakit adalah tenaga kesehatan. Di dalam Pasal 1 ayat 6 Undang Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menegaskan bahwa yang dimaksud dengan Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Untuk memberikan pelayanan kesehatan yang prima maka Sumber Daya Manusia khususnya tenaga kesehatan sangat penting sebab secanggih apapun alat dan teknologi yang dimiliki oleh sebuah rumah sakit, tanpa peran manusia yang handal

dan memiliki kapasitas yang terukur serta bertanggungjawab maka peningkatan derajat kesehatan tidak akan terpenuhi.

Perawat adalah salah satu tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan keperawatan. Adapun yang dimaksud dengan Pelayanan Kesehatan menurut Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit. Pelaksana pelayanan keperawatan itu sendiri adalah perawat, dimana mereka adalah pribadi yang dinyatakan lulus pendidikan tinggi keperawatan dan diakui oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku. Perawat sebagai tenaga kesehatan yang bekerja di sektor pelayanan publik seperti rumah sakit harus optimal dalam melaksanakan kewajibannya sebab rumah sakit merupakan institusi pelayanan publik dengan mobilitas kerja pegawai yang cukup tinggi.

Berdasarkan tugas pokok dan fungsi yang diamanatkan, maka diperlukan kinerja yang baik semua staf khususnya perawat agar semua fungsi dapat terpenuhi. Faktor yang mempengaruhi kinerja terdiri dari faktor internal (usia, lama kerja, tingkat pendidikan, motivasi dan persepsi) dan eksternal yang meliputi imbalan, kepemimpinan, pengembangan karir, dan supervisi (Natasia, et al., 2014).

Kinerja mengacu pada seberapa efektif karyawan dalam menyelesaikan tugas dan tanggung jawab terkait dengan perawatan pasien secara langsung (Al-Homayan, et al., 2013). Tenaga kesehatan yang ada di daerah-daerah yang pelayanannya kurang

baik, cenderung menjadi terdemotivasi karena kondisi kerja yang buruk, ketidakhadiran, perputaran yang tinggi, kinerja pekerjaan yang rendah, dan kelalaian, yang semuanya menjadi bagian umum dari pekerjaan sehari-hari mereka (Ayivi-Guedehoussou, 2016).

Masalah kinerja tercermin dalam variasi yang luas, seperti efek faktor organisasi yang berdampak negatif terhadap kepuasan pasien (Thulth & Sayej, 2015). Kinerja, berarti tindakan untuk memenuhi tanggung jawab sesuai dengan standar. Thulth & Sayej menambahkan bahwa kinerja keperawatan dapat dipengaruhi oleh faktor organisasi beban kerja, kerja shift malam, ketersediaan sumber daya, pengembangan pendidikan dan pelatihan dan dukungan manajer yang pada akhirnya mempengaruhi kepuasan pasien, visi dan misi organisasi dan situasi perawatan kesehatan. Kinerja akan berdampak pada kualitas hasil kerja yang dilakukan.

Indonesia sebagai sebuah negara, memiliki karakteristik yang beragam di berbagai daerahnya. Walaupun daerah di Indonesia beragam, namun dalam hal penanganan kesehatan semua dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sumbawa NTB yang beralamat di Jalan Garuda No.5 Sumbawa Besar adalah salah satu rumah sakit di Indonesia yang memberikan pelayanan kesehatan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku. RSUD Sumbawa melayani pasien perorangan secara paripurna dan bertanggungjawab, baik terhadap pasien Rawat Jalan, Rawat Inap maupun Kegawatdaruratan. Tenaga medis di RSUD Sumbawa dituntut untuk selalu siap memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Dalam banyak kasus, masyarakat masih sering mengeluhkan pelayanan kesehatan di RSUD Sumbawa. Keluhan tersebut antara lain disebabkan oleh faktor sarana dan prasarana yang kurang memadai seperti struktur bangunan yang tidak representatif, kumuh serta ruangan perawatan yang sempit. Pada tahun 2017, BOR atau pemanfaatan tempat tidur di RSUD Sumbawa masih relatif tinggi, berada di luar batas yang disarankan yakni mencapai 102,94 % padahal nilai parameter yang disarankan pada indikator BOR adalah 75 – 85 % (Depkes RI, 2005). Selain itu, angka kematian masih relatif tinggi khususnya di ruang perawatan interna, perinatologi, dan ICU dengan NDR ≥ 25 per mil dan GDR > 45 per mil, padahal justru sebaliknya. Dengan angka kematian yang masih cukup tinggi di ruang pelayanan tersebut menunjukkan bahwa faktor kinerja perawat yang memberikan pelayanan kesehatan di ruangan perawatan tersebut ikut mempengaruhi.

Perawat di RSUD Sumbawa tidak semuanya ASN tetapi juga ada yang berstatus honorer, status ini tentu berpengaruh pada besaran imbalan yang diterimanya. Imbalan dalam bentuk gaji, tunjangan dan jasa pelayanan yang diterima masih relatif terbatas. Selain itu, imbalan juga sering diterima tidak tepat waktu atau terlambat. Kemudian beban kerja yang tinggi, jumlah anggota tim kerja shift malam yang masih kurang, maupun pengembangan pendidikan dan pelatihan yang hampir tidak dilakukan oleh RSUD Sumbawa. Ada banyak jenis pelatihan pengembangan kapasitas diri atau peningkatan mutu perawat yang masih dilakukan menggunakan biaya sendiri, misalnya Pelatihan *Basic Trauma Cardiac Life Support* (BTCLS), Pelatihan Pertolongan Pertama Gawat Darurat (PPGD), Perawatan Luka Modern

(PLK) dan Pelatihan *Advanced Cardiac Life Support* (ACLS). Dengan imbalan yang terbatas, perawat dituntut untuk meningkatkan kompetensi diri secara berkala sebagai prasyarat penerbitan STR (Surat Tanda Registrasi). Hal ini tentu saja sangat mungkin mempengaruhi buruknya kinerja perawat dan kepuasan pasien.

Tabel 1.1. Kegiatan Perawatan di RSUD Sumbawa Besar 2012-2018

| Tahun | Rawat Jalan | Rawat Inap | |
|-------|-------------|--------------|----------------|
| | | Pasien Rawat | Hari Perawatan |
| 2012 | 53.625 | 13.898 | 38.216 |
| 2013 | 35.624 | 15.328 | 40.272 |
| 2014 | 34.230 | 13.945 | 50.056 |
| 2015 | 46.537 | 12.781 | 51.078 |
| 2016 | 43.187 | 11.930 | 48.827 |
| 2017 | 45.545 | 12.286 | 53.565 |
| 2018 | 57.177 | 11.692 | 50.349 |

Sumber: BPS, 2016 dan RSUD Sumbawa, 2019

Tabel di atas menunjukkan bahwa ada peningkatan jumlah pasien rawat jalan, maupun jumlah hari perawatan di RSUD Sumbawa. Hal tersebut menunjukkan adanya beban kerja dan peningkatan kegiatan keperawatan yang dilakukan di RSUD Sumbawa. Peningkatan kegiatan keperawatan tersebut sebaiknya diimbangi dengan peningkatan kinerja tenaga kesehatan agar kegiatan keperawatan dapat berjalan dengan optimal.

RSUD Sumbawa sebenarnya sudah terakreditasi Madya (Bintang III) atas survei yang dilakukan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit, Desember 2017 lalu. Hanya saja akreditasi yang dilakukan pada saat itu masih menggunakan standar akreditasi edisi tahun 2012. Oleh sebab itu, RSUD Sumbawa harus meningkatkan status akreditasinya dari akreditasi Madya (Bintang III) hasil penilaian Komisi

Akreditasi Rumah Sakit (KARS) versi 2012 menjadi Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1 tahun 2017. Sebagai upaya untuk secara kontinyu meningkatkan pelayanan fasilitas kesehatan kepada masyarakat khususnya di RSUD Sumbawa, perlu diambil langkah-langkah bagi peningkatan mutu dan kinerja melalui pembakuan dan pengembangan sistem manajemen mutu dan perbaikan kinerja secara komprehensif dan berkesinambungan. Kelemahan untuk menerapkan SNARS di RSUD Sumbawa, salah satunya terletak pada infrastruktur. Sarana prasarana yang ada harus dikembangkan, mengingat unsur penilaian standar adalah fasilitas. Sebab dengan fasilitas yang lengkap, pelayanan rumah sakit meningkat dan pasien menjadi puas. Apabila infrastruktur berkembang maka akan menghasilkan peningkatan kualitas pelayanan (zensumbawa, 2018).

