

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Kolaborasi

ANA (American Nurse Association) dalam Eugenia *et al*,(1996) menjabarkan kolaborasi atau kemitraan sebagai hubungan rekanan yang sejati dimana masing-masing pihak menghargai kekuasaan pihak lain, dengan mengenal dan menerima lingkup kegiatan dan tanggung jawab masing-masing yang terpisah maupun bersama, saling melindungi kepentingan masing-masing dan mencapai tujuan, target atau hasil yang ditetapkan. Sedangkan menurut Notoatmojo (2003) secara umum pengertian kolaborasi atau kemitran adalah suatu kerjasama yang formal antara individu-individu, kelompok-kelompok, organisasi-organisasi untuk mencapai suatu tujuan tertentu (Amaludin,2006).

Adapun kriteria kolaborasi menurut Eugenia *et al*,(1996) yaitu melibatkan tenaga ahli dengan bidang keahlian yang berbeda yang dapat bekerjasama imbal balik secara mulus, anggota kelompok harus bertindak tegas dan mau bekerjasama, dan kelompok harus memberikan pelayanan yang keunikannya dihasilkan dari kombinasi pandangan dan keahlian yang diberikan oleh setiap anggota tim tersebut. Sedangkan menurut Hanson dan Spross (1996) dalam Amaludin (2006) terwujudnya suatu kolaborasi tergantung pada beberapa kriteria yaitu adanya saling percaya dan saling menghormati, saling memahami

dan menerima keilmuan masing-masing, memiliki citra diri positif, memiliki kematangan profesional yang setara, mengakui sebagai mitra kerja bukan bawahan dan keinginan bernegosiasi.

American Medical Assosiation (AMA),1994, setelah melalui diskusi dan negosiasi yang panjang dalam kesepakatan hubungan profesional dokter dan perawat, mendefinisikan kolaborasi sebagai proses dimana dokter dan perawat merencanakan dan praktek bersama sebagai kolega, bekerja saling ketergantungan dalam batasan-batasan lingkup praktek mereka dengan berbagai nilai-nilai dan saling mengakui dan menghargai terhadap setiap orang yang berkontribusi untuk merawat individu, keluarga, dan masyarakat (Lindeke& Sieckert,2005)

a. Prinsip-Prinsip Kolaborasi.

Kolaborasi atau kemitraan adalah salah satu bentuk kerjasama yang kongkret dan solid. Oleh sebab itu, dalam membangun sebuah kemitraan ada 3 prinsip kunci yang perlu dipahami oleh masing-masing anggota atau mitra tersebut, yaitu:

1) Kesetaraan (*equity*)

Setiap anggota mitra yang telah bersedia menjalin kemitraan harus merasa “duduk sama rendah dan berdiri sama tinggi” dengan yang lain. Artinya dalam mengambil keputusan dalam rangka mencapai tujuan bersama, masing-masing anggota atau mitra mempunyai hak atau suara yang sama.

2) Keterbukaan (*transparency*)

Menurut Hartono (2005) dalam Amaludin (2006) karakteristik sifat terbuka yaitu, menilai pesan secara objektif, berdasarkan kenyataan yang logis, berorientasi pada isi pembicaraan bukan siapa yang bicara, mencari informasi dari berbagai sumber, lebih bersifat professional dan bersedia mengubah kepercayaan yang tidak sesuai, mencari pesan yang tidak sesuai dengan rangkaian kepercayaannya, maksudnya orang yang terbuka bersedia menghadapi perbedaan gagasan, dan mau dialog bersama sehingga tercapai suatu pengertian.

3) Saling Menguntungkan

Saling menguntungkan disini lebih dilihat dari kebersamaan atau sinergis dalam mencapai tujuan bersama. Upaya pelayanan kesehatan, jelas akan lebih efektif bila dilakukan melalui kerjasama antar tim kesehatan, bila dibandingkan kalau hanya dilakukan oleh salah satu profesi kesehatan saja (Notoatmojo,2005).

b. Persyaratan Kolaborasi

Kolaborasi atau kemitraan adalah bentuk kerjasama, maka setiap pihak yang terlibat didalamnya harus ada kerelaan diri untuk bekerjasama, dan melepas kepentingan masing-masing, kemudian membangun kepentingan bersama. Oleh karena itu, membangun suatu kemitraan harus didasarkan pada hal-hal berikut:

- 1) kesamaan perhatian atau kepentingan,

- 2) saling mempercayai dan menghormati,
- 3) harus saling menyadari pentingnya arti kemitraan,
- 4) harus pada kesepakatan visi, misi, tujuan, dan nilai yang sama,
- 5) harus berpijak pada landasan yang sama,
- 6) kesediaan untuk berkorban (Amaludin, 2006).

c. Landasan Kolaborasi

Dalam membangun kolaborasi dengan mitra atau calon-calon mitra kesehatan perlu dilandasi dengan tujuh saling, yaitu:

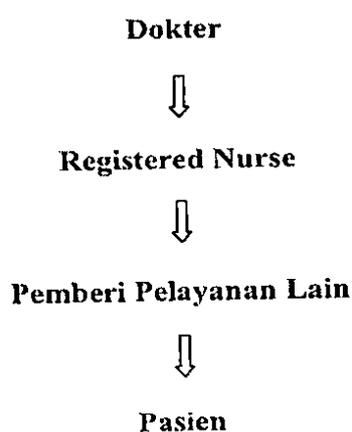
- 1) saling memahami kedudukan, tugas dan fungsi masing-masing (*structure*),
- 2) saling memahami kemampuan masing-masing (*capacity*),
- 3) saling menghubungi (*linkage*),
- 4) saling mendekati (*proximity*),
- 5) saling terbuka dan bersedia membantu (*opens*),
- 6) saling mendorong dan saling mendukung (*synergy*),
- 7) saling menghargai (*reward*) (Amaludin, 2006).

