

**ANALISIS PENGARUH PENGETAHUAN PERAWAT  
TENTANG INDIKATOR KOLABORASI TERHADAP  
PRAKTEK KOLABORASI PERAWAT DOKTER DI UNIT  
RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA DAERAH Dr AMINO  
GONDOHUTOMO SEMARANG**



**TESIS**

**Untuk memenuhi persyaratan  
mencapai derajat Sarjana S2**

**Program Studi  
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Konsentrasi  
Administrasi Rumah Sakit**

**Oleh :  
ERLINA RUMANTI  
NIM : E4A007026**

**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
SEMARANG  
2009**

**ANALISIS PENGARUH PENGETAHUAN PERAWAT  
TENTANG INDIKATOR KOLABORASI TERHADAP  
PRAKTEK KOLABORASI PERAWAT DOKTER DI UNIT  
RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA DAERAH Dr AMINO  
GONDOHUTOMO SEMARANG**



**ARTIKEL**

**Untuk memenuhi persyaratan  
mencapai derajat Sarjana S2**

**Program Studi  
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Konsentrasi  
Administrasi Rumah Sakit**

**Oleh :  
ERLINA RUMANTI  
NIM : E4A007026**

**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
SEMARANG  
2009**

**ANALISIS PENGARUH PENGETAHUAN PERAWAT  
TENTANG INDIKATOR KOLABORASI TERHADAP  
PRAKTEK KOLABORASI PERAWAT DOKTER DI UNIT  
RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA DAERAH Dr AMINO  
GONDOHUTOMO SEMARANG**



**PROPOSAL TESIS**

**Untuk memenuhi persyaratan  
mencapai derajat Sarjana S2**

**Program Studi  
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Konsentrasi  
Administrasi Rumah Sakit**

**Oleh :  
ERLINA RUMANTI  
NIM : E4A007026**

**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
SEMARANG  
2009**

Pengesahan Usulan Penelitian

ANALISIS PENGARUH PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG  
INDIKATOR KOLABORASI TERHADAP PRAKTEK KOLABORASI  
PERAWAT DOKTER DI UNIT RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA  
DAERAH Dr AMINO GONDOHUTOMO SEMARANG

Telah disetujui sebagai usulan penelitian Tesis untuk memenuhi  
persyaratan Pendidikan Program Pascasarjana

Program Magister  
Ilmu Kesehatan Masyarakat

Menyetujui  
Pembimbing I

dr. Sudiro, MPH.,Dr.PH  
NIP. 131 252 965

Pembimbing II

Septo Pawelas Arso,SKM.,MARS.  
NIP. 132 163 501

Mengetahui  
an. Ketua Program Magister  
Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Sekretaris Bidang Akademik

Dra Atik Mawarni,M.Kes.  
NIP 196306241990032003

No : -

Hal : Permohonan Ijin Tidak Mengikuti Wisuda

Lamp : 1 bendel

Kepada:

Yth. Rektor Universitas Diponegoro

Di Semarang.

Dengan Hormat,

Yang bertandatangan dibawah ini , saya:

Nama : Erlina Rumanti,dr.

NIM : E4A007026

Program Studi : Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat (ARS)  
Angkatan 2007.

Memohon ijin untuk tidak mengikuti Wisuda, yang akan diselenggarakan pada tanggal 29 Oktober 2009 karena ada tugas dari atasan untuk mengikuti sosialisasi software baru INA DRG di Batam pada tanggal 26 - 29 Oktober 2009 ( surat tugas terlampir).

Demikian, atas perhatian dan ijin Rektor, saya mengucapkan terimakasih.

Semarang, 24 Oktober 2009

Hormat saya,

Erlina Rumanti, dr.

NIM E4A007026

Tembusan : Ketua Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat.

PENGESAHAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul:  
ANALISIS PENGARUH PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG INDIKATOR  
KOLABORASI TERHADAP PRAKTEK KOLABORASI PERAWAT DOKTER DI  
UNIT RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA DAERAH Dr AMINO GONDOHUTOMO  
SEMARANG

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Erlina Rumanti

NIM : E4A 007 026

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 28 Agustus 2009 dan  
dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

dr. Sudiro, MPH.,Dr.PH  
NIP. 131 252 965

Septo Pawelas Arso,SKM., MARS  
NIP. 132 163 501

Penguji,

Penguji,

dr. Izzudin SD,SpKJ.,M.Kes.  
NIP 140 105 872

Dra. Atik Mawarni, M.Kes  
NIP. 131 918 670

Semarang, 31 Agustus 2009

Universitas Diponegoro  
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Ketua Program,

dr.Martha Irene Kartasurya, MSc., PhD  
NIP. 131 694 515

## PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Erlina Rumanti

NIM : E4A 007 026

Menyatakan bahwa tesis judul “ ANALISIS PENGARUH PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG INDIKATOR KOLABORASI TERHADAP PRAKTEK KOLABORASI PERAWAT DOKTER DI UNIT RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA DAERAH Dr AMINO GONDOHUTOMO SEMARANG” merupakan:

1. Hasil karya yang disusun, dipersiapkan dan ditulis sendiri.
2. Belum pernah disampaikan untuk mendapatkan gelar pada program Magister ini ataupun pada program lainnya.

Oleh karena itu pertanggungjawaban tesis ini sepenuhnya berada pada diri saya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Semarang, 28 Agustus 2009

Penulis,

Erlina Rumanti  
NIM : E4A 007 026

## RIWAYAT HIDUP

- Nama : Erlina Rumanti
- Tempat & Tanggal Lahir : Klaten, 12 Juni 1971
- Jenis Kelamin : Perempuan
- Alamat : Jl. Sawojajar I no 34 Semarang.
- Pendidikan :
1. Lulus SD Tegalyasa I Klaten tahun 1984
  2. Lulus SMPN I Klaten tahun 1987
  3. Lulus SMUN 1 Klaten tahun 1990
  4. Lulus Fakultas Kedokteran Universitas  
Sebelas Maret 1998
- Pekerjaan :
1. Dr PTT di Puskesmas Tanggungharjo-  
Purwodadi Grobogan tahun 1999 - 2001
  2. Dr PTT Di Puskesmas Gubug I Purwodadi  
Grobogan 2001-2002
  3. RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang  
Tahun 2003- sekarang

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Allah Yang Maha Pengasih yang telah melimpahkan rahmat dan karuniaNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul “ Analisis Pengaruh Pengetahuan Perawat tentang Indikator Kolaborasi terhadap Praktek Kolaborasi Perawat Dokter Di Unit Rawat Inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang”. Tesis ini disusun dalam rangka memenuhi persyaratan pendidikan Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang.

Penyusunan tesis ini terselenggara berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. dr. Martha Irene Kartasurya, MSc., PhD selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat.
2. dr. Sudiro, MPH., Dr.PH selaku pembimbing utama yang telah membimbing penulis sampai terselesainya tesis ini.
3. Septo Pawelas Arso,SKM, MARS selaku pembimbing kedua yang telah membimbing penulis dan memberi arahan dengan sabar dalam penyusunan tesis ini.
4. dr. Izzudin SD,SpKJ.,MKes selaku penguji pertama yang telah memberi masukan berarti untuk kesempurnaan tesis ini.
5. Dra. Atik Mawarni, M.Kes selaku penguji kedua yang telah memberi masukan berarti untuk kesempurnaan tesis ini.
6. dr Isi Mularsih, MARS selaku Direktur RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang periode Juni 2008- Juni 2009 yang telah memberi ijin untuk dilakukan penelitian dan pengambilan data di RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang.

7. Dr Trilastiti Widowati,SpRM.,MKes, selaku Direktur RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang yang telah mengizinkan penulis menyelesaikan tesis ini.
8. Direktur RSJD Surakarta, yang telah memberi ijin pengambilan data untuk keperluan uji validitas dan reliabilitas skala pengukuran penelitian.
9. Para perawat di RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang yang telah bersedia membantu penulis dalam pengambilan data.
10. Seluruh dosen Program Pascasarjana Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat beserta staf yang telah membantu dan memberi dukungan dalam penyelesaian tesis ini.
11. Suami dan anak tercinta yang sudah mendukung dalam segala hal sampai terselesaikannya tesis ini.
12. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu yang telah berkenan membantu dalam penyelesaian tesis ini.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa membalas semua kebaikan dan melimpahkan berkat dan rahmatNya kepada semua pihak yang membantu dan terlibat hingga terselesainya tesis ini.

Untuk kesempurnaan tesis, kritik dan saran yang sifatnya membangun sangat penulis harapkan. Akhirnya semoga tulisan ini bermanfaat untuk kita semua dan khususnya bagi pengembangan kemajuan RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang.

Semarang, 28 Agustus 2009

Penulis

## ABSTRAK

Erlina Rumanti

**Analisis Pengaruh Pengetahuan Perawat tentang Indikator Kolaborasi Terhadap Praktek Kolaborasi Perawat Dokter di Unit Rawat Inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang.**

**Halaman : 114, Tabel : 30, Gambar : 9, Lampiran : 8**

Praktek kolaborasi terbentuk disaat seseorang berusaha memuaskan kebutuhannya sendiri dan kebutuhan pihak lain secara maksimal. Praktek kolaborasi perawat dokter memerlukan pengetahuan, sikap yang profesional mulai dari cara komunikasi, cara kerjasama dengan pasien maupun dokter sampai kepada ketrampilan perawat dalam membuat keputusan. Perawat di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Dr Amino Gondohutomo Semarang belum optimal dalam melaksanakan praktek kolaborasinya dengan dokter. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi terhadap praktek kolaborasi perawat dokter di Unit rawat Inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang.

Penelitian ini merupakan penelitian observasional, yang bersifat *deskriptif analitik*. Subyek penelitian adalah 100 perawat yang melaksanakan fungsi pelayanan di unit rawat inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang, analisis statistik yang digunakan analisis bivariat dengan uji *chi square* dan analisis multivariat dengan uji regresi logistik metode enter.

Hasil analisis deskriptif, pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi kontrol kekuasaan, lingkup praktek, kepentingan bersama dan tujuan bersama baik. Tahap praktek kolaborasi perawat dokter sebagian besar 68% dalam tahap berunding, praktek kolaborasi perawat dokter sebagian besar 55% kurang. Hasil analisis bivariat menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan kontrol kekuasaan, lingkup praktek, kepentingan bersama, tujuan bersama dengan praktek kolaborasi perawat dokter. Analisis multivariat menunjukkan adanya pengaruh bersama-sama antara pengetahuan kepentingan bersama (Exp B: 19,128), tujuan bersama (Exp B: 7,025) terhadap praktek kolaborasi perawat dokter.

Saran yang dapat diberikan adalah jenjang karier yang jelas untuk perawat, audit home visit, melibatkan perawat dokter dalam membuat prosedur tetap rawat inap, mengembangkan MPKP dan Family Gathering untuk keluarga pasien

Kata kunci: Praktek kolaborasi, Perawat RSJ.  
Keputastakaan : 38, 1974 - 2009

## ABSTRACT

**Erlina Rumanti**

The Analysis of Influence's Nurse Knowledge about Collaborative Indicators towards Practice of Collaboration between Nurse and Doctor at the Inpatient Unit of Regional Mental Hospital of Dr. Amino Gondohutomo in Semarang.

114 pages + 30 tables + 9 figures + 8 enclosures

Practice of collaboration was formed while somebody was trying to satisfy both his/her needs and other people's needs maximally. Practice of collaboration between Nurse and Doctor required knowledge and professional attitudes that consisted of way of communication, way of cooperation with patients and doctors, and Nurse's ability to make a decision. Nurses at the Inpatient Unit of Regional Mental Hospital of Dr. Amino Gondohutomo in Semarang had not optimally implemented practice of collaboration with doctors. The objective of this research was to find out the influence of Nurse's knowledge about collaborative indicators towards practice of collaboration with doctors at the Inpatient Unit of Regional Hospital for Mentally Sick People of Dr. Amino Gondohutomo in Semarang.

This was an observational research with descriptive-analytic method. Subject of this research was 100 nurses who worked in a functional unit of services at the Inpatient Unit of Regional Mental Hospital of Dr. Amino Gondohutomo in Semarang. Statistical analyses used bivariate analysis (Chi Square Test) and multivariate analysis (Logistic Regression Test with Enter Method).

Most of the respondents have a good knowledge about collaborative indicators which consisted of a power control, scope of practice, together importance and goals. In terms of the practice of collaboration between Nurse and Doctor, mostly respondents were included in the step of negotiation (68%) and had a poor practice (55%). The result of bivariate analysis showed that the variable of knowledge of a power control, scope of practice, together importance, and goals had a significant relationship with the practice of collaboration between Nurse and Doctor. Based on multivariate analysis, the variable of knowledge of a power control (Exp B = 19.128) and together goals (Exp B = 7.025) influenced the practice of collaboration between Nurse and Doctor.

The suggestion is the hospital management should be have the certain Nurse's career, evaluate the home visite programme, take nurse- doctor to make a procedures of their inpatient unit, improve MPKP and Family Gathering for patient's family.

Key Words: Practice of Collaboration, Nurses of Regional Mental Hospital.  
Bibliography: 38 (1974 – 2009)

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PENGESAHAN .....	ii
PERNYATAAN.....	iii
RIWAYAT HIDUP.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
BAB I : PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Perumusan Masalah.....	11
C. Pertanyaan Penelitian .....	14
D. Tujuan Penelitian .....	14
E. Manfaat Penelitian .....	15
F. Ruang Lingkup Penelitian .....	16
G. Keaslian Penelitian .....	17
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA.....	18
A. Manajemen Pelayanan Keperawatan Rawat Inap.....	18
B. Keperawatan .....	19
C. Pengetahuan Kolaborasi.....	23
D. Sikap .....	37
E. Praktek Kolaborasi.....	39
F. Mutu Pelayanan .....	46
G. Kerangka Teori Praktek Kolaborasi.....	46
BAB III : METODOLOGI PENELITIAN.....	48

A. Variabel Penelitian .....	48
B. Hipotesis.....	48
C. Kerangka Konsep Penelitian.....	50
D. Rancangan Penelitian.....	51
BAB IV : HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	66
A. Deskripsi Karakteristik Perawat.....	66
B. Deskripsi Pengetahuan Perawat tentang Indikator Kolaborasi.....	67
C. Deskripsi Praktek Kolaborasi Perawat Dokter.....	82
D. Hubungan Karakteristik Perawat Dengan Praktek Kolaborasi.....	91
E. Hubungan Pengetahuan Perawat tentang Indikator Kolaborasi Terhadap Praktek Kolaborasi Perawat Dokter.....	96
F. Hubungan Pengetahuan Perawat tentang Indikator Kolaborasi Lingkup Praktek Terhadap Praktek Kolaborasi Perawat Dokter.....	98
G. Hubungan Pengetahuan Perawat Indikator Kolaborasi Kepentingan Bersama Terhadap Praktek Kolaborasi Perawat Dokter.....	101
H. Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Indikator Kolaborasi Tujuan Bersama Terhadap Praktek Kolaborasi Perawat Dokter.....	103
I. Pengaruh Pengetahuan Perawat tentang Indikator Kolaborasi Terhadap Praktek Kolaborasi Perawat Dokter.....	105
J. Keterbatasan Penelitian.....	109
BAB V : KESIMPULAN DAN SARAN.....	110
A. Kesimpulan .....	110

B. Saran.....	112
DAFTAR PUSTAKA .....	115
LAMPIRAN.....	119

## DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul Tabel	Halaman
1.1.	Data Ketenagaan dokter dan Keperawatan Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang 2008.....	2
1.2.	Indikator kinerja Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang tahun 2006- 2008.....	3
1.3.	Perbandingan BOR dan LOS di Ruang Rawat Inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang 2006- 2008.....	4
1.4.	Kegiatan dokter di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang/hari.....	5
1.5.	Penambahan Tempat Tidur Rawat Inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang per 1 Pebruari 2009.....	6
1.6.	Keaslian Penelitian.....	17
2.1.	Tanggungjawab perawat, tanggungjawab dokter, tanggungjawab bersama.....	34
4.1.	Distribusi karakteristik perawat di Unit Rawat Inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang Tahun 2009.....	66
4.2.	Distribusi Frekuensi Jawaban Pernyataan Pengetahuan Perawat Tentang Kontrol Kekuasaan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang.....	
8 4.3.	Distribusi Frekuensi Menurut Pengetahuan Perawat Tentang Indikator Kolaborasi Kontrol Kekuasaan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang.....	70

4.4.	Distribusi Frekuensi Jawaban Perawat Tentang Pengetahuan Indikator Kolaborasi Lingkup Praktek di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang.....	71
4.5.	Distribusi Frekuensi Menurut Pengetahuan Perawat Tentang Indikator Kolaborasi Lingkup Praktek di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang.....	75
4.6.	Distribusi Frekuensi Jawaban Pernyataan Pengetahuan Perawat Tentang Indikator Kolaborasi Kepentingan Bersama di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang.....	76
4.7.	Distribusi Frekuensi Responden Menurut Pengetahuan Perawat Tentang Indikator Kolaborasi Kepentingan Bersama di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang ...	77
4.8.	Distribusi Frekuensi Jawaban Pernyataan Pengetahuan Perawat Tentang Indikator kolaborasi Tujuan Bersama di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang.....	79
4.9.	Distribusi Frekuensi Jawaban Pernyataan Pengetahuan Perawat Tentang Indikator Kolaborasi Tujuan Bersama di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang.....	80
4.10.	Deskripsi Tahap Praktek Kolaborasi Perawat Dokter Di Unit Rawat Inap Berdasarkan Umur, Jenis kelamin dan Lama Kerja di Unit Rawat inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang....	83
4.11.	Distribusi Frekuensi Jawaban Pernyataan Perawat Tentang Praktek Kolaborasi Perawat Dokter di Rumah Sakit Jiwa Daerah	

Dr.Amino Gondohutomo Semarang.....	87
4.12. Distribusi Frekuensi Praktek Kolaborasi Perawat Dokter di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang.....	90
4.13. Hubungan Jenis Kelamin dengan Praktek Kolaborasi Perawat Dokter di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr.Amino Gondohutomo Semarang.....	91
4.14. Hubungan Umur dengan Praktek Kolaborasi Perawat Dokter di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang.....	92
4.15. Hubungan Pendidikan dengan Praktek Kolaborasi Perawat Dokter Di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang.....	93
4.16. Hubungan Lama Kerja dengan Praktek Kolaborasi Perawat Dokter di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang .....	95
4.17. Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Indikator Kolaborasi Kontrol Kekuasaan Dengan Praktek Kolaborasi Perawat Dokter di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino ondohutomo semarang.....	96
4.18. Hubungan Pengetahuan Perawat tentang Indikator Kolaborasi Lingkup Praktek dengan Praktek Kolaborasi Perawat Dokter di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang .....	99

4.19. Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Indikator Kolaborasi Kepentingan Bersama dengan Praktek Kolaborasi Perawat Dokter di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutom Semarang.....	101
4.20. Hubungan Pengetahuan Perawat tentang Indikator kolaborasi Tujuan Bersama Dengan Praktek Kolaborasi Perawat Dokter di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang Semarang.....	103
4.21. Hubungan Pengetahuan Perawat tentang Indikator Kolaborasi Dan Praktek Kolaborasi Perawat Dokter Dengan Uji Chi – <i>Square</i> .....	106
4.22. Hasil Uji Regresi Logistik.....	106
4.23. Hasil Analisis Multivariat Menggunakan regresi logistik metode Enter .....	107

## DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Judul Gambar	Halaman
1.	Elemen Kunci Efektifitas Kolaborasi.....	26
2.	Teori Sikap.....	38
3.	Model Praktek Hierarkis, Tipe I.....	39
4.	Model Praktek Kolaboratif Tipe II.....	40
5.	Model Praktek Kolaboratif Tipe III.....	40
6.	Teori S-O-R.....	42
7.	Diagram 2 Dimensi Kepentingan Untuk Menilai Skala Praktek Kolaborasi.....	43
8.	Diagram 2 Dimensi Kisi Penilaian Kepentingan Untuk Praktek Kolaborasi.....	44
9.	Diagram 2 Dimensi Kepentingan.....	83

## DAFTAR LAMPIRAN

### Nomor Lampiran

1. Kuesioner Pengetahuan Perawat tentang Indikator Kolaborasi dan Praktek Kolaborasi Perawat Dokter di Unit Rawat Inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang
2. Surat Keterangan telah melaksanakan uji validitas da reliabilitas di RSJD Surakarta
3. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Variabel Bebas dan Variabel Terikat
4. Surat balasan direktur RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang tentang ijin melakukan penelitian di RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang
5. Deskripsi variabel – variabel penelitian
6. Hasil crosstab variabel – variabel penelitian
7. Hasil analisa multivariat ( analisis regresi logistik )
8. Berita acara perbaikan tesis

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Rumah Sakit mempunyai fungsi menyelenggarakan pelayanan medis, pelayanan keperawatan, pelayanan rujukan, pendidikan dan pelatihan, penelitian, pengembangan administrasi dan keuangan.<sup>i</sup>

Pelayanan kesehatan di masa kini sudah merupakan industri jasa kesehatan utama dimana setiap rumah sakit bertanggung gugat terhadap penerima jasa pelayanan kesehatan. Keberadaan dan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan, ditentukan oleh nilai-nilai dan harapan dari penerima jasa pelayanan tersebut. Disamping itu, penekanan pelayanan kepada kualitas yang tinggi tersebut harus dapat dicapai dengan biaya yang dapat dipertanggungjawabkan.<sup>ii</sup>

Peningkatan kualitas pelayanan terutama pelayanan rawat inap harus memperhatikan manajemen perawatan pasien, yang dikelola oleh dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya. Dalam pelaksanaan tugas pelayanan kepada pasien, tenaga kesehatan harus berkolaborasi, berkoordinasi, bekerjasama saling memberikan informasi dan mempunyai tujuan bersama yaitu kesembuhan pasien.<sup>iii</sup>

Kualitas pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh kualitas pelayanan asuhan medis dan asuhan keperawatan. Asuhan medis bermutu dapat diberikan oleh tenaga medis yang profesional di bidangnya dan asuhan keperawatan bermutu dapat diberikan oleh tenaga keperawatan yang telah dibekali dengan pengetahuan dan ketrampilan klinik yang memadai serta memiliki kemampuan dalam membina hubungan profesional

dengan pasien, berkolaborasi dengan anggota tim kesehatan lain, melaksanakan kegiatan menjamin mutu, kemampuan memenuhi kebutuhan pasien dan memperlihatkan sikap *caring*.<sup>2</sup>

Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo (RSJD) Semarang merupakan rumah sakit khusus tipe A di tingkat Provinsi Jawa Tengah. Sebagai rumah sakit rujukan tingkat provinsi, maka RSJD Dr. Amino Gondohutomo dituntut untuk meningkatkan mutu pelayanan dengan cara melayani masyarakat secara profesional dan mampu memberikan kepuasan kepada masyarakat.<sup>iv</sup>

Sebagai rumah sakit jiwa daerah milik provinsi Jawa Tengah, RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang mempunyai visi : menjadi Rumah Sakit Pusat Rujukan Pelayanan Dan Pendidikan Kesehatan Jiwa Kebanggaan Jawa Tengah.<sup>v</sup>

Pelayanan kesehatan di instalasi rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang melibatkan kelompok dokter spesialis dan dokter umum, perawat dan tenaga kesehatan lainnya.