Kinerja perawat yang optimal dapat dicapai antara lain dengan adanya kepemimpinan distributif, kerja tim atau *team working*, dan kepuasan kerja. Kepemimpinan terdistribusi yang diberlakukan dalam perawatan kesehatan terkait dengan peningkatan layanan dalam perawatan kesehatan, dan untuk tim yang bekerja. Sedangkan pendekatan kerja tim dilakukan untuk pengiriman layanan kesehatan yang baik dan untuk kegiatan perbaikan (Boak, et al., 2015). Kepuasan kerja seseorang dapat mempengaruhi tidak hanya motivasi di tempat kerja tetapi juga keputusan karir, hubungan dengan orang lain dan kesehatan pribadi. Penyedia layanan kesehatan yang tidak puas dapat memberikan kualitas yang buruk, dan perawatan yang kurang efisien (Ramasodi, 2010). Oleh sebab itu, penelitian ini dilakukan untuk melakukan analisis

tentang pengaruh Kepemimpinan Distributif, *Team Working* dan Kepuasan Kerja terhadap Kinerja Perawat di RSUD Sumbawa NTB.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka manajemen RSUD Sumbawa NTB perlu melakukan upaya untuk meningkatkan kinerja perawat melalui pembakuan dan pengembangan sistem manajemen mutu demi perbaikan kinerja secara komprehensif dan berkesinambungan. Selama ini, kinerja Perawat di RSUD Sumbawa NTB masih kurang optimal sehingga perlu ditingkatkan agar sesuai dengan standar nasional yang telah ditetapkan. Kinerja perawat yang optimal dapat dipengaruhi oleh Kepemimpinan Distributif, *Team Working*, dan Kepuasan Kerja.

C. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah yang telah dijelaskan di atas, maka pertanyaan penelitian ini yaitu:

Apakah ada pengaruh Kepemimpinan Distributif, *Team Working* dan Kepuasan Kerja terhadap Kinerja Perawat di RSUD Sumbawa NTB ?

D. Tujuan Penelitian

Berdasarkan latar belakang dan rumusan masalah maka, tujuan penelitian ini adalah:

1. Untuk mengevaluasi pengaruh Kepemimpinan Distributif terhadap Kinerja Perawat di RSUD Sumbawa NTB.
2. Untuk mengevaluasi pengaruh *Team Working* terhadap Kinerja Perawat di RSUD Sumbawa NTB.

3. Untuk mengevaluasi pengaruh Kepuasan Kerja terhadap Kinerja Perawat di RSUD Sumbawa NTB.

E. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberi manfaat yaitu:

1. Manfaat Teoretis

Manfaat teoretis penelitian ini yaitu diharapkan dapat memberikan sumbangan ilmu pengetahuan di bidang manajemen sumber daya manusia terkait Kepemimpinan Distributif, *Team Working* dan Kepuasan Kerja terhadap Kinerja.

2. Manfaat Praktis

- a. Penelitian ini dapat memberikan gambaran yang lebih jelas mengenai pengaruh Kepemimpinan Distributif, *Team Working*, Kepuasan Kerja dan Kinerja Perawat di RSUD Sumbawa NTB.
- b. Penelitian ini dapat menjadi referensi bagi RSUD Sumbawa NTB dalam membuat kebijakan.

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. Kepemimpinan Distributif

Kepemimpinan terdistribusi menurut Leithwood, et al., (2009) dipandang sebagai pengalokasian tanggung jawab dan mendorong rasa kepemilikan, yang dibatasi dengan peran yang ditunjuk seseorang. Kepemimpinan terdistribusi tidak sama dengan membagi tanggung jawab tugas di antara individu-individu yang melakukan peran-peran organisasi yang didefinisikan dan terpisah, melainkan terdiri dari interaksi dinamis antara banyak pemimpin dan pengikut. Pemimpin perlu bekerja secara berpasukan dan bijak mengagihkan tugas kepada pekerja. Kepemimpinan distributif merupakan kepemimpinan yang memberikan peluang kepada pekerja untuk membuat keputusan dalam hal-hal tertentu. Kepemimpinan distributif dapat membantu pemimpin untuk melaksanakan perubahan dalam semua aspek pengurusan organisasi dengan sokongan dan penyertaan pekerja (Rabindarang dan Bing, 2012).

Kepemimpinan yang adil dapat menghasilkan pemerataan kerja sumber daya manusia sehingga staf dapat menjalankan kewajiban sesuai dengan jenis pekerjaan dan kemampuan yang dimiliki. Tindakan bersama, yang dapat dicapai dengan kolaborasi, terkait dengan waktu pengembangan atau dengan praktik yang dilembagakan merupakan tanda adanya kepemimpinan terdistribusi (Boak, et al.,

(2015). Spillane dalam Rabindarang, Khuan, & Khoo (2014) berpendapat bahwa asas kepemimpinan distributif ialah semua pekerja dalam organisasi mempunyai hak dan potensi untuk turut serta dalam membuat keputusan yang dapat memberikan kesan terhadap bidang tugas mereka. Kepemimpinan terdistribusi dipandang sebagai yang diinginkan dalam layanan publik karena bersifat inklusif dan selaras dengan restrukturisasi organisasi (Currie & Lockett, 2011).

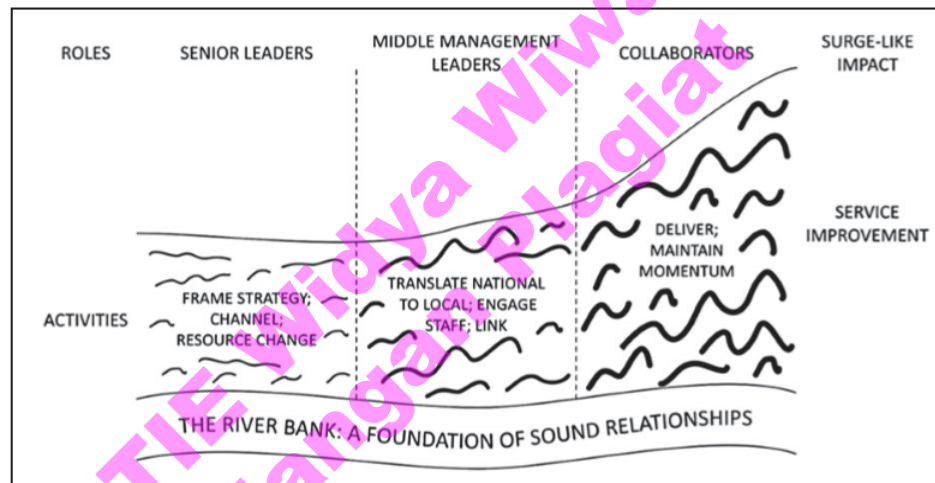
Kepemimpinan distributif dalam arti yang lebih struktural yaitu dimana peran dan tanggung jawab kepemimpinan secara resmi dipindahkan ke unit dan tim klinis yang berfungsi pada tingkat operasional (Fitzsimmons dalam Martin, et al., 2015). Kepemimpinan terdistribusi lebih mungkin berkembang ketika ada peluang bagi staf untuk memperoleh kapasitas yang mereka butuhkan untuk berpartisipasi secara efektif, bersama dengan otonomi dan waktu untuk bertindak sesuai dengan keyakinan dan nilai profesional mereka (Leithwood, et al., 2009).

Kepemimpinan terdistribusi menunjukkan bahwa kepemimpinan tersebar di antara anggota organisasi dan membuka jalan bagi anggota untuk terlibat dalam pengambilan keputusan (Ali & Yangaiya, 2015). Kepemimpinan terdistribusi yaitu tentang *coperformance* praktik kepemimpinan dan sifat interaksi yang berkontribusi terhadap kinerja bersama. Kepemimpinan terdistribusi lebih berkaitan dengan sinergi yang dapat terjadi ketika orang-orang datang bersama untuk bekerja, merencanakan, belajar, dan bertindak, sehingga menghasilkan kapasitas kepemimpinan lebih lanjut dalam individu dan organisasi (Harris, 2009).

