

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tingkat Stres Kerja Perawat Kamar Bedah

2.1.1 Definisi Stres Kerja

Stres merupakan respons fisiologis dan psikologis yang muncul ketika individu menghadapi tekanan atau tuntutan yang dirasakan melebihi kapasitasnya. Lazarus dan Folkman mendefinisikan stres sebagai suatu hubungan antara individu dan lingkungannya yang dinilai membebani atau melampaui sumber daya yang dimiliki serta mengancam kesejahteraan seseorang (Lazarus & Folkman, 1984) dalam (Fatahilah et al., 2024). Robbins et al. (2019) juga menyatakan bahwa stres terjadi ketika individu merasa bahwa situasi yang dihadapinya mengandung ancaman terhadap kebutuhan atau tujuannya. Dalam dunia kerja, stres dapat bersumber dari faktor internal maupun eksternal, dan jika tidak ditangani, dapat berdampak negatif terhadap kesehatan fisik maupun mental.

Secara lebih spesifik, Stres kerja adalah respon fisik dan emosional yang merugikan yang terjadi ketika tuntutan pekerjaan tidak sesuai dengan sumber daya, kemampuan, atau kebutuhan pekerja (Mcvicar, 2016). Dalam konteks keperawatan, stres kerja sering kali bersumber dari intensitas beban kerja yang tinggi, tanggung jawab atas keselamatan pasien, serta dinamika kerja antarprofesi yang kompleks (Zabin et al., 2025). Perawat kamar bedah merupakan salah satu kelompok tenaga kesehatan yang rentan mengalami stres

kerja tinggi, mengingat lingkungan kamar bedah yang penuh tekanan, bersifat kritis, serta menuntut koordinasi dan ketelitian yang tinggi. Penelitian oleh Aziz (2020) menunjukkan bahwa perilaku kepemimpinan kepala ruangan memiliki pengaruh positif langsung terhadap kepuasan kerja perawat. Sebaliknya, stres kerja berpengaruh negatif terhadap kepuasan tersebut. Ketika kepala ruangan tidak responsif terhadap kebutuhan psikososial staf, hal ini dapat meningkatkan tingkat stres yang pada akhirnya menurunkan kepuasan kerja dan kinerja perawat.

2.1.2 Faktor Penyebab Stres Kerja

Stres kerja perawat dipengaruhi oleh kombinasi faktor internal dan eksternal yang membentuk kerentanan psikologis serta tekanan operasional dalam lingkungan kerja keperawatan. Menurut McVicar (2016), faktor internal mencakup karakteristik individu seperti usia, masa kerja, jenis kelamin, tingkat pendidikan, serta kondisi kesehatan yang menentukan kemampuan perawat dalam menilai dan merespons stresor. Perawat dengan pengalaman klinis rendah, kondisi fisik yang kurang stabil, atau ketahanan emosi yang terbatas cenderung lebih mudah mengalami stres ketika menghadapi tuntutan kerja yang tinggi di kamar bedah. Di sisi lain, Jerng et al. (2017) menjelaskan bahwa faktor eksternal seperti beban kerja berlebih, ketidakjelasan tanggung jawab, komunikasi yang tidak efektif, dinamika tim lintas unit, serta tekanan lingkungan kerja dapat meningkatkan intensitas stres karena mengganggu koordinasi dan stabilitas praktik klinis. Interaksi antara faktor internal dan eksternal ini menciptakan akumulasi tekanan psikologis yang dapat memperbesar risiko stres kerja pada

perawat kamar bedah apabila tidak didukung oleh sistem organisasi dan kepemimpinan yang responsif.

Stres kerja dipengaruhi oleh berbagai faktor yang dapat dikategorikan ke dalam tiga kelompok utama: faktor individu, organisasi, dan lingkungan kerja. Menurut Wahyuni, et al. (2020), faktor individu meliputi karakteristik personal seperti usia, tingkat pendidikan, pengalaman kerja, dan kondisi kesehatan yang dapat memengaruhi persepsi seseorang terhadap stresor. Faktor organisasi melibatkan struktur kerja, beban kerja, peran ganda, serta keterbatasan sumber daya manusia yang dapat menciptakan tekanan psikologis. Sementara itu, faktor lingkungan mencakup kondisi fisik ruang kerja, hubungan interpersonal, serta iklim komunikasi di tempat kerja. Ketiga faktor tersebut saling berinteraksi dan dapat meningkatkan risiko stres apabila tidak ditangani secara sistemik.

Dalam konteks perawat kamar bedah, stres kerja lebih dominan dipicu oleh faktor organisasi dan lingkungan, terutama yang berkaitan dengan kepemimpinan kepala ruangan. Kamar bedah merupakan unit dengan intensitas kerja tinggi, risiko klinis besar, dan tekanan koordinasi tim yang sangat kompleks (Handoko & Irawan, 2025). Jika gaya kepemimpinan kepala ruangan cenderung otoriter, kurang komunikatif, atau tidak memberikan dukungan emosional kepada staf, maka perawat akan lebih rentan mengalami stres kerja berat. Aziz (2020) menemukan bahwa perilaku kepemimpinan memiliki hubungan yang signifikan dengan kepuasan kerja perawat, di mana gaya kepemimpinan yang kurang suportif dan tidak adaptif terhadap kebutuhan emosional staf dapat memperburuk stres kerja dan menurunkan kepuasan kerja.

Oleh karena itu, memahami aspek kepemimpinan sebagai faktor penyebab stres menjadi krusial dalam merancang strategi manajerial yang mampu menciptakan lingkungan kerja yang lebih sehat dan produktif.

2.1.3 Tingkat Stres Kerja

Stres kerja merupakan salah satu isu krusial dalam praktik keperawatan yang berdampak langsung pada kesejahteraan tenaga kesehatan dan kualitas pelayanan. Menurut N. Nursalam et al. (2022), tingkat stres kerja pada perawat mencerminkan intensitas respons psikologis terhadap tekanan yang dialami dalam lingkungan kerja klinis. Gray-Toft dan Anderson (1981), melalui pengembangan instrumen *Nursing Stress Scale* (NSS), mengidentifikasi bahwa stres kerja pada perawat dapat dikaji melalui tujuh dimensi utama: *Death and Dying*, *Conflict with Physicians*, *Inadequate Preparation*, *Lack of Support*, *Conflict with Other Nurses*, *Workload*, dan *Uncertainty Concerning Treatment*. Dimensi-dimensi ini mencerminkan sumber tekanan spesifik yang dialami perawat dalam praktik klinis, terutama dalam unit dengan tekanan tinggi seperti kamar bedah.