Tabel 1.1  
Data ketenagaan dokter dan Keperawatan Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang 2008.

TENAGA	JUMLAH	%
Medis	17	10,69
Keperawatan	128	80,50
Pramu Husada	14	8,80
Jumlah	159	100

Dari tabel 1.1 di atas menunjukkan bahwa (80,50%) didominasi tenaga keperawatan, sementara (10,69%) adalah tenaga medis. Dari 17 tenaga medis tersebut, 12 diantaranya bertugas di unit rawat inap. Dengan jumlah ketenagaan terdiri dari psikiater 7 (tujuh) dan dokter umum 5 (lima) maka secara rasio dapat diketahui bahwa 1 orang dokter rata-rata menangani 15 -

20 pasien di Unit Rawat Inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang dengan jumlah tempat tidur 250 TT. Rasio dokter yang ideal Menurut Permenkes RI No 262 / Menkes / Per / VII / 1979 untuk rumah sakit tipe A dan B adalah 1: 4-7 tempat tidur.<sup>vi</sup> Dari perhitungan tersebut, maka rasio dokter di Unit Rawat Inap RSJD Dr Amino Gondohutomo belum sesuai dengan standar yang ideal.

Indikator kinerja rawat inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang selama tahun 2006 - 2008 adalah sebagai berikut :

Tabel 1.2.  
Indikator kinerja Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang tahun 2006- 2008

Pelayanan Rawat Inap	Pencapaian kinerja			Target Standar Depkes <sup>vii</sup>
	2006	2007	2008	
Tempat Tidur (TT)	250	250	250	-
Bed Occupancy Rate (BOR%)	80,16	83,16	82	60-80
Alos (hari)	23,08	21	20,33	42 hari

Berdasarkan data di atas maka dapat kita ketahui BOR pada tahun 2006 sebesar (80,16 %), tahun 2007 naik sebesar 3 % dan walaupun pada tahun 2008 mengalami penurunan sebesar 1,16% indikator tersebut menunjukkan bahwa secara umum ada kenaikan kinerja pelayanan rawat inap mulai dari tahun 2006 sampai dengan tahun 2008 dengan rata-rata kenaikan sebesar 1,48%. Peningkatan BOR di tahun 2006 sampai dengan tahun 2008 disebabkan karena meningkatnya masyarakat yang menggunakan fasilitas Askeskin (Jamkesmas) / Surat Keterangan Tidak Mampu. (Tabel 1.3).

Tabel 1.3.  
Perbandingan BOR dan LOS di Ruang Rawat Inap RSJD Dr Amino  
Gondohutomo Semarang 2006- 2008

Tahun	Ruang VIP			Ruang NonVIP			Ruang kelas III/ Jamkesmas		
	TT	BOR (%)	LOS (hari)	TT	BOR %	LOS (hari)	TT	BOR (%)	LOS (hari)
2006	20	65,3	11,2	134	82,2	14,1	96	81,1	38,05
2007	20	75	8,2	110	62	10,6	120	112,2	36,46
2008	20	82	9,1	70	83,6	10,2	160	75	40,79

Psikiater di ruang rawat inap bertugas untuk melakukan visite setiap hari di ruang VIP, ruang UPIP (Unit Perawatan Intensif Psikiatri), kelas I dan kelas II. Psikiater juga harus melakukan visite untuk pasien yang baru kelas III /Jamkesmas yang masih berada dalam fase akut. Sedangkan dokter umum di ruang rawat inap diberi wewenang untuk menjadi asisten psikiater yang bertugas melakukan visite di ruang perawatan kelas III untuk pasien yang fase akutnya sudah terlampaui dan mempersiapkan program rehabilitasi bagi pasien. Selain visite, tugas dokter di unit rawat rawat inap adalah melakukan tindakan ECT Konvensional atau ECT premedikasi, melakukan rujukan pemeriksaan penunjang maupun maupun konsultasi kepada spesialis lain, melayani konsultasi keluarga pasien dan mempersiapkan keperluan pasien.

Tabel 1.4.  
Kegiatan dokter di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo  
Semarang/hari

Pukul	Kegiatan	Jumlah pasien rata rata/ hari	Rata – rata waktu yang diperlukan
07.15- 07.30	Apel pagi		
07.30 – 08.15	Melakukan tindakan Elektrokonvulsi (ECT) Konvensional dan Premedikasi	10 orang	5 menit/orang
08.15 -09.00	Visite di ruang rawat inap  Konsultasi keluarga pasien Persiapan pulang pasien	25 orang	2 menit / orang
09.00-13.00	Jaga Poliklinik After care Jaga Poli Kesehatan Jiwa Jaga UGD Pelayanan Ke RSUD /panti	60 orang 20 orang 5-10 orang 50 orang	
13.00-14.00	Rapat / koordinasi Kegiatan lain		
14.00-07.00	Tugas jaga malam sesuai jadwal		

Dari data diatas dapat diketahui bahwa 1 pasien rawat inap hanya bersinggungan dengan dokter 2 menit. Dengan singkatnya waktu kunjungan dokter di ruang rawat inap, maka kolaborasi perawat dengan dokterpun menurun. Dari tabel 1.3 terdapat perbedaan *Length Of Stay* (LOS) pasien di ruang VIP dengan LOS pasien di Ruang Kelas III / Jamkesmas. LOS di ruang VIP lebih rendah daripada LOS di ruang kelas III / Jamkesmas. Ini dapat terjadi karena di Ruang VIP jumlah pasien sedikit, setiap hari psikiater dapat melakukan visite dan melakukan kolaborasi dengan perawat yang berkesinambungan sehingga pasien cepat membaik dan cepat pulang. Sedangkan di Ruang Kelas III / Jamkesmas karena jumlah pasien lebih banyak, dokter baik psikiater maupun dokter umum tidak cukup waktu untuk berinteraksi dengan pasien. Masalah tersebut sebenarnya dapat teratasi apabila dalam keterbatasan waktu visite tersebut

dokter mendapatkan informasi tentang kondisi pasien secara cepat dan akurat yang seharusnya dapat diperoleh dari perawat yang secara bergantian selama 24 jam mendampingi pasien.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No 989/Menkes/SK/IX/2007 tentang penetapan Tarif kelas III RS di seluruh Indonesia berdasarkan INA DRG, maka Pelaksanaan Jamkesmas 2009 per Januari 2009 harus berdasarkan INA dRG untuk mengendalikan biaya dan mutu. Untuk RSJ telah ditetapkan Length Of Stay 7,8 hari.<sup>32</sup> Untuk mewujudkan hal tersebut tentu saja membutuhkan kolaborasi yang optimal antara perawat dan dokter.

Mulai tanggal 1 Pebruari 2009 RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang mengadakan penambahan kapasitas tempat tidur berdasar Surat Keputusan Direktur No 032 / 5 / 17050 sebanyak 35 TT.<sup>viii</sup> Adanya penambahan tersebut menjadikan rasio dokter dan perawat terhadap pasien semakin kecil sementara problem tersebut masih belum terselesaikan dalam periode rasio sebelumnya.

Tabel 1.5  
Penambahan Tempat Tidur Rawat Inap RSJD Dr Amino Gondohutomo  
Semarang per 1 Pebruari 2009

NO	NAMA RUANGAN	KAPASITAS LAMA(TT)	KAPASITAS BARU (TT)
1	I	26	26
2	II	26	26
3	III	26	26
4	IV	26	26
5	V	20	20
6	VI	26	26
7	VII	26	26
8	VIII	24	24
9	IX	0	10
10	X	15	15
11	XI	17	17
12	XII	20	20
13	RKO	9	9
14	NAPZA	0	9
	JUMLAH	250	285

Rasio perawat terhadap pasien yang Ideal untuk rumah sakit tipe A adalah 1 : 3 (Kepmenkes RI 262/ Menkes /7 / 1979 tentang jumlah perawat berdasarkan perbandingan tempat tidur rumah sakit). Namun hal ini belum dapat dilakukan di RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang. Dengan rata – rata pasien 20 orang per ruangan, shift pagi rata – rata hanya terdiri dari 1 orang kepala ruang, 1 orang perawat pelaksana, 1 orang pembantu perawat (administrasi). Kepala ruang sering harus memenuhi undangan rapat koordinasi, sehingga sewaktu dokter visite sering hanya didampingi seorang perawat yang dalam saat bersamaan juga harus melakukan tugas keperawatan lain.

Jika diamati dari jumlah tenaga medis yang terbatas, maka untuk menghasilkan mutu pelayanan yang baik membutuhkan komitmen dan kinerja yang optimal. Oleh karena itu dalam kondisi keterbatasan tenaga medis ini sangat dibutuhkan kolaborasi dari perawat, agar mutu pelayanan kepada pasien tetap terjaga.

Kolaborasi tidak akan terjadi apabila pemberi pelayanan tidak mengetahui makna kolaborasi itu sendiri. Definisi Kolaborasi menurut ANA (1980) adalah sebagai hubungan rekanan sejati, dimana masing – masing pihak menghargai kekuasaan pihak lain, dengan mengenal dan menerima lingkup kegiatan dan tanggungjawab masing – masing yang terpisah maupun bersama, saling melindungi kepentingan masing masing dan adanya tujuan bersama yang diketahui kedua belah pihak.<sup>10,11,12</sup>

Dari penelitian yang dilakukan oleh Lamb dan Napidano (1984) ternyata dari ratusan pertemuan antara pemberi pelayanan pasien hanya ditemui 22 kejadian dimana dokter dan perawat saling berbincang. Dari 22 interaksi tersebut hanya 5 yang memenuhi kriteria kolaborasi dari peneliti. Namun pada saat wawancara ternyata dokter dan perawat bersangkutan

merasa sudah menjalankan kolaborasi. Dari penelitian tersebut disimpulkan bahwa pihak bersangkutan belum memahami makna kolaborasi.<sup>10,11</sup>

Menurut Alpert et al.( 1992) tenaga profesional yang berada dalam tim pelayanan kesehatan sangat sedikit pengetahuannya tentang praktek, keahlian, tanggungjawab, ketrampilan, nilai – nilai dan perspektif profesionalisme dari disiplin ilmu yang lain. Hal ini merupakan suatu penghambat utama dalam praktek kolaborasi.<sup>23</sup>

Pelaksanaan kolaborasi perawat dengan dokter diperlukan pengetahuan tentang indikator kolaborasi yaitu kontrol kekuasaan perawat dokter, lingkungan praktek perawat dokter, kepentingan bersama dan tujuan bersama.<sup>10,11,12</sup>

Dari Hasil wawancara terhadap 8 dokter yang terdiri dari 5 psikiater dan 3 dokter umum pada bulan Desember 2008 didapat beberapa gejala tentang kurangnya pengetahuan perawat tentang kontrol kekuasaan antara lain: 3 dokter mengatakan perawat tidak memberi informasi yang lengkap tentang kondisi pasien, 4 dokter mengatakan perawat komunikasinya masih perlu ditingkatkan, 4 dokter mengatakan perawat lupa atau tidak tahu program yang sudah ditulis dokter di rekam medis. Pengetahuan perawat tentang lingkup praktek juga masih kurang, 4 dokter mengeluh perawat tidak melakukan tugas klinisnya memeriksa *vital sign* pasien, 2 dokter mengeluh perawat tidak melaporkan dengan segera ketika terjadi kegawatan pasien. Pengetahuan tentang kepentingan bersama juga ada keluhan, 2 dokter mengeluh tidak didampingi perawat sewaktu visite, sehingga perawat tidak mengerti program dokter, yang mengakibatkan terjadi penundaan jadwal program pengobatan dan berdampak pada proses penyembuhan pasien, 3 dokter mengeluh tidak disapa oleh perawat sewaktu visite. Pengetahuan tentang tujuan bersama dalam berfokus pada pasien juga kurang. 4 dokter

mengeluh bahwa pasien tidak diberi informasi yang jelas untuk mencegah kekambuhannya.

Sedangkan dari wawancara terhadap kepada 20 perawat pada bulan yang sama ditemukan beberapa gejala yaitu: 10 perawat yang mengeluh bahwa dokter sulit untuk dihubungi baik berupa pesan singkat yang tidak dijawab maupun media komunikasi lain yang sulit dihubungi. 8 perawat mengatakan dokter kurang jelas dalam menuliskan perintah di rekam medis. 8 perawat mengatakan dokter tidak pernah melihat dokumentasi keperawatan.

Dari beberapa gejala di atas dapat diketahui problem utama yang terjadi saat ini adalah rentannya proses kolaborasi pelayanan pasien antara dokter dengan perawat. Namun demikian pada dasarnya sudah ada beberapa upaya manajerial untuk meminimalisasi kerentanan kolaborasi tersebut yaitu:

1. Rencana penambahan SDM oleh pihak manajemen dengan menambah 1 dokter spesialis jiwa dan 9 orang perawat pada tahun 2009. Kendalanya penambahan dokter spesialis jiwa ini masih dalam proses perencanaan sedangkan untuk 9 tenaga keperawatan yang diangkat sebagai tenaga harian lepas memerlukan anggaran biaya yang mahal dan secara langsung menjadi beban RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang sebagai Badan Layanan Umum .
2. Melaksanakan audit pelayanan sekali dalam satu minggu, antara dokter dengan perawat serta tenaga kesehatan lain, yang bertujuan untuk membahas tentang pasien sebagai *core-value*. Namun pertemuan ini tidak di gunakan dengan efektif, karena lebih banyak membahas tentang manajemen rumah sakit.
3. Mengadakan bimbingan teknis keasertifan oleh psikolog RSJD Dr . Amino Gondohutomo Semarang. Bimbingan teknis ini ditujukan untuk dokter, perawat dan profesi lain, dengan tujuan meningkatkan komunikasi

antar profesi. Namun sejauh ini manajemen belum pernah melakukan evaluasi keefektifannya.

Untuk meningkatkan kualitas pelayanan terutama pada pelayanan rawat inap, maka pihak manajemen harus memperhatikan kualitas manajemen perawatan pasien, yang dikelola oleh dokter spesialis, dokter umum, perawat dan tenaga kesehatan lainnya. Setiap tenaga profesi tersebut mempunyai tanggung jawab terhadap kesehatan pasien, hanya pendekatannya saja yang berbeda disesuaikan dengan profesinya masing-masing. Menurut Hanson & Spross (1996) bila profesi telah dapat saling percaya dan menghormati, saling memahami dan menerima keilmuan masing-masing, memiliki citra diri yang positif, memiliki kematangan profesional yang setara, mengakui sebagai mitra kerja dan bukan bawahan dan ada keinginan untuk bernegosiasi maka hubungan kerjasama kolaborasi akan dapat terjalin dengan baik sehingga pelayanan kepada pasien akan efektif.<sup>ix</sup>

Dalam iklim organisasi yang menuntut *efficiency*, *cost effective* dan *quality improvement* maka kolaborasi dokter dengan perawat yang optimal akan dapat meningkatkan pelayanan kepada pasien dan membuat sistem kerja yang nyaman.<sup>x,31</sup>

Kolaborasi merupakan salah satu model interaksi yang terjadi diantara dan antar praktisi klinik selama pemberian pelayanan kesehatan. Kolaborasi merupakan pengakuan keahlian seseorang oleh orang lain. Dalam proses pelayanan pengobatan dan pelayanan perawatan tentu terjadi proses perubahan kelompok multi disiplin menjadi tim antar disiplin yang mempunyai ciri-ciri khas tertentu yang diperlukan pada suatu proses kolaboratif. termasuk di antaranya kerjasama, saling berbagi, kompromi, rekanan, saling ketergantungan dan kebersamaan<sup>10,11</sup>

Sementara itu, Seibolt dan Welker dalam Misener et al ( 1996 ) mengatakan bahwa sikap perawat yang mampu dan mengerti apa yang seharusnya di kerjakan 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.<sup>10</sup>

Gejala-gejala yang tersaji sebelumnya cukup menunjukkan bahwa problem kolaborasi menjadi hal vital dan untuk saat ini sebagai masalah yang dihadapi RSJD Dr Amino Semarang untuk diperbaiki sebab jika tidak maka mutu pelayanan kepada pasien akan berkurang dan kepuasan pasien juga akan menurun.<sup>10</sup>

Praktek kolaborasi perawat dengan dokter memerlukan pengetahuan, sikap yang profesional mulai dari komunikasi, cara kerjasama dengan pasien maupun dokter sampai kepada ketrampilan perawat dalam membuat keputusan .<sup>10,11,12</sup>

## **B. Perumusan Masalah**

Dalam praktek pelayanan pengobatan dan pelayanan perawatan para dokter dan perawat tentu saling bekerjasama, berkoordinasi, berkomunikasi, dan saling percaya, saling ketergantungan dan tentunya untuk satu tujuan bersama yaitu kesembuhan pasien.<sup>9</sup>

Dari Penelitian yang dilakukan Lamb dan Napidano (1984) didapatkan bahwa pengetahuan tentang makna kolaborasi masih kurang. Penilitia tersebut mengatakan bahwa dari ratusan pertemuan antara pemberi pelayanan kepada pasien pasien ternyata hanya ditemui 22 kejadian dimana dokter dan perawat saling berbincang. Dan

dari 22 interaksi tersebut hanya 5 yang memenuhi kriteria kolaborasi dari peneliti. Namun pada saat wawancara ternyata dokter dan perawat bersangkutan merasa sudah menjalankan kolaborasi.

Pelaksanaan kolaborasi perawat dengan dokter diperlukan pengetahuan tentang indikator kolaborasi yaitu kontrol kekuasaan perawat dokter, lingkup praktek perawat dokter, kepentingan bersama dan tujuan bersama<sup>10,11,12</sup>.