Kepemimpinan terdistribusi dianggap lebih akurat mencerminkan pembagian kerja yang dialami dalam organisasi dari hari ke hari dan untuk mengurangi kemungkinan kesalahan yang timbul dari keputusan berdasarkan keterbatasan informasi yang tersedia untuk seorang pemimpin tunggal. Kepemimpinan terdistribusi, juga meningkatkan peluang bagi organisasi untuk mendapatkan manfaat dari kapasitas lebih dari anggotanya, memungkinkan anggota untuk memanfaatkan jangkauan kekuatan masing-masing, dan mengembangkan apresiasi di antara anggota organisasi dari interdependensi dan bagaimana perilaku seseorang mempengaruhi organisasi secara keseluruhan. Melalui peningkatan partisipasi dalam pengambilan keputusan, maka komitmen yang lebih besar terhadap tujuan dan strategi organisasi dapat berkembang. Kepemimpinan terdistribusi diklaim memiliki potensi untuk meningkatkan pengalaman pengembangan kepemimpinan di tempat kerja dan mengurangi beban kerja bagi mereka dalam peran administratif formal. Meningkatnya penentuan nasib sendiri yang diyakini muncul dari kepemimpinan terdistribusi dapat meningkatkan pengalaman kerja anggota. Kepemimpinan seperti itu dapat memungkinkan anggota untuk mengantisipasi dan menanggapi tuntutan lingkungan organisasi dengan lebih baik. Solusi untuk tantangan organisasi dapat berkembang melalui kepemimpinan terdistribusi yang tidak mungkin muncul dari sumber individu (Leithwood, et al., 2009).

Pola kepemimpinan distributif bergantung pada berbagai faktor, seperti: kehadiran target pusat, skala inisiatif perubahan yang didorong oleh kepemimpinan, tahapan temporal aktivitas kepemimpinan distributif yang berbeda, serta dapat

menambahkan faktor kontingen penting lainnya, seperti sejauh mana mosaik profesi mencirikan domain perubahan yang didorong oleh kepemimpinan distributif (Currie dan Lockett, 2011). Dimensi perilaku kepemimpinan terdiri dari: 1) berorientasi pada perubahan, 2) Berorientasi pada tugas dan 3) Perilaku berorientasi relasi (Jønsson, et al., 2016). Pola kepemimpinan terdistribusi, tergambar pada tiga kelompok utama - pemimpin manajemen senior dan menengah, serta kolaborator lainnya (Fitzgerald, et al., 2013).



Gambar 2.1 Akumulasi dampak kepemimpinan terdistribusi pada peningkatan layanan
Sumber: Fitzgerald, et al., (2013)

Pada gambar 2.1 menunjukkan adanya alur kerja dari kegiatan hingga peningkatan pelayanan yang terdapat dalam kepemimpinan distributif. Dari posisi atau jabatan yang tinggi yaitu manajer senior dengan aktivitas yaitu membingkai strategi, saluran, dan perubahan sumber daya. Pemimpin manajemen menengah dengan aktivitas yaitu menerjemahkan nasional ke lokal, melibatkan staf dan penghubung. Manajer menengah, dengan keterampilan navigasi dan mekanisme

translasi, menggunakan pengetahuan lokal, keahlian profesional dan jaringan politik dan profesional untuk mengubah mandat nasional agar sesuai dengan organisasi lokal. Sedangkan kolaborator aktivitasnya yaitu mengirim dan mempertahankan momentum.

Ada enam faktor yang mempengaruhi kepemimpinan distributif (Boak, et al., 2017). Pertama, terjadilah masalah yang dianggap perlu yang telah dilakukan, peningkatan waktu menunggu yang mendorong perubahan penafsiran. Kedua, fokus klinis yang relatif sempit dari perubahan, dalam satu profesi, yang mungkin tidak dapat ditentang untuk didesain dari kepemimpinan yang disisihkan oleh berbagai profesi. Ketiga, keterlibatan aktif staf dalam perubahan, dan sikap positif mereka terhadap perubahan. Keempat, periode musyawarah dan perencanaan yang panjang sebelum tim diluncurkan diperbolehkan untuk melibatkan staf dan untuk diskusi menyeluruh tentang opsi dan alternatif. Faktor kelima, pekerjaan awal dari pekerjaan operasional yang didukung pendekatan baru. Faktor keenam adalah bahwa tim khusus diberi tanggung jawab dan sumber daya tertentu: mereka diharapkan untuk mengembangkan cara kerja mereka sendiri, dan diberi waktu untuk diskusi tim, dan informasi yang tepat waktu tentang aspek-aspek kunci dari pengiriman layanan, untuk memungkinkan mereka membuat keputusan. Ini termasuk harapan bahwa tim akan terus memeriksa praktik mereka dan terus merencanakan dan menerapkan perubahan untuk meningkatkan layanan.

2. *Team Working*

Sebuah tim didefinisikan sebagai kumpulan yang dapat dibedakan dari dua atau lebih orang yang berinteraksi secara dinamis, saling bergantung, dan adaptif terhadap tujuan / sasaran / misi yang umum dan dihargai, yang masing-masing diberi peran atau fungsi tertentu untuk dilakukan, dan yang memiliki keterbatasan waktu keanggotaan (Salas, et al., 2017). Tim adalah sekelompok orang dengan kemampuan, bakat, pengalaman, dan latar belakang berbeda yang datang bersama untuk tujuan bersama. Terlepas dari perbedaan individual mereka, tujuan bersama itu menyediakan benang yang mendefinisikan mereka sebagai sebuah tim (Maginn, 2004). Maginn menambahkan bahwa bagian dari membuat kerja tim adalah meminta semua anggota tim memperhatikan dengan saksama bagaimana gagasan diungkapkan, apakah anggota tim didengarkan dan dimasukkan, apakah tim tersebut bekerja. Menjadi perhatian pada proses tim merupakan unsur penting untuk sukses.

Istilah "kerja tim" mengacu pada tindakan anggota tim yang terlibat (mis., Komunikasi, koordinasi) untuk memperoleh hasil tim. Ada beberapa hal yang mendasari kerja tim yang efektif adalah kompetensi: pengetahuan (misalnya, model mental bersama), keterampilan (komunikasi, perencanaan), dan sikap (misalnya, rasa saling percaya, keberhasilan kolektif) yang mendorong kerja tim yang efektif (Salas, et al., 2017).

Kerja tim yang merupakan kemampuan sekelompok individu untuk bekerja sama, sering dikaitkan dengan hasil yang lebih baik dan mengurangi biaya (Ezziane, et al., 2012). Kerja tim yang efektif menurut Babiker (2014), sekarang diakui secara

global sebagai alat penting untuk membangun sistem pemberian perawatan kesehatan yang lebih efektif dan berpusat pada pasien. Penggabungan tanggung jawab berbagi dengan akuntabilitas antara anggota tim dalam sistem perawatan kesehatan dapat memberikan manfaat besar. Namun, dalam praktiknya, tanggung jawab bersama tanpa kerja tim berkualitas tinggi dapat mengakibatkan risiko langsung bagi pasien.

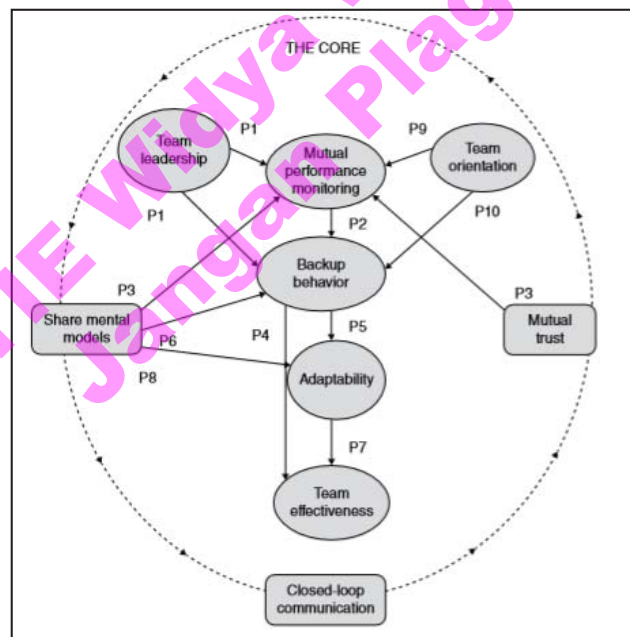
Boak, et al., (2015) menjelaskan bahwa hal penting dalam meningkatkan dan menjaga kualitas layanan yaitu kerja kolektif dalam tim, di mana pengetahuan, ide dan pengaruh dapat dibagi di antara anggota tim. Penyampaian sebagian besar layanan kesehatan membutuhkan kontribusi dari staf yang berbeda, seringkali dari berbagai profesi, dan beberapa upaya untuk meningkatkan layanan telah difokuskan pada peningkatan kerja tim antara anggota staf.

Cook (2009) menjelaskan bahwa sebuah tim dapat mencapai hal-hal yang tidak dapat dilakukan oleh individu. Tim dapat menggunakan pengetahuan dan keterampilan semua anggota tim untuk mendapatkan solusi. Menjadi bagian dari tim berkinerja tinggi menghasilkan kepemilikan dan komitmen. Orang-orang yang bekerja dalam tim berkinerja tinggi lebih mungkin untuk terlibat dengan organisasi. Mereka lebih cenderung bekerja ekstra untuk pelanggan dan kepentingan bisnis.