Tingkat stres kerja mengacu pada tingkat keparahan reaksi psikologis dan fisiologis yang dirasakan individu akibat tekanan kerja yang dialaminya. Menurut Sirait et al. (2022), klasifikasi tingkat stres kerja dibedakan menjadi tiga kategori, yaitu stres rendah, stres sedang, dan stres tinggi. Klasifikasi ini didasarkan pada intensitas tekanan, durasi stres, serta dampaknya terhadap fungsi kognitif dan perilaku kerja. Penentuan tingkat stres penting dilakukan untuk membantu perawat dan manajer keperawatan dalam menyusun strategi

manajemen stres yang tepat, khususnya di lingkungan kerja berisiko tinggi seperti kamar bedah. Berikut adalah klasifikasi tingkat stres kerja:

1. Stres rendah

Individu masih mampu menjalankan aktivitas harian secara normal meskipun berada dalam tekanan. Kemampuan untuk berkonsentrasi dan menyelesaikan tugas tetap terjaga.

2. Stres sedang

Timbul gejala psikosomatik seperti gangguan tidur, kelelahan, penurunan konsentrasi, dan ketegangan emosional. Kondisi ini membutuhkan dukungan sosial atau manajerial.

3. Stres tinggi

Ditandai dengan gangguan psikologis serius seperti kecemasan berat, insomnia, gejala depresi, bahkan penarikan diri dari lingkungan sosial. Dalam ruang kerja seperti kamar bedah, stres tinggi berisiko tinggi menyebabkan kesalahan kerja, menurunnya mutu pelayanan, serta berdampak pada keselamatan pasien.

2.2 Tingkat Konflik Interpersonal Perawat Kamar Bedah

2.2.1 Definisi Konflik Interpersonal

Konflik merupakan kondisi ketidaksesuaian antara dua pihak atau lebih yang terjadi karena perbedaan persepsi, nilai, tujuan, atau kepentingan yang saling bertentangan. Robbins et al (2019) menjelaskan bahwa konflik muncul ketika salah satu pihak merasa dirugikan oleh tindakan pihak lain yang dianggap

mengancam kepentingannya. Konflik kerja dalam organisasi, termasuk di rumah sakit, sering kali terjadi karena kesenjangan komunikasi, perbedaan kepentingan, kesalahpahaman, serta tekanan psikologis akibat lingkungan kerja yang kompetitif. Hasibuan (2016) juga menambahkan bahwa konflik kerja merupakan pertentangan emosional yang timbul akibat perbedaan pendapat antar individu atau kelompok, dan jika tidak ditangani dengan tepat dapat mengganggu stabilitas organisasi.

Dalam konteks keperawatan, konflik interpersonal adalah proses dinamis yang muncul antara individu yang saling bergantung ketika terdapat perbedaan tujuan, sumber daya terbatas, atau gangguan dalam pencapaian tujuan (Jereng et al., 2017). Menurut Sirait et al. (2022), konflik interpersonal dalam keperawatan sering dipicu oleh ketimpangan komunikasi, ketidakjelasan tugas, serta kurangnya dukungan dari atasan. Gaya kepemimpinan kepala ruangan yang otoriter, tidak partisipatif, atau tidak komunikatif juga terbukti menjadi salah satu penyebab utama konflik interpersonal di antara perawat kamar bedah. Pemimpin yang gagal menciptakan lingkungan kerja yang terbuka dan kolaboratif cenderung memicu gesekan antarstaf, meningkatkan tekanan emosional, dan menurunkan efektivitas kerja tim (Minehart et al., 2020).

2.2.2 Faktor Penyebab Konflik Interpersonal

Konflik interpersonal pada perawat tidak hanya dipengaruhi oleh dinamika organisasi, tetapi juga oleh interaksi antara faktor internal individu dan faktor eksternal dari lingkungan kerja. Menurut McVicar (2016), faktor internal seperti kelelahan emosional, kondisi kesehatan, perbedaan kepribadian, serta

kemampuan regulasi emosi memengaruhi cara perawat merespons tekanan situasional sehingga dapat memperbesar risiko terjadinya gesekan interpersonal. Perawat yang mengalami kelelahan fisik atau kurang tidur, misalnya, cenderung memiliki toleransi lebih rendah terhadap perbedaan pendapat dan lebih mudah terlibat dalam konflik. Sementara itu, Jerng et al. (2017) menekankan peran faktor eksternal seperti komunikasi yang tidak efektif, ketidakjelasan tanggung jawab, beban kerja tinggi, koordinasi antarunit yang kurang optimal, serta tekanan lingkungan kerja rumah sakit sebagai pemicu utama konflik interpersonal. Kondisi-kondisi ini menciptakan ketidaksinkronan dalam kolaborasi tim, meningkatkan kemungkinan miskomunikasi, dan memunculkan ketegangan antarprofesi. Interaksi antara faktor internal individu dan faktor eksternal operasional inilah yang memperbesar potensi konflik interpersonal pada perawat kamar bedah yang bekerja di bawah tekanan tinggi.

Konflik interpersonal di lingkungan kerja merupakan fenomena kompleks yang dipengaruhi oleh berbagai faktor. Robbins & Judge, (2009) dalam (Wobodo, 2019) mengelompokkan penyebab konflik kerja ke dalam tiga faktor utama: komunikasi, struktur organisasi, dan faktor pribadi. Komunikasi yang buruk, terutama kesulitan semantik dan perbedaan dalam penyampaian pesan, sering kali memicu kesalahpahaman antarindividu. Struktur organisasi seperti ketidak jelasan wewenang, sistem imbalan yang tidak adil, dan gaya kepemimpinan yang tidak sesuai juga menjadi sumber konflik yang signifikan. Sementara itu, faktor pribadi seperti perbedaan karakter, sistem nilai, dan

kepribadian dapat memperbesar potensi konflik, khususnya dalam lingkungan kerja dengan tekanan tinggi seperti kamar bedah.

Lebih lanjut, menurut artikel Wazqar et al (2017), konflik interpersonal dalam keperawatan juga disebabkan oleh perbedaan kepribadian antara perawat atau antara perawat dengan atasan, ketidakjelasan peran dan tanggung jawab, ketimpangan hierarkis atau otoritas, beban kerja yang berlebihan, ketegangan antar shift kerja dan kurangnya komunikasi terbuka dalam tim. Di antara semua faktor tersebut, gaya kepemimpinan kepala ruangan menjadi faktor dominan yang memperkuat atau meredam konflik. Ketika pemimpin gagal menciptakan sistem kerja yang adil, menyalurkan beban kerja secara merata, serta tidak memberikan ruang partisipatif dalam pengambilan keputusan, maka konflik antarperawat lebih mudah terjadi dan berkembang (Thapa et al., 2022).