Dari Hasil wawancara terhadap 8 dokter yang terdiri dari 5 psikiater dan 3 dokter umum pada bulan Desember 2008 didapat beberapa gejala tentang kurangnya pengetahuan perawat tentang Indikator kolaborasi. Pengetahuan kontrol kekuasaan masih kurang antara lain: 3 dokter mengatakan perawat tidak memberi informasi yang lengkap tentang kondisi pasien, 4 dokter mengatakan perawat komunikasinya masih perlu ditingkatkan, 4 dokter mengatakan perawat lupa atau tidak tahu program yang sudah ditulis dokter di rekam medis. Pengetahuan perawat tentang lingkup praktek juga masih kurang, 4 dokter mengeluh perawat tidak melakukan tugas klinisnya memeriksa *vital sign* pasien, 2 dokter mengeluh perawat tidak melaporkan dengan segera ketika terjadi kegawatan pasien. Pengetahuan tentang kepentingan bersama juga masih ada keluhan. 2 dokter mengeluh tidak didampingi perawat sewaktu visite, sehingga perawat tidak mengerti program dokter, yang mengakibatkan terjadi penundaan jadwal program pengobatan dan berdampak pada proses penyembuhan pasien, 3 dokter mengeluh tidak disapa oleh perawat sewaktu visite. Pengetahuan tentang tujuan bersama juga kurang, 4 dokter mengeluh bahwa pasien tidak diberi informasi yang jelas untuk mencegah kekambuhannya.

Sedangkan dari wawancara 20 perawat pada bulan yang sama

ditemukan beberapa gejala yaitu: 10 perawat yang mengeluh bahwa dokter sulit untuk dihubungi baik berupa pesan singkat yang tidak dijawab, telepon yang sulit dihubungi, 8 perawat mengatakan kadang dokter kurang jelas dalam menuliskan perintah di Rekam Medis yang disampaikan pada perawat. 8 perawat mengatakan dokter tidak pernah melihat dokumentasi keperawatan.

Penambahan kapasitas rumah sakit dari 250 tempat tidur menjadi 285 tempat tidur menjadikan beban kerja dokter semakin tinggi. Keterbatasan tenaga dokter dipahami sebagai kendala yang dapat menurunkan mutu pelayanan apabila tidak dikelola dengan baik.

Usaha – usaha memperbaiki mutu pelayanan di Instalasi Rawat Inap telah dilakukan oleh manajemen dengan merencanakan mengangkat 1 dokter spesialis jiwa dan 9 perawat, 1 minggu sekali melakukan audit pelayanan dan pelatihan yang berhubungan dengan kolaborasi. Intervensi kepada perawat perlu dilakukan oleh manajemen untuk mengimbangi keterbatasan tenaga dokter. Hal ini bukan berarti kemudian perawat dapat menggantikan peran seorang dokter, tetapi bagaimana perawat dapat mengerti adanya indikator dalam kolaborasi dimana perawat harus membina komunikasi yang efektif bersama dokter, menghargai kekuasaan otonomi profesi, mengerti lingkup prakteknya dalam bekerjasama dengan dokter, tetap dapat puas dalam bekerja karena kepentingannya sebagai perawat dapat terpenuhi dan mengerti bahwa tujuan dari pelayanan kepada pasien terfokus pada tujuan bersama yaitu kesembuhan pasien. Dengan mengerti hal – hal tersebut diatas maka diharapkan praktek kolaborasi perawat dokter dapat optimal sehingga mutu pelayanan kepada pasien dapat meningkat .

### **C. Pertanyaan Penelitian**

Dengan latar belakang permasalahan tersebut diatas, maka pertanyaan yang hendak dijawab dalam penelitian ini adalah apakah ada pengaruh pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi terhadap praktek kolaborasi perawat dokter di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang.

### **D. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui pengaruh pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi terhadap praktek kolaborasi perawat-dokter di Unit Rawat Inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui karakteristik perawat di Unit Rawat Inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang.
- b. Mengetahui pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi perawat dokter di Unit Rawat Inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang.
- c. Mengetahui praktek kolaborasi perawat dokter di Unit Rawat Inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang.
- d. Mengetahui hubungan karakteristik perawat ( masa kerja, usia, jenis kelamin, pendidikan) dengan praktek kolaborasi perawat dokter di Unit Rawat Inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang.
- e. Mengetahui hubungan pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi kontrol kekuasaan, lingkup praktek,kepentingan bersama dan tujuan bersama terhadap praktek kolaborasi perawat dokter di Unit Rawat Inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang.

- f. Mengetahui pengaruh bersama pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi kontrol kekuasaan, lingkup praktek, kepentingan bersama dan tujuan bersama terhadap praktek kolaborasi perawat dokter di Unit Rawat Inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang.

## **E. Manfaat Penelitian**

### **1. Bagi Manajemen Rumah Sakit Jiwa Daerah Dokter Amino Gondohutomo Semarang:**

Hasil ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada manajemen rumah sakit tentang manajemen pelayanan perawatan di unit rawat inap dan pembangunan komitmen SDM khususnya dokter dan perawat dalam mengembangkan pelayanan rawat inap di rumah sakit.

### **2. Bagi Program Magister Kesehatan Masyarakat**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah dan memperkaya kajian tentang hubungan dokter perawat dan lingkup praktek dokter dan perawat.

### **3. Bagi Peneliti:**

Hasil penelitian ini di harapkan memberikan manfaat dalam mengembangkan pengetahuan manajemen yang telah diperoleh peneliti selama menempuh pendidikan dan dapat menerapkannya di tempat kerja, serta mendapatkan suatu pengalaman mempelajari perilaku individu dan kelompok dalam organisasi serta pengaruhnya dalam pengembangan organisasi khususnya organisasi rumah sakit.

## **F. Ruang Lingkup Penelitian**

### **1. Lingkup Tempat**

Tempat / Lokasi penelitian ini adalah Unit Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dokter Amino Gondohutomo Semarang.

**2. Lingkup Waktu**

Penelitian dilakukan pada bulan April 2009 sampai dengan selesai.

**3. Lingkup Materi**

Berdasarkan materinya, penelitian yang dilaksanakan berkaitan dengan Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya bidang ilmu Manajemen Sumber Daya Manusia dan Manajemen Pelayanan Kesehatan.

**4. Lingkup Sasaran**

Sasaran penelitian adalah perawat RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang

**G. Keaslian Penelitian**

Tabel 1.6. Keaslian Penelitian

NO	PENELITI	JUDUL PENELITIAN	YANG DITELITI
1	Wahyu Sri Astutik (2001)	Evaluasi Praktek Kolaborasi Perawat dengan Dokter di Ruang VIP RSUD Pare	Variabel dependen praktek kolaborasi, variabel independen komunikasi dan domain
2	Agus Tri Paryanto (2006)	Analisis Pengaruh Faktor Kolaborasi Perawat Terhadap Kepuasan Kerja Dokter Spesialis Di Unit Rawat Inap Paviliun Garuda Rumah Sakit Dokter Kariadi Semarang	Variabel bebas Kemampuan Perawat menyelesaikan tugas delegasi tugas dokter, kemampuan Perawat menyelesaikan tugas rutin klinis, keramahan dan keberadaan Perawat dalam mendampingi dr

NO	PENELITI	JUDUL PENELITIAN	YANG DITELITI
			Spesialis Visite, mengenai komunikasi perawat – dokter dan Variabel terikat kepuasan kerja dr Spesialis
3	Penelitian ini	Analisis pengaruh pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi terhadap praktek kolaborasi perawat – dokter di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dokter Amino Gondohutomo Semarang	Variabel bebas pengetahuan tentang indikator kontrol kekuasaan, lingkup praktek, kepentingan bersama dan tujuan bersama . Variabel terikat praktek kolaborasi perawat dokter

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Manajemen Pelayanan Keperawatan Rawat Inap

Manajemen didefinisikan sebagai suatu proses dalam menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain. Sedangkan manajemen keperawatan adalah suatu proses bekerja melalui anggota staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan secara profesional. Disini kepala instalasi dituntut untuk merencanakan, mengorganisir, memimpin dan mengevaluasi sarana dan

prasarana yang tersedia untuk dapat memberikan asuhan keperawatan yang seefektif dan se-efisien mungkin bagi individu, keluarga, dan masyarakat.<sup>xi</sup>

Pelayanan keperawatan dalam pelaksanaannya merupakan praktek keperawatan yaitu tindakan mandiri perawat profesional dalam memberikan asuhan keperawatan yang dilaksanakan dengan kerjasama yang bersifat kolaboratif dengan pasien dan tenaga kesehatan lain sesuai dengan lingkup wewenang dan tanggungjawabnya.<sup>xii</sup>

Dengan semakin meningkatnya pendidikan dan kesadaran masyarakat sebagai penerima jasa pelayanan keperawatan terhadap hukum, maka tata tertib hukum dalam pelayanan keperawatan memberikan kepastian hukum kepada perawat, pasien dan sarana kesehatan. Kepastian hukum berlaku untuk pasien, perawat sesuai dengan hak dan kewajiban masing-masing. Hak dan kewajiban perawat harus di laksanakan secara seimbang. Berdasarkan hal tersebut perawat harus dapat mengantisipasi keadaan yang di inginkan oleh pasien dengan meningkatkan profesionalisme sebagai seorang perawat serta memahami kewajiban serta kewenangannya.

xiii

Untuk melindungi tenaga perawat akan adanya tuntutan dari pasien perlu ditetapkan dengan jelas apa hak, kewajiban serta kewenangan perawat agar tidak terjadi kesalahan dalam melakukan tugasnya serta memberikan suatu kepastian hukum, perlindungan hukum bagi tenaga perawat.<sup>13</sup>

## **B. Keperawatan**

### **1. Sumber Daya Manusia Perawat Di Rumah Sakit**

Perawat adalah seorang yang telah lulus pendidikan formal dalam bidang keperawatan, yang program pendidikannya telah disahkan oleh pemerintah. Perawat profesional adalah perawat yang mengikuti

pendidikan keperawatan, sekurang-kurangnya D III Keperawatan. Perawat berpendidikan D III Keperawatan disebut perawat profesional pemula.<sup>xiv</sup>

Perawat sebagai tenaga profesional bertanggung jawab dan berwenang memberikan pelayanan keperawatan secara mandiri dan atau berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain sesuai dengan kewenangannya.<sup>16,17</sup>

Dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan secara optimal sesuai tujuan Pembangunan Kesehatan perlu adanya keseimbangan hak dan kewajiban antara pemberi jasa pelayanan kesehatan dengan kepentingan masyarakat / individu atau perorangan sebagai penerima pelayanan kesehatan.<sup>xv</sup>

Dalam pelayanan kesehatan, tenaga perawat memberikan asuhan keperawatan sesuai kebutuhan pasien/ pasien di sarana kesehatan, khusus di pelayanan rumah sakit perawat selalu berada didekat pasien selama 24 jam, melakukan kegiatan keperawatan penugasannya dibagi atas 3 shift jaga yaitu pagi, sore dan malam.<sup>18</sup>

## **2. Peran Dan Fungsi Perawat**

Dalam buku panduan Keperawatan dan Praktek keperawatan, praktek keperawatan adalah tindakan mandiri perawat profesional melalui kerjasama yang bersifat kolaboratif dengan pasien dan tenaga kesehatan lain dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai lingkup wewenang dan tanggung jawabnya. Dalam praktek keperawatan, perawat melakukan peran dan fungsi sebagai berikut : perawat sebagai tenaga profesional bertanggung jawab dan berwenang memberikan pelayanan keperawatan secara mandiri dan atau berkolaborasi dengan tenaga

kesehatan lain sesuai dengan kewenangannya. Dalam pelayanan kesehatan, asuhan keperawatan sesuai kebutuhan pasien di sarana kesehatan, khusus di pelayanan rumah sakit perawat selalu berada didekat pasien selama 24 jam, melakukan kegiatan keperawatan penugasannya dibagi atas 3 shif jaga yaitu pagi, sore dan malam .<sup>16,17,18</sup>

Menurut Doheny, Cook dan Stopper (1982) elemen peran dan fungsi perawat adalah :

a. **Sebagai pelaku / pemberi asuhan keperawatan** langsung kepada pasien dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi :

- 1) Dalam asuhan keperawatan memberikan asuhan/ pelayanan keperawatan secara profesional, yang meliputi treatment keperawatan, observasi, pendidikan kesehatan dan menjalankan treatment medikal.
- 2) Melakukan pengkajian dalam upaya mengumpulkan data dan informasi yang benar.
- 3) Menegakkan diagnose keperawatan berdasarkan analisa data dari hasil pengkajian.
- 4) Merencanakan intervensi sebagai upaya untuk mengatasi masalah yang timbul dan membuat langkah / cara pemecahan masalah.
- 5) Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan yang telah direncanakan.
- 6) Melakukan evaluasi berdasarkan respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah di lakukan terhadapnya.

b. **Sebagai advokat**, perawat berfungsi sebagai penghubung antara pasien dengan tim kesehatan yang lain dalam upaya pemenuhan

kebutuhan pasien. Peran advokasi sekaligus mengharuskan perawat bertindak sebagai narasumber dan fasilitator dalam tahap pengambilan keputusan terhadap upaya kesehatan yang dijalani oleh pasien / keluarga.

- c. **Sebagai pendidik klien**, perawat membantu pasien meningkatkan kesehatannya melalui pemberian pengetahuan yang terkait dengan keperawatan dan tindakan medik yang diterima, sehingga pasien/ keluarga dapat menerima tanggungjawab terhadap hal-hal yang di ketahuinya.
- d. **Sebagai koordinator**, perawat memanfaatkan semua sumber-sumber dan potensi yang ada baik materi maupun kemampuan pasien secara terkoordinasi, sehingga tidak ada intervensi yang terlewatkan maupun tumpang tindih.
- e. **Sebagai kolaborasi**, perawat bekerjasama dengan tim kesehatan lain dan keluarga dalam menentukan rencana maupun pelaksanaan asuhan keperawatan guna memenuhi kebutuhan kesehatan klien.
- f. **Sebagai pembaharu**, perawat mengadakan inovasi dalam cara berpikir, bersikap, bertindak laku dan meningkatkan ketrampilan pasien/ keluarga agar menjadi sehat .
- g. **Sebagai pengelola**, perawat mengatur kegiatan dalam upaya mencapai tujuan yang diharapkan yaitu terpenuhinya kebutuhan dasar pasien dan kepuasan perawat melakukan tugas. <sup>18</sup>

### 3. Tanggung Jawab Perawat

Secara umum, perawat mempunyai tanggung jawab dalam memberikan asuhan / pelayanan keperawatan, meningkatkan ilmu pengetahuan dan meningkatkan diri sebagai profesi. Tanggung jawab

dalam memberi asuhan keperawatan kepada pasien mencakup aspek bio-psiko-sosio-kultural spiritual, dalam upaya pemenuhan kebutuhan dasarnya dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi <sup>18</sup>:

- a. Membantu pasien memperoleh kembali kesejahteraannya.
- b. Membantu pasien yang sehat untuk memelihara kesehatannya.
- c. Membantu pasien yang tidak bisa disembuhkan untuk menerima kondisinya.
- d. Membantu pasien menghadapi ajal untuk diperlakukan secara manusiawi sesuai martabatnya sampai meninggal.

#### **4. Lingkup Wewenang Perawat**

Kewenangan perawat adalah hak dan otonomi untuk melaksanakan asuhan keperawatan berdasarkan kemampuan, tingkat pendidikan dan posisi yang dimiliki. Kewenangan perawat terkait lingkup di atas mencakup :

- a. Melaksanakan pengkajian keperawatan terhadap status bio-psiko-sosio-kultural dan spiritual klien.
- b. Menentukan diagnosis keperawatan terkait dengan fenomena dan garapan utama yaitu tidak terpenuhinya kebutuhan dasar pasien
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan
- e. Melaksanakan evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan
- f. Mendokumentasikan hasil keperawatan yang dilaksanakan .<sup>xvi</sup>

#### **C. Pengetahuan Kolaborasi**

## 1. Definisi Pengetahuan

Pengetahuan, menurut *Davenport* merupakan perpaduan yang dari pengalaman, nilai, informasi kontekstual dan kepakaran yang memberikan kerangka berfikir untuk menilai dan memadukan pengalaman dan informasi baru. Ini berarti bahwa pengetahuan berbeda dari informasi, informasi menjadi pengetahuan bila terjadi proses-proses seperti perbandingan, konsekuensi, penghubungan, dan perbincangan.<sup>21</sup> Definisi lainnya pengetahuan adalah berbagai gejala yang ditemui dan diperoleh manusia melalui pengamatan inderawi. Pengetahuan muncul ketika seseorang menggunakan indera atau akal budinya untuk mengenali benda atau kejadian tertentu yang belum pernah dilihat atau dirasakan sebelumnya.<sup>20</sup>

Pengetahuan bisa didapatkan dengan melakukan pengamatan dan observasi yang dilakukan secara empiris dan rasional. Pengetahuan empiris tersebut juga dapat berkembang menjadi pengetahuan deskriptif bila seseorang dapat melukiskan dan menggambarkan segala ciri, sifat, dan gejala yang ada pada objek empiris tersebut. Pengetahuan empiris juga bisa didapatkan melalui pengalaman pribadi manusia yang terjadi berulang kali. Misalnya, seseorang yang sering dipilih untuk memimpin organisasi dengan sendirinya akan mendapatkan pengetahuan tentang manajemen organisasi.<sup>20</sup>

Bagi organisasi yang ingin menerapkan manajemen pengetahuan dalam organisasinya perlu menyadari pertama, bahwa pengetahuan ada pada orang dan bukan pada sistem, meskipun sistem punya data dan informasi yang dapat membantu proses pengetahuan. Kedua, penciptaan pengetahuan merupakan proses sosial, tercipta melalui interaksi antara individu-individu dalam kehidupan sehari-hari mereka. Sehubungan

dengan itu peranan pengetahuan menjadi makin menonjol, karena hanya dengan pengetahuanlah semua perubahan yang terjadi dapat disikapi dengan tepat.<sup>21</sup>

Definisi pengetahuan menurut Notoaatmojo adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indera yang dimilikinya. Pengetahuan adalah hasil dari suatu produk sistem pendidikan dan akan dapat pengalaman yang nantinya akan memberikan suatu tingkat pengetahuan dan kemampuan tertentu.<sup>18</sup> Untuk meningkatkan perubahan pengertian dan pengetahuan atau ketrampilan dapat dilakukan melalui pelatihan. Pengetahuan diperoleh dari proses belajar, yang dapat membentuk keyakinan tertentu sehingga seseorang berperilaku berdasarkan keyakinan yang diperoleh melalui media masa, elektronik dan media lain.<sup>20</sup>

Pengetahuan telah menjadi sesuatu yang sangat menentukan, oleh karena itu perolehan dan pemanfaatannya perlu dikelola dengan baik dalam konteks peningkatan kinerja organisasi.<sup>21</sup>

## **2. Definisi kolaborasi**

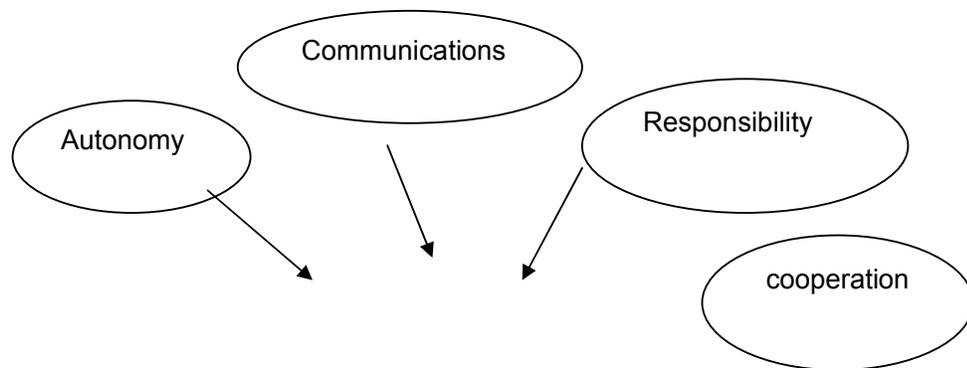
American Medical Assosiation (AMA) 1994, setelah melalui diskusi dan negosiasi yang panjang dalam kesepakatan hubungan profesional dokter dan perawat, mendefinisikan istilah kolaborasi sebagai berikut ; Kolaborasi adalah proses dimana dokter dan perawat merencanakan dan praktek bersama sebagai kolega, bekerja saling ketergantungan dalam batasan-batasan lingkup praktek mereka dengan berbagi nilai-nilai dan saling mengakui dan menghargai terhadap setiap orang yang berkontribusi untuk merawat individu, keluarga dan masyarakat.<sup>22</sup>

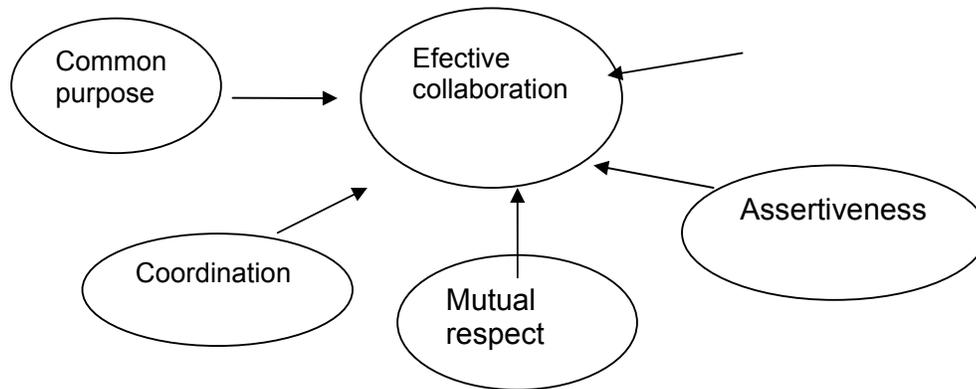
*American Nurses Association ( ANA ) ; Baggs dan Scmitt, 1998 ;*

Evans dan Carlson , 1992 ; Shortridge, Mc Lain, dan Gills 1986,( *cit* Siegler dan Whitney, 1994 ). et al, menyebutkan kolaborasi sebagai hubungan timbal balik dimana [pemberi layanan] memegang tanggung jawab paling besar untuk perawatan pasien dalam kerangka kerja bidang perspektif mereka. Praktek kolaborasi menekankan tanggung jawab bersama dalam manajemen perawatan pasien, dengan proses pembuatan keputusan bilateral didasarkan pada masing-masing pendidikan dan kemampuan praktisi.<sup>12,14,26</sup>

Meskipun definisi ini termasuk yang terbaik, tapi belum dapat menyampaikan sekian ragam variasi dan kompleksnya kolaborasi.