Menurut Boak, et al. (2017) bahwa kerja kolektif dalam tim merupakan tempat di mana pengetahuan, ide, dan pengaruh dapat dibagi di antara para pakar sehingga semakin mudah untuk meningkatkan dan mempertahankan kualitas layanan. Tim yang menangani perawatan kesehatan dalam penyampaian sebagian besar layanan kesehatan membutuhkan kontribusi dari kalangan staf, seringkali dari jabatan yang

berbeda, dan upaya untuk meningkatkan layanan telah difokuskan pada peningkatan kerja tim antara anggota staf. Pendekatan tim-kerja diadvokasi untuk pengiriman layanan kesehatan yang baik dan untuk kegiatan perbaikan.

Jenis proses tim terdiri dari: 1) Proses aksi: tindakan interdependen diambil yang difokuskan langsung pada pencapaian tujuan tim bersama; 2) Proses transisi: proses tim berfokus terutama pada persiapan atau refleksi pada mengejar tujuan dalam suatu episode kinerja tugas interdependen; 3) Proses interpersonal: proses tim yang berfokus pada manajemen hubungan interpersonal dan sosial antara anggota tim (Salas, et al., 2017).



Gambar 2.2. Model kerja tim “Big Five”; P = proses
Sumber: Salas, et al. (2017)

Model ini menguraikan bahwa kelima proses kerja tim inti adalah (1) kepemimpinan tim, (2) orientasi tim, (3) pemantauan kinerja timbal balik, (4)

perilaku cadangan, dan (5) kemampuan beradaptasi. Proses kerja tim menciptakan visi bersama di dalam tim. Proses dipengaruhi oleh kepemimpinan tim dan pembinaan, di samping lingkungan organisasi. Anggota tim secara aktif menafsirkan masukan tim melalui proses berkelanjutan untuk mengembangkan harapan dalam hal kewajiban mereka. Anggota yang memiliki ekspektasi akurat lebih mungkin terlibat dalam proses tim yang tepat pada waktu yang tepat. Proses tim ini mengarah pada kognisi bersama, yang meningkat ketika kerja tim terjadi dan, pada gilirannya, memengaruhi perilaku kerja tim di masa depan. Akhirnya, kinerja tim terdiri dari kinerja individu dan hasil kinerja tim (Salas, et al., 2017).

Cook (2009) berpendapat bahwa unsur untuk menciptakan tim yang efektif yaitu keterampilan dan pengetahuan, metode kerja, kepemimpinan, iklim. Keterampilan dan pengetahuan, Aspek ini termasuk: 1) Memiliki keseimbangan keterampilan teknis dan pengetahuan yang tepat, 2) Menggunakan pengetahuan sebelumnya dan pengalaman yang relevan, 3) Pengetahuan tentang tujuan organisasi dan tim, 4) keterampilan Brainstorming dan pengambilan keputusan, 5) Keterampilan waktu dan manajemen diri, 6) Keterampilan interpersonal misalnya, mendengarkan, mendukung, menantang, berbeda, berkompromi. Metode kerja, termasuk: tujuan, rencana kerja, agenda, pedoman, standar, ketepatan waktu, pemimpin yang ditunjuk, pengambilan keputusan, kerangka kerja briefing/komunikasi, mekanisme umpan balik. Kepemimpinan yang efektif meliputi: mendengarkan, mengumpulkan informasi, memfokuskan kembali, mendukung, mengarahkan, memeriksa dan menguji pemahaman, meringkas / menyusun kembali, membujuk, membangun ide,

memediasi. Iklim tim yang efektif meliputi: kejujuran, kepercayaan, keterbukaan, menyatakan perasaan, keterbukaan, keterbukaan diri, penerimaan bahwa kesalahan adalah bagian dari proses pembelajaran. Keempat unsur kerja tim sangat terkait satu sama lain.

3. Kepuasan Kerja

Kepuasan kerja menurut Ayivi-Guedehoussou (2016) adalah salah satu sikap pekerjaan yang mewakili penilaian keseluruhan dari pekerjaan seseorang seperti yang dialami di tempat kerja sebagai keadaan emosi yang menyenangkan yang dirasakan seseorang terhadap pekerjaannya. Dengan kata lain, sebagai tingkat di mana karyawan suatu organisasi memiliki pengaruh positif terhadap pekerjaan dan komponennya. Jain (2016) berpendapat bahwa kepuasan kerja mengandung arti proses emosional atau perasaan seperti sukacita, antusiasme, kesenangan, kebanggaan, kebahagiaan, kesenangan, dan kepuasan dan secara luas dianggap mewakili kontribusi sikap seseorang terhadap atau tentang pekerjaan.

Robbins dan Judge (2013) menjelaskan bahwa kepuasan kerja yaitu perasaan positif tentang pekerjaan, yang dihasilkan dari evaluasi karakteristiknya. Seseorang dengan tingkat kepuasan kerja yang tinggi memegang perasaan positif tentang pekerjaannya, sementara orang dengan tingkat rendah memegang perasaan negatif. Pekerjaan membutuhkan interaksi dengan rekan kerja dan atasan, mengikuti aturan dan kebijakan organisasi, memenuhi standar kinerja, hidup dengan kondisi kerja yang kurang ideal, dan sebagainya.

Kepuasan kerja yang rendah dapat menghasilkan pergantian staf dan absensi yang meningkat, yang mempengaruhi efisiensi layanan kesehatan (Ramasodi, 2010). Kepuasan kerja merupakan hasil persepsi pegawai tentang seberapa baik pekerjaan, sebagai respons emosional terhadap situasi pekerjaan (Luthans, 2011). Kepuasan kerja merupakan masalah utama bagi para profesional perawatan kesehatan di seluruh dunia. Fitur organisasi struktur (biasanya rumah sakit) dapat sangat mempengaruhi kepuasan kerja yaitu berupa kekurangan personil, kurangnya peralatan, niat untuk pergi dan lainnya. Kepuasan kerja perawat merupakan hasil dari manajemen rasional dan memiliki hubungan yang kuat dengan kepemimpinan dan motivasi yang tepat untuk organisasi perawatan kesehatan (Platis, et al., 2015).

Faktor yang mempengaruhi kepuasan kerja menurut Ayivi (2016) Ini adalah motivator atau faktor intrinsik, dan de-motivator atau faktor ekstrinsik dan higienis. Faktor intrinsik mulai dari pengakuan hingga promosi dan peningkatan karier, sehingga mendapatkan tingkat motivasi dan kepuasan kerja yang tinggi. Di sisi lain, faktor-faktor higienis atau ekstrinsik seperti upah, kondisi kerja, kebijakan perusahaan, dan keamanan kerja harus hadir untuk mencegah ketidakpuasan karyawan, sehingga karyawan tidak menjadi kehilangan motivasi. Kepuasan kerja diakui sebagai instrumental untuk kinerja karyawan yang baik yang merupakan konsep perilaku organisasi.

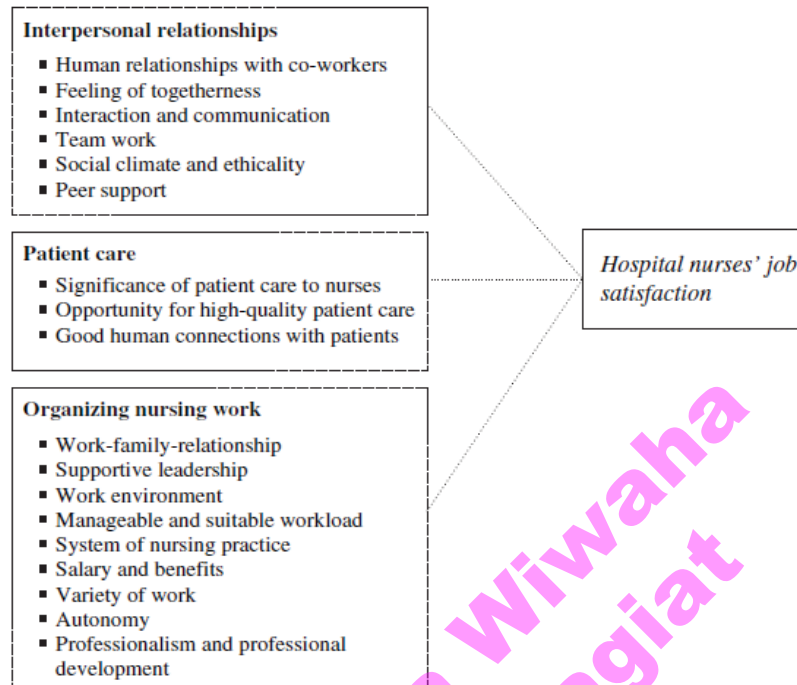
Ayivi-Guedehoussou (2016) menjelaskan bahwa salah satu teori kepuasan kerja yang paling menonjol dan umum adalah hierarki kebutuhan Maslow, yang menegaskan bahwa pemenuhan kebutuhan psikologis, seperti pembayaran dan

tunjangan yang ditawarkan oleh organisasi, harus memenuhi harapan keseluruhan karyawan. Begitu kebutuhan psikologis karyawan telah terpenuhi, tingkat kebutuhan berikutnya adalah seberapa aman perasaan karyawan di lingkungannya, yang juga menyiratkan rasa keamanan kerja dan / atau memiliki kebijakan organisasi yang baik. Tingkat kebutuhan hierarkis berikutnya adalah perasaan menjadi anggota organisasi, yang dimanifestasikan oleh hubungan positif antara kolega dan pengawas. Setelah kebutuhan yang disebutkan telah dipenuhi, tingkat keempat adalah kebutuhan untuk dihargai dan diakui dalam organisasi. Tingkat terakhir adalah aktualisasi diri karyawan yang mampu mencapai potensi dirinya dalam organisasi. Berbagai hal tersebut merupakan kebutuhan dasar karyawan yang digunakan dalam upaya meningkatkan kepuasan kerja karyawan.