2. Kolaborasi Dokter-perawat dan Tenaga Kesehatan Lainnya serta Pasien.

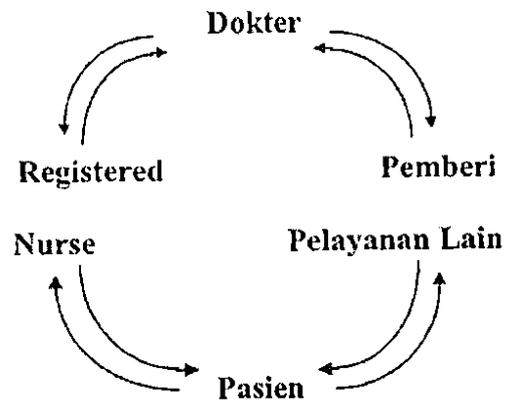
Komunikasi yang terjadi antara dokter, perawat, dan tim kesehatan lain dengan pasien dapat dijelaskan melalui praktik kolaborasi sebagai berikut. Kolaborasi tidak dapat didefinisikan atau dijelaskan dengan mudah. Kebanyakan definisi menggunakan prinsip perencanaan dan pengambilan keputusan bersama, berbagi saran, kebersamaan, tanggung gugat, keahlian, dan tujuan serta tanggung jawab bersama. American Nurses Association (ANA):

Baggs & Schmitt,1988; Evans & Carlson,1992; Shortridge, McLain, & Gillis1986,(dalam Eugenia *et al*, 1996),menyebutkan kolaborasi sebagai hubungan timbal balik dimana pemberi pelayanan memegang tanggung jawab paling besar untuk perawatan pasien dalam kerangka kerja bidang respektif mereka. Praktik kolaborasi menekankan tanggung jawab bersama dalam manajemen perawatan pasien, dengan proses pembuatan keputusan bilateral didasarkan pada masing-masing pendidikan dan kemampuan praktisi (Eugenia *et al*,1996).

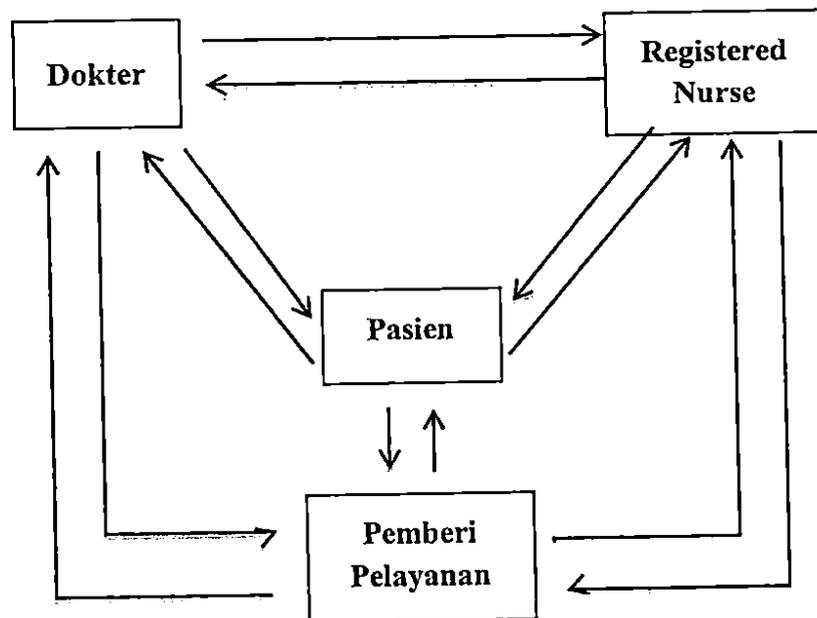
Meskipun definisi ini termasuk yang terbaik, tapi belum dapat menyampaikan sekian ragam variasi dan kompleksnya kolaborasi dalam perawatan kesehatan National Joint Practice Commission (NJPC), (Eugenia *et al*, 1996). Gambar berikut adalah tiga model/polapraktik kolaborasi:



Gambar 2.1 Model Praktek Hirarkis, Tipe I
Burchell,R.C.,ThomasD.A.,danSmithH.I.,(Eugenia *et al*, 1996)



Gambar 2.2 Model Praktik Kolaboratif, Tipe II
 Burchell, R.C., Thomas D.A., dan Smith H.I., (Eugenia *et al*, 1996)



Gambar 2.3 Pola Praktik Kolaboratif, Tipe III
 Burchell, R.C., Thomas D.A., dan Smith H.I., (Eugenia *et al*, 1996)

Praktik kolaborasi menggantikan pendekatan pengelompokan hirarkis yang mendorong interaksi antara sesama anggota. Gambar 2.1-2.3 membandingkan tiga buah model, satu hirarkis dan dua kolaborasi (Eugenia *et al*, 1996).

Pola pertama merupakan model hirarkis (gambar 2.1), menekankan komunikasi satu arah, kontak terbatas antar pasiendan dokter, dan dokter merupakan tokoh yang dominan. Pola kedua merupakan model praktik kolaborasi (gambar 2.2) menekankan komunikasi dua arah, tapi tetap menempatkan dokter pada posisi utamadan membatasi hubungan antara dokter dan pasien (Eugenia *et al*, 1996).

Model ketiga pada gambar 2.3 agak mengubah pola tersebut. Pola ini lebih berpusat pada pasien, dan semua pemberi pelayanan harus saling bekerja sama, juga dengan pasien. Model ini tetap melingkar, menekankan kontinuitas, kondisi timbal balik satu dengan yang lain dan tak ada satu pemberi pelayanan yang mendominasi secara terus menerus (Eugenia *et al*, 1996).

Ketiga model tersebut juga memperlihatkan perbedaan antara gabungan multidisiplin dan gabungan antar disiplin. Setiap kelompok yang terdiri dari pemberi pelayanan dengan lebih dari satu jenis disiplin disebut multidisiplin. Istilah antar disiplin dicadangkan untuk praktek dengan interaksi kolaborasi antara anggota berbagai disiplin, ketiga model tersebut menggambarkan praktek multi disiplin, namun hanya model kedua dan ketiga yang dapat dianggap antar disiplin (Eugenia *et al*, 1996).

Tim pelayanan kesehatan antardisiplin merupakan sekelompok profesional yang mempunyai aturan yang jelas, tujuan umum, dan berbeda keahlian. Tim ini akan berfungsi dengan baik jika terjadi kontribusi dari anggota tim dalam memberikan pelayanan kesehatan terbaik sesuai bidang keilmuannya. Oleh karena itu tim kolaborasi hendaknya memiliki komunikasi yang efektif, bertanggung jawab dan saling menghargai sesama anggota tim (Canon,2005 dalam Waluyo,2007).

Pasien secara integral adalah anggota tim yang penting. Partisipasi pasien dalam pengambilan keputusan akan menambah kemungkinan suatu rencana secara efektif. Tercapainya tujuan kesehatan yang optimal hanya dapat dicapai jika pasien sebagai pusat anggota tim (Canon,2005 dalam Waluyo,2007).