Kolaborasi menyatakan bahwa anggota tim kesehatan harus bekerja dengan kompak dalam mencapai tujuan. Menurut Kramer & Schmalenberg (2003) ; Weiss & Davis (1985) ; Bagss(1994) elemen penting untuk mencapai kolaborasi yang efektif adanya kerjasama, asertifitas, tanggung jawab, komunikasi, otonomi, kordinasi, tujuan umum serta *mutual respect* seperti gambar di bawah ini.<sup>22,23</sup>





Gambar 1. Elemen kunci efektifitas kolaborasi<sup>38</sup>

a. Kerjasama .

Adalah menghargai pendapat orang lain, bersedia untuk memeriksa beberapa alternatif pendapat dan bersedia merubah kepercayaan.

b. Asertifitas .

Adalah kemauan anggota tim kolaborasi untuk menawarkan informasi, menghargai pendekatan masing masing disiplin ilmu dan pengalaman individu, individu dalam tim mendukung pendapat yang lain, menjamin bahwa pendapat masing – masing individu benar-benar didengar dan adanya konsensus bersama yang ingin dicapai.

c. Tanggung jawab.

Tanggung jawab disini berarti masing – masing individu harus mendukung suatu keputusan yang diperoleh dari hasil konsensus bersama dan harus terlibat dalam pelaksanaannya, mempertanggungjawabkan keputusan dan tindakan yang telah dibuat, baik tanggung jawab masing – masing individu sebagai profesi, maupun tanggungjawab bersama sebagai satu tim dalam pengelolaan

pasien.

d. Komunikasi.

Artinya bahwa setiap anggota harus untuk membagi informasi penting mengenai perawatan pasien dan isu yang relevan untuk membuat keputusan klinis, secara terbuka mampu untuk mengemukakan ide ide dalam pengambilan keputusan pengelolaan pasien.

e. Otonomi.

Mencakup kemandirian (*independent*) anggota tim dalam batas kompetensinya. Otonomi bukan berarti berlawanan dari makna kolaborasi. Justru dengan otonomi masing masing profesi mempunyai kebebasan mempraktekkan ilmu dan mengelola pasien sesuai kompetensi .

f. Kordinasi.

Koordinasi diperlukan untuk efisiensi organisasi yang dibutuhkan dalam perawatan pasien, mengurangi duplikasi dan menjamin orang yang berkualifikasi dalam menyelesaikan permasalahan.

g. Tujuan umum .

Kolaborasi didasarkan pada konsep tujuan umum, kontribusi praktisi profesional, kolegalitas, komunikasi dan praktek yang difokuskan kepada pasien. Kolegalitas menekankan pada saling menghargai, dan pendekatan profesional untuk masalah-masalah dalam team dari pada menyalahkan seseorang atau atau menghindari tanggung jawab.

h. *Mutual respect and trust*. Norsen (1995) menyarankan konsep ini dimana dia mengartikan sebagai suatu hubungan yang memfasilitasi suatu proses dinamis antara orang-orang ditandai oleh keinginan maju untuk mencapai tujuan dan kepuasan setiap anggota. Kepercayaan

adalah konsep umum untuk semua elemen kolaborasi. Tanpa rasa percaya, kerjasama tidak akan ada, asertif menjadi ancaman, menghindar dari tanggung jawab, terganggunya komunikasi, otonomi akan ditekan dan koordinasi tidak akan terjadi.<sup>23</sup>

### 3. Faktor – faktor yang mempengaruhi kesuksesan kolaborasi

Kesuksesan kolaborasi dalam suatu pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh faktor-faktor<sup>23</sup> :

- a. Faktor interaksi ( *interactional determinants*), yaitu hubungan interpersonal diantara anggota tim yang terdiri dari kemauan untuk berkolaborasi, percaya, saling menghargai dan berkomunikasi .
- b. Faktor Organisasi ( *organizational determinants*) yaitu kondisi di dalam organisasi tersebut yang terdiri dari 1). *Organizational structure* (struktur horisontal dianggap lebih berhasil daripada struktur hierarkis); 2).*Organization's philosophy* (nilai nilai keterbukaan, kejujuran, kebebasan berekspresi, saling ketergantungan, integritas dan sikap saling percaya; 3). *administrative support* ( kepemimpinan); 4.) *team resource* (tersedianya waktu untuk bertemu dan berinteraksi, membagi lingkup praktek dengan profesional lain, bekerja dalam suatu unit yang kecil) ; 5). *coordination mechanism* ( pertemuan formal untuk diskusi, standarisasi prosedur dalam bekerja ).
- c. Faktor lingkungan organisasi ( *organization's environment/ systemic determinants* ) yaitu elemen diluar organisasi, seperti sistem sosial, budaya, pendidikan dan profesional. Menurut Evans et all ( 1994) sistem sosial yang dapat menghambat praktek kolaborasi adalah 1)

ketidaksetaraan diantara masing – masing profesi, 2) perbedaan gender dimana laki – laki lebih berkuasa dari perempuan 3) perbedaan status ekonomi. Beberapa sistem budaya dapat menghambat suatu kolaborasi misalnya otonomi profesi .

Menurut D'amour et all (1999) Sistem profesional memiliki efek yang signifikan bagi peningkatan pelaksanaan kolaborasi, sebab sistem profesional ini meningkatkan cara pandang dari pihak yang berlawanan secara rasional dalam sebuah hubungan kolaborasi. Kenyataannya menurut Freidson (1986 ) dalam proses sebuah profesionalisme itu memiliki karakteristik dominasi, maka otonomi dan kontrol lebih dari sebuah hubungan sebagai kolega dan percaya.<sup>23</sup>

#### **4. Indikator Kolaborasi**

Menurut Alpert et al.( 1992) tenaga profesional yang berada dalam tim pelayanan kesehatan sangat sedikit pengetahuannya tentang praktek, keahlian, tanggungjawab, ketrampilan, nilai – nilai dan perspektif profesionalime dari disiplin ilmu yang lain. Hal ini merupakan suatu penghambat utama dalam praktek kolaborasi .<sup>23</sup>

Untuk dapat melakukan praktek kolaborasi, masing – masing tenaga profesional harus dapat mengerti empat buah indikator dibawah ini antara lain <sup>10</sup> :

##### **a. Kontrol - kekuasaan**

Dari sekian banyak lingkungan masyarakat yang mengemban suatu profesi, profesi kedokteran merupakan profesi khusus yang

yang berbeda dengan profesi lainnya. Kekhususan profesi ini terletak pada sifatnya yang otonom.<sup>24</sup> Kekuasaan atau otonomi profesi dokter adalah dalam hal mendiagnosis, mengobati dan mencegah penyakit. Dalam situasi ini dokter menggunakan modalitas pengobatan seperti pemberian obat dan pembedahan. Mereka sering pula berkonsultasi dan berbagi informasi dengan anggota tim lainnya dalam pemberian pengobatan. Dukungan perawat dalam memberi informasi yang akurat tentang keadaan pasien sangat membantu dokter dalam menjalankan otonomi ini.

Hambatan – hambatan yang seringkali terjadi adalah adanya keengganan masing masing profesi untuk menerima dan memberi pendapat, dari pihak perawat sendiri kurang memahami kedudukannya sebagai mitra dokter, sehingga hanya mematuhi setiap perintah yang ditulis dokter dilembar rekam medis. Perawat sebagai salah satu anggota tim kolaborasi membawa perspektif yang unik dalam interdisiplin tim. Perawat membantu pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dari praktek profesi kesehatan lain. Perawat berperan sebagai penghubung penting antara pasien dan pemberi pelayanan kesehatan termasuk dokter.

Kontrol kekuasaan adalah keadaan dimana dokter dan perawat dapat menyadari kewenangannya masing – masing dan mengkomunikasikan dengan baik kepada anggota timnya.<sup>10</sup> Kewenangan dokter menurut UU Praktek Kedokteran no 29 tahun 2004 pasal 35 antara lain 1) Mewawancarai pasien ; 2) memeriksa fisik dan mental pasien; 3) menentukan pemeriksaan penunjang 4) menegakkan diagnosis; 5) menentukan penatalaksanaan dan pengobatan pasien; 6) melakukan tindakan kedokteran; 7 )

menuliskan resep obat; 8) menerbitkan surat keterangan dokter .<sup>24</sup>

Sedangkan kewenangan perawat yang diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1239 / MenKes / SK / XI / 2001 Tentang Registrasi dan Praktek Perawat dalam Bab IV pasal 15 dikatakan bahwa perawat dalam melaksanakan praktek keperawatan berwenang untuk: a) melaksanakan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan, melaksanakan tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan; b) Tindakan keperawatan sebagaimana dimaksud pada butir a meliputi intervensi keperawatan, observasi keperawatan, pendidikan dan konseling kesehatan; c) dalam melaksanakan asuhan keperawatan sebagaimana dimaksud huruf a dan b harus sesuai dengan standar asuhan keperawatan yang ditetapkan oleh organisasi profesi d) pelayanan tindakan medik hanya dapat dilakukan berdasarkan permintaan tertulis dari dokter.

Dalam Kode Etik Keperawatan Indonesia Bab III, Pasal 10 berbunyi : Perawat senantiasa memelihara hubungan baik antara sesama perawat dan dengan tenaga kesehatan lainnya, baik dalam memelihara keserasian suasana lingkungan kerja maupun dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan secara menyeluruh”.

Bahwa dalam proses penyembuhan pasien, dokter perlu mendelegasikan kewenangan tertentu kepada perawat. hal ini dapat terjalin baik apabila baik dokter maupun perawat membina komunikasi dengan baik. Dokter dan perawat perlu mendapat kesempatan sama untuk mendiskusikan pasien tertentu. Kalau kemungkinan ini tidak ada maka mungkin saja ada informasi penting yang terlewati saat pemberi perawatan merencanakan dan melaksanakan perawatan

pasien. Komunikasi antara dokter dan perawat sangat dibutuhkan dalam kontrol kekuasaan. Feiger dan Smith, (1979) mengembangkan model mengukur komunikasi perawat – dokter untuk menentukan tingkat kontrol kekuasaan. Kontrol kekuasaan akan dapat terjadi bila perawat mengerti bahwa mereka harus berinteraksi dengan dokter yang terdistribusi dalam kategori, yaitu : 1) membagi informasi tentang kondisi pasien 2) membagi ide untuk tindak lanjut perawatan pasien, 3) berani memberikan pendapat dan usulan kepada dokter, 5) memberi dukungan / persetujuan, 6) dapat menyatakan ketidaksetujuan / tidak sependapat dengan dokter 7) dapat melakukan humor. Komunikasi artinya bahwa setiap anggota bertanggung jawab untuk membagi informasi penting mengenai perawatan pasien dan isu yang relevan untuk membuat keputusan klinis. Untuk menjalin komunikasi antara dokter dan perawat dapat berupa interaksi tatap muka langsung, komunikasi dengan sarana komunikasi atau komunikasi melalui dokumen rekam medis<sup>10</sup>.

#### **b. Lingkup Praktek**

Lingkup praktek menunjukkan kegiatan dan tanggung jawab masing-masing pihak. Perawat dan dokter memiliki bidang praktek yang terpisah sesuai dengan peraturan praktek perawat dan dokter, namun demikian ada tugas - tugas tertentu yang dibina bersama.<sup>9,10</sup>

Sebagai seorang praktisi, dokter memang berbagi lingkungan praktek dengan para perawat tetapi mereka tidak dididik untuk menanggapinya sebagai rekanan / sejawat / kolega.<sup>10</sup> Disisi lain seorang perawat profesional seringkali masih menempatkan diri dibawah dokter, sebagai tenaga vokasional yang bertindak atas

perintah dokter.

Peran penting perawat adalah memberikan pelayanan perawatan (care) atau memberikan perawatan (caring). Tugas perawat bukan untuk mengobati (cure). Menurut Tamblin (1988) tanggungjawab masing – masing pihak dan tanggungjawab yang dapat dilakukan bersama adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1.  
Tanggungjawab perawat , tanggungjawab dokter, tanggungjawab bersama

TANGGUNGJAWAB PERAWAT	TANGGUNGJAWAB DOKTER	TANGGUNGJAWAB BERSAMA
koordinasi pengawasan kesehatan pribadi atau keluarga	Identifikasi adanya kondisi medis darurat dan kecepatan evaluasi medis	pengkajian kesehatan pribadi atau keluarga (riwayat medis/ status kesehatan pasien )
Identifikasi masalah kesehatan pribadi atau keluarga	Identifikasi prosedur dan tes laboratorium yang sesuai.	identifikasi kondisi yang membahayakan jiwa
membantu hubungan pribadi atau keluarga dengan sistem kesehatan	penjabaran secara cermat mengenai kondisi khusus, penyakit kedokteran yang diderita dan patofisiologi yang mendasarinya .	keputusan mengenai penanganan kesehatan pribadi atau keluarga
identifikasi dan penanganan kebutuhan fisik yang belum terpenuhi	ketentuan terapi medis yang sesuai	pendidikan kesehatan pribadi
konsultasi pribadi atau keluarga mengenai praktek pencegahan, adaptasi sakit/ ketidakmampuan , penyelesaian situasi krisis perkembangan .		kepemimpinan dalam kelompok kesehatan , dokumentasi perawatan kesehatan ,
		pengawasan personel kesehatan

Bentuk tanggung jawab perawat selama berkolaborasi dengan dokter adalah 1) mengenal status kesehatan pasien, 2) Identifikasi kondisi yang membahayakan jiwa, 3) memberikan tindakan keperawatan yang dapat mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan pasien, 4) tanggung jawab dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan, 5) bertanggung jawab dalam menjaga keselamatan pasien.

Tanggung jawab perawat erat kaitannya dengan tugas-tugas perawat. Tugas perawat secara umum adalah memenuhi kebutuhan dasar pasien, tugas klinis rutin misalnya memeriksa vitals sign pasien. Perawat mampu secara mandiri memutuskan kebutuhan pasien yang belum terpenuhi. Ketika terjadi penurunan kondisi pasien atau kegawatan pasien, perawat mampu memutuskan apa yang seharusnya dilakukan, misalnya segera melakukan pertolongan pertama dan segera menghubungi dokter. Dalam hal ini kordinasi diperlukan untuk efisiensi pengorganisasian dalam perawatan pasien, mengurangi duplikasi dan menjamin orang yang berkualifikasi dalam menyelesaikan permasalahan.

Dalam membangun tanggungjawab bersama, perawat dan dokter harus dapat merencanakan dan mempraktekkan bersama sebagai kolega, bekerja saling ketergantungan dalam batas-batas lingkup praktek dengan berbagi nilai-nilai dan pengetahuan serta menghargai orang lain yang berkontribusi terhadap perawatan individu, keluarga dan masyarakat.<sup>xvii</sup>

Weis & Davis (1983) menggunakan *Health Role Expectations Index (HREI)* untuk mengukur sikap terhadap tanggungjawab bersama dalam perawatan kesehatan dari pihak dokter, perawat dan konsumen.

### **c. Kepentingan Bersama.**

Dokter sebagai individu dan perawat sebagai individu mempunyai

kepentingan untuk mengaktualisasikan dirinya. Keinginan untuk dihargai, didengarkan pendapatnya, menerima dengan lapang dada saran / pendapat satu dengan lain berpengaruh terhadap proses kolaborasi. Kepentingan bersama secara operasional menggunakan istilah tingkat ketegasan masing-masing atau keasertifan dalam usaha untuk memuaskan sendiri dan faktor kerjasama (usaha untuk memuaskan pihak lain). Menurut Lange & Jakubowski (1978) perilaku asertif adalah kemampuan untuk mengemukakan pikiran, perasaan, pendapat secara langsung dan jujur dengan cara yang tepat yang dalam penyampaiannya tidak menyakiti atau merugikan diri sendiri maupun orang lain. Rathus dan Nevid (1983) mengungkapkan beberapa aspek dari perilaku asertif, yaitu 1) berusaha mencapai tujuan, 2) kemampuan mengungkapkan perasaan, 3) menyapa atau memberi salam kepada orang lain, 4) menampilkan cara yang efektif dan jujur, 5) menanyakan alasan, 6) menghargai pujian dari orang lain.

Kerjasama adalah melakukan sinergi atau menyatukan pendapat, kemampuan, kewenangan pihak yang satu dengan yang lain untuk mencapai tujuan yang diinginkan yang dilandasi rasa saling menghargai dan percaya. Kerjasama seringkali tidak berjalan mulus. Konflik antar disiplin ilmu sering terjadi. Thomas dan Kilmann (1974) telah merancang model untuk mengukur pola manajemen penanganan konflik: bersaing, berkolaborasi, berkompromi, menghindar, mengakomodasi.<sup>10,11</sup> Manajemen pengelolaan konflik yang paling baik apabila masing – masing pihak mendapatkan kesepakatan bersama yang dan mempunyai komitmen untuk melaksanakan kesepakatan itu dengan sukarela .<sup>26</sup>

#### **d. Tujuan Bersama.**

Menurut Daldiyono (1997) Dokter, perawat dan pasien memiliki tujuan bersama yaitu pelayanan kesehatan secara maksimal. Untuk itu peran masing-masing harus dijaga kelancarannya, dokter tidak lebih penting dari perawat demikian juga sebaliknya. Profesi kedokteran dan profesi keperawatan harus bekerja bersama-sama, serasi, selaras dan seimbang saling menghargai dan saling membina pengertian. Daerah kerja yang tumpang tindih harus dikerjakan bersama-sama bukan saling tarik menarik atau sebaliknya saling melemparkan tanggung jawab.

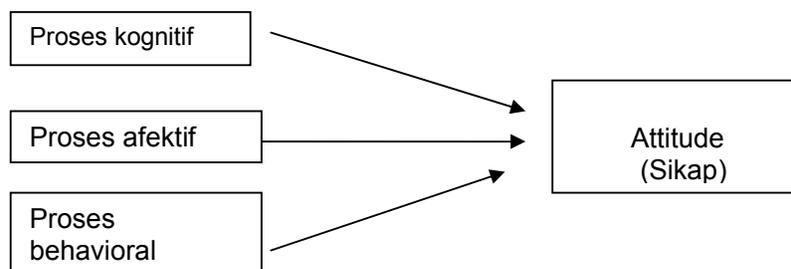
Tujuan manajemen penyembuhan bersifat orientasi kepada pasien dan dapat menentukan bidang tanggung jawab yang erat kaitannya dengan prognosis pasien. Ada tujuan yang sepenuhnya menjadi tanggung jawab perawat misalnya memelihara integritas kulit, menjaga kenyamanan pasien dan pengaturan pola eliminasi pada pasien, ada tujuan yang dianggap sebagai tanggung jawab sepenuhnya dari dokter misalnya penentuan kepulangan pasien ada pula tujuan yang merupakan tanggung jawab bersama antara dokter dan perawat misalnya pencegahan infeksi selama perawatan.<sup>10,11</sup>

Pelaksanaan kolaborasi perawat dengan dokter diperlukan pengetahuan tentang kontrol kekuasaan perawat dokter, lingkungan praktek perawat dokter, tujuan bersama dan kepentingan bersama dalam merawat pasien, kemauan ( sikap yang profesional mulai dari komunikasi, cara kerjasama dengan pasien maupun dokter) sampai pada ketrampilan dalam mengambil keputusan.<sup>10,11,12</sup>

#### **D. Sikap**

Sikap (*attitude*), berasal dari bahasa Italia *attitudine* yaitu "*Manner of placing or holding the body, dan Way of feeling, thinking or behaving*".