2.2.3 Tingkat Konflik Interpersonal

Tingkat konflik interpersonal mengukur sejauh mana seseorang mengalami gangguan dalam hubungan sosial di tempat kerja yang berpengaruh terhadap kesejahteraan psikologis dan efektivitas kerja (Motsumi, 2024). Konflik ini dapat terjadi secara verbal maupun nonverbal, terbuka atau tersembunyi, dan muncul akibat perbedaan kepribadian, ketimpangan komunikasi, hingga struktur kerja yang tidak adil. Dalam lingkungan kerja keperawatan, terutama di kamar bedah yang sangat menuntut ketepatan dan koordinasi, konflik interpersonal berpotensi menjadi hambatan besar terhadap kinerja tim dan mutu layanan (Chang et al., 2017). Menurut (Spector & Jex, 1998) melalui instrumen *Interpersonal Conflict at Work Scale* (ICAWS), tingkat konflik interpersonal

diklasifikasikan ke dalam tiga tingkatan, masing-masing mencerminkan intensitas dan dampaknya sebagai berikut:

1. Tingkat Konflik Rendah

Pada tingkat ini, perawat mengalami interaksi kerja yang umumnya harmonis. Ketegangan hanya bersifat sementara, biasanya tidak mengganggu kinerja atau hubungan profesional. Konflik yang muncul pada tingkat ini seringkali bersifat tidak langsung, seperti perbedaan pendapat ringan atau ketidaksesuaian jadwal kerja. Individu pada tingkat ini masih memiliki kendali atas emosinya, mampu menyelesaikan masalah melalui komunikasi terbuka, dan tetap menunjukkan sikap kooperatif dalam tim.

2. Tingkat Konflik Sedang

Konflik pada tingkat ini mulai mengganggu suasana kerja dan produktivitas. Perawat mungkin menunjukkan gejala stres ringan, seperti kelelahan emosional atau enggan berkomunikasi dengan rekan kerja tertentu. Interaksi menjadi formal atau bahkan pasif-agresif. Konflik bisa bersumber dari ketidakjelasan peran, kecemburuan profesional, atau beban kerja yang dirasa tidak adil. Jika tidak ditangani dengan mediasi atau intervensi manajerial, konflik ini dapat meningkat ke tingkat yang lebih serius dan menyebabkan penurunan kinerja tim secara keseluruhan.

3. Tingkat Konflik Tinggi

Pada tingkat ini, konflik bersifat kronis dan berdampak signifikan terhadap performa individu maupun tim. Perawat menunjukkan penurunan motivasi, resistensi terhadap kolaborasi, bahkan menarik diri dari interaksi sosial.

Ketegangan bisa meningkat menjadi pertengkaran terbuka atau sabotase pasif terhadap pekerjaan rekan. Kondisi ini umumnya disebabkan oleh gaya kepemimpinan yang otoriter, tidak transparan, serta lingkungan kerja yang menekan. Dalam unit kritis seperti kamar bedah, konflik tingkat tinggi dapat berujung pada kesalahan klinis, meningkatnya angka kejadian tidak diinginkan, hingga putusya hubungan kerja secara permanen.

Pengukuran tingkat konflik interpersonal secara akurat diperlukan untuk deteksi dini dan penanganan yang efektif. Pengetahuan mengenai klasifikasi konflik ini akan membantu kepala ruangan dan manajemen keperawatan dalam mengembangkan kebijakan yang mendorong kerja sama tim, komunikasi terbuka, dan resolusi konflik berbasis profesionalisme.

2.3 Gaya Kepemimpinan Kepala Ruangan

2.3.1 Definisi Kepemimpinan

Kepemimpinan adalah kemampuan seseorang untuk memengaruhi, mengarahkan, dan menggerakkan individu atau kelompok untuk mencapai tujuan bersama. Robbins dan Judge (2019) mendefinisikan kepemimpinan sebagai proses memengaruhi orang lain untuk memahami dan sepakat terhadap apa yang perlu dilakukan dan bagaimana melakukannya secara efektif (Robbins et al., 2019). Dalam sejarah pemikiran, Niccolò Machiavelli dalam *Il Principe* menyatakan bahwa "lebih aman bagi seorang pemimpin untuk ditakuti daripada dicintai, jika tidak dapat memiliki keduanya", menekankan pentingnya kekuatan dan kewaspadaan dalam mempertahankan otoritas (Machiavelli, 2019). Namun

dalam perspektif modern, (Sinek, 2014) menekankan bahwa pemimpin sejati adalah mereka yang “makan terakhir”, menempatkan kepentingan tim di atas kepentingan pribadi. Pendekatan ini selaras dengan pandangan Dea Tanyo (2020) dalam *Leiden is Lijden* bahwa memimpin adalah komitmen penuh terhadap tanggung jawab dan pengorbanan, bukan sekadar posisi kekuasaan. Kepemimpinan modern tidak hanya menuntut visi, tetapi juga integritas, empati, dan kesadaran etis (Tanyo, 2017). Kepemimpinan ini menjadi landasan penting dalam memahami bagaimana kepala ruangan memimpin tim keperawatan, khususnya di kamar bedah yang menuntut ketelitian, koordinasi, dan komunikasi lintas profesi secara intensif (Irby et al., 2024). Gaya kepemimpinan kepala ruangan tidak hanya memengaruhi efektivitas tim, tetapi juga berdampak langsung pada tingkat stres dan konflik interpersonal perawat yang berada di bawah koordinasinya.

2.3.2 Kepala Ruangan

Kepala ruangan merupakan perawat senior yang memiliki tanggung jawab manajerial dan kepemimpinan dalam mengelola seluruh aktivitas pelayanan keperawatan di unit kerja (Cappelli et al., 2024). Posisi ini tidak hanya menuntut keahlian klinis, tetapi juga kapasitas dalam mengarahkan, mengatur, dan mendampingi tim keperawatan untuk mencapai mutu pelayanan yang optimal. Menurut Wahyuni (2020), kepala ruangan berperan sebagai koordinator, fasilitator, dan pemimpin unit kerja yang menghubungkan antara kebijakan manajemen dan pelaksanaan pelayanan di tingkat operasional. Dalam ruang kerja yang penuh tekanan seperti kamar bedah, peran kepala ruangan menjadi

sangat vital karena menuntut pengambilan keputusan cepat, ketepatan koordinasi, serta pengelolaan sumber daya manusia secara efisien.

Kepemimpinan kepala ruangan sangat dipengaruhi oleh gaya kepemimpinan yang diterapkan, sebagaimana telah dijelaskan pada Subbab sebelumnya. Penerapan gaya kepemimpinan yang tepat dapat menciptakan suasana kerja yang kondusif, memperkuat kohesi tim, dan menekan tingkat stres serta konflik interpersonal dalam unit kerja. Sebaliknya, gaya kepemimpinan yang otoriter, tidak komunikatif, atau kurang partisipatif berisiko meningkatkan beban psikologis perawat dan memicu ketegangan sosial di lingkungan kerja.

Adapun tugas dan tanggung jawab kepala ruangan secara rinci mencakup lima domain utama (Sudirman, 2021):

1. Manajerial Unit: Menyusun rencana kerja ruangan, menjadwalkan dan membagi tugas perawat, serta memastikan ketersediaan alat dan logistik pelayanan.
2. Pengawasan dan Supervisi: Melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan, memastikan kepatuhan terhadap SPO, serta menyusun laporan evaluasi berkala.
3. Pengembangan SDM Keperawatan: Menjadi pembina profesionalisme staf melalui pelatihan, bimbingan langsung, pelaksanaan pertemuan ilmiah, dan pendampingan kerja.