Perawat sebagai anggota membawa perspektif yang unik dalam interdisiplin tim. Perawat memfasilitasi dan membantu pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dari praktek profesi kesehatan lain. Perawat berperan sebagai penghubung penting antara pasien dan pemberi pelayanan kesehatan lainnya (Canon,2005 dalam Waluyo,2007).

Dokter memiliki peran utama dalam mendiagnosis, mengobati dan mencegah penyakit. Pada situasi ini dokter menggunakan modalitas pengobatan seperti pemberi obat dan pembedahan. Mereka sering berkonsultasi dengan anggota tim lainnya sebagaimana membuat referal pemberian pengobatan (Canon,2005 dalam Waluyo,2007).

3. Praktek Kolaborasi Dokter-perawat

Sifat interaksi antara dokter dan perawat menentukan kualitas praktik kolaborasi. ANA (1980) menjabarkan kolaborasi sebagai “hubungan rekanan sejati, dimana masing-masing pihak menghargai kekuasaan pihak lain dengan mengenal dan menerima lingkup kegiatan dan tanggung jawab masing-masing yang terpisah maupun bersama, saling melindungi kepentingan masing-masing dan adanya tujuan bersama yang diketahui kedua pihak”. Dari penjabaran sifat kolaborasi dapat disimpulkan bahwa kolaborasi dapat dianalisis melalui empat buah indikator:(Eugenia *et al*, 1996)

- a. kontrol – kekuasaan
- b. lingkup praktik
- c. kepentingan bersama
- d. tujuan bersama

a. Kontrol - Kekuasaan

Berbagi kekuasaan atau kontrol kekuasaan bersama dapat terbina apabila dokter maupun perawat memiliki kesempatan yang sama untuk mendiskusikan pasien tertentu. Beberapa peneliti telah mengembangkan instrumen penelitian untuk mengukur kontrol-kekuasaan pada interaksi perawat-dokter. Feiger dan Schmitt, (1979) dalam Euglenia *et al* (1996) mengembangkan model mengukur komunikasi perawat – dokter untuk menentukan tingkat kontrol kekuasaan melalui 12 kategori proses berikut ini:

1. menanyakan informasi,
2. memberikan informasi,
3. menanyakan pendapat,
4. memberikan pendapat,
5. mengemukakan usul,
6. memberikan pengarahan / perintah,
7. mengambil keputusan,
8. memberi pendidikan,
9. memberi dukungan / persetujuan,
10. menyatakan tidak setuju / tidak sependapat,
11. orientasi,
12. humor .

Kecuali instrumen, Jones juga meneliti jangka waktu rata-rata pertukaran komunikasi antara perawat dengan dokter untuk tiga jenis komunikasi yaitu komunikasi saat mengadakan pemeriksaan keliling, komunikasi saat tatap muka dan komunikasi melalui telepon (Eugenia *et al*, 1996).

b. Lingkungan praktik

Lingkungan praktik menunjukkan kegiatan dan tanggung jawab masing-masing pihak. Meskipun perawat dan dokter memiliki bidang praktik yang terpisah sesuai dengan peraturan praktik perawat dan dokter, tapi ada tugas-tugas tertentu yang dibina bersama. Weis dan Davis (1993) telah

mengembangkan suatu instrumen yang disebut Health Role Expectation Index, mengukur persepsi kolaborasi hubungan antara perawat, dokter dan pasien. Sarana yang terdiri dari 16 pokok tersebut dibentuk dari skala Likert 5 hal yang membentuk 4 skala terpisah, antara lain:

1. tanggung jawab dokter,
2. tanggung jawab perawat,
3. tanggung jawab pemakai,
4. egalitarianisme (dengan topik: akses sama, kekuasaan sama dan/atau penghargaan sama).

Semakin tinggi skor total semakin besar kemungkinan pelaksanaan tanggung jawab bersama antara para anggota perawatan kesehatan. Weiss dan Davis mengusulkan agar instrumen tersebut digunakan untuk:

1. menilai kecenderungan seseorang untuk berkolaborasi,
2. menentukan kesesuaian antara harapan para pemberi perawatan kesehatan dan pasien yang mereka layani, dan
3. mengevaluasi perubahan sikap dan ketepatan waktu tertentu.

c. Kepentingan Bersama

Peneliti yang menganalisa kepentingan bersama sebagai indikator kolaborasi antara perawat dan dokter sering kali menanggapi dari sudut pandang perilaku organisasi. Para teorisi ini menjabarkan kepentingan bersama secara operasional menggunakan istilah tingkat ketegasan masing-masing (usaha untuk memuaskan sendiri) dan faktor kerjasama (usaha

untuk memuaskan kepentingan pihak lain). Thomas dan Kilmann, (1974) telah merancang model untuk mengukur pola manajemen penanganan konflik:

1. bersaing,
2. berkolaborasi,
3. berkompromi,
4. menghindar,
5. mengakomodasi.

d. Tujuan Bersama

Tujuan manajemen penyembuhan sifatnya lebih terorientasi kepada pasien dan dapat membantu menentukan bidang tanggung jawab yang erat kaitannya dengan prognosis pasien. Adanya tujuan yang sepenuhnya menjadi tanggung jawab perawat, ada yang dianggap sebagai tanggung jawab sepenuhnya dari dokter, adapula tujuan yang merupakan tanggung jawab bersama antara dokter dan perawat.

4. Kepuasan Kerja

Kepuasan kerja merupakan suatu sikap yang positif yang menyangkut penyesuaian diri yang sehat dari para karyawan terhadap kondisi dan situasi kerja, termasuk di dalamnya masalah upah, kondisi sosial, kondisi fisik, dan kondisi psikologis (Sudarmo, 1997).

Kenyataan menunjukkan bahwa orang mau bekerja bukan hanya mencari dan mendapatkan upah saja, akan tetapi dengan bekerja dia mengharapkan akan

mendapatkan kepuasan kerja. Kepuasan kerja adalah keadaan emosional yang menyenangkan atau sikap umum terhadap perbedaan penghargaan yang diterima dan yang seharusnya diterima serta terhadap faktor - faktor pekerjaan, penyesuaian diri dan hubungan sosial individu diluarkerja.

Cormick dan Ilgen menyatakan kepuasan kerja merupakan sikap seseorang terhadap pekerjaannya. Dengan kata lain, kepuasan kerja merupakan respon afektif seseorang terhadap pekerjaan. Pandangan tentang kepuasan kerja adalah bahwa individu menghitung sejauh mana pekerjaan itu menghasilkan hasil bernilai. Diasumsikan bahwa individu memiliki sejumlah penilaian tentang berapa banyak mereka menghargai hasil tertentu serta gaji, kondisi lingkungan kerja, promosi yang baik (Sudarmo,1997).