Sikap adalah cara menempatkan atau membawa diri, atau cara merasakan, jalan pikiran, dan perilaku. Sikap adalah kondisi mental yang kompleks yang melibatkan keyakinan dan perasaan, serta disposisi untuk bertindak dengan cara tertentu..Thomas & Znaniecki (1920) menegaskan bahwa sikap adalah predisposisi untuk melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku tertentu, sehingga sikap bukan hanya kondisi internal psikologis yang murni dari individu, tetapi sikap lebih merupakan proses kesadaran yang sifatnya individual. Artinya proses ini terjadi secara subjektif dan unik pada diri setiap individu. Keunikan ini dapat terjadi oleh adanya perbedaan individual yang berasal dari nilai-nilai dan norma yang ingin dipertahankan dan dikelola oleh individu. Sikap adalah pengorganisasian yang relatif berlangsung lama dari proses motivasi, persepsi dan kognitif yang relatif menetap pada diri individu dalam berhubungan dengan aspek kehidupannya. Sikap adalah evaluasi, perasaan dan kecenderungan seseorang yang relatif konsisten terhadap suatu obyek atau gagasan.



Gambar 2. Teori Sikap

Sikap diperoleh dari orang tua, guru dan anggota kelompok rekan sekerja. Dalam organisasi sikap penting karena sikap mempengaruhi

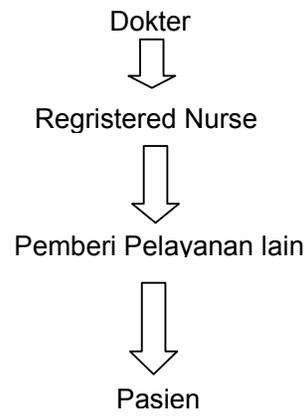
perilaku kerja. Sikap akan menempatkan seseorang ke dalam satu pikiran menyukai atau tidak menyukai sesuatu, bergerak mendekati atau menjauhi sesuatu tersebut.<sup>20</sup> Sikap terhadap kolaborasi berarti adalah pikiran untuk menyetujui atau tidak menyetujui adanya kolaborasi. Pada kenyataannya, pelayanan kepada pasien di rawat inap tidak mungkin berdiri sendiri dalam otonomi salah satu disiplin ilmu, melainkan harus merupakan pelayanan yang sinergi dan memerlukan bantuan dari disiplin ilmu lain. Menyetujui atau tidak menyetujui, praktek kolaborasi harus tetap berjalan. Informasi yang diberikan oleh pihak manajemen, dapat mengubah sikap bawahan atau menggerakkan untuk melakukan suatu tindakan.<sup>19</sup>

## **E. Praktek Kolaborasi**

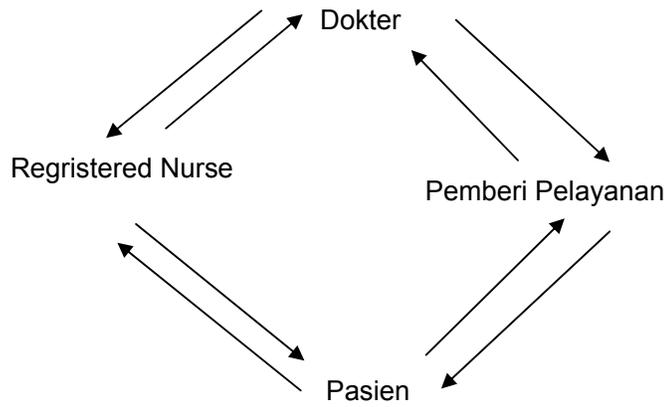
Definisi praktek kolaborasi menurut Jones (2000) adalah proses komunikasi interprofesional dan pembuatan keputusan yang mempertimbangkan adanya pembagian pengetahuan dan ketrampilan masing – masing profesi untuk melakukan pengaruh yang sinergi kepada kesembuhan pasien .

### **1. Model Praktek Kolaborasi**

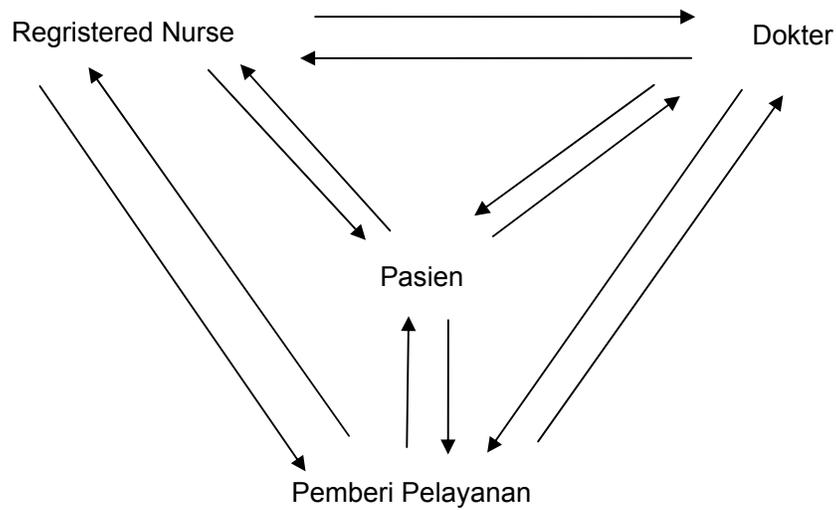
Menurut Perawatan Kesehatan National Amerika Joint Practice Commission ( NJPC ), ( cit. Siegler dan Whitney, 1994 ) ada tiga model / pola praktek kolaborasi.



Gambar 3.  
Model Praktek Hierarkis, Tipe I



Gambar 4.  
Model Praktek Kolaboratif Tipe II



Gambar 5.  
Model Praktik Kolaboratif , Tipe III

Praktek kolaborasi mengganti pendekatan pengelompokan hierarkis yang mendorong interaksi antara sesama anggota. Gambar diatas membandingkan tiga buah model, satu hirarkis dan dua buah kolaborasi.<sup>10,11,26</sup>

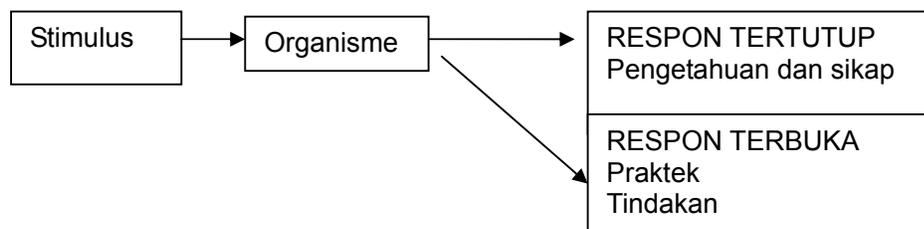
Pola pertama merupakan model hierarkis (gambar 3), menekankan komunikasi satu arah, kontak terbatas antara pasien dan dokter dan dokter merupakan tokoh yang dominan. Pola kedua merupakan model praktek kolaborasi (gambar 4) menekankan komunikasi dua arah, tetapi tetap menempatkan dokter pada posisi utama dan membatasi hubungan antara dokter dan pasien. Model ke 3 pada gambar 5 agak mengubah pola tersebut. Pola ini lebih berpusat pada pasien dan semua pemberi layanan harus saling bekerjasama, 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.<sup>10,11</sup>

Model kolaborasi gambar 5 adalah model praktek yang seharusnya

antara dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya karena semuanya berorientasi pada pasien. Dalam situasi apapun, praktek kolaborasi yang baik harus dapat menyesuaikan diri secara adekuat pada setiap lingkungan yang dihadapi sehingga anggota kelompok dapat mengenal masalah yang dihadapi, sampai terbentuknya diskusi dan pengambilan keputusan.<sup>10,11,26</sup>

Sifat interaksi antara perawat - dokter menentukan kualitas praktek 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“.

Perilaku Menurut Skinner berdasar teori S-O-R perilaku dapat dikelompokkan menjadi dua :



Gambar 6

Teori S- O – R<sup>18</sup>

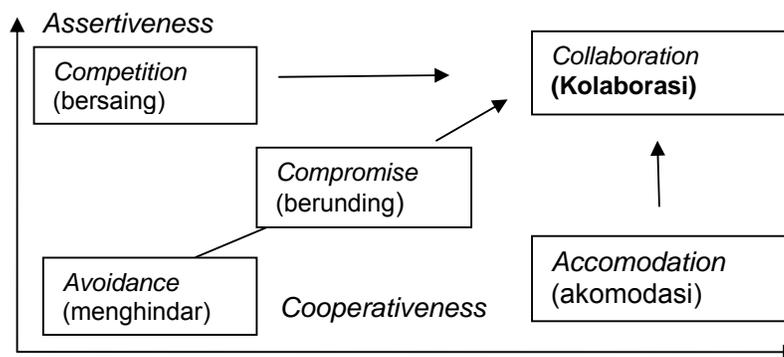
a. Perilaku tertutup

Apabila respon terhadap stimulus masih belum dapat diamati orang lain dari luar. Respon seseorang masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan. Bentuk yang dapat diukur

adalah pengetahuan dan sikap.

b. Perilaku terbuka

Apabila respon terhadap stimulus ini sudah berupa tindakan, perilaku atau praktek dan dapat diamati orang luar. Ruble dan Thomas (1976) dalam jurnal *organizational behavior and human performance*, telah mengembangkan suatu ilustrasi yang dapat membantu interpretasi tingkatan praktek kolaborasi. Gambar dibawah ini menggambarkan interaksi antara dua pribadi. Ordinat menyatakan tingkat seseorang memuaskan kebutuhannya sendiri; axis menyatakan tingkat orang tersebut memuaskan kebutuhan pihak lain <sup>10,26</sup>



Gambar 7. Diagram dua dimensi penilaian kepentingan untuk Skala Praktek Kolaborasi<sup>10,26</sup>

Praktek kolaborasi terbentuk disaat seseorang berusaha

memuaskan kebutuhannya sendiri dan kebutuhan pihak lain secara maksimal. Maka grafik ini dapat memperlihatkan apa yang sering tidak dapat dijelaskan oleh definisi bahwa proses kolaborasi membutuhkan sikap yang tegas dan kerjasama, bukan penyerahan seseorang untuk memuaskan pihak lain demi mempertahankan harmoni.<sup>10,26</sup>

Skala praktek kolaborasi ini dikarang oleh Weiss dan Davis yang telah diadaptasi dengan menggunakan kedua skala dengan pokok orisinal pada subjek perawat dan dokter. Skala praktek kolaborasi perawat terdiri dari 19 pokok ditujukan untuk perawat. Dan 19 pokok pertanyaan ditujukan untuk dokter. 9 pokok pertanyaan pertama menyatakan sikap tegas dan 10 pokok pertanyaan berikutnya menyatakan sikap kerjasama. Adaptasi skala ini didasarkan karya teoritis orisinal dari para ahli teori organisasi Blake dan Mouton (1970), Kilmann dan Thomas (1977) dan Ruble dan Thomas (1976) yang mengusulkan bahwa perilaku dalam penanganan konflik terdiri dari tingkat ketegasan/asertif dan kerja sama yang dapat digunakan oleh pribadi bersangkutan dalam menyelesaikan konflik tersebut. Maka kedua dimensi tersebut dapat diukur untuk kelompok tersendiri perawat dan dokter. Subjek dianggap berusaha mengamankan kepentingan bersama didasarkan sembilan kemungkinan dimensi kisi (gambar 2.9 ).<sup>10,12,26</sup>

**KETEGASAN**

54	2	3	4
	Bersaing	Berunding Bersaing	<b>KOLABORASI</b>
	1	2	3
	Akan bersaing	Berunding	Berunding Berakomodasi



Gambar 8.  
Diagram dua dimensi kisi penilaian kepentingan  
untuk Praktek Kolaborasi

Nilai kepentingan ini didapatkan dengan memberikan jarak blok untuk meringkas posisi subjek dalam bidang ketegasan dan kerja dimensi pada 9<sup>9</sup> si, dan memberikan ukuran tingkat ordinal kepentingan bersama. Maka jarak subjek dari kuadran kolaborasi dapat ditentukan. Nilai kepentingan diberikan berdasarkan peraturan berikut ini:

1. Apabila kerja sama kurang atau sama dengan 25 dan ketegasan kurang atau sama dengan 24 maka kepentingan = 0 (menghindar).
2. Apabila kerja sama kurang atau sama dengan 25, dan ketegasan lebih besar dari 24, dan kurang dari atau sama dengan 39 maka kepentingan = 1 (akan bersaing).
3. Apabila kerja sama kurang atau sama dengan 25 dan ketegasan lebih besar dari 39 maka kepentingan = 2 (bersaing).
4. Apabila kerja sama lebih besar dari 25 dan kurang atau sama dengan 44, dan ketegasan kurang dari atau sama dengan 24 maka kepentingan = 1 (akan berunding).
5. Apabila kerja sama lebih besar dari 25 dan kurang atau sama dengan 44, ketegasan lebih besar dari 24 dan kurang atau sama dengan 39 maka kepentingan = 2 (berunding).

6. Apabila kerja sama lebih besar dari 25 dan kurang atau sama dengan 44, ketegasan lebih besar dari 39 maka kepentingan = 3 (berunding-bersaing).
7. Apabila kerja sama lebih besar dari 44 dan ketegasan kurang atau sama dengan 24 maka kepentingan = 2 (akomodasi).
8. Kalau kerja sama lebih besar dari 44 dan ketegasan lebih besar dari 24 dan kurang atau sama dengan 39 maka kepentingan = 3 (berunding- berakomodasi)
9. Apabila kerja sama lebih besar dari 44 dan ketegasan lebih besar dari 39 maka kepentingan = 4 (berkolaborasi).

Praktek kolaborasi terbentuk disaat seseorang berusaha memuaskan kebutuhannya sendiri dan kebutuhan pihak lain secara maksimal, sehingga kepentingan bersama dapat dicapai secara maksimal pula .<sup>10</sup>

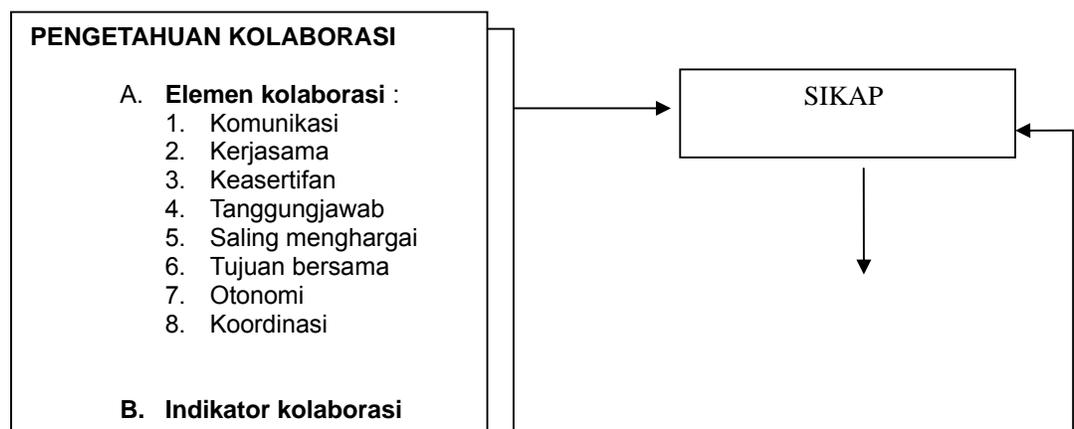
#### **F. Mutu Pelayanan**

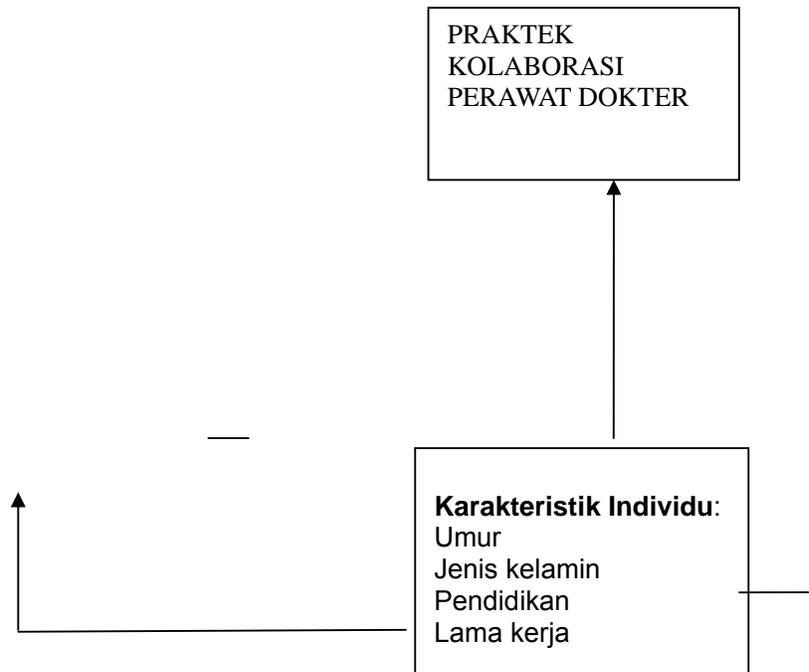
Dengan meningkatnya pengetahuan masyarakat, maka tuntutan akan kualitas jasa pelayanan kesehatan juga meningkat pesat. Profesi kedokteran sudah berkembang pesat sesuai dengan berkembangnya teknologi kedokteran. Sedangkan profesi keperawatan dalam memberikan pelayanan yang canggih sesuai dengan teknologi kedokteran masih memerlukan pembenahan dan persiapan yang matang terutama menyangkut sumber daya manusianya. Paradigma baru dalam pemberian pelayanan kesehatan menuntut peran perawat lebih sejajar untuk berkolaborasi dengan dokter.<sup>12</sup> Kerjasama dan kolaborasi dokter dan perawat merupakan salah satu faktor yang sangat penting untuk

mencapai keberhasilan dan kualitas pelayanan kepada pasien. Mutu pelayanan rawat inap akan berkualitas dengan adanya praktek kolaborasi yang maksimal. Masing – masing disiplin ilmu dan teknologi layanan akan berfungsi maksimal dalam pengelolaan pasien, secara efektif dan dapat efisien mampu mengelola pasien dan mengurangi biaya pelayanan. Terpenuhiya harapan, keinginan dan angan - angan pasien dan keluarganya. Terpenuhiya preferensi sosial yang dinyatakan dalam prinsip etika, nilai – nilai, norma, etiket hukum dan regulasi. Terpenuhiya prinsip yang menentukan apa yang tepat dan adil dalam distribusi layanan kesehatan serta manfaatnya diantara anggota masyarakat .<sup>27</sup>

#### G. Kerangka Teori Praktek Kolaborasi

Hal – hal yang penting dalam praktek kolaborasi perawat dokter adalah pengetahuan tentang elemen dan indikator kolaborasi yang terdiri dari elemen komunikasi,kerjasama, keasertifan,tanggungjawab, saling menghargai, tujuan bersama, otonomi, koordinasi. Sedangkan Pengetahuan tentang indikator kolaborasi terdiri dari pengetahuan tentang kontrol kekuasaan, pengetahuan tentang lingkup praktek, pengetahuan tentang kepentingan bersama dan pengetahuan tentang tujuan bersama. Praktek kolaborasi perawat dokter sendiri dipengaruhi oleh faktor internal individu yaitu pengetahuan dan sikap yang juga tidak terlepas dari karakteristik individu yang terdiri dari umur, lama bekerja, jenis kelamin dan tingkat pendidikan.<sup>10,11,12,20</sup>





## BAB III

### METODOLOGI PENELITIAN

#### A. Variabel Penelitian

##### 1. Variabel Bebas

- a. Pengetahuan perawat tentang indikator kontrol kekuasaan
- b. Pengetahuan perawat tentang indikator lingkup praktek
- c. Pengetahuan perawat tentang indikator kepentingan bersama
- d. Pengetahuan perawat tentang indikator tujuan bersama

##### 2. Variabel Terikat

Praktek kolaborasi perawat dengan dokter

##### 3. Variabel Kontrol

Karakteristik Demografi :