Ayivi-Guedehoussou (2016) menambahkan bahwa dimensi inti dari kepuasan kerja berdasarkan teori model karakteristik pekerjaan meliputi: variasi keterampilan, identitas tugas, signifikansi tugas, otonomi, dan umpan balik. Jadi, menurut teori ini, organisasi yang berusaha meningkatkan kepuasan kerja karyawan harus fokus pada peningkatan kelima dimensi pekerjaan inti ini. Teori kepuasan kerja yang ketiga adalah pendekatan disposisional, yang menyatakan bahwa seorang individu memiliki kecenderungan untuk merasa puas atau tidak, yang tetap kurang lebih konstan sepanjang waktu. Teori ini lebih berfokus pada ciri-ciri kepribadian individu, dan karena itu memberikan sedikit kesempatan bagi organisasi untuk meningkatkan tingkat kepuasan kerja di antara karyawan mereka, karena kepuasan diyakini sepenuhnya ditentukan oleh sifat-sifat pribadi. Teori kepuasan kerja keempat teori

dual-faktor Herzberg yang dikenal sebagai teori faktor ganda karena ia berpendapat bahwa ada dua set faktor yang meningkatkan kepuasan atau menghambatnya. Hal tersebut adalah motivator atau faktor intrinsik, dan de-motivator atau faktor ekstrinsik dan higienis. Faktor intrinsik, ketika di tempat, menciptakan motivasi tinggi dan kepuasan yang tinggi untuk karyawan, mulai dari pengakuan hingga promosi dan peningkatan karier, dan ketika bertemu mereka mendapatkan tingkat motivasi dan kepuasan kerja yang tinggi. Di sisi lain, faktor-faktor higienis atau ekstrinsik seperti upah, kondisi kerja, kebijakan perusahaan, dan keamanan kerja harus hadir untuk mencegah ketidakpuasan karyawan, sehingga karyawan tidak menjadi kehilangan motivasi.

Menurut Olsen et al., (2017) bahwa untuk mengukur kepuasan kerja yaitu terkait dengan prospek pekerjaan, kondisi kerja fisik, penggunaan keterampilan, dan kepuasan keseluruhan dengan pekerjaan ketika semuanya dipertimbangkan. Utriainen dan Kynga (2009) menyatakan bahwa, tema yang signifikan untuk kepuasan kerja perawat yaitu hubungan interpersonal antara perawat, perawatan pasien dan pengorganisasian kerja keperawatan.



Gambar 2.3. Ringkasan faktor positif yang mempengaruhi kepuasan kerja perawat rumah sakit

Sumber: Utriainen dan Kynga (2009)

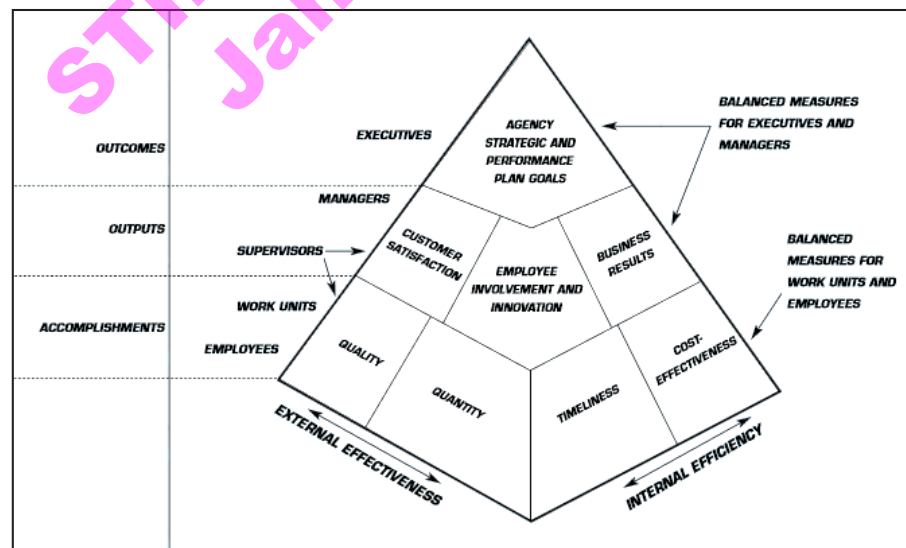
4. Kinerja Pegawai

Kinerja berasal dari kata performer Prancis kuno, yang berarti 'untuk melaksanakan dalam bentuk yang sesuai', dan didefinisikan di sini sebagai keberhasilan penyelesaian tugas, tindakan, atau proses di tempat kerja. Kinerja Maksimum adalah tidak hanya menunjukkan nilai sebenarnya dari kepemimpinan yang baik, keterampilan manajemen orang dan peran budaya organisasi dalam mengembangkan, memotivasi dan mempertahankan staf yang baik, itu juga menyandingkan ini dengan isu-isu yang lebih luas seperti mengelola perubahan, kreativitas dan inovasi, mengelola pengetahuan karyawan dan modal intelektual, dan

dampak yang ditimbulkan oleh teknologi-teknologi baru terhadap bisnis dan organisasi dalam waktu dekat (Forster, 2005).

Kinerja didefinisikan secara luas sebagai agregat dari upaya, keterampilan, dan hasil yang penting bagi karyawan dan hasil yang penting bagi perusahaan (Christen, et al., 2006). Kinerja didefinisikan sebagai keefektifan dalam menjalankan peran dan tanggung jawab terkait perawatan pasien langsung (AbuAlRub, 2004).

Miladiyah, dkk., (2015) berpendapat bahwa kinerja diukur dengan rangkaian aktivitas perawat yang memiliki pengambilan keputusan klinis, keterampilan, pengetahuan, dan kompetensi. Menurut Olsen et al., (2017) bahwa topik yang digunakan untuk mengukur kinerja mencakup kuantitas dan kualitas kinerja kerja, kemampuan memecahkan masalah di tempat kerja, dan kepuasan dengan kapasitas sendiri untuk mengembangkan dan mempertahankan hubungan kerja yang baik dengan rekan kerja.



Gambar 2.4. Pyramid Kinerja untuk Identifikasi Tindakan Kerja
Sumber: United States Office (2017)

Berdasarkan gambar tersebut langkah-langkah umum yang biasanya digunakan untuk mengukur unit kerja dan kinerja karyawan adalah kualitas, kuantitas, ketepatan waktu, dan efektivitas biaya dengan uraian sebagai berikut: 1) Kualitas membahas seberapa baik karyawan atau unit kerja melakukan pekerjaan dan / atau keakuratan atau keefektifan produk akhir. Kualitas mengacu pada akurasi, penampilan, kegunaan, atau efektivitas. Ukuran kualitas dapat mencakup tingkat kesalahan (seperti jumlah atau persentase kesalahan yang diperbolehkan per unit kerja) dan tingkat kepuasan pelanggan (ditentukan melalui survei pelanggan); 2) Kuantitas membahas berapa banyak kerja yang dihasilkan oleh karyawan atau unit kerja. Pengukuran kuantitas dinyatakan sebagai sejumlah produk yang dihasilkan atau layanan yang disediakan, atau sebagai hasil umum untuk dicapai; 3) Ketepatan Waktu menangani seberapa cepat, kapan, atau pada tanggal berapa karyawan atau unit kerja menghasilkan pekerjaan; 4) Efektivitas Biaya tentang menangani penghematan atau pengendalian biaya dengan langkah-langkah yang membahas efektivitas biaya pada tingkat sumber daya tertentu (uang, personil, atau waktu) yang biasanya dapat didokumentasikan dan ukur dalam anggaran tahunan instansi. Pengukuran efektivitas biaya dapat mencakup aspek kinerja seperti mempertahankan atau mengurangi biaya unit, mengurangi waktu yang diperlukan untuk menghasilkan atau menyediakan produk atau layanan, atau mengurangi pemborosan.