Cue dan Gianarkis menyatakan bahwa kepuasan kerja adalah hal penting dalam teori dan praktek karena mempengaruhi kapasitas kerja agar menghasilkan kinerja yang efisien dan dapat memenuhi pekerjaan dengan sukses (Ivancevich,1995 dalam Mayasari 2009).

Ostroff menyatakan bahwa organisasi-organisasi yang memiliki lebih banyak karyawan yang puas cenderung menjadi lebih efektif dibandingkan dengan organisasi-organisasi yang memiliki lebih sedikit jumlah pegawai yang puas. Seorang karyawan akan memberikan pelayanan dengan sepenuh hatinya kepada organisasi sangat tergantung pada apa yang dirasakan karyawan itu terhadap pekerjaan rekan kerja, dan supervisor. Perasaan dan kepuasan karyawan mempengaruhi perkembangan pola interaksi rutin. Kepuasan dan

sikap karyawan merupakan faktor penting dalam menentukan tingkah laku dan respon mereka terhadap pekerjaan dan melalui tingkah laku serta respon inilah dapat dicapai efektifitas organisasional (Ivancevich,1995 dalam Mayasari, 2009).

Robbins mendefinisikan kepuasan kerja sebagai sikap umum seorang individu terhadap pekerjaannya, dimana dalam pekerjaan tersebut seseorang dituntut untuk berinteraksi dengan rekan sekerja dan atasan, mengikuti aturan dan kebijaksanaan organisasi, memenuhi standar kinerja (Robin, 1996 dalam Mayasari 2009).

a. Teori Kepuasan Kerja.

Beberapa teori kepuasan kerja yang telah dikenal luas adalah sebagai berikut: (Mayasari,2009)

1) Teori Hirarki Kebutuhan –Maslow

Teori Malsow, *hierarcy of needs* menyatakan bahwa kebutuhan manusia dapat disusun menurut hirarki, dimana kebutuhan paling atas akan menjadi motivator utama bila kebutuhan pada tingkat di bawahnya telah terpenuhi.

Kebutuhan – kebutuhan tersebut tersusun mulai dari kebutuhan yang paling rendah kepada kebutuhan yang lebih tinggi yaitu ;

- a) kebutuhan fisik,
- b) kebutuhan keamanan,
- c) kebutuhan social,

- d) kebutuhan akan harga diri,
- e) kebutuhan akan aktualisasi diri.

2) Teori dua faktor – Frederick Herzberg

Ahli psikologi dan konsultan manajemen Frederick Herzberg mengembangkan Teori Dua Faktor yang menempatkan faktor –faktor pekerjaan dalam dua kelompok, yaitu ;

a) Faktor pemuas / motivator

Terdiri dari faktor instrinsik pekerjaan, yang meliputi aspek :

- (1) pekerjaan itu sendiri,
- (2) tanggung jawab
- (3) penghargaan,
- (4) pencapaian prestasi,
- (5) kemajuan,
- (6) kemungkinan berkembang,
- (7) komformitas.

Bila faktor pemuas terpenuhi maka dapat menimbulkan kepuasan kerja yang akan membentuk motivasi yang kuat untuk menghasilkan kinerja yang baik.

b) Faktor pemelihara / higienis

Merupakan kelompok kondisi ekstrinsik dari pekerjaan, yang meliputi :

- (1) upah,
- (2) keamanan kerja,
- (3) kondisi kerja,
- (4) status,
- (5) prosedur,
- (6) perusahaan,
- (7) mutu penyeliaan,
- (8) mutu hubungan interpersonal.

Terpenuhinya kebutuhan akan kondisi ekstrinsik kerja tidak menjamin timbulnya kepuasan kerja karyawan, tetapi merupakan faktor yang memelihara kondisi kerja agar tidak terjadi ketidakpuasan kerja. Ketidakberadaan faktor pemelihara ini dapat mengakibatkan timbulnya ketidakpuasan.

3) Teori ERG (*Existence, Relatedness, Growth*) – Adelfer

Adelfer setuju dengan Maslow, bahwa kebutuhan individu tersusun secara hirarki, namun hirarki kebutuhan yang diajukannya hanya terdiri tiga set kebutuhan, yaitu ;

- a) *existence* / eksistensi ; kebutuhan-kebutuhan yang terpuaskan oleh faktor – faktor seperti gaji dan kondisi pekerjaan.

- b) *relatedness* / keterkaitan ; kebutuhan-kebutuhan yang terpuaskan dengan adanya hubungan sosial dan interpersonal yang berarti.
 - c) *growth* / pertumbuhan ; kebutuhan-kebutuhan yang terpuaskan oleh produktifitas atau kreatifitas individu
- 4) Teori Kebutuhan yang dipelajari –Mclelland

David Mclelland mengemukakan teori kebutuhan motivasi yang dipelajari, yang erat hubungannya dengan konsep belajar. Teori ini mengatakan bahwa seseorang dengan suatu kebutuhan yang kuat akan termotivasi untuk menggunakan tingkah laku yang sesuai untuk memuaskan kebutuhan. Kebutuhan seseorang dipelajari dari kebudayaan masyarakat di lingkungannya. Tiga kebutuhan yang dipelajari tersebut adalah: kebutuhan berprestasi, kebutuhan berafiliasi, kebutuhan berkuasa.