4. Penjaminan Mutu dan Keselamatan Pasien: Melaksanakan audit mutu layanan, menangani insiden keselamatan pasien, dan menindaklanjuti temuan dari pengawasan internal.
5. Fungsi Kepemimpinan Personal dan Sosial: Menciptakan iklim kerja yang positif, menjaga komunikasi dua arah dengan staf, dan menyelesaikan konflik interpersonal secara bijak dan profesional.

Kepala ruangan tidak hanya bertindak sebagai pengatur teknis operasional, melainkan sebagai tokoh sentral yang menentukan dinamika kerja, iklim psikososial, dan pencapaian mutu pelayanan di ruang rawat. Oleh karena itu, kepemimpinan kepala ruangan menjadi elemen kunci dalam penelitian ini, khususnya dalam hubungannya dengan tingkat stres kerja dan konflik interpersonal perawat di kamar bedah.

2.3.3 Gaya Kepemimpinan

Gaya kepemimpinan merupakan pola perilaku yang konsisten ditunjukkan oleh seorang pemimpin dalam memengaruhi, membimbing, dan mengarahkan anggota tim untuk mencapai tujuan tertentu (Robbins & Judge, 2019). Menurut Northouse (2025), gaya kepemimpinan bukan hanya mencerminkan sifat atau kepribadian pemimpin, tetapi juga menggambarkan pendekatan dalam berinteraksi, mengambil keputusan, dan mengelola sumber daya manusia di dalam organisasi.

Salah satu kerangka teori yang paling banyak digunakan dalam penelitian keperawatan adalah Full Range Leadership Model oleh Bass dan Avolio (1995), yang dioperasionalisasikan melalui *Multifactor Leadership Questionnaire*

(MLQ). Model ini membagi kepemimpinan menjadi tiga kategori utama, yaitu transformasional, transaksional, dan laissez-faire. Kepemimpinan transformasional dianggap paling efektif dalam meningkatkan motivasi dan kinerja staf melalui pengaruh karismatik, motivasi inspirasional, stimulasi intelektual, dan perhatian individual (Bass & Riggio, 2006).

Perkembangan teori kepemimpinan mengalami evolusi panjang sebelum akhirnya sampai pada model kontemporer yang digunakan dalam penelitian-penelitian keperawatan. Teori kepemimpinan tradisional pertama kali dikembangkan oleh Kurt Lewin, Lippitt, dan White pada tahun 1939. Dalam penelitiannya mengenai dinamika kelompok, Lewin mengidentifikasi tiga gaya kepemimpinan klasik, yaitu *autocratic*, *democratic*, dan *laissez-faire leadership* (Lewin et al., 1939). Laissez-faire menjadi cikal bakal gaya kepemimpinan pasif yang kemudian diintegrasikan kembali dalam model Bass & Avolio sebagai bentuk kepemimpinan yang paling tidak efektif.

Selanjutnya, perkembangan teori kepemimpinan modern mulai terlihat ketika James MacGregor Burns memperkenalkan konsep *transforming leadership* dan *transactional leadership* melalui karya monumental berjudul *Leadership* (1978). Burns (1978) memandang kepemimpinan sebagai proses moral, di mana pemimpin transformasional mengangkat motivasi dan moralitas pengikut ke tingkat yang lebih tinggi, sedangkan pemimpin transaksional berfokus pada pertukaran imbalan dan kinerja. Konsep Burns memberi fondasi filosofis untuk membedakan dua bentuk kepemimpinan, namun belum menyediakan kerangka operasional untuk penelitian empiris.

Perkembangan lebih lanjut dilakukan oleh Bernard M. Bass, yang kemudian mengadaptasi dan mengoperasionalkan ide Burns ke dalam teori psikologis dan manajerial. Bass & Bass Bernard, (1985) menjelaskan bagaimana pemimpin transformasional memengaruhi motivasi, komitmen, dan kinerja staf dengan menggunakan model yang lebih terukur. Bass juga mengembangkan Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ) sebagai instrumen standar untuk mengukur kepemimpinan transformasional dan transaksional (Bass & Avolio, 1996).

Dalam kerangka Full Range Leadership Model yang dikembangkan oleh (Bass & Avolio, 1994), gaya kepemimpinan diposisikan dalam suatu spektrum yang berjenjang dari yang paling efektif hingga yang paling tidak efektif. Spektrum ini terdiri dari kepemimpinan transformasional pada tingkatan tertinggi, diikuti oleh kepemimpinan transaksional pada tingkatan sedang, dan kepemimpinan *laissez-faire* pada tingkatan terendah. Posisi ini didasarkan pada sejauh mana gaya kepemimpinan mampu memotivasi, mengarahkan, dan memberdayakan bawahan untuk mencapai kinerja optimal.

Dalam konteks pelayanan kesehatan, khususnya di rumah sakit, gaya kepemimpinan kepala ruangan memegang peran kunci dalam menciptakan iklim kerja yang positif, meningkatkan kolaborasi antarprofesional, serta memastikan mutu pelayanan keperawatan. Salah satu model yang paling banyak digunakan untuk mengukur dan memahami gaya kepemimpinan adalah Full Range Leadership Model yang dikembangkan oleh (Bass & Avolio, 1994), dan dioperasionalisasikan melalui *Multifactor Leadership Questionnaire* (MLQ). membagi gaya kepemimpinan menjadi tiga kategori utama:

1. Kepemimpinan Transformasional (Transformational Leadership)

Kepemimpinan transformasional menempati tingkatan paling tinggi dalam kerangka Full Range Leadership Model karena dinilai sebagai gaya yang paling efektif dalam mendorong kinerja dan motivasi tim. Pemimpin dengan gaya ini mampu menginspirasi bawahan untuk melampaui kepentingan pribadi mereka demi kepentingan organisasi melalui visi yang jelas, motivasi yang kuat, dan teladan moral. (Bass & Riggio, 2006) menjelaskan bahwa kepemimpinan transformasional diwujudkan melalui empat dimensi inti: *Idealized Influence* (memberikan keteladanan dan kepercayaan), *Inspirational Motivation* (menyampaikan visi yang menginspirasi), *Intellectual Stimulation* (mendorong pemikiran kreatif dan inovatif), dan *Individualized Consideration* (memberikan perhatian dan dukungan personal kepada anggota tim). Dalam konteks keperawatan, gaya ini telah terbukti meningkatkan kepuasan kerja, menurunkan tingkat burnout, dan memperbaiki mutu pelayanan kepada pasien (Boamah et al., 2018). Efektivitasnya berasal dari kemampuannya membangun hubungan emosional yang kuat, menumbuhkan rasa memiliki, dan memotivasi staf untuk mencapai kinerja di atas ekspektasi.