- a. Jenis Kelamin
- b. Tingkat pendidikan
- c. Masa kerja
- d. Umur

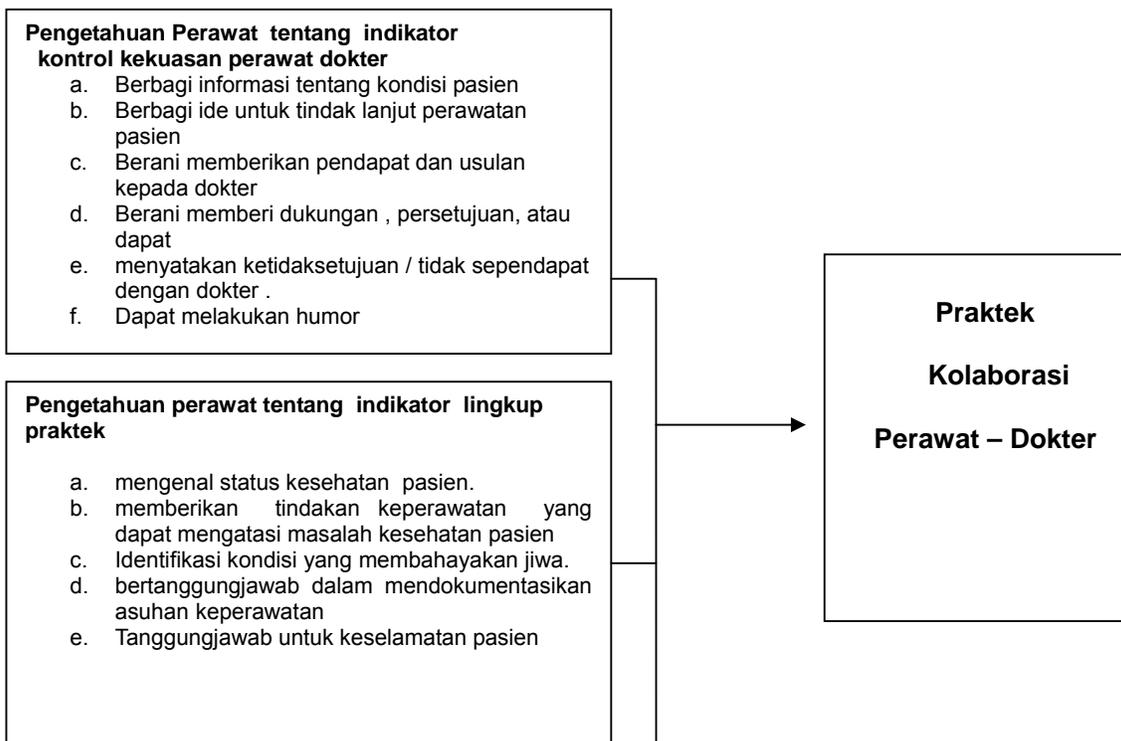
## **B. Hipotesis**

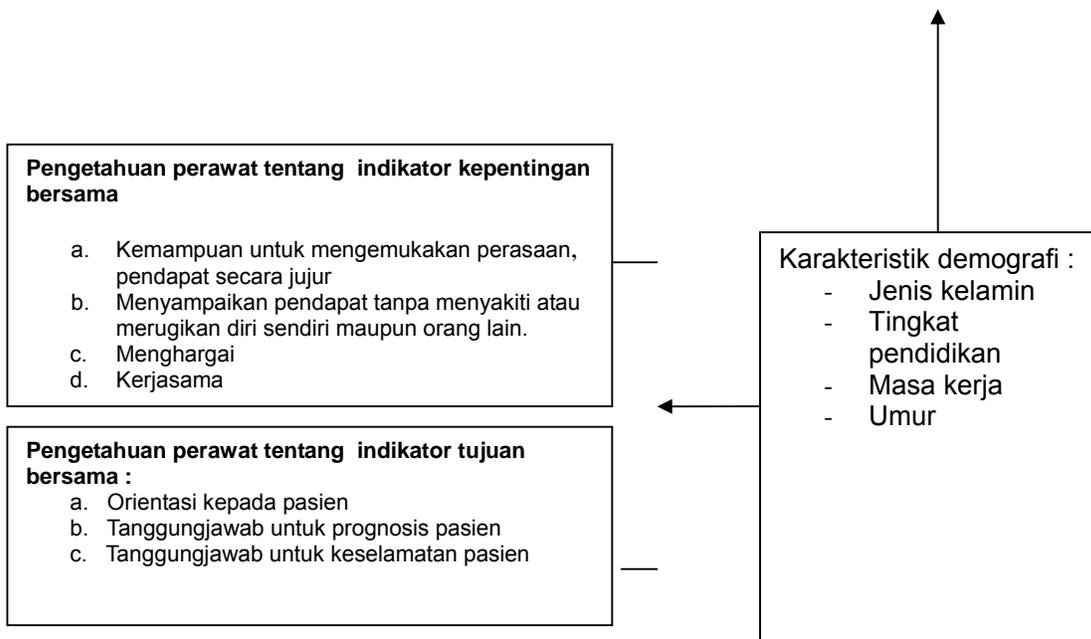
- 1 Ada hubungan antara pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi kontrol kekuasaan terhadap praktek kolaborasi perawat dokter di Unit Rawat Inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang
- 2 Ada hubungan antara pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi lingkup praktek terhadap praktek kolaborasi perawat dokter di Unit Rawat Inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang
- 3 Ada hubungan antara pengetahuan perawat tentang kepentingan bersama terhadap praktek kolaborasi perawat dokter di Unit Rawat Inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang
- 4 Ada hubungan antara pengetahuan perawat tentang tujuan bersama terhadap praktek kolaborasi perawat dokter di Unit Rawat Inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang
- 5 Ada pengaruh bersama sama antara pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi kontrol kekuasaan, lingkup praktek, kepentingan bersama dan tujuan bersama perawat terhadap praktek kolaborasi perawat dokter di Unit Rawat Inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang

### C. Kerangka Konsep Penelitian

Variabel Bebas

Variabel Terikat





## D. Rancangan Penelitian

### 1 Jenis penelitian

Jenis penelitian ini adalah non experimental tergolong dalam penelitian observasional, yang bersifat *deskriptif analitik* yaitu melihat seberapa besar pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat melalui pengujian hipotesa yang telah dirumuskan.<sup>xviii</sup>

### 2 Pendekatan Waktu Pengumpulan Data

Metode penelitian yang digunakan adalah survey dengan pendekatan belah lintang ( *Cross Sectional* ) yaitu pengamatan variabel yang diukur (baik variabel bebas dan terikat) dilakukan dalam waktu yang bersamaan dan satu kali pengamatan.<sup>25</sup>

### **3 Metode Pengumpulan Data**

#### **a. Data primer**

Data primer dikumpulkan dengan cara wawancara kepada responden sebanyak 105 orang dengan bantuan kuesioner yang telah dirancang .

#### **b. Data sekunder**

Data sekunder diperoleh dari data Rekam Medis, laporan tahunan, data kepegawaian dan catatan lainnya di RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang.

### **4 Populasi Penelitian**

Semua perawat yang melakukan tugas dan fungsinya sebagai pemberi pelayanan di ruang rawat inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang sebanyak 105 orang.

### **5 Prosedur Pemilihan Sampel dan Sampel Penelitian**

Sampel penelitian pada penelitian ini adalah total populasi dengan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yaitu :

- a. Perawat yang bekerja diruang rawat inap dan aktif
- b. Bersedia menjadi responden
- c. Pendidikan minimal DIII

Sedangkan yang termasuk kriteria eksklusi adalah responden yang pada saat penelitian tidak menjawab kuesioner dengan baik

Jumlah sampel penelitian perawat yang memenuhi adalah sebanyak 105 perawat.

### **6 Definisi Operasional Variabel Penelitian**

#### a. Variabel bebas

1) **Pengetahuan Kontrol kekuasaan** adalah pengetahuan perawat untuk melakukan interaksi dengan dokter, baik secara langsung melalui tatap muka maupun secara tidak langsung melalui tulisan dalam dokumen rekam medis atau melalui sarana komunikasi lain dalam usaha untuk 1) Berbagi informasi tentang kondisi pasien, 2) Berbagi ide untuk tindak lanjut perawatan pasien, 3) Berani memberikan pendapat dan usulan kepada dokter, 4) memberi dukungan, persetujuan, atau dapat menyatakan ketidaksetujuan / tidak sependapat dengan dokter 5) Dapat melakukan humor, yang terdiri dari 9 pertanyaan, dengan skoring sebagai berikut:

1) Ya = 1

2) Tidak = 0

Sehingga skor terendah pengetahuan indikator kolaborasi kontrol kekuasaan adalah nilai 0 dan skor tertinggi adalah 9. Untuk analisis selanjutnya digolongkan subyek ke dalam 2 kategori, yaitu membagi berbagai variabel berskala interval menjadi variabel dengan skala ordinal, setelah dilakukan uji normalitas terhadap data dengan metode Kolmogorove-Smirnov, hasil uji normalitas data indikator pengetahuan kontrol kekuasaan 2.407,  $p=0.0001$  dengan demikian menunjukkan data tidak berdistribusi normal maka, dasar uji beda adalah nilai uji beda dilakukan berdasarkan nilai median, dengan kategori sebagai berikut:

1). Kontrol Kekuasaan Baik :  $x \geq 8$

2). Kontrol Kekuasaan Kurang:  $x < 8$

Skala pengukuran : Ordinal

**2). Pengetahuan Lingkup praktek** adalah pengetahuan perawat tentang tugas dan tanggung jawabnya sebagai perawat dalam berkolaborasi dengan dokter dan kemandirian perawat sesuai disiplin ilmunya yang terdiri dari indikator pertanyaan : 1) mengenal status kesehatan pasien, 2) memberikan tindakan keperawatan yang dapat mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan pasien, 3) Identifikasi kondisi yang membahayakan jiwa , 4) bertanggung jawab dalam menjaga keselamatan pasien. 5) bertanggungjawab dalam pendokumentasian asuhan keperawatan .

1) Ya = 1

2) Tidak = 0

Sehingga skor terendah pengetahuan indikator kolaborasi lingkup praktek adalah nilai 0 dan skor tertinggi adalah 12. Untuk analisis selanjutnya digolongkan subyek ke dalam 2 kategori, yaitu membagi berbagai variabel berskala interval menjadi variabel dengan skala ordinal, hasil uji normalitas data pengetahuan indikator lingkup praktek dengan metode Kolmogorove-Smirnov 2,931 dengan  $p= 0,0001$  menunjukkan data tidak berdistribusi normal maka, dasar uji beda adalah nilai median dengan kategori sebagai berikut:

1) Pengetahuan Lingkup Praktek Baik :  $x \geq 12$

2) Pengetahuan Lingkup Praktek Kurang :  $x < 12$

Skala pengukuran : Ordinal

**3). Kepentingan bersama** adalah ketegasan perawat dalam

untuk memuaskan kepentingan diri sendiri dan bekerjasama dengan pihak lain dalam rangka memuaskan kepentingan orang lain, yang terdiri dari yang terdiri dari 7 pertanyaan, yang terdiri dari kemampuan untuk mengemukakan perasaan, pendapat secara jujur, menyampaikan pendapat tanpa menyakiti atau merugikan diri sendiri maupun orang lain, menghargai, kerjasama, mempercayai, dengan skoring sebagai berikut:

1) Ya = 1

2) Tidak = 0

skor terendah pengetahuan indikator kolaborasi kepentingan bersama adalah nilai 0 dan skor tertinggi adalah 7. Untuk analisis selanjutnya digolongkan subyek ke dalam 2 kategori, yaitu membagi berbagai variabel berskala interval menjadi variabel dengan skala Ordinal, hasil uji normalitas data pengetahuan indikator kolaborasi kepentingan bersama dengan Kolmogorove Smirnov 4,275 dengan p 0,0001 menunjukkan data tidak berdistribusi normal maka uji beda dilakukan berdasarkan nilai median, dengan kategori sebagai berikut:

1) Kepentingan bersama kategori Baik :  $x \geq 7$

2) Kepentingan bersama kategori Kurang :  $x < 7$

Skala pengukuran : Ordinal.

**4). Tujuan Bersama :** merupakan orientasi pelayanan pada kesembuhan pasien dan tanggungjawab terhadap prognosis pasien yang terdiri dari yang terdiri dari 7 pertanyaan, dengan skoring sebagai berikut:

1) Ya = 1

2) Tidak= 0

Sehingga skor terendah pengetahuan indikator kolaborasi tujuan bersama adalah nilai 0 dan skor tertinggi adalah 7. Untuk analisis selanjutnya digolongkan subyek ke dalam 2 kategori, yaitu membagi berbagai variabel berskala interval menjadi variabel dengan skala ordinal tetapi sebelumnya dilakukan uji normalitas data pengetahuan indikator kolaborasi tujuan bersama dengan Kolmogorov Smirnov = 4,231 dengan  $p = 0.0001$  hasil uji normalitas menunjukkan data tidak berdistribusi normal maka uji beda dilakukan berdasarkan nilai median, dengan kategori sebagai berikut:

1) Tujuan bersama kategori Baik :  $x \geq 7$

2) Tujuan bersama kategori Kurang:  $x < 7$

Skala pengukuran : Ordinal

**b. Variabel Terikat : praktek kolaborasi perawat dokter**

Praktek kolaborasi perawat yaitu adanya kerjasama dan keasertifan/ ketegasan yang maksimal dari perawat dalam berinteraksi dengan dokter. Ada 19 pokok pertanyaan yang harus dijawab perawat. penilaian pertanyaan berdasarkan skala Likert . Setiap pokok Likert diberi nilai dari tidak pernah = 1, jarang = 2, kadang-kadang =3, Biasanya = 4, Sering = 5, sampai 6 = selalu. Maka 9 sampai 54 nilai dapat diperoleh dari sembilan pokok pertama, menyatakan sikap tegas dan 10 sampai 60 nilai dapat diperoleh dari 10 pokok kedua, menyatakan sikap kerja sama.

**KETEGASAN**

	2	3	4
	Bersaing	Berunding Bersaing	<b>KOLABORASI</b>
39	1	2	3
	Akan bersaing	Berunding	Berunding Berakomodasi
24	0	1	2
	Menghindar	Akan berunding	Akomodasi
9	10      25	44	60
	<b>KERJASAMA</b>		

1. Apabila kerja sama kurang atau sama dengan 25 dan ketegasan kurang atau sama dengan 24 maka kepentingan = 0 (menghindar).
2. Apabila kerja sama kurang atau sama dengan 25, dan ketegasan lebih besar dari 24, dan kurang dari atau sama dengan 39 maka kepentingan = 1 (akan bersaing).
3. Apabila kerja sama kurang atau sama dengan 25 dan ketegasan lebih besar dari 39 maka kepentingan = 2 (bersaing).
4. Apabila kerja sama lebih besar dari 25 dan kurang atau sama dengan 44, dan ketegasan kurang dari atau sama dengan 24 maka kepentingan = 1 (akan berunding).
5. Apabila kerja sama lebih besar dari 25 dan kurang atau sama dengan 44, ketegasan lebih besar dari 24 dan kurang atau sama dengan 39 maka kepentingan = 2 (berunding).

6. Apabila kerja sama lebih besar dari 25 dan kurang atau sama dengan 44 , ketegasan lebih besar dari 39 maka kepentingan = 3 (berunding-bersaing).
7. Apabila kerja sama lebih besar dari 44 dan ketegasan kurang atau sama dengan 24 maka kepentingan = 2 (akomodasi).
8. Kalau kerja sama lebih besar dari 44 dan ketegasan lebih besar dari 24 dan kurang atau sama dengan 39 maka kepentingan = 3 ( berunding berakomodasi).
9. Apabila kerja sama lebih besar dari 44 dan ketegasan lebih besar dari 39 maka kepentingan = 4 ( kolaborasi).

Untuk analisis selanjutnya digolongkan subyek ke dalam 2 kategori, yaitu membagi berbagai variabel berskala interval menjadi variabel dengan skala Ordinal tetapi sebelumnya dilakukan uji normalitas terlebih dahulu, hasil uji normalitas kolmogorove Smirnov 0.878 , p : 0.424 menunjukkan data berdistribusi normal maka, dasar uji beda adalah nilai mean dengan kategori sebagai berikut:

- a. Kolaborasi kategori Baik :  $x \geq 70,35$
- b. Kolaborasi kategori Kurang :  $x < 70,35$

Skala pengukuran : Ordinal

### c. Variabel Kontrol

- 1) Umur didefinisikan sebagai bilangan tahun responden yang dihitung dalam tahun sejak lahir sampai dengan ulang tahun terakhir. Cara mengukur melalui wawancara dengan menggunakan pertanyaan terstruktur dan observasi terhadap KTP yang dimilikinya, kemudian dikategorikan sebagai berikut :
  - a) Umur muda :  $\leq 35$  tahun

b) Umur tua : > 35 tahun

Skala pengukuran : nominal

2) Jenis kelamin

Adalah ciri biologi yang berkaitan dengan jenis kelamin yang diketahui dari jawaban responden tentang jenis kelamin yang terdiri dari Pria dan wanita. Variabel diukur dengan pertanyaan terstruktur dalam kuesioner dan dinyatakan :

a ) Pria

b ) Wanita

Skala pengukuran : nominal.

3) Pendidikan adalah jenjang pendidikan formal keperawatan yang terakhir diselesaikan oleh perawat dan mendapatkan Ijazah.

Pendidikan perawat terbagi dalam 2 kategori :

a) Lulus D III Keperawatan

b) Lulus D IV / S1 Keperawatan

Skala pengukuran : Nominal.

4) Lama kerja merupakan bilangan tahun yang diukur dari mulainya bekerja sampai dengan saat penelitian berlangsung, Cara mengukur melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur.

a) Lama kerja  $\leq 9$  tahun

b) Lama kerja > 9 tahun

Skala pengukuran : nominal

Setelah dilakukan uji normalitas dengan menggunakan Kolmogorove Smirnov data lama kerja 1,080,  $p= 0.194$  , dengan demikian data berdistribusi normal, sehingga pembagian kategori berdasarkan mean sebagai berikut :

a. Lama kerja rendah :  $X < 13,8$  tahun

b. Lama kerja tinggi :  $X \geq 13,8$  tahun

## 7 Instrumen Penelitian dan Cara Penelitian

### a. Instrumen Penelitian

Instrumen pada penelitian ini adalah berupa *kuesioner* yang digunakan untuk mendapatkan data kolaborasi dokter dan perawat pelaksana di ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang. Sebelum melaksanakan penelitian dilakukan uji validitas dan reliabilitas melalui uji coba *kuesioner*. Validitas adalah keadaan yang menggambarkan tingkat instrumen yang bersangkutan mampu mengukur apa yang akan diukur, sedangkan reliabilitas adalah instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur subyek yang sama akan menghasilkan data yang sama.

#### 1. Uji Validitas

Uji validitas menggunakan validitas isi yaitu dengan melihat apakah alat ukur telah memuat pertanyaan atau pernyataan yang relevan dengan materi yang akan diteliti. Pengujian validitas dengan mengukur korelasi tiap item (skor faktor) dengan skor total. Rumus korelasi menggunakan *product moment correlation coeficien* ( $r$ ). Uji validitas dan reliabilitas pada penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta pada tanggal 6 Mei 2009 dengan hasil sebagai berikut : dari 42 pernyataan variabel dependen pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi maka terdapat 35 item variabel dependen yang valid untuk penelitian dan 7 item pernyataan didrop karena tidak valid,

sedangkan pada 19 variabel independen praktek kolaborasi hasilnya valid (terlampir).

## 2. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas adalah untuk mengukur seberapa jauh responden memberikan jawaban yang konsisten terhadap kuesioner yang diberikan.

Perhitungan reliabilitas dilakukan dengan memanfaatkan komputer program SPSS melalui *reliability analysis*. Angka reliabilitas ditetapkan berdasarkan nilai alpha yang dihasilkan. Jika nilai alpha = 0,800 – 1,00 nilai reliabilitasnya sangat tinggi, nilai alpha = 0,600 – 0,794 tinggi, nilai alpha = 0,400 – 0,599 nilai cukup dan untuk nilai alpha = 0,200 – 0,399 nilainya rendah, nilai alpha < 0,200 adalah sangat rendah.

Hasil pengukuran validitas kuesioner menunjukkan 35 item pernyataan dari variabel dependen dan 19 item pernyataan dari variabel independen valid untuk penelitian lalu dilakukan pengukuran reliabilitas dengan uji statistik Cronbach Alpha ternyata 35 item dan 19 item pernyataan reliabel yaitu nilai alpha > 0,60 (hasil terlampir).

### **b. Cara Penelitian**

Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- 1) Peneliti mengajukan ijin penelitian kepada Direktur Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang untuk mengadakan penelitian.

- 2) Memberikan penjelasan singkat tentang rencana kegiatan penelitian dan tujuan penelitian kepada responden yang setuju berpartisipasi dalam penelitian ini.
- 3) Peneliti menyampaikan pertanyaan kepada responden sesuai dengan petunjuk yang telah diberikan dalam format pernyataan kuesioner.
- 4) Kepada responden diarahkan supaya semua pernyataan yang ada diisi dan apabila telah selesai agar dikembalikan kepada peneliti dan selanjutnya peneliti mengumpulkan data dan menganalisis data.
- 5) Untuk mendapatkan data praktek kolaborasi perawat dan dokter yang dilakukan di ruang rawat inap.