5) Teori Diskrepensi dan Teori Keadilan

Teori Diskrepensi dan Teori Keadilan dapat menjelaskan hubungan kepuasan dengan penghargaan yang diterima secara ekstrinsik.

a) Teori Diskrepensi

Teori ini menjelaskan bahwa keadilan ditentukan oleh keseimbangan antara apa yang dirasakan seseorang sebagai hal yang seharusnya ia terima dengan apa yang secara nyata ia terima. Jika tingkat penghargaan yang secara nyata ia terima sebanding dengan apa yang diharapkannya, maka ia akan merasa puas. Setiap diskrepensi

atau ketidakseimbangan antara kedua tingkatan tersebut akan menimbulkan perasaan tidak puas.

b) Teori Keadilan

Menurut teori ini, perilaku individu dipengaruhi oleh rasa keadilan dan ketidakadilan. Dalam menilai keadilan tersebut individu memperhatikan faktor – faktor sebagai berikut ;

- (1) *input*, yaitu segala sesuatu yang diserahkan individu dalam menyelenggarakan tugas pekerjaan, seperti pengetahuan, kecerdasan, ketrampilan dan pengalaman.
- (2) *output*, yaitu segala sesuatu yang diterima dari tempat kerja sebagai imbalan atas tugas yang dikerjakan, seperti gaji, fasilitas kerja, perumahan, jaminan kesehatan.
- (3) *comparison person*, yaitu individu lain sebagai pembanding bagi karyawan dalam hal input dan outcome.

b. Aspek Pekerjaan yang memberikan kepuasan kerja

Muclas, 1997 menyatakan kepuasan kerja terutama ditentukan oleh jenis, jumlah dan harapan penghargaan. Berbagai karakteristik yang menentukan kepuasan atas pekerjaan digolongkan menjadi tiga kelompok, yaitu:

1) Karakteristik pekerjaan

Karakteristik yang mempengaruhi kepuasan kerja adalah kejelasan peran, keluasaan dalam kerja dan penghargaan intrinsik. Kejelasan peran menyebabkan individu mengerti akan tugas dan tanggung jawabnya.

Individu akan lebih berhasil dalam pekerjaan apabila ia mengetahui apa yang diharapkan dan memahami tujuan tugas dengan jelas.

Keleluasaan dalam kerja menekankan perhatian pada otonomi, variasi tugas, tanggung jawab dan umpan balik dari pekerjaan. Penghargaan intrinsik memiliki dampak kuat untuk timbulnya kepuasan kerja. Penghargaan intrinsik berkaitan dengan psikis atau perasaan individu yang merupakan akibat dari kinerjanya.

Faktor-faktor karakteristik pekerjaan yang memberi sumbangan terhadap kepuasan kerja diantaranya adalah manajemen, supervisi langsung, lingkungan sosial, komunikasi, keamanan, pekerjaan yang monoton, penghasilan. (Wijono, 2007)

2) Karakteristik organisasi

Pada karakteristik organisasi terdapat dua variabel yang berhubungan dengan kepuasan kerja yaitu keterlibatan dalam pembuatan keputusan organisasi dan tingkatan pekerjaan. Individu yang dilibatkan dalam pembuatan keputusan organisasi mendapatkan kepuasan kerja lebih tinggi dibandingkan dengan individu yang tidak terlibat.

3) Karakteristik individu

Karakteristik individu yang berhubungan dengan kepuasan kerja adalah usia, pendidikan dan jabatan yang dipegang.

c. Karakteristik Biografi yang mempengaruhi kepuasan kerja

Kepuasan kerja juga dipengaruhi oleh karakteristik biografi, antara lain:

(Muchlas, 1997)

1) Umur

Hubungan umur dengan kepuasan kerja menunjukkan hubungan yang positif artinya makin tua umur karyawan makin tinggi tingkat kepuasan kerjanya, setidaknya tidaknya sampai umur karyawan menjelang pensiun pada pekerjaan yang dikuasainya.

Sebaliknya mudah menduga bahwa bagi karyawan yang lebih muda usia, keinginan pindah lebih besar. Kepuasan kerja meningkat pada usia 30-an, kemudian menurun pada usia 40-an dan akan meningkat lagi pada usia 50-an sampai mereka pensiun. Tenaga yang lebih senior cenderung puas dengan pekerjaannya karena mereka lebih mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan kerja berdasarkan pengalamannya.

2) Masa kerja

Karyawan baru cenderung kurang puas dibandingkan dengan karyawan yang lebih senior. Terdapat berbagai alasan terjadinya hal ini karena karyawan baru datang di tempat kerja dengan harapan tinggi yang tidak memungkinkan untuk dipenuhi atau mungkin untuk pekerjaan tersebut hanya dibutuhkan pendidikan atau kemampuan yang lebih rendah daripada kemampuan yang dipunyai karyawan baru tersebut. Karyawan

yang lebih berpengalaman lebih tinggi kepuasan kerjanya dari pada mereka yang kurang pengalaman kerjanya

3) Pendidikan

Adanya hubungan yang negatif antara tingkat pendidikan dengan kepuasan terhadap gaji disebabkan perbedaan harapan. Klien dan Mahe mengatakan bahwa pekerja dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi mengharapkan dapat berpenghasilan lebih tinggi di perusahaan / pekerjaan lain.

4) Kepangkatan

Adanya konsistensi hubungan antara kepuasan kerja dengan kepangkatan yaitu kepuasan kerja akan meningkat seiring dengan meningkatnya tingkat kepangkatan / jabatan.

5) Unit kerja

Unit kerja yang berbeda memiliki karakteristik pekerjaan yang berbeda, tingkat tanggung jawab yang berbeda, hubungan atasan bawahan yang berbeda sehingga diasumsikan turut mempengaruhi suasana dan kepuasan kerja dari tenaga keperawatan.

d. Efek kepuasan kerja

Kepuasan kerja akan memberikan dampak terhadap beberapa aspek, antara lain:

1) Kinerja

Banyak penelitian yang menghubungkan kepuasan dengan kinerja. Dikatakan bahwa individu yang puas otomatis akan produktif. Riset terakhir yang mendukung hubungan kepuasan kerja dengan kinerja adalah pada tingkat organisasi. Organisasi dengan pekerjaan yang terpuaskan cenderung lebih efektif dibandingkan dengan organisasi dengan pekerjaan yang kurang puas.

2) Kemangkiran dan keterlambatan

Beberapa penelitian menemukan hubungan yang secara konsisten negatif antara kepuasan kerja dan kemangkiran dan keterlambatan. Pekerja yang tidak terpuaskan akan besar kemungkinan untuk terlambat atau tidak masuk kerja.

3) Pindah kerja

Ada hubungan yang negatif antara kepuasan kerja dengan pindah kerja.

4) Komitmen terhadap organisasi

Komitmen terhadap organisasi merupakan perasaan memiliki individu terhadap organisasi dan komitmennya dalam mencapai tujuan organisasi. Beberapa penelitian menunjukkan hubungan positif antara kepuasan kerja dan komitmen organisasi.

5) Kesehatan fisik dan mental

Kepuasan kerja memberikan sumbangan pada kondisi kesehatan fisik dan mental para pekerjaan.