Basri (2013) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa sistem pengukuran kinerja keuangan (biaya operasi, pendapatan, dan laba) dan kinerja non keuangan yaitu: 1) dari sisi pelanggan meliputi kepuasan konsumen, pendalaman konsumen,

jumlah konsumen, dan loyalitas konsumen; 2) dari sisi internal bisnis meliputi waktu tunggu, mutu pelayanan, dan efisiensi operasi; 3) dari perspektif pembelajaran dan pertumbuhan meliputi motivasi karyawan, pendidikan dan latihan, dan teknologi informasi.

B. Kajian Penelitian yang Relevan

Penelitian pertama, yaitu oleh Boak, et al., (2015) yang berjudul "*Distributed leadership, team working and service improvement in healthcare*". Tujuannya yaitu untuk menganalisis pengenalan kepemimpinan terdistribusi dan tim yang bekerja di departemen terapi dalam organisasi layanan kesehatan dan untuk mengeksplorasi faktor-faktor yang memungkinkan pengenalan untuk menjadi sukses. Metode penelitian menggunakan metodologi studi kasus. Informasi kualitatif dan kuantitatif dikumpulkan dari satu departemen fisioterapi selama 24 bulan. Temuan penelitian yaitu kepemimpinan terdistribusi dan kerja tim adalah pusat untuk sejumlah perubahan sistem yang diprakarsai oleh departemen, yang menyebabkan peningkatan waktu tunggu pasien untuk terapi. Ada enam faktor yang tampaknya telah memengaruhi keberhasilan pengenalan pembelajaran terdistribusi dan tim yang bekerja dalam kasus ini.

Penelitian kedua, oleh Thomas, et al., (2016) yang berjudul "*Measuring distributed leadership agency in a hospital context: Development and validation of a new scale*", memiliki tujuan yaitu untuk mengembangkan dan memvalidasi instrumen yang dapat mengukur kepemimpinan terdistribusi sebagai partisipasi aktif karyawan dalam tugas-tugas. Penulis menunjuk ini sebagai agen kepemimpinan terdistribusi.

Metodologi yang digunakan yaitu dengan data dikumpulkan di semua departemen dan kelompok pekerjaan di pengaturan rumah sakit terpusat yang terpadu di Denmark. Sebanyak 1.774 karyawan dari 24 departemen rumah sakit dan 16 kelompok pekerja menyelesaikan survei kami. Model persamaan struktural dan analisis faktor konfirmatori diterapkan untuk mengidentifikasi item yang sesuai dan tes untuk pengukuran invarian, prediktif, diskriminan dan validitas konvergen, dan ANOVA diterapkan untuk menganalisis perbedaan kelompok dalam agen kepemimpinan terdistribusi. Temuan penelitian yaitu kuesioner unidimensional diidentifikasi yang terdiri dari tujuh item, karena berbeda dari, tetapi terkait dengan, memberdayakan kepemimpinan, pengaruh organisasi, sikap untuk partisipasi dan kepercayaan dalam manajemen. Seperti yang diperkirakan secara teoritis, Agen kepemimpinan terdistribusi berhubungan positif dengan self-efficacy, kepuasan kerja dan perilaku inovatif. Dokter kepala, karyawan tetap dan perwakilan karyawan mendapat skor lebih tinggi dalam skala dibandingkan dengan rekan-rekan mereka yang lain.

Penelitian ketiga, oleh Jain (2016) yang berjudul "*The mediating role of job satisfaction in the relationship of vertical trust and distributed leadership in health care context*". Tujuan penelitian yaitu untuk menyelidiki pengaruh kepercayaan vertikal pada kepemimpinan terdistribusi dan kinerja yang dimediasi oleh kepuasan kerja, dan selanjutnya untuk mengamati peran DL dalam melaksanakan efek kepuasan terhadap kinerja karyawan. Metodologi penelitian yaitu menggunakan data survei berskala besar dari sebuah penelitian di salah satu rumah sakit umum terbesar

di Denmark (N = 1.439). Hasil analisis *structural equation modelling* (SEM) menunjukkan bahwa kepuasan kerja memediasi hubungan antara kepercayaan vertikal dan kepemimpinan distributif, dan kepemimpinan distributif memiliki dampak positif pada kinerja pekerjaan. Selanjutnya, hasil penelitian menunjukkan bahwa kepuasan kerja memiliki dampak positif pada kinerja kepemimpinan distributif dan karyawan. Selain itu, kepemimpinan distributif telah secara positif mempengaruhi kinerja karyawan, dan itu membawa dampak kepuasan kerja terhadap kinerja.

C. Kerangka Penelitian

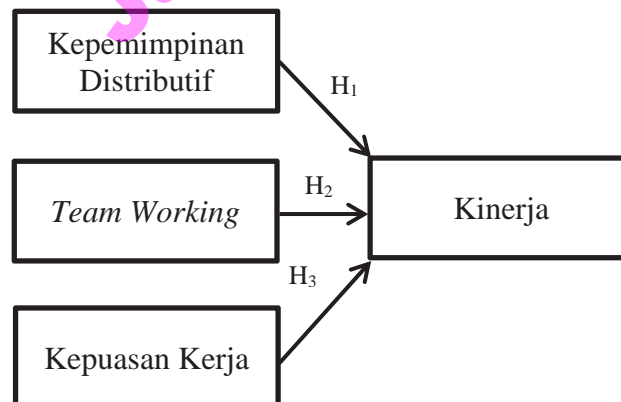
Aktivitas yang dilakukan di rumah sakit tentu sangat beragam. Keberagaman tersebut menjadikan adanya pembagian-pembagian tugas dalam pelaksanaannya karena tidak dapat dilakukan atau diputuskan sendiri oleh pemimpin. Oleh sebab itu, dalam organisasi terdapat kepemimpinan distributif. Kepemimpinan terdistribusi merupakan pembagian kerja dalam organisasi untuk mengurangi kemungkinan kesalahan yang timbul dari keputusan berdasarkan keterbatasan informasi yang tersedia untuk seorang pemimpin tunggal. Peningkatan partisipasi dalam pengambilan keputusan, maka komitmen yang lebih besar terhadap tujuan dan strategi organisasi dapat berkembang (Leithwood, et al., 2009).

Pekerjaan yang didistribusikan oleh pemimpin dapat dilakukan bersama-sama dengan rekan kerja sehingga beban kerja menjadi berkurang. Kerja sama atau *team working* tersebut dilakukan dengan saling membantu dalam menyelesaikan pekerjaan.

Sehingga permasalahan yang ada dalam pekerjaan dapat diselesaikan bersama-sama secara efektif dan efisien.

Tugas dan tanggung jawab yang mampu dilaksanakan dengan baik menjadikan rasa yang nyaman dan menyenangkan, dengan kata lain kepuasan dalam bekerja. Hal tersebut disebabkan oleh adanya kepemimpinan distributif sehingga sudah ada pembagian tugas yang jelas dan sesuai dengan kondisi dan kerjasama dalam tim yang menyebabkan pekerjaan menjadi terasa lebih mudah.

Menurut (Ayivi-Guedehoussou, 2016) bahwa kepuasan kerja diakui sebagai instrumental untuk kinerja karyawan yang baik. Teori kepuasan kerja yang ada dan pengaruhnya terhadap kinerja pekerja dan produktivitas, yang sebagian besar memiliki komponen teori motivasi manusia yang kuat. Artinya bahwa dengan adanya kepuasan kerja maka staf menjadi semangat dan termotivasi untuk menjalankan tugas dan tanggungjawab kerja sebaik mungkin, sehingga kinerja yang dihasilkan dapat menjadi optimal.



Gambar 2.5. Model Penelitian

Dalam penelitian ini, disusun Ha dan Ho sebagai berikut:

Ha : Diduga Kepemimpinan Distributif, *Team Working* dan Kepuasan Kerja berpengaruh positif dan signifikan terhadap kinerja

Ho : Diduga tidak ada pengaruh positif dan signifikan antara Kepemimpinan Distributif, *Team Working* dan Kepuasan Kerja terhadap kinerja

Hipotesis pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

H₁: Ada pengaruh positif antara Kepemimpinan Distributif dengan Kinerja Perawat di RSUD Sumbawa NTB.