2. Kepemimpinan Transaksional (Transactional Leadership)

Kepemimpinan transaksional berada pada tingkatan menengah karena efektivitasnya cenderung terbatas pada pencapaian target yang sudah ditentukan, tanpa secara signifikan meningkatkan motivasi intrinsik bawahan. Gaya ini berfokus pada hubungan pertukaran antara pemimpin dan bawahan,

di mana pemimpin memberikan penghargaan atau hukuman berdasarkan kinerja yang dihasilkan. (Bass & Avolio, 1996) mengidentifikasi dua dimensi utama gaya ini, yaitu *Contingent Reward* (pemberian imbalan sesuai pencapaian) dan *Management by Exception* yang terbagi menjadi aktif (memantau kesalahan secara proaktif) dan pasif (baru bertindak setelah masalah terjadi). Dalam setting pelayanan kesehatan, gaya transaksional efektif menjaga kepatuhan prosedur dan konsistensi kerja, namun kurang mendorong kreativitas dan inovasi. Oleh karena itu, meskipun tetap memiliki peran penting, gaya ini dipandang kurang unggul dibandingkan transformasional dalam membangun komitmen jangka panjang.

3. Kepemimpinan *Laissez-Faire*

Kepemimpinan *laissez-faire* menempati posisi terendah dalam hierarki efektivitas kepemimpinan karena ditandai dengan rendahnya keterlibatan pemimpin dalam pengambilan keputusan, pemberian arahan, dan pengawasan terhadap bawahan. Pemimpin dengan gaya ini cenderung menghindari dari tanggung jawab, menunda penyelesaian masalah, atau membiarkan tim bekerja tanpa panduan yang jelas. (Bass & Riggio, 2006) menyebutkan bahwa gaya ini sering dikaitkan dengan hasil kerja yang buruk, kebingungan peran, dan meningkatnya konflik internal. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa kepemimpinan *laissez-faire* berdampak negatif terhadap kesejahteraan psikologis dan efektivitas kerja perawat. Misalnya, studi oleh Asiri et al., (2016) menemukan bahwa gaya *laissez-faire* berhubungan dengan rendahnya komitmen organisasi dan meningkatnya

potensi stres dalam lingkungan rumah sakit yang menuntut koordinasi tinggi. Karena minim kontribusi terhadap pencapaian tujuan, gaya ini dianggap paling tidak efektif dalam spektrum Full Range Leadership Model.

Dengan mengadopsi kerangka MLQ, penelitian ini akan mengukur kecenderungan kepala ruangan keperawatan dalam menerapkan ketiga gaya kepemimpinan tersebut. Untuk memahami secara lebih komprehensif bagaimana ketiga gaya kepemimpinan dalam kerangka Full Range Leadership Model bekerja dalam praktik, diperlukan gambaran yang lebih sistematis mengenai perbedaan tingkat efektivitas masing-masing gaya dalam memotivasi, mengarahkan, dan memberdayakan bawahan. Sebagai berikut:

Tabel 2. 1 Tingkatan Efektivitas Gaya Kepemimpinan Berdasarkan Parameter Memotivasi, Mengarahkan, dan Memberdayakan

Gaya Kepemimpinan	Memotivasi	Mengarahkan	Memberdayakan
Transformasional	Tinggi	Tinggi	Tinggi
Transaksional	Sedang	Sedang	Sedang
Laissez-faire	Rendah	Rendah	Rendah

Kerangka Full Range Leadership Model yang dikembangkan oleh Bass & Avolio, (1996), berdasarkan parameter memotivasi, mengarahkan, dan memberdayakan bawahan. Pada tingkatan paling tinggi, kepemimpinan transformasional efektif karena pemimpin mampu memberikan motivasi yang sangat kuat melalui visi yang jelas dan inspirasi positif, sekaligus memberikan arahan yang konsisten serta memberdayakan staf melalui stimulasi intelektual dan perhatian individual. Kombinasi tersebut menjadikan gaya transformasional sebagai gaya yang paling memotivasi, mengarahkan, dan memberdayakan dalam

meningkatkan kinerja, keterlibatan, dan kepuasan kerja perawat dalam organisasi pelayanan kesehatan.

Di tingkat menengah, kepemimpinan transaksional menunjukkan efektivitas yang sedang. Pemimpin dengan gaya ini umumnya memberikan arahan yang jelas dan menjaga kepatuhan terhadap standar prosedur, namun kemampuan dalam memotivasi staf cenderung terbatas pada imbalan dan konsekuensi yang bersifat instrumental. Pemberdayaan bawahan pada gaya ini berada pada tingkat rendah hingga sedang karena fokus kepemimpinan terletak pada pencapaian target, bukan pada pengembangan kapasitas individu. Meski demikian, transaksional tetap berperan penting dalam menjaga stabilitas operasional unit kerja, terutama dalam konteks pelayanan yang membutuhkan pengendalian kualitas.

Pada tingkatan terendah, kepemimpinan *laissez-faire* menunjukkan efektivitas paling minimal. Gaya ini ditandai dengan kurangnya keterlibatan pemimpin dalam memberikan motivasi, arahan, maupun dukungan. Pemimpin cenderung menghindari pengambilan keputusan dan tidak memberikan pedoman kerja yang jelas, sehingga memberdayakan bawahan berada pada tingkat sangat rendah. Kondisi ini berpotensi menimbulkan kebingungan peran, rendahnya komitmen, peningkatan konflik interpersonal, serta tingginya tekanan psikologis bagi staf.

2.4 Hubungan Gaya Kepemimpinan Kepala Ruangan dengan Tingkat Stres dan Konflik Interpersonal pada Perawat Kamar Bedah

Stres kerja dan konflik interpersonal merupakan dua tantangan utama dalam lingkungan kerja keperawatan, khususnya di kamar bedah yang memiliki tekanan operasional tinggi. Tingkat stres kerja pada perawat dapat berdampak pada penurunan fokus, kelelahan emosional, hingga peningkatan risiko kesalahan klinis. Sementara itu, konflik interpersonal dapat merusak kerja tim, menurunkan moral kerja, dan memperbesar potensi disorganisasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan (Sirait et al., 2022); (Robbins et al., 2019). Masalah ini semakin kompleks ketika muncul dalam unit kerja seperti kamar bedah yang menuntut stabilitas mental dan kerja sama tim yang kuat. Beban kerja tinggi, komunikasi lintas profesi, serta ketegangan antar shift menjadi faktor pemicu utama.