5. Dinamika Kelompok Kerja yang Mempengaruhi Kepuasan Kerja Dokter

Dinamika kelompok kerja mengutamakan adanya interaksi dan pertukaran pengaruh diantara sesama anggota kelompok dalam sebuah situasi sosial. Jika konsep ini diaplikasikan pada studi tentang perilaku organisasi, maka sebaiknya difokuskan kepada dinamika para anggota yang formal maupun informal didalam organisasi. Dalam manajemen pelayanan pengobatan dan perawatan kelompok kerja terdiri dari perawat, dokter dan tenaga kesehatan lainnya tentu dalam mencapai tujuan, kelompok kerja tersebut harus berpartisipasi aktif sesuai dengan peran dan tugasnya masing-masing dan saling bekerjasama dengan baik saling memberikan informasi, sehingga dampak dari perilaku kelompok pada kepuasan kerja dan prestasi kerja dapat dicapai. Kelompok itu adalah koleksi-koleksi dari berbagai individu yang didalamnya antara lain:(Muchlas,1997)

- a. interaksi antar anggota,
- b. persepsi mengenai keanggotaan dalam kelompok,
- c. saling berbagi norma dan nilai-nilai, dan
- d. saling menggantungkan nasib (apa yang terjadi pada seorang anggota akan mempengaruhi atau mengenal anggota-anggota kelompok lain mempengaruhi para anggota secara individual).

Secara lebih khusus lagi dampak dari kelompok pada perilaku kerja yaitu adanya kontribusi kelompok pada kepuasan kerja dan prestasi kerjanya. Berkaitan dengan manajemen pelayanan pengobatan dan perawatan pasien, maka kelompok kerja perawat yang memberikan pelayanan keperawatan dapat mempengaruhi kepuasan kerja para dokter yang memberi pelayanan pengobatan kepada pasien, begitu pula sebaliknya. Kepuasan kerja dokter atas pelayanan keperawatan, Lichtenstein (1984) menjelaskan bahwa yang berhubungan dengan kepuasan kerja dokter, ada tiga faktor yang diperkirakan akan mempengaruhi, yaitu:

- a. tenaga perawat yang cakap dan terampil,
- b. perawat harus mampu menyelesaikan tugas-tugas yang didelegasikan dokter dengan baik,
- c. perawat harus mampu menyelesaikan tugas rutin klinis seperti mengukur tekanan darah, mengukur suhu dan lain-lain.

Sementara itu, Siebolt dan Walker dalam Misener *et al* (1996) mengatakan bahwa sikap perawat yang mampu dan mengerti apa yang seharusnya dikerjakan dan mengerjakannya tidak dalam keadaan terpaksa merupakan elemen kunci untuk membina hubungan dengan dokter. Jika hubungan tersebut berjalan dengan baik akan membuat pekerjaan lebih efektif dan efisien sehingga pada akhirnya akan menimbulkan kepuasan terhadap pekerjaan yang akan dilakukan.

Ward dan Lindeman, instrumen untuk mengukur persepsi dokter atas lima aspek pelayanan perawatan yang mempengaruhi kepuasan dokter adalah:

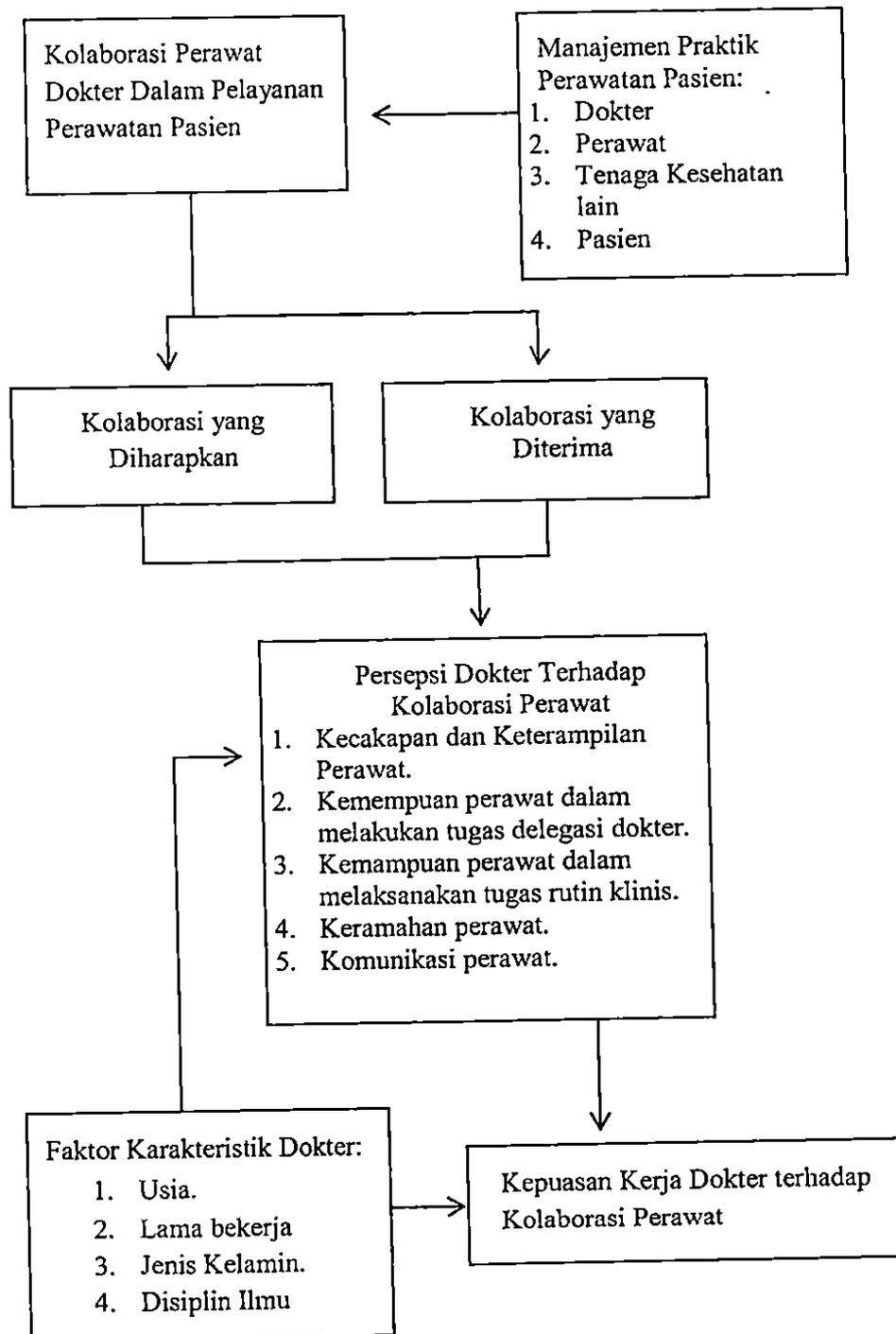
- a. perawatan fisik,
- b. emosional perawat,
- c. hubungan perawat-dokter,
- d. administrasi,
- e. pengajaran dan persiapan perawatan di rumah.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan kerja dokter di rumah sakit adalah: (Trisnantoro,2003)

- a. karakteristik dokter,
- b. keberadaan di rumah sakit,
- c. masalah keluarga,
- d. masalah karier,
- e. rasa aman dalam melakukan pekerjaan,
- f. hubungan dengan rekan sekerja perawat,
- g. fasilitas rumah sakit,
- h. hubungan pasien-dokter,
- i. pendapatan yang diterima,
- j. fasilitas yang diterima rumah sakit.