H₂: Ada pengaruh positif antara *Team Working* dengan Kinerja Perawat di RSUD Sumbawa NTB.

H₃: Ada pengaruh positif antara Kepuasan Kerja dengan Kinerja Perawat di RSUD Sumbawa NTB.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif menggunakan metode survei. Menurut Sarwono (2006) bahwa pendekatan kuantitatif merupakan pendekatan yang mementingkan adanya variabel-variabel sebagai obyek penelitian dan variabel-variabel tersebut harus didefinisikan dalam bentuk operasionalisasi variabel masing-masing. Syarat yang harus terpenuhi dalam penelitian ini yaitu adanya validitas dan reliabilitas untuk menentukan kualitas hasil penelitian. Survei yaitu studi yang bersifat kuantitatif yang digunakan untuk meneliti gejala suatu kelompok atau perilaku individu, yang pada umumnya menggunakan kuesioner sebagai alat pengambilan data.

B. Definisi Operasional

1. Kepemimpinan Distributif

Kepemimpinan terdistribusi merupakan kepemimpinan yang memberikan peluang kepada pekerja untuk membuat keputusan dalam hal-hal tertentu yang dapat membantu pemimpin untuk melaksanakan perubahan dalam semua aspek pengurusan organisasi dengan dukungan pekerja. Menurut Currie dan Lockett (2011), pola kepemimpinan distributif bergantung pada berbagai faktor, seperti: kehadiran target pusat, skala inisiatif perubahan yang didorong oleh kepemimpinan, tahapan temporal aktivitas kepemimpinan distributif yang berbeda. Serta dapat menambahkan faktor

kontingen penting lainnya, seperti sejauh mana mosaik profesi mencirikan domain perubahan yang didorong oleh kepemimpinan distributif.

2. Team Working

Kerja tim merupakan tindakan seperti komunikasi dan koordinasi oleh anggota yang terlibat untuk mendapatkan hasil. Kerja kolektif dalam tim merupakan tempat di mana pengetahuan, ide, dan pengaruh dapat dibagi di antara para pakar sehingga semakin mudah untuk meningkatkan dan mempertahankan kualitas layanan (Boak, et al., 2017). Pendekatan tim-kerja dalam pelayanan kesehatan bertujuan untuk pengiriman layanan kesehatan yang baik dan untuk kegiatan perbaikan. Menurut Cook (2009), Unsur untuk menciptakan tim yang efektif yaitu keterampilan dan pengetahuan, metode kerja, kepemimpinan, iklim. Keterampilan dan pengetahuan, Aspek ini termasuk: 1) Memiliki keseimbangan keterampilan teknis dan pengetahuan yang tepat, 2) Menggunakan pengetahuan sebelumnya dan pengalaman yang relevan, 3) Pengetahuan tentang tujuan organisasi dan tim, 4) keterampilan Brainstorming dan pengambilan keputusan, 5) Keterampilan waktu dan manajemen diri, 6) Keterampilan interpersonal.

3. Kepuasan Kerja

Kepuasan kerja adalah salah satu sikap pekerjaan yang mewakili penilaian keseluruhan dari pekerjaan seseorang seperti yang dialami di tempat kerja sebagai keadaan emosi yang menyenangkan yang dirasakan seseorang terhadap pekerjaannya (Ayivi-Guedehoussou, 2016). Jain (2016) berpendapat bahwa kepuasan kerja

mengandung arti proses emosional atau perasaan seperti sukacita, antusiasme, kesenangan, kebanggaan, kebahagiaan, kesenangan, dan kepuasan dan secara luas dianggap mewakili kontribusi sikap seseorang terhadap atau tentang pekerjaan. Pengukuran kepuasan kerja yaitu terkait dengan prospek pekerjaan, kondisi kerja fisik, penggunaan keterampilan, dan kepuasan keseluruhan dengan pekerjaan ketika semuanya dipertimbangkan (Olsen et al., 2017). Tema yang signifikan untuk kepuasan kerja perawat yaitu hubungan interpersonal antara perawat, perawatan pasien dan pengorganisasian kerja keperawatan (Utriainen dan Kynga, 2009).

4. Kinerja

Kinerja yaitu keberhasilan penyelesaian tugas, tindakan, atau proses di tempat kerja. Kinerja merupakan agregat dari upaya, keterampilan, dan hasil yang penting bagi karyawan dan hasil yang penting bagi perusahaan (Christen, et al., 2006). Kinerja yaitu keefektifan dalam menjalankan peran dan tanggung jawab terkait perawatan pasien langsung (AbuAlRub, 2004). Miladiyah, dkk., (2015) berpendapat bahwa kinerja diukur dengan rangkaian aktivitas perawat yang memiliki pengambilan keputusan klinis, keterampilan, pengetahuan, dan kompetensi. Menurut Olsen et al., (2017) bahwa topik yang digunakan untuk mengukur kinerja mencakup kuantitas dan kualitas kinerja kerja, kemampuan memecahkan masalah di tempat kerja, dan kepuasan dengan kapasitas sendiri untuk mengembangkan dan mempertahankan hubungan kerja yang baik dengan rekan kerja. Langkah-langkah umum yang biasanya digunakan untuk mengukur unit kerja dan kinerja karyawan

adalah kualitas, kuantitas, ketepatan waktu, dan efektivitas biaya (United States Office, 2017).

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi pada penelitian ini yaitu semua perawat yang bekerja di Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa NTB. Perawat di RSUD Sumbawa terdiri dari 38 perawat laki-laki dan 171 perawat perempuan, sehingga populasi pada penelitian ini yaitu 209 perawat.

2. Sampel

Pada penelitian ini teknik pengambilan sampel yang digunakan yaitu *cluster sampling*. Menurut Sekaran dan Bougie (2013), *Cluster sampling* adalah sampel yang dikumpulkan dalam kelompok atau bagian dari elemen, yang idealnya merupakan agregat alami atau elemen dalam populasi. Pada pengambilan sampel kluster, populasi target pertama dibagi menjadi kluster. Dari sampel acak kelompok diambil dan untuk setiap kelompok yang dipilih baik semua elemen atau sampel elemen dimasukkan dalam sampel.

Perhitungan sampel menggunakan rumus *Slovin* yaitu sebagai berikut:

$$n = N / (1 + N.(e)^2)$$

Keterangan :

n = Jumlah Sampel

N = Jumlah Total Populasi

e = Batas Toleransi *Error*

Dalam penelitian ini, populasi berasal dari beberapa unit kerja atau ruang perawatan atau di disebut Zal. Di RSUD Sumbawa terdapat beberapa Ruang Perawatan sebagaimana uraian pada tabel di bawah ini:

Tabel 3.1. Data Tenaga Perawat di RSUD Sumbawa NTB

| No | Ruangan | Jumlah |
|--------------|-------------------------------|------------|
| 1 | VIP | 20 |
| 2 | Instalasi Gawat Darurat (IGD) | 25 |
| 3 | ICU | 18 |
| 4 | IBS | 21 |
| 5 | Ruang Penyakit Dalam | 25 |
| 6 | Ruang Anak | 18 |
| 7 | Ruang NICU | 18 |
| 9 | Ruang Bedah | 26 |
| 10 | Poli Klinik | 38 |
| Total | | 209 |

Data primer, diolah 2018

Tabel di atas menggambarkan jumlah ruangan perawatan di RSUD Sumbawa. Dalam penelitian ini untuk menentukan sampel dilakukan dalam menggunakan metode *Two-Stage Cluster Sampling* dimana pengambilan sampel dilakukan dalam dua tahap. Tahap pertama memilih beberapa *cluster* dalam populasi secara acak sebagai sample dan tahap kedua memilih elemen dari tiap *cluster* terpilih secara acak (Scheafer, et.al., 1996). Berdasarkan ruang perawatan yang ada, pertama ditentukan secara acak ruangan perawatan untuk menjadi sampel dari populasi dan kemudian dari ruangan tersebut dilakukan pemilihan perawat sebagai sampel.

Pada Penelitian ini jumlah populasi yaitu 209 kesalahan 5%, maka jumlah sampelnya 137,27 atau 137 perawat. Berdasarkan perhitungan sampel tersebut maka, masing-masing sampel untuk jenis kelamin perawat adalah sebagai berikut:

Tabel 3.2. Sampel Perawat di RSUD Sumbawa NTB

| No. | Perawat | Populasi | Sampel |
|-------|-----------|----------|--------|
| 1. | Laki-Laki | 38 | 25 |
| 2. | Perempuan | 171 | 112 |
| Total | | 209 | 137 |

Data primer, diolah 2018

D. Lokasi Penelitian

Lokasi dilakukannya penelitian ini adalah di Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa NTB yang beralamat di Jl. Garuda Nomor 5 Sumbawa Besar Kabupaten Sumbawa, Nusa Tenggara Barat. 84371.