Dalam skala yang lebih luas, kepemimpinan kepala ruangan terbukti memainkan peran kunci dalam memengaruhi stabilitas emosional staf dan dinamika tim keperawatan. Penelitian oleh Lindströ (2025) menunjukkan bahwa perilaku kepemimpinan memiliki hubungan signifikan dengan tingkat stres dan kepuasan kerja perawat. Gaya kepemimpinan yang pasif, seperti *laissez-faire*, cenderung memperburuk stres kerja dan memicu konflik interpersonal karena minimnya arahan maupun dukungan dari atasan. Sebaliknya, kepemimpinan transformasional yang bersifat suportif, inspiratif, dan visioner terbukti meningkatkan motivasi, kepuasan kerja, serta memperkuat kerja sama tim. Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian Ali (2024) yang menunjukkan bahwa

dalam lingkungan kerja bertekanan tinggi, gaya kepemimpinan berbanding lurus dengan persepsi staf terhadap tekanan kerja, kepuasan, dan kualitas hubungan antarindividu. Di kamar bedah, kepala ruangan bukan hanya bertanggung jawab atas perencanaan teknis, tetapi juga berperan sebagai penentu atmosfer psikososial yang memengaruhi kenyamanan kerja dan performa staf.

Secara kronologis, hubungan antara gaya kepemimpinan dan tingkat stres maupun konflik interpersonal terbentuk melalui pola interaksi sehari-hari antara kepala ruangan dan perawat. Dalam kerangka Full Range Leadership Model yang dikembangkan (Bass & Avolio, 1996), terdapat tiga gaya kepemimpinan utama yang membawa dampak berbeda terhadap kesejahteraan psikologis dan dinamika sosial tim. Kepemimpinan transformasional berfokus pada pemberian inspirasi, motivasi, stimulasi intelektual, serta perhatian individual. Gaya ini terbukti mampu menurunkan tingkat stres, meningkatkan rasa tujuan bersama, serta memperkuat kohesi tim sehingga konflik interpersonal lebih mudah diminimalisasi. Sebaliknya, kepemimpinan transaksional menekankan pada imbalan dan pengawasan melalui mekanisme reward dan punishment. Meskipun dapat menjaga ketertiban dan kepatuhan prosedur, penerapannya yang terlalu kaku berpotensi meningkatkan tekanan kerja dan memicu konflik akibat ketidakseimbangan antara tuntutan dan penghargaan. Adapun kepemimpinan *laissez-faire*, yang ditandai dengan pasif dan menghindari pengambilan keputusan, seringkali menciptakan kebingungan peran, lemahnya dukungan emosional, serta meningkatkan risiko konflik antarpersonal di ruang kerja.

Oleh karena itu, kepala ruangan di kamar bedah perlu mengoptimalkan kepemimpinan transformasional untuk menciptakan lingkungan kerja yang suportif, disertai penggunaan elemen transaksional secara proporsional untuk menjaga ketertiban. Evaluasi berkala terhadap gaya kepemimpinan, penguatan komunikasi, serta supervisi psikososial menjadi strategi penting dalam meminimalisasi stres dan mengelola konflik interpersonal. Dengan demikian, pemahaman mengenai hubungan gaya kepemimpinan kepala ruangan dengan stres dan konflik perawat dapat menjadi dasar pengembangan kebijakan organisasi yang berbasis empati, efektivitas tim, dan keselamatan pasien (Bass & Avolio, 1994) dan (Bass & Riggio, 2006).

2.5 Studi Literatur

Tabel 2. 2 Studi Literatur Hubungan Gaya Kepemimpinan Kepala Ruangan Dengan Tingkat Stres Kerja dan Konflik Interpersonal Pada Perawat Kamar Bedah

No	Nama Penulis dan Tahun	Judul	Metode	Hasil
1	(Mamonto et al., 2018)	Hubungan Gaya Kepemimpinan Kepala Ruangan dengan Tingkat Stres Kerja Perawat di Ruang Rawat Inap RSUD Bitung	Design : Kuantitatif korelasional (cross-sectional) Sample : 53 perawat rawat inap RSUD Bitung Variable : Gaya kepemimpinan kepala ruangan, stres kerja Instrument : Kuisioner adaptasi dari USU (18 item kepemimpinan, 15 item stres) Analysis: Uji chi-square	Gaya kepemimpinan demokratis berhubungan dengan stres lebih rendah. Terdapat hubungan signifikan antara gaya kepemimpinan dan stres kerja ($p = 0,009$).
2	(Larasati, 2021)	Hubungan Tingkat Stres Perawat terhadap Kinerja dalam Menangani Pasien COVID-19 di ICU RS Darmo Surabaya	Design : Kuantitatif korelasional (cross-sectional) Sample : 25 perawat ICU RS Darmo Surabaya Variable : Stres kerja, kinerja perawat Instrument : Perceived Stress Scale (PSS-10); kuisioner kinerja (modifikasi Primadita & Nuraini) Analysis: Uji korelasi Spearman	Hubungan signifikan antara tingkat stres dan kinerja perawat. Mayoritas mengalami stres sedang dan menunjukkan kinerja cukup baik.
3	(Intan Puri, 2018)	Hubungan antara Beban Kerja dengan Stres Kerja pada Perawat IGD RSUD Mulyang Kute Redelong	Design : Kuantitatif korelasional (cross-sectional) Sample : 30 perawat IGD RSUD Mulyang Kute Variable : Beban kerja, stres kerja	Terdapat korelasi positif signifikan antara beban kerja dan stres kerja ($r=0.563$, $p=0.002$).

No	Nama Penulis dan Tahun	Judul	Metode	Hasil
			Instrument : Nursing Stress Scale (NSS) 34 item Analysis: Uji Korelasi Pearson	
4	(Kamarulzaman, 2015)	Factors Influencing Perceived Stress Among Nurses: The Case at National Cancer Institute	Design : Kuantitatif deskriptif-korelasional Sample : 182 perawat NCI, Malaysia Variable : Alexithymia, stres, konflik dengan dokter Instrument : NSS & PSS-14 versi bilingual; validasi $\alpha = 0.889$ Analysis: Uji Regresi linier & korelasi	Faktor “inadequate preparation” dan “conflict with physicians” paling signifikan terhadap stres. Total pengaruh stresor: 19,7%.
5	(Chu Kai Xin, 2023)	The Relationship Between Interpersonal Conflict, Organizational Citizenship Behaviour And Turnover Intention Among Workers In Malaysia	Design : Kuantitatif korelasional (survei) Sample : 120 perawat dari rumah sakit Hong Kong Variable : Konflik interpersonal, emotional exhaustion Instrument : Interpersonal Conflict at Work Scale (ICWAS) Analysis: Uji Korelasi Pearson	Hubungan signifikan antara interpersonal conflict dan emotional exhaustion. Konflik tinggi memicu kelelahan emosional.
6	(Mohamed Alkashif et al., 2018)	The Correlation Between Interpersonal Conflict and Job Satisfaction Among Intensive Care Nurses	Design : Kuantitatif korelasional (cross-sectional) Sample : 150 perawat ICU RS Benha, Mesir Variable : Konflik interpersonal, kepuasan kerja Instrument : Kuisioner 33 item konflik; 10 item kepuasan kerja	Terdapat hubungan negatif signifikan antara konflik interpersonal dan kepuasan kerja ($r = -0.595$). 78% perawat mengalami konflik interpersonal.