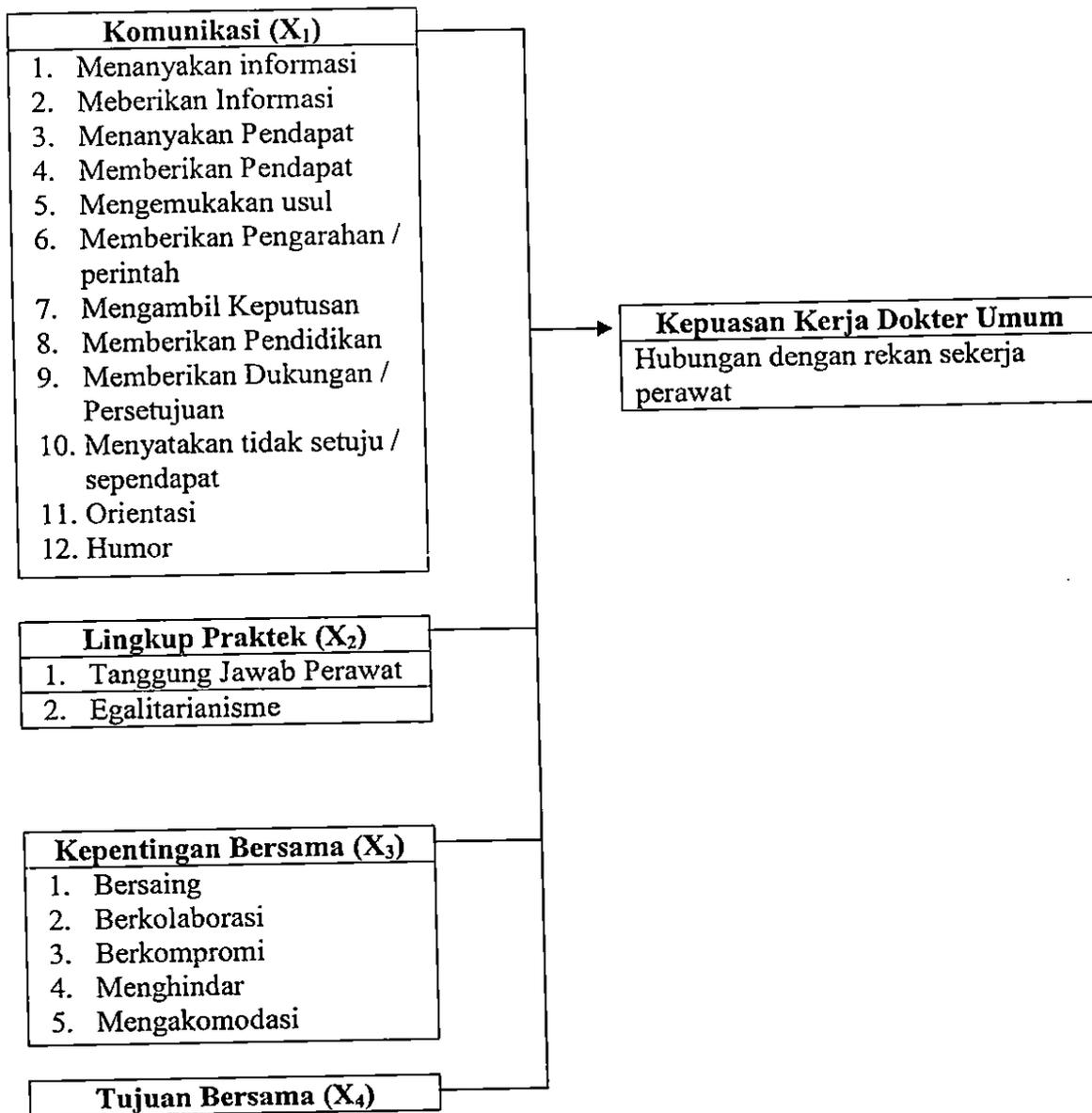
B. Kerangka Teori

Sehubungan dengan banyaknya variabel yang mempengaruhi kepuasan kerja dokter di rumah sakit, maka peneliti hanya ingin meneliti kepuasan kerja dokter dari variabel hubungan kerja kolaborasi dengan perawat dan berdasarkan tinjauan pustaka maka kerangka teori dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.4 Kerangka Teori
 Gabungan Teori Muchlas 1999, Robins 2000, Lichtenstein 1984, Seibolt dan Walker 1006, Burchel, RC., Thomas D. A dan Smith H. I., 1984

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.5 Kerangka Konsep

D. Landasan Teori

Komunikasi yang terjadi antara dokter, perawat, dan tim kesehatan lain dengan pasien dapat dijelaskan melalui praktik kolaborasi sebagai berikut. Kolaborasi tidak dapat didefinisikan atau dijelaskan dengan mudah. Kebanyakan definisi menggunakan prinsip perencanaan dan pengambilan keputusan bersama, berbagi saran, kebersamaan, tanggung gugat, keahlian, dan tujuan serta tanggung jawab bersama. American Nurses Association (ANA): Baggs & Schmitt, 1988; Evans & Carlson, 1992; Shortridge, McLain, & Gillis 1986, (cit. Siegler & Whitney, 1994). *et al.*, (cit. Siegler & Whitney, 1994) menyebutkan kolaborasi sebagai hubungan timbal balik dimana pemberi pelayanan memegang tanggung jawab paling besar untuk perawatan pasien dalam kerangka kerja bidang respektif mereka. Praktik kolaborasi menekankan tanggung jawab bersama dalam manajemen perawatan pasien, dengan proses pembuatan keputusan bilateral didasarkan pada masing-masing pendidikan dan kemampuan praktisi. (Siegler & Whitney *et al.*, 1996).