## **8. Teknik Pengolahan dan Analisa Data**

### **a. Pengolahan Data**

Data yang sudah terkumpul kemudian dilakukan pengolahan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

#### 1) Editing

Memeriksa kelengkapan jawaban masing-masing pernyataan, dan melihat sejauh mana konsistensi jawaban masing-masing pernyataan. Didalam proses editing tidak dilakukan penggantian penggantian jawaban, atau angka-angka, atau pertanyaan-pertanyaan dengan maksud data tersebut konsisten, cocok dengan tujuan penelitian.

#### 2) Coding

Yaitu Memberikan tanda kode tertentu terhadap jawaban. Hal ini dimaksudkan untuk memudahkan pada waktu melakukan

pengolahan data

3) Tabulasi Data

Langkah ini untuk menyajikan data dalam bentuk tabel yang berdasarkan sifat-sifat yang dimiliki dan sesuai tujuan penelitian.

4) Entry

Penilaian data dengan memberikan skor untuk pertanyaan-pertanyaan yang menyangkut variabel bebas dan terikat. Selanjutnya data dianalisa secara deskriptif maupun analitik.

**b. Analisis Data**

Analisis data dengan menggunakan komputer program SPSS versi 12 *for windows*. Adapun analisis dilakukan berdasarkan jenis data sebagai berikut :

- 1). Analisis Univariat : menganalisis variabel-variabel yang ada secara deskriptif dengan menghitung distribusi frekuensi dan proporsinya untuk mengetahui karakteristik dari subyek penelitian. Selain itu juga untuk mengetahui deskripsi praktek kolaborasi perawat dokter dengan memakai diagram dua dimensi. 9 sampai 54 nilai dapat diperoleh dari sembilan pokok pertama, menyatakan sikap tegas dan 10 sampai 60 nilai dapat diperoleh dari 10 pokok kedua, menyatakan sikap kerja sama. Apabila kerjasama lebih besar dari 44 dan ketegasan lebih besar dari 39 maka kepentingan 4, berarti terjadi praktek kolaborasi.
- 2). Analisis Bivariat : untuk mengetahui hubungan masing-masing variabel bebas dan terikat. Uji statistik yang digunakan

adalah *Chi Square*. Untuk mengetahui kebermaknaan dari hasil pengujian tersebut dilihat dari *p value* kemudian dibandingkan dengan nilai  $\alpha=5\%$  atau 0,05 dengan ketentuan :

- a. *p value*  $\geq$  nilai  $\alpha=5\%$ , maka  $H_0$  diterima
- b. *p value*  $<$  nilai  $\alpha=5\%$ , maka  $H_0$  ditolak

Jika dari hasil perhitungan *Chi Square test* menunjukkan adanya hubungan antara variabel yang satu dengan yang lainnya, selanjutnya adalah mencari derajat hubungan antara dua variabel tersebut dengan *koefisien kontingensi*.

Uji *koefisien kontingensi* untuk mengetahui keeratan hubungan antara variabel bebas dan terikat. Keeratan hubungan pada tabel *kotingensi* dua kali dua, berdasarkan *koefisien kontingensi* perlu mempertimbangkan nilai C maksimum. Nilai C akan menunjukkan besarnya pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat dan berkisar antara 0 - 0,707. Tingkat keeratan hubungan digolongkan menjadi 5 kategori nilai C, yaitu derajat hubungan sangat lemah 0-0,140, derajat hubungan lemah 0,140-0,280, derajat hubungan cukup kuat 0,281-0,420, derajat hubungan kuat 0,421-0,560 dan derajat hubungan sangat kuat 0,561-0,707.

3). Analisis Multivariat. Pada penelitian ini variabel bebas dan terikat dianalisis terlebih dahulu dari satu dianalisis, maka analisis yang digunakan menggunakan Analisis Regresi Logistik. Analisis ini bertujuan untuk mendapatkan informasi tentang besarnya pengaruh variabel bebas secara individu / bersama-sama dari beberapa variabel bebas terhadap variabel terikat.

Langkah – langkah dalam melaksanakan analisis regresi logistik sebagai berikut :

- 1) Menentukan variabel bebas yang mempunyai nilai  $p \leq 0,05$  dalam hubungan dengan variabel terikat yaitu dengan uji *Chi Square*.
- 2) Variabel bebas yang masuk dalam kriteria nomor 1 diatas kemudian dimasukkan ke dalam model regresi logistic bivariat untuk mengetahui ada tidaknya pengaruh masing – masing variabel terhadap variabel terikat. Untuk variable bebas yang mempunyai nilai  $p \leq 0,05$  masuk dalam langkah nomor 3.
- 3) Variabel bebas yang masuk dalam kriteria 2 diatas kemudian dimasukkan ke dalam model regresi logistic multivariat untuk mengetahui pengaruh bersama – sama antar variabel bebas dan variabel terikat dengan metode enter.
- 4) Didalam penentuan model yang cocok dilakukan dengan melihat nilai dari Wald Statistik untuk masing – masing variabel bebas dengan batas nilai  $p \leq 0,05$ . Namun untuk variabel bebas yang tidak cocok ( $p > 0,05$ ) dengan  $Exp(\beta) \geq 2$ .

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### A. Dekripsi Karakteristik Perawat Di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang.

Dalam penelitian ini yang menjadi subyek penelitian adalah semua perawat yang ada di unit rawat inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang yang berjumlah 105. Ada 5 orang yang sedang mengikuti pra jabatan CPNS, sehingga total perawat yang diteliti berjumlah 100 orang yang terdiri 64 perempuan dan 36 laki laki. Distribusi karakteristik perawat di Unit Rawat Inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang adalah sebagai berikut :

Tabel 4.1  
Distribusi karakteristik perawat di Unit Rawat Inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang Tahun 2009.

	Karakteristik	frekuensi	%
	Umur : ≤ 35 tahun > 35 tahun	51 49	51 49
	Jenis Kelamin: Laki-laki Perempuan	36 64	36 64
	Pendidikan: DIII SI	70 30	70 30
	Lama kerja Lama > 9 tahun Baru ≤ 9 tahun	47 53	47 53

Dari tabel 4.1 umur responden yang kurang atau sama dengan 35 tahun sebanyak 51 orang (51%), sedangkan yang

berumur lebih dari 35 tahun sebanyak 49 orang (49%). Jenis kelamin responden 36 orang (36%) laki – laki dan 64 orang (64%) perempuan. Menurut Evans et al perbedaan gender dimana laki – laki lebih berkuasa dari perempuan dapat menghambat praktek kolaborasi.<sup>23</sup> Tingkat pendidikan perawat adalah D III sebanyak (70%) dan SI sebanyak (30%), pendidikan merupakan faktor yang mempengaruhi kesuksesan kolaborasi, diharapkan semakin tinggi pendidikan, profesionalisme semakin meningkat dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan yang lain semakin baik.<sup>23</sup> Lama kerja responden berkisar antara 1 tahun sampai 32 tahun dengan rata – rata (mean) 13,8 tahun, lama kerja dikelompokkan dalam kategori lama dan baru. Pada tabel diatas yang merupakan kategori karyawan lama (47%) dan karyawan baru (53%). Perawat yang sudah lama bekerja akan lebih berpengalaman dalam menjalin komunikasi dan interaksi dengan rekan kerja termasuk dokter.<sup>33</sup>

**B. Deskripsi Pengetahuan Perawat Tentang Indikator Kolaborasi Perawat Dokter Di Unit Rawat Inap Rsjd Dr Amino Gondohutomo Semarang.**

1. Pengetahuan Perawat Tentang Indikator Kolaborasi Kontrol Kekuasaan.

Gambaran pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi kontrol kekuasaan.

Tabel 4.2  
Distribusi Frekuensi  
Jawaban Pernyataan Pengetahuan Perawat Tentang Kontrol Kekuasaan

di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang

o	Pernyataan	Ya	Tidak	Nilai
	Mengerti bahwa harus memberi informasi kepada dokter tentang kondisi setiap pasien tanpa ditanya.	100%	0%	100
	Mengerti bahwa seorang perawat harus meminta informasi tentang kondisi pasien dari dokter.	95%	5%	100
	Perawat harus berani memberi usulan kepada dokter terkait dengan perawatan pasien	98%	2%	100
	Mengerti bahwa harus berani menyatakan tak sependapat ketika berbeda pendapat dengan dokter dalam hal perawatan pasien.	53%	47%	100
	Memahami setiap perintah dokter yang ada dalam dokumen rekam medis.	97%	3%	100
	Mengerti bahwa secara proaktif harus menghubungi dokter apabila belum melakukan visite	81%	19%	100
	Memahami semua keluhan pasien untuk disampaikan kepada dokter.	96%	4%	100
	Memahami perlunya humor dalam menjalin komunikasi dengan dokter dalam batas wajar.	100%	0%	100
	Mengerti perlunya melakukan negosiasi dengan dokter dalam membahas berbagai informasi tentang pasien .	100%	0%	100

Pengetahuan tentang kontrol kekuasaan merupakan pengetahuan perawat untuk melakukan interaksi dengan dokter, baik secara langsung melalui tatap muka maupun secara tidak langsung melalui tulisan dalam dokumen rekam medis atau melalui sarana komunikasi lain. Komunikasi yang diharapkan adalah dua arah dimana perawat dan dokter saling berbagi ide untuk kesembuhan pasien dan berani menyatakan tak sependapat apabila memang tidak sesuai dengan pengetahuan yang didapat oleh perawat.

Dari tabel 4.2 dapat dilihat bahwa 100 % perawat paham bahwa ia harus memberi informasi kepada dokter tentang kondisi

setiap pasien tanpa ditanya, mengerti perlu melakukan humor dalam menjalin komunikasi dengan dokter dalam batas wajar dan mengerti perlunya melakukan negosiasi dengan dokter dalam membahas berbagai informasi tentang pasien. Aktif dalam memberi informasi tentang kondisi pasien membantu dokter dalam memutuskan tindakan medis yang harus dilakukan. Komunikasi yang terjalin dengan hangat dengan disertai rasa humor yang wajar dapat meningkatkan hubungan interpersonal yang memudahkan perawat berkolaborasi dengan dokter. Negosiasi diperlukan untuk mencapai kesepakatan yang terbaik untuk pasien. Dapat dilihat pula bahwa 95% perawat mengerti bahwa ia harus meminta informasi tentang kondisi pasien dari dokter. 98% mengerti bahwa ia harus berani memberi usulan kepada dokter terkait dengan perawatan pasien. 97% paham setiap perintah dokter yang ada di dokumen rekam medis. 96% paham semua keluhan pasien untuk disampaikan kepada dokter.

Namun demikian terdapat 47% perawat yang tidak mengerti bahwa perawat harus berani menyatakan tak sependapat ketika berbeda pendapat dengan dokter dalam hal perawatan pasien. Hal ini karena persepsi perawat yang masih menganggap pasien ada dibawah kekuasaan dokter sepenuhnya, perawat hanya sekedar menjalankan perintah dokter, bukan menjadi mitra.

Dari tabel diatas dapat juga diketahui bahwa 19% perawat

tidak mengerti bahwa secara proaktif harus menghubungi dokter apabila belum melakukan visite. Hal ini karena ada perawat yang mempunyai persepsi bahwa visite dokter kepada pasiennya merupakan otonomi dokter sepenuhnya. Padahal seharusnya perawat sebagai advokator berperan penting sebagai penghubung pasien dengan dokter.<sup>10</sup> Ini sesuai dengan pendahuluan tentang kondisi yang terjadi di RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang yaitu perawat komunikasinya masih perlu ditingkatkan. Komunikasi merupakan sarana yang sangat efektif dalam memudahkan perawat melaksanakan peran dan fungsinya dengan baik .<sup>33</sup>

Nilai pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi kontrol kekuasaan berkisar antara 6 sampai dengan 9 dengan rata rata (median) adalah 8. Pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi kontrol kekuasaan dikategorikan menjadi 2 kategori yaitu baik dan kurang yang dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 4.3  
Distribusi Frekuensi Pengetahuan Perawat Tentang Indikator Kolaborasi Kontrol Kekuasaan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang

Pengetahuan Perawat tentang Indikator Kolaborasi Kontrol Kekuasaan	frekuensi	%
Kurang	22	60
Baik	78	40
Jumlah	100	100

Pada tabel 4.3 ini dapat diketahui bahwa pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi kontrol kekuasaan dengan kategori baik lebih banyak (78%) daripada pengetahuan perawat tentang

indikator kolaborasi kontrol kekuasaan kategori kurang (22%). Hambatan yang sering dijumpai pada kegiatan kolaborasi kontrol kekuasaan bahwa masing – masing profesi sulit (enggan) untuk menerima dan memberi pendapat. Dari pihak perawat sendiri kurang mampu memahami kedudukannya sebagai mitra dokter, sehingga hanya mematuhi setiap perintah yang ditulis dilembar rekam medis.

Melihat keadaan tersebut sebenarnya tidak perlu terjadi sebab dalam Kode Etik keperawatan Indonesia BAB III pasal 10 berbunyi : perawat senantiasa memelihara hubungan baik antara sesama perawat dan tenaga kesehatan lainnya, baik dalam memelihara keserasian suasana lingkungan kerja maupun dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan secara menyeluruh.

## 2. Pengetahuan Perawat Tentang Indikator kolaborasi Lingkup Praktek.

Gambaran pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi lingkup praktek dapat dilihat pada tabel 4.4

Tabel 4.4  
Distribusi Frekuensi Jawaban Perawat Tentang Pengetahuan Indikator Kolaborasi Lingkup Praktek di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang

No	N	Pernyataan	Ya	Tidak	Nilai
1		memahami tentang status kesehatan pasien secara sistematis menyeluruh dan akurat	10 0%	0	1 00
2		Mengerti tugas klinis rutin setiap jaga shif adalah memeriksa kondisi psikiatri dan kondisi umum pasien, tekanan darah, suhu, nadi dan respirasi rate pasien	10 0%	0	1 00
3		Mengerti bahwa harus selalu	87 %	13 %	1 00

No	Pernyataan	Ya	Tidak	Nilai
	menyiapkan selalu data terbaru tentang kondisi umum pasien tekanan darah, suhu, nadi dan respirasi rate dan kondisi psikiatrik pasien sebelum dokter visite			
4	Mengerti bahwa harus dapat mengendalikan emosi sehingga membuat suasana layanan keperawatan menjadi tenang dan tentram baik bagi dokter maupun pasien	99 %	1 %	1 00
5	Kondisi tekanan darah yang harus segera dilaporkan kepada dokter bila tekanan darah sistolik < 90 mmHg / >130 mmHg atau tekanan darah diastolik >90mmHg / < 60 mmHg.	98 %	2 %	1 00
6	Suhu badan pasien yang harus segera dilaporkan kepada dokter bila < 36 derajat Celcius atau ≥37,5 derajat Celcius	70 %	30 %	1 00
7	Kondisi nadi pasien yang harus segera dilaporkan segera kepada dokter yaitu bila < 60x/menit atau > 100x/menit	69 %	31 %	1 00
8	Apabila kondisi pernapasan pasien > 24x/menit maka perawat harus segera melaporkan kepada dokter	10 0%	0	1 00
9	Gaduh gelisah, agresif, kataton , cenderung bunuh diri, badan kaku dan panas setelah mendapat antipsikotik merupakan kondisi psikiatri yang harus segera dilaporkan kepada dokter	95 %	5 %	1 00
10	Mengerti bahwa setiap tugas delegasi dari dokter harus dilaporkan perkembangannya	10 0%	0	1 00
11	Mengetahui cara mendokumentasikan asuhan keperawatan yang akurat yang dapat memberikan kontribusi yang berharga bagi kerjasamanya dengan dokter	10 0%	0	1 00
12	Bila turgor turun, mata cekung, badan panas dan terdapat gangguan pencernaan, maka pasien dalam keadaan dehidrasi	10 0%	0	1 00

Pada tabel 4..4. dapat diketahui bahwa 100% perawat memahami tentang status kesehatan pasien secara sistematis menyeluruh dan akurat, memahami tugas klinis rutin setiap jaga shift adalah memeriksa kondisi psikiatri dan kondisi umum pasien, tekanan darah, suhu, nadi dan respirasi rate pasien, mengerti bahwa setiap tugas delegasi dari dokter harus dilaporkan perkembangannya, mengetahui cara mendokumentasikan asuhan keperawatan yang akurat yang dapat memberikan kontribusi yang berharga bagi kerjasamanya dengan dokter.

Namun dapat dilihat pula bahwa hanya 87% perawat yang menyatakan mengerti bahwa perawat harus selalu menyiapkan data terbaru tentang kondisi umum pasien tekanan darah, suhu, nadi dan respirasi rate dan kondisi psikiatrik pasien sebelum dokter visite. Kenyataan yang terjadi di RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang, karena bersifat rumah sakit khusus, yang hanya menangani pasien gangguan jiwa, maka pekerjaan perawat cenderung menjadi rutinitas. Hal ini berdampak pada tingkat kepedulian perawat terhadap kondisi pasien. Selain itu, tidak adanya kepastian jenjang karier sebagai perawat di RSJD juga menyebabkan perawat yang mempunyai potensi lebih dalam bekerja dan berorganisasi tidak dapat mengembangkan diriya secara optimal. Sebagian perawat juga mempunyai persepsi bahwa pasien dengan gangguan jiwa jarang disertai dengan gangguan fisik dan apabila ada keluhan fisik, biasanya pasien

akan melaporkan keluhan kepada perawat. Menurut Burnside – Mc Glynn pemeriksaan fisik rutin berupa pemeriksaan suhu tubuh, tekanan darah, nadi dan respirasi rate merupakan skrining awal untuk melihat apakah kondisi pasien dalam keadaan gawat atau tidak.<sup>34</sup> Pengetahuan tentang kondisi fisik normal diperlukan perawat untuk menentukan kapan harus melaporkan kondisi fisik ini kepada dokter. Tanda – tanda vital pasien terdiri dari tekanan darah, respirasi rate, nadi dan suhu tubuh. Dari tabel 4.4 diatas dapat diketahui bahwa 100% perawat mengetahui kondisi pernapasan yang harus segera dilaporkan kepada dokter, 98% mengetahui kondisi tekanan darah yang harus dilaporkan segera kepada dokter, namun untuk kondisi suhu tubuh, 30% perawat menyatakan tidak mengerti bila suhu pasien < 36 derajat derajat celcius atau  $\geq 37,5$  derajat celcius harus segera dilaporkan kepada dokter, 31% perawat menyatakan tidak mengerti bahwa kondisi nadi pasien, bila < 60x/menit atau  $\geq 100$ x/menit harus dilaporkan segera kepada dokter.

Permasalahan fisik yang juga sering terdapat pada pasien gangguan jiwa adalah gangguan makan dan minum, sehingga sering terjadi dehidrasi dari ringan sampai berat. Dari tabel diatas 100% perawat mengetahui tanda tanda dehidrasi.

Selain kondisi fisik, perawat juga harus mengerti kondisi psikiatri yang harus dilaporkan kepada dokter. Dari tabel diatas dapat pula dilihat bahwa terdapat 95% perawat yang menyatakan

mengerti bahwa gaduh gelisah, agresif, kataton, cenderung bunuh diri, badan kaku dan panas setelah mendapat antipsikotik merupakan kondisi psikiatri yang harus segera dilaporkan kepada dokter. Adanya tanda- tanda pasien akan bunuh diri, agresif, suhu badan panas tinggi dan kaku setelah mendapat antipsikotik yang merupakan tanda - tanda Sindroma Neuroleptik Maligna dan tanda kegawatan psikiatri lain perlu dipahami perawat sehingga dapat menyampaikan informasi yang akurat kepada dokter.

Nilai pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi lingkup praktek berkisar antara 8 sampai dengan 12 dengan rata rata ( median ) 12. Gambaran responden mengenai pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi lingkup praktek dapat dilihat pada tabel 4.5 dibawah ini :

Tabel 4.5  
Distribusi Frekuensi Responden Menurut Pengetahuan Perawat Tentang Indikator Kolaborasi Lingkup Praktek di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang

Pengetahuan Perawat tentang Indikator kolaborasi Lingkup Praktek	frekuensi	%
Kurang	49	49
Baik	51	51
Jumlah	100	100

Dari tabel 4.5 diatas sebagian besar pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi lingkup praktek adalah kategori baik sebanyak 51 orang (51%). Sedangkan sisanya (49%) adalah

kategori kurang. Pengetahuan perawat tentang pengetahuan lingkup praktek adalah pengetahuan perawat tentang tugas dan tanggung jawabnya sebagai perawat dalam berkolaborasi dengan dokter dan kemandirian perawat sesuai disiplin ilmu yang dimiliki. Dari data diatas dapat diketahui bahwa masih ada perawat yang kurang memahami tentang tugas pokok fungsi sebagai perawat di ruang rawat inap. Kurangnya pemahaman lingkup praktek kolaborasi perawat dokter didukung data pendahuluan bahwa perawat tidak melakukan tugas klinisnya rutin memeriksa vital sign, tidak segera melaporkan kepada dokter apabila terjadi kegawatan pasien.