No	Nama Penulis dan Tahun	Judul	Metode	Hasil
			(modifikasi Macdonald & Macintyre) Analysis: Uji Korelasi Pearson	
7	(Hendel et al., 2005)	Leadership Style and Choice of Strategy in Conflict Management Among Israeli Nurse Managers	Design : Kuantitatif korelasional (survei) Sample : 54 kepala ruangan di 5 rumah sakit Israel Variable : Gaya kepemimpinan, strategi manajemen konflik Instrument : Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ), Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument (TKI) Analysis: Uji ANOVA dan LSD post-hoc	Gaya kepemimpinan transformasional berkorelasi dengan strategi manajemen konflik yang kolaboratif dan kompetitif. $P = 0.011$.
8	(Muharni et al., 2022)	Hubungan Gaya Manajemen Konflik Kepala Ruangan dengan Stres Kerja Perawat di RS X	Design : Kuantitatif korelasional (survei) Sample : 41 perawat ruang Pinere RS X Variable : Gaya manajemen konflik kepala ruangan, stres kerja Instrument : Kuisisioner konflik dan stres kerja (tidak disebutkan sumber baku) Analysis: Uji korelasi Spearman	Terdapat hubungan signifikan antara gaya manajemen konflik kepala ruangan dan stres kerja perawat ($p = 0,041$). Sebagian besar perawat dengan gaya manajemen konflik tinggi mengalami stres kerja sedang. Lingkungan kerja dan tuntutan fisik dinilai sebagai faktor pendorong stres.
9	(Prayatna, 2016)	Pengaruh Gaya Kepemimpinan terhadap Stres dan Kepuasan Kerja Karyawan Fave Hotel Seminyak	Design : Kuantitatif asosiatif (analisis jalur) Sample : 62 karyawan Fave Hotel Seminyak Variable : Gaya kepemimpinan, stres kerja, kepuasan kerja Instrument : Kuisisioner dari teori White & Lippitt,	Gaya kepemimpinan menurunkan stres dan meningkatkan kepuasan. Total kontribusi: 40%.

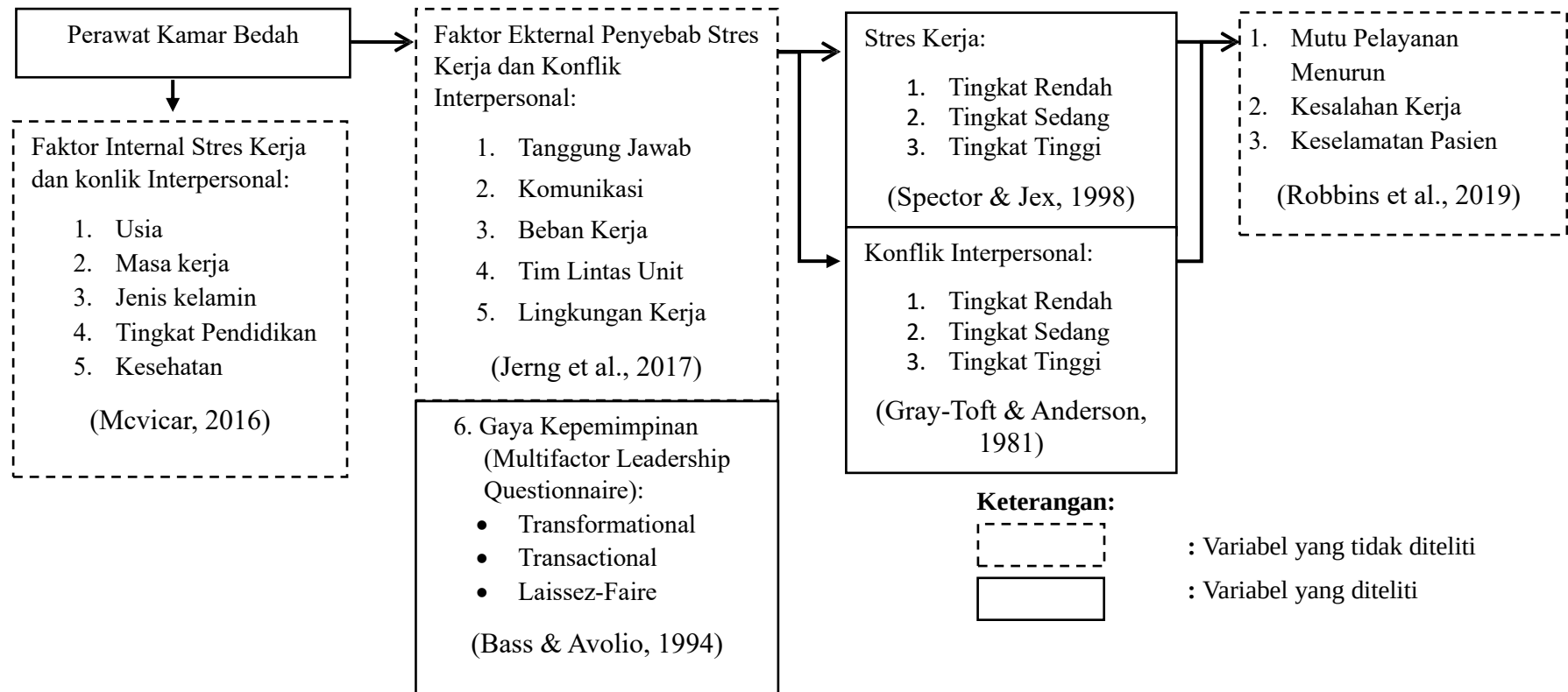
No	Nama Penulis dan Tahun	Judul	Metode	Hasil
			Rivai, Al-Zu'bi; validitas & reliabilitas diuji Analysis: Analisis jalur (path analysis)	
10	(Asamani et al., 2016)	Leadership Styles in Nursing Management: Implications for Staff Outcomes	Design : Kuantitatif korelasional (cross-sectional) Sample : 273 perawat RS Ghana (negeri & swasta) Variable : Gaya kepemimpinan, kepuasan kerja, niat bertahan Instrument : Path-Goal Leadership Questionnaire (20 item), skala kepuasan kerja & niat bertahan Analysis: Regresi berganda	Gaya kepemimpinan menjelaskan 29% kepuasan kerja dan 13,3% niat bertahan. Gaya partisipatif & suportif paling berpengaruh.

Berdasarkan telaah terhadap sepuluh penelitian nasional dan internasional yang dilakukan peneliti, dapat disimpulkan bahwa sebagian besar studi sebelumnya hanya meneliti hubungan antara gaya kepemimpinan dan satu variabel psikososial secara terpisah, baik itu stres kerja maupun konflik interpersonal. Beberapa penelitian juga mengaitkan gaya kepemimpinan dengan variabel lain seperti kepuasan kerja atau niat bertahan, namun tidak dalam konteks yang menggambarkan tekanan psikologis secara langsung. Selain itu, sebagian besar lokasi penelitian dilakukan pada unit pelayanan umum seperti ruang rawat inap, ICU, atau sektor non-kesehatan, yang memiliki karakteristik kerja berbeda dengan kamar bedah. Dari sisi metodologi, sebagian besar studi hanya menggunakan satu jenis instrumen pengukuran, dan tidak sedikit yang menggunakan kuisioner modifikasi atau lokal tanpa menyertakan

validitas dan reliabilitasnya secara rinci. Tidak ditemukan satu pun penelitian yang menghubungkan gaya kepemimpinan kepala ruangan dengan dua variabel utama stres kerja dan konflik interpersonal dalam satu kerangka kajian terpadu.