Sifat interaksi antara perawat – dokter menentukan kualitas praktik kolaborasi. ANA (1980) menjabarkan kolaborasi sebagai “hubungan rekanan sejati, dimana masing-masing pihak menghargai kekuasaan pihak lain dengan mengenal dan menerima lingkup kegiatan dan tanggung jawab masing-masing yang terpisah maupun bersama, saling melindungi kepentingan masing-masing dan adanya tujuan bersama yang diketahui kedua pihak”. Dari penjabaran sifat kolaborasi

dapat disimpulkan bahwa kolaborasi dapat dianalisis melalui empat buah indikator:

1. kontrol – kekuasaan
2. lingkup praktik
3. kepentingan bersama
4. tujuan bersama

1. Kontrol - Kekuasaan

Berbagi kekuasaan atau kontrol kekuasaan bersama dapat terbina apabila baik dokter maupun perawat terdapat kesempatan sama untuk mendiskusikan pasien tertentu. Beberapa peneliti telah mengembangkan instrumen penelitian untuk mengukur kontrol-kekuasaan pada interaksi perawat-dokter. Feiger dan Schmitt, (1979) mengembangkan model mengukur komunikasi perawat-dokter untuk menentukan tingkat kontrol kekuasaan melalui 12 kategori proses berikut ini:

- a. menanyakan informasi,
- b. memberikan informasi,
- c. menanyakan pendapat,
- d. memberikan pendapat,
- e. mengemukakan usul,
- f. memberikan pengarahan / perintah,
- g. mengambil keputusan,
- h. memberi pendidikan,

- i. memberi dukungan / persetujuan,
- j. menyatakan tidak setuju / tidak sependapat,
- k. orientasi,
- l. humor.

Kecuali instrumen, Jones juga meneliti jangka waktu rata-rata pertukaran komunikasi antara perawat dengan dokter untuk tiga jenis komunikasi yaitu komunikasi saat mengadakan pemeriksaan keliling, komunikasi saat tatap muka dan komunikasi melalui telepon.

Hampir seluruh instrumen penelitian untuk mengukur kontrol-kekuasaan pada interaksi perawat-dokter menggunakan parameter komunikasi perawat-dokter, sehingga pada penelitian ini peneliti menyesuaikan istilah kontrol kekuasaan dengan komunikasi.

2. Lingkungan praktik

Lingkungan praktik menunjukkan kegiatan dan tanggung jawab masing-masing pihak. Meskipun perawat dan dokter memiliki bidang praktik yang terpisah sesuai dengan peraturan praktik perawat dan dokter, tapi ada tugas-tugas tertentu yang dibina bersama. *Weis dan Davis (1993)* telah mengembangkan suatu instrumen yang disebut Health Role Expectation Index, mengukur persepsi kolaborasi hubungan antara perawat, dokter dan pasien. Sarana yang terdiri dari 16 pokok tersebut dibentuk dari skala Likert 5 hal yang membentuk 4 skala terpisah:

- a. tanggung jawab dokter,

- b. tanggung jawab perawat,
- c. tanggung jawab pemakai,
- d. egalitarianisme (dengan topik: akses sama, kekuasaan sama dan/atau penghargaan sama).

Semakin tinggi skor total semakin besar kemungkinan pelaksanaan tanggung jawab bersama antara para anggota perawatan kesehatan. Weiss dan David mengusulkan agar instrumen tersebut digunakan untuk:

- a. menilai kecenderungan seseorang untuk berkolaborasi,
- b. menentukan kesesuaian antara harapan para pemberi perawatan kesehatan dan pasien yang mereka layani, dan
- c. mengevaluasi perubahan sikap dan ketepatan waktu tertentu.

3. Kepentingan Bersama

Peneliti yang menganalisa kepentingan bersama sebagai indikator kolaborasi antara perawat dan dokter seringkali menanggapi dari sudut pandang perilaku organisasi. Para teoritis ini menjabarkan kepentingan bersama secara operasional menggunakan istilah tingkat ketegangan masing-masing (usaha untuk memuaskan sendiri) dan faktor kerjasama (usaha untuk memuaskan kepentingan pihak lain). Thomas dan Kilmann, (1974) telah merancang model untuk mengukur pola manajemen penanganan konflik:

- a. bersaing,
- b. berkolaborasi,
- c. berkompromi,

- d. menghindar,
- e. mengakomodasi.

4. Tujuan Bersama

Tujuan manajemen penyembuhan sifatnya lebih terorientasi kepada pasien dan dapat membantu menentukan bidang tanggung jawab yang erat kaitannya dengan prognosis pasien. Ada tujuan yang sepenuhnya menjadi tanggung jawab perawat, ada yang dianggap sebagai tanggung jawab sepenuhnya dari dokter, dan ada tujuan yang merupakan tanggung jawab bersama antara dokter dan perawat.

Sedangkan pendapat Ward dan Lindeman, instrumen untuk mengukur persepsi dokter atas lima aspek pelayanan perawatan yang mempengaruhi kepuasan dokter adalah:

- a. perawatan fisik,
- b. emosional perawat,
- c. hubungan perawat-dokter,
- d. administrasi,
- e. pengajaran dan persiapan perawatan di rumah.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan kerja dokter di rumah sakit adalah: (Trisnantoro, 2003)

- a. karakteristik dokter,
- b. keberadaan di rumah sakit,

- c. masalah keluarga,
- d. masalah karier,
- e. rasa aman dalam melakukan pekerjaan,
- f. hubungan dengan rekan sekerja perawat,
- g. fasilitas rumah sakit,
- h. hubungan pasien-dokter.
- i. pendapatan yang diterima.
- j. fasilitas yang diterima rumah sakit.

E. Hipotesis

1. Terdapat pengaruh antara komunikasi dalam kolaborasi dokter-perawat terhadap kepuasan kerja dokter umum
2. Terdapat pengaruh antara lingkup praktek dalam kolaborasi dokter-perawat terhadap kepuasan kerja dokter umum
3. Terdapat pengaruh antara kepentingan bersama dalam kolaborasi dokter-perawat terhadap kepuasan kerja dokter umum
4. Terdapat pengaruh antara tujuan bersama dalam kolaborasi dokter-perawat terhadap kepuasan kerja dokter umum
5. Terdapat pengaruh secara bersama-sama variabel praktek kolaborasi dokter-perawat dengan kepuasan kerja dokter umum