E. Metode Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan data primer. Menurut Sekaran dan Bougie (2013) data primer adalah informasi yang diperoleh yang diperoleh langsung oleh peneliti dari responden atas variabel-variabel dengan tujuan tertentu. Data primer pada penelitian ini diperoleh dengan menggunakan metode survei. Survei adalah sebuah proses pengukuran dengan menggunakan wawancara yang sangat terstruktur (Cooper dan Schindler, 2014). Metode survei dilakukan dengan menggunakan kuesioner. Kuesioner merupakan metode pengumpulan data primer yang terdiri atas serangkaian pertanyaan atau pernyataan terkait suatu variabel atau fenomena tertentu yang akan dijawab oleh responden (Sekaran dan Bougie, 2013). Penelitian ini akan menggunakan kuesioner tertutup (*close-ended questionnaire*). Kuesioner tertutup merupakan pertanyaan atau pernyataan yang mengharuskan responden untuk membuat pilihan di antara alternatif jawaban yang telah disediakan (Sekaran dan Bougie, 2013). Seluruh pertanyaan yang ada pada kuesioner bersifat wajib untuk dijawab oleh responden. Kuesioner pada penelitian ini berisi butir-butir pernyataan yang digunakan untuk mengukur variabel-variabel penelitian yaitu kepemimpinan distributif, *team working*, kepuasan kerja, dan kinerja.

F. Pengujian Instrumen

1. Pengujian Validitas

Tujuan Uji Validitas yaitu untuk mengetahui kemampuan butir-butir kuisisioner dalam menjelaskan informasi yang akan dilakukan penelitian (Ghozali, 2011). Pengujian validitas yang digunakan dalam pengumpulan data yang diperoleh dengan cara mengkorelasi setiap skor variabel jawaban responden dengan total skor masing-masing variabel. Pengujian Validitas dilakukan menggunakan bantuan program SPSS. Uji validitas yang digunakan adalah model korelasi yaitu *product moment* model *pearson*, dengan menghubungkan skor indikator pada masing-masing variabel dengan skor total. Kriteria yang digunakan yaitu bila nilai signifikansi suatu variabel lebih kecil dari $\alpha = 0,05$ (5%), artinya alat ukur memiliki validitas tinggi, maksudnya pernyataan yang ada dalam kuisisioner dapat digunakan untuk mengukur fungsi ukurnya, sesuai dengan yang diharapkan.

2. Pengujian Reliabilitas

Uji reliabilitas merupakan indikasi stabilitas dan konsistensi instrumen dalam mengukur konsep dan membantu menilai "kebaikan" suatu ukuran (Sekaran dan Bougie, 2013). Kuisisioner dapat dikatakan reliabel atau handal jika jawaban seseorang terhadap pernyataan adalah konsisten. Reliabilitas diukur dengan menggunakan *Cronbach's Alpha* yang dapat menunjukkan seberapa baik tingkat konsistensi jawaban dari responden terhadap kuisisioner yang diberikan. Tingkat konsistensi atau reliabilitas jawaban responden ini dapat dilihat dari nilai koefisien

alpha yang dihasilkan, jika koefisien *alpha* semakin mendekati angka 1 maka semakin reliabel atau semakin tinggi tingkat keandalanya.

3. Uji Normalitas

Uji normalitas bertujuan untuk menguji apakah dalam model regresi variabel pengganggu atau residual memiliki distribusi normal (Ghozali, 2009). Uji normalitas dalam penelitian ini dengan menggunakan uji Kolmogorov-Smirnov. Cara pengambilan keputusannya yaitu apabila nilai Kolmogorov-Smirnov hitung < dari Kolmogorov-Smirnov tabel maka data berdistribusi normal.

G. Analisis Data

Analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis regresi sederhana dan analisis regresi berganda yang akan menggunakan bantuan program SPSS. Regresi linier berganda adalah alat statistik yang digunakan untuk mengembangkan persamaan estimasi bobot atau nilai yang memprediksi nilai variabel dependen dari nilai variabel-variabel independen (Cooper dan Schindler, 2014).

1. Uji Asumsi Klasik

a. Uji Multikolinieritas

Uji multikolinieritas digunakan untuk menguji apakah model regresi ini memiliki korelasi (hubungan) antar variabel bebas atau tidak. Uji multikolinieritas dapat dilihat dari nilai toleransi dan nilai *Variance Inflation Factor* (VIF). Nilai yang umum dipakai untuk menunjukkan adanya

multikolinearitas adalah nilai toleransi $< 0,1$ sama dengan $VIF > 10$ (Ghozali, 2009).

b. Uji Heteroskedastisitas

Pengujian ini dilakukan untuk menguji apakah dalam model regresi terjadi ketidaksamaan *variance* dari residual satu pengamatan ke pengamatan lain. Model regresi yang baik adalah yang homoskedastisitas atau tidak terjadi heterokedastisitas (Ghozali, 2009). Cara untuk mendeteksi adanya heteroskedastisitas adalah dengan Uji Glejser. Pengujian ini mengusulkan untuk meregresi nilai *absolute residual* terhadap variabel independen lainnya. Rumus uji Glejser sebagai berikut:

$$|U_t| = \alpha + \beta X_t + v_t$$

Keterangan:

$|U_t|$: absolute residual
 α : konstanta
 β : koefisien variabel bebas/independen
 X_t : variabel bebas/independen
 v_t : unsur kesalahan

Jika nilai signifikansi dari regresi atas *absolute residual* dan tiap-tiap variabel independen tersebut lebih dari nilai signifikansi 0,05, maka model regresi tersebut tidak mengalami heteroskedastisitas.

2. Pengembangan Formulasi Dasar

Pada penelitian ini menggunakan model formulasi dasar yang sesuai dengan model untuk pengujian regresi, yaitu:

$$Y = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3$$

Keterangan:

Y : Kinerja

β : Koefisien regresi

X₁: Kepemimpinan distributif

X₂: *Team Working*

X₃: Kepuasan kerja

α : Konstanta

3. Uji statistik t

Uji statistik t pada dasarnya menunjukkan seberapa jauh pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen secara individual. Dasar pengambilan keputusannya adalah dengan membandingkan nilai signifikansi hasil perhitungan dengan tingkat kepercayaan sebesar 5%. Apabila nilai *sig* lebih kecil dari tingkat kepercayaan sebesar 5% ($\text{sig} < \alpha$), maka dapat disimpulkan bahwa variabel independen mempunyai pengaruh signifikan terhadap variabel dependen (Ghozali, 2009).

4. Uji Statistik F

Uji statistik F digunakan untuk mengetahui apakah semua variabel independen secara bersama-sama berpengaruh terhadap variabel dependen. Dasar pengambilan keputusannya adalah dengan membandingkan nilai signifikansi

hasil perhitungan dengan tingkat kepercayaan sebesar 5%. Apabila nilai signifikansi lebih kecil dari 0,05, maka seluruh variabel independen secara bersama-sama berpengaruh terhadap variabel dependen (Ghozali, 2009). Hasil perhitungan tersebut kemudian dibandingkan dengan F tabel. Jika F hitung sama dengan atau lebih besar dari F tabel dengan taraf signifikansi 5 %, maka pengaruh antara variabel independen dengan variabel dependen adalah signifikan.

5. Goodness of Model Fit

Analisis *goodnes of model fit* akan digunakan untuk mengukur seberapa bagus model regresi yang dikembangkan untuk memprediksi variabel dependen (Cooper dan Schindler, 2014: 487). Pengukuran *goodness of fit model* dapat dilakukan dengan menggunakan uji koefisien determinasi (R^2). Uji koefisien determinasi (R^2) merupakan penjelasan mengenai persentase variabel independen mempengaruhi variabel dependen. Uji koefisien determinasi (R^2) memiliki tujuan untuk mengetahui proporsi varians variabel dependen yang dijelaskan oleh variabel independen secara bersama-sama yang dijelaskan dalam model regresi. Nilai R^2 berkisar diantara 0 sampai 1. Apabila nilai R^2 mendekati 0, maka hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen menjadi semakin kecil. Apabila nilai R^2 mendekati 1, hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen menjadi semakin kuat.

6. Tingkat Signifikansi

Pada penelitian ini peneliti akan menggunakan tingkat signifikansi sebesar 5% (0,05). Artinya adalah jika hasil uji signifikansi $\leq 0,05$, maka hubungan antara variabel independen dan variabel dependen signifikan (Cooper dan Schindler, 2014).

STIE Widya Wiwaha
Jangan Plagiat