Penelitian ini hadir untuk menjawab kekosongan tersebut dengan pendekatan yang lebih integratif dan kontekstual. Fokus utama diletakkan pada ruang kamar bedah yang memiliki beban psikologis, tekanan koordinasi, serta ekspektasi kerja yang tinggi. Penelitian ini mengkaji hubungan gaya kepemimpinan kepala ruangan dengan dua variabel psikososial penting sekaligus, yakni stres kerja dan konflik interpersonal, secara bersamaan dalam satu desain. Kebaruan penelitian ini juga terletak pada menggunakan dua instrumen terstandar internasional yang telah tervalidasi, *Nursing Stress Scale* (NSS), dan *Interpersonal Conflict at Work Scale* (ICAWS, serta menggunakan instrumen adaptasi *Multifactor Leadership Questionnaire* (MLQ), yang digunakan secara simultan, menjadikannya unggul dari sisi metodologi dan keluasan perspektif. Dengan pendekatan tersebut, penelitian ini diharapkan memberikan kontribusi signifikan terhadap penguatan praktik manajemen keperawatan berbasis evidence dan pengembangan kepemimpinan klinis yang peka terhadap kondisi psikososial perawat di ruang kerja berisiko tinggi.

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2. 1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini disusun berdasarkan pendekatan sistemik IPOO (Input-Proses-Output-Outcome). Model ini menggambarkan hubungan antarvariabel dari faktor-faktor individu perawat, dinamika kerja, gaya kepemimpinan kepala ruangan, hingga dampaknya terhadap stres kerja dan konflik interpersonal, yang berujung pada mutu pelayanan keperawatan. Variabel input mencakup karakteristik individu perawat kamar bedah yang berperan sebagai predisposisi terhadap stres dan konflik. Faktor internal ini terdiri dari usia, masa kerja, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan status kesehatan. Menurut (Mcvicar, 2016), karakteristik demografis memiliki hubungan dengan resiliensi psikologis dalam menghadapi tekanan kerja. Perawat dengan masa kerja lebih pendek atau status kesehatan yang buruk lebih rentan terhadap stres kerja dan ketegangan dalam tim.

Pada tahap proses, tekanan berasal dari faktor eksternal pekerjaan seperti beban kerja, komunikasi lintas profesi, tanggung jawab, lingkungan kerja, dan koordinasi antar tim. Jerng et al., (2017) menyatakan bahwa disorganisasi tim dan komunikasi yang buruk berkontribusi signifikan terhadap konflik interpersonal di rumah sakit. Selain itu, variabel utama yang diteliti adalah gaya kepemimpinan kepala ruangan, yang diklasifikasikan ke dalam tiga tipe utama berdasarkan Full Range Leadership Model yang dikembangkan oleh Bass & Avolio, (1994), yaitu: transformasional, transaksional, dan *laissez-faire* leadership. Ketiga gaya ini diukur melalui instrumen *Multifactor Leadership Questionnaire* (MLQ) yang secara luas digunakan dalam penelitian manajemen dan keperawatan untuk menilai efektivitas kepemimpinan. Kepemimpinan transformasional menekankan inspirasi, motivasi, stimulasi

intelektual, dan perhatian individual sehingga mampu meningkatkan kepuasan kerja, menurunkan stres, serta memperkuat kohesi tim. Sebaliknya, kepemimpinan transaksional berfokus pada mekanisme reward–punishment dan pengawasan kinerja; meskipun dapat menjaga ketertiban, penerapan yang kaku berpotensi meningkatkan tekanan kerja. Adapun kepemimpinan *laissez-faire*, yang ditandai dengan pasif dan menghindari tanggung jawab, sering dikaitkan dengan meningkatnya stres dan konflik interpersonal di lingkungan kerja perawat. Sejumlah penelitian menegaskan bahwa ketiga gaya kepemimpinan ini memiliki hubungan signifikan dengan tingkat stres, kepuasan kerja, serta dinamika tim keperawatan di rumah sakit (Ali, 2024) dan (Asiri et al., 2016).

Tahap output mencerminkan tingkat aktual stres kerja dan konflik interpersonal yang dialami oleh perawat. Stres kerja didefinisikan sebagai respon emosional negatif terhadap ketidaksesuaian antara tuntutan kerja dan kemampuan individu (Mcvicar, 2016). Sementara itu, konflik interpersonal adalah benturan antara dua individu akibat perbedaan nilai, tujuan, atau ekspektasi dalam interaksi kerja (Jerng et al., 2017). Keduanya diklasifikasikan menjadi tiga tingkat: rendah, sedang, dan tinggi.

Output dari stres dan konflik yang tidak terkendali dapat berdampak langsung terhadap outcome pelayanan, seperti Menurunnya mutu layanan keperawatan, Meningkatnya potensi kesalahan klinis, Berkurangnya keselamatan pasien. Menurut (Robbins et al., 2019), stres kerja yang kronis akan menurunkan kinerja individu dan meningkatkan risiko kesalahan kerja, yang pada akhirnya berpengaruh terhadap keselamatan pasien.

2.7 Hipotesis

Berdasarkan rumusan masalah dan tujuan penelitian, maka hipotesis dalam penelitian ini dirumuskan sebagai berikut:

a. Hipotesis Alternatif (H_a)

1. H_{a1} : Ada hubungan antara gaya kepemimpinan kepala ruangan dengan tingkat stres kerja pada perawat kamar bedah di RS Lavalette Malang, RSUD Mardi Waluyo Blitar Dan RSUD Ngudi Waluyo Kecamatan Blitar.
2. H_{a2} : Ada hubungan antara gaya kepemimpinan kepala ruangan dengan tingkat konflik interpersonal pada perawat kamar bedah di RS Lavalette Malang, RSUD Mardi Waluyo Blitar Dan RSUD Ngudi Waluyo Kecamatan Blitar.

b. Hipotesis Nol (H_0)

1. H_{01} : Tidak ada hubungan antara gaya kepemimpinan kepala ruangan dengan tingkat stres kerja pada perawat kamar bedah di RS Lavalette Malang, RSUD Mardi Waluyo Blitar Dan RSUD Ngudi Waluyo Kecamatan Blitar.
2. H_{02} : Tidak ada hubungan antara gaya kepemimpinan kepala ruangan dengan tingkat konflik interpersonal pada perawat kamar bedah di RS Lavalette Malang, RSUD Mardi Waluyo Blitar Dan RSUD Ngudi Waluyo Kecamatan Blitar.