3. Pengetahuan Perawat Tentang Indikator Kolaborasi Kepentingan Bersama.

Gambaran pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi kepentingan bersama dapat dilihat pada tabel 4.6

Tabel 4.6  
Distribusi Frekuensi  
Jawaban Pernyataan Pengetahuan Perawat Tentang Indikator Kolaborasi Kepentingan Bersama di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang

No	Pernyataan	Ya	Tidak	Nilai
1	Perawat tahu pendapatnya dapat berbeda dengan dokter berkaitan dengan perawatan pasien.	10 0%	0	1 00
2	Perawat mengerti apabila berbeda pendapat dalam hal perawatan pasien, perawat harus berani mengungkapkan pendapat kepada dokter secara jujur	92 %	8 %	1 00
3	Perawat mengerti cara	94	6	1

No	Pernyataan	Ya	Tidak	Nilai
	mengungkapkan pendapat tanpa melukai perasaan orang lain	%	%	00
4	Perawat mengerti ia harus memberi saran kepada dokter cara pendekatan perawatan pasien yang akan bermanfaat.	95 %	5 %	1 00
5	Perawat tahu bahwa ia harus mendampingi dokter ketika visite	89 %	11 %	1 00
6	Perawat mengerti bahwa harus menyambut kedatangan/pertemuan dokter dengan senyum, salam, jawaban dan sapaan.	99 %	1 %	1 00
7	Perawat mengerti ia perlu menerima pendapat dokter saat mengembangkan rencana perawatan.	10 0%	0	1 00

Pada tabel 4.6 diatas dapat dilihat bahwa 100% perawat tahu pendapatnya dapat berbeda dengan dokter berkaitan dengan perawatan pasien, mengerti ia perlu menerima pendapat dokter saat mengembangkan rencana perawatan.

Perawat yang menjawab tidak mengerti apabila pendapat perawat berbeda dengan pendapat dokter dalam hal perawatan pasien, ia harus berani mengungkapkan pendapatnya secara jujur sebanyak 8%. Jawaban perawat tidak mengerti cara mengungkapkan pendapat tanpa melukai perasaan orang lain sebanyak 6%. Perawat yang tidak mengerti ia harus memberi saran kepada dokter cara pendekatan perawatan pasien yang ia anggap akan bermanfaat sebanyak 5%. Sebanyak 11% orang perawat menyatakan tidak tahu pada pernyataan perawat bahwa ia harus mendampingi dokter ketika visite. Hal ini sesuai dengan gejala yang dikeluhkan dokter. Perawat yang menjawab tidak mengerti bahwa harus menyambut kedatangan/ pertemuan dokter dengan senyum, salam, jawaban dan sapaan sebanyak (1%).

Nilai pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi kepentingan bersama berkisar antara 6 sampai dengan 7, dengan rata-rata (median) 7. Pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi kepentingan bersama dapat dilihat pada tabel 4.7 dibawah ini:

Tabel 4.7  
Distribusi Frekuensi Responden Menurut Pengetahuan Perawat Tentang Indikator Kolaborasi Kepentingan Bersama di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang

Pengetahuan Perawat tentang Indikator Kolaborasi Kepentingan Bersama	frekuensi	%
Kurang	33	33
Baik	67	67
Jumlah	100	100

Dari tabel 4.7 diatas diketahui bahwa sebagian pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi kepentingan bersama adalah kategori baik sebanyak 67 orang ( 67%). Kepentingan bersama adalah ketegasan perawat dalam untuk memuaskan kepentingan diri sendiri dan bekerjasama dengan pihak lain dalam rangka memuaskan kepentingan orang lain. Ketegasan atau keasertifan harus disampaikan tanpa menyinggung perasaan orang lain. Perawat dan dokter juga sebagai individu mempunyai kepentingan untuk mengaktualisasikan dirinya lewat kegiatan profesionalisme pada pelayanan kesehatan di RS.<sup>10.11</sup> Menyatukan pendapat, saling menghargai dan saling percaya berpengaruh dalam proses kolaborasi .

Hal ini sesuai dengan kondisi yang ada di RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang, salah satu buktinya adalah rekam medis

dokter dan perawat jadi satu dalam satu bandel status pasien, dokter dan perawat saling memberi informasi terkait dengan kegiatan yang akan dilakukan pada pasien. Akan tetapi adanya nilai kurang (33%) terjadi karena informasi dari dokter yang ada di dokumen rekam medis seringkali tidak dibaca oleh perawat dan begitu juga sebaliknya.

Padahal bila kita melihat tentang peran dan fungsi perawat dalam praktek keperawatan adalah perawat sebagai tenaga profesional bertanggung jawab dan berwenang memberikan pelayanan keperawatan secara mandiri dan atau berkolaborasi dengan tim kesehatan lain sesuai dengan kewenangannya<sup>16</sup>.

#### 4. Pengetahuan Perawat Tentang Tujuan Bersama .

Distribusi jawaban pernyataan pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi tujuan bersama.

Tabel 4.8.  
Distribusi Frekuensi Jawaban Pernyataan Pengetahuan Perawat Tentang Indikator kolaborasi Tujuan Bersama di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang

No	Pernyataan	Ya	Tidak	Nilai
1	Perawat memahami tujuan tugasnya adalah kesembuhan pasien.	100 %	0	100
2	Cara mencegah pasien lari dari RS adalah dengan	100 %	0	100

No	Pernyataan	Ya	Tidak	Nilai
	memberi kegiatan aktivitas kelompok, memberi rasa aman dan nyaman, menjadi pendengar yang baik, melaporkan kepada dokter bila pasien masih gelisah.			
3	Fiksasi pasien yang benar adalah bila tidak menimbulkan luka lecet dan harus dilepas tiap 24 jam.	93 %	6 %	1 00
4	Perawat memahami cara – cara memenuhi kebutuhan nutrisi pasien	97 %	3 %	1 00
5	Perawat memahami pencegahan pasien supaya tidak bunuh diri	88 %	12 %	1 00
6	Perawat memahami bahwa penentuan pasien pulang adalah wewenang dokter.	89 %	11 %	8 9
7	Perawat memahami bahwa sebagai perawat juga harus melakukan penyuluhan kepada keluarga pasien .	100 %	0 %	1 00

Pada Tabel 4.8 diatas dapat dilihat 100% perawat memahami bahwa tujuan tugasnya adalah kesembuhan pasien, perawat memahami cara – cara mencegah pasien lari dari RS, memahami bahwa sebagai perawat juga harus melakukan penyuluhan kepada keluarga pasien.

Dari tabel 4.8. diatas dapat dilihat pula perawat yang menyatakan tidak mengetahui cara melakukan fiksasi pasien yang benar dan aman (7%), perawat yang tidak memahami cara memenuhi kebutuhan nutrisi pasien (3%), perawat yang menyatakan tidak memahami cara pencegahan pasien supaya tidak bunuh diri (12%), perawat yang tidak memahami bahwa

pasien diperbolehkan pulang adalah wewenang dokter (11%).

Nilai pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi tujuan bersama berkisar antara 5 sampai dengan 7, dengan rata – rata (median) 7. Gambaran responden mengenai pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi tujuan bersama dapat dilihat pada tabel 4.9. dibawah ini:

Tabel 4.9.  
Distribusi Frekuensi Jawaban Pernyataan Pengetahuan Perawat Tentang Indikator Kolaborasi Tujuan Bersama di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang

Tujuan Bersama	Frekuensi	%
Kurang	33	33
Baik	67	67
Jumlah	100	100

Dari tabel 4.9. diatas menunjukkan bahwa dari 100 responden sebagian besar pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi tujuan bersama adalah kategori baik sebanyak 67 orang (67%). Tujuan bersama merupakan orientasi pelayanan pada kesembuhan pasien dan tanggungjawab terhadap prognosis pasien.

Perawat adalah ujung tombak pelayanan langsung di RS yang bekerja 24 jam memberikan asuhan keperawatan pada pasien. Di ruang rawat inap seorang pasien akan dilayani langsung oleh perawat rata-rata 4-5 jam/24 jam. Oleh karena itu maka perawat akan membutuhkan pengetahuan dalam perawatan pada pasien, terutama pada pasien yang perawatan total care, misal pada pasien dengan pengawasan bunuh diri, menolak makan, gaduh gelisah yang perlu penanganan fixasi mekanik<sup>16,17</sup>.

Tujuan bersama yang dihasilkan dalam penelitian kategori baik (67%) sesuai dengan elemen peran dan fungsi perawat yaitu : memberikan asuhan keperawatan secara profesional yang meliputi treatment keperawatan, observasi, pendidikan kesehatan dan menjalankan treatment medikal dari dokter, perawat sebagai penghubung antara pasien dengan tim kesehatan (dokter) dalam upaya pemenuhan kebutuhan pasien, misal pengobatan yang akan diberikan pada pasien, efek dari pengobatan dan berapa lama pasien akan diobati oleh dokter<sup>18</sup>. Perawat sebagai mitra dokter bertugas memberi pendidikan penyuluhan bagi pasien maupun keluarganya untuk membantu menjaga kualitas hidup pasien tidak menurun dan tidak mengalami prognosis yang lebih buruk. Di lapangan seringkali pasien merasa sudah sembuh, tidak mau lagi minum obat dan keluarga pasien juga tidak tahu cara merawat pasien gangguan jiwa di rumah, sehingga terjadi kekambuhan yang memperburuk prognosis pasien.

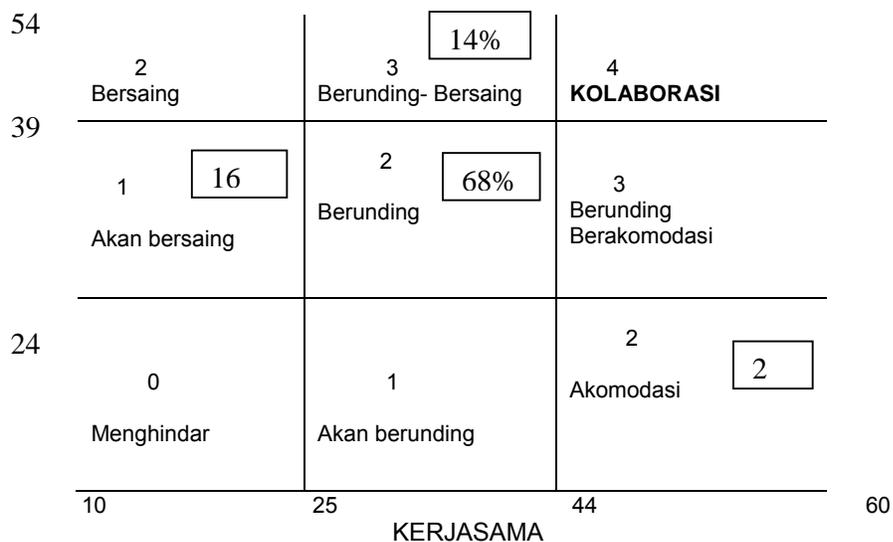
Di RSJD sebenarnya sudah dilakukan kegiatan untuk mencapai tujuan bersama ini yaitu kegiatan *Home Visite* keluarga pasien yang dilakukan perawat dan dilaporkan kepada dokter yang merawat. Namun evaluasi atau audit kegiatan ini belum pernah dilakukan sehingga kontribusinya terhadap perkembangan pasien belum nyata terlihat. Dokter di Unit rawat inap membutuhkan informasi yang lengkap tentang kondisi ekonomi, latar belakang, pekerjaan, hubungan sosial pasien dengan orang lain. Hal ini dapat

didapatkan secara akurat dengan *home visite* dirumah keluarga pasien.

**C. Praktek Kolaborasi Perawat Dokter Di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang.**

Deskripsi praktek kolaborasi perawat dokter di Unit Rawat Inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang adalah sebagai berikut :

**KETEGASAN**



**Gambar 9. Diagram 2 Dimensi Kepentingan Praktek kolaborasi terbentuk disaat seseorang berusaha memuaskan**

kebutuhannya sendiri dan kebutuhan pihak lain secara maksimal, sehingga kepentingan bersama dapat dicapai secara maksimal pula. Kolaborasi berarti tegas (*assertive*) dan kerjasama (*cooperative*). bekerjasama dengan orang lain selalu mencari solusi yang paling menguntungkan bagi kedua belah pihak, selalu menggali isu - isu untuk dapat mencari pokok permasalahan, diskusi dan saling beradu argumentasi dapat terjadi untuk mencapai kesepakatan. Dari gambar 9.

diatas, belum ada perawat yang mencapai praktek kolaborasi yang diharapkan.

Tabel 4.10.  
Deskripsi Tahap Praktek Kolaborasi Perawat Dokter Di Unit Rawat Inap Berdasarkan Umur , Jenis kelamin dan Lama Kerja di Unit Rawat inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang

Tahap praktek	Umur		Jenis Kelamin		Jenis pendidikan		Lama Kerja (th)	
	≤35	>35	L	P	DIII	S1	≤ 9	> 9
Menghindar	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Akan bersaing (16)	8 (50%)	8 (50%)	5 (31,25%)	11 (68,75%)	7 (47,3%)	9 (56,3%)	7 (43,7%)	9 (56,3%)
Akan berunding	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Berunding (68)	39 (57,3%)	29 (42,7%)	28 (41,2%)	40 (58,8%)	46 (67,4%)	22 (32,6%)	31 (45,6%)	37 (54,4%)
Berunding bersaing (14)	9 (64,2%)	5 (35,8%)	6 (42,6%)	8 (57,4%)	4 (28,6%)	10 (71,4%)	11 (78,5%)	3 (21,5%)
Akomodasi (2)	0 (0%)	2 (100%)	0 (0%)	2 (100%)	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)	2 (100%)
Berunding berakomodasi	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Kolaborasi	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Dari Gambar 9 dan tabel 4.10. diatas dapat dilihat bahwa sebagian besar perawat (68%) masih berada dalam taraf berunding dengan umur ≤ 35 tahun lebih banyak (57,3 %) dari pada umur >35 tahun (42,7%), perempuan lebih banyak (58,8%) daripada laki laki (42,6%),

pendidikan DIII lebih banyak (67,4%) daripada SI (32,6%) dan lama kerja > 9 tahun lebih banyak (54,4%) daripada  $\leq 9$  tahun (45,6%). Tahap berunding (*compromize*) adalah merupakan pertengahan antara ketegasan dan kerjasama, dalam tahap berunding ini kepedulian terhadap kepentingan diri sendiri dan kepentingan orang lain ada di tengah – tengah, mentoleransi, mencari jalan tengah, sehingga kepentingan diri sendiri tidak tercapai secara maksimal pula. Nilai kepentingan hanya mencapai 2.<sup>34,35</sup> Dalam tahap ini pendidikan DIII lebih banyak daripada SI hal ini sesuai dengan kenyataan bahwa pada perawat dengan pendidikan DIII, cenderung menempatkan dirinya sebagai bawahan dokter dan bukan sebagai mitra. Untuk mencapai tahap kolaborasi yang diinginkan, maka pihak manajemen perlu melakukan upaya mengubah mindset perawat bukan lagi bawahan dokter namun sebagai mitra dokter yang dapat memberi kontribusi bagi perawatan pasien, sehingga pasien cepat membaik.

Dari gambar 9 dan tabel 4.10. diatas dapat dilihat bahwa 16% perawat ada pada tahap praktek akan bersaing, dimana dalam hal umur sama banyak, S1 lebih banyak (56,3%) dari pada DIII (43,7%), perempuan lebih banyak (68,75%) daripada laki-laki (31,25%), lama kerja >9 tahun lebih banyak (56,3%) daripada lama kerja  $\leq 9$  tahun (43,7%). Tahap akan bersaing memiliki nilai kepentingan 1, artinya perawat dalam tahap ini belum berani secara tegas menyatakan pendapatnya sehingga kepentingan sebagai profesi perawat tidak dapat terakomodasi dengan optimal, dan nilai kerjasamanya masih rendah. Untuk mencapai tahap kolaborasi yang diinginkan, maka pihak manajemen perlu melakukan upaya untuk meningkatkan keasertivan atau ketegasan perawat dengan melakukan diskusi / pertemuan pembahasan kondisi pasien yang lebih

mendalam. Kenyataan di RSJD sudah ada pertemuan rutin seminggu sekali yaitu audit pelayanan. Dalam audit pelayanan ini sudah dibahas masalah medis maupun non medis. Manajemen perlu menjadikan audit pelayanan ini lebih efektif dengan cara mengkoordinir dan mengontrol setiap tindak lanjut yang direkomendasikan dalam setiap pertemuan audit pelayanan sehingga semua pihak yang terlibat dalam audit pelayanan merasa dihargai termasuk perawat.

Dari gambar 9 dan tabel 4.10. dapat pula dilihat bahwa 14 % perawat dalam tahap berunding bersaing, dengan umur  $\leq 35$  lebih banyak (64,2%) dibanding dengan umur  $> 35$  tahun (35,8%), perempuan lebih banyak (57,4%) daripada laki – laki (43,6%), SI lebih banyak (71,4%) dibanding dengan DIII (28,6%) , dan lama kerja  $\leq 9$  tahun lebih banyak (78,5%) lebih banyak daripada lama kerja  $> 9$  tahun (21,5%). Tahap berunding bersaing ini mempunyai nilai kepentingan 3 yang artinya perawat yang ada dalam tahap ini sudah mempunyai asertivitas (ketegasan) yang tinggi dan hanya membutuhkan peningkatan kerjasama untuk menuju tahap kolaborasi yang sesungguhnya. Kenyataan di RSJD, Di ruang rawat inap, dokter dalam ruang rawat inap hanya sebatas menjadi penanggungjawab medis. Manajemen dapat meningkatkan kerjasama dengan cara melibatkan masing – masing pihak ( dokter dan perawat ) untuk memajukan ruang rawat inapnya, dengan cara menyusun prosedur tetap bersama dalam satu ruang, melakukan lomba – lomba kebersihan, ataupun pencapaian indikator – indikator mutu rawat inap. dengan kegiatan ini diharapkan perawat akan mempunyai kerjasama yang lebih tinggi dengan dokter.

Dari gambar 9 dan tabel 4.10 dapat dilihat ada 2% perawat yang berada dalam tahap akomodasi, dimana 100 % berumur  $> 35$  tahun,

100% perempuan dan 100% lama kerja >9 tahun, sedangkan pendidikan sama banyak. Tahap ini merupakan kebalikan dari bersaing yaitu tidak tegas dan bekerjasama, tidak menyukai pertengkaran dan percaya bahwa hubungan baik (*relationship*) lebih utama daripada mencapai tujuannya sendiri, lebih suka menyenangkan orang lain dari pada memuaskan kepentingannya sendiri, nilai kepentingan 3.

Penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Wahyu Sri Astutik menyebutkan bahwa dari hasil evaluasi praktek kolaborasi perawat dengan dokter di ruang VIP RSUD Pare Kediri didapatkan bahwa perawat masih dalam taraf berunding dan belum mencapai tahap kolaborasi yang optimal. Dan penelitian yang dilakukan Lamb dan Napidano (1984) menyebutkan bahwa pengetahuan tentang makna kolaborasi masih kurang. Penelitian Lamb dan Napidano tersebut mengatakan bahwa dari ratusan pertemuan antara pemberi pelayanan kepada pasien pasien ternyata hanya ditemui 22 kejadian dimana dokter dan perawat saling berbincang. Dan dari 22 interaksi tersebut hanya 5 yang memenuhi kriteria kolaborasi dari peneliti.

Distribusi responden mengenai praktek kolaborasi perawat dokter dapat dilihat pada tabel 4.11. dibawah ini:

Tabel 4.11.  
Distribusi Frekuensi  
Jawaban Pernyataan Perawat Tentang Praktek kolaborasi perawat  
dokter  
di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang

No	Pernyataan	P	T	J	K	K	E	S	S	Nilai
1	Saya tanya kepada dokter apakah dokter mau bila saya juga mengambil keputusan masalah keperawatan kesehatan.	8%	2	1	3	4%	6	1%	6	100%
2	Saya bernegosiasi dengan dokter tentang tanggungjawab berbagai informasi dengan	%	0	3	1	8%	5	3%	1	100%

No	Pernyataan	P	T	J	K	K	E	S	S	S	Nilai
	pasien.										
3	Saya menjelaskan kepada dokter bahwa wawasan saya lebih luas daripada tanggapan dokter.	%	4	2	2	2	2	6	4	1	00%
4	Saya meminta dokter terlibat dalam aspek perencanaan perawatan pasien.	%	0	3	0	9	3	2	2	1	00%
5	Saya menyarankan kepada dokter pendekatan perawatan yang lebih bermanfaat.	3%	1	1	1	6	2	2	2	1	00%
6	Saya mendiskusikan bidang praktek yang masuk wawasan keperawatan bukan wawasan medis.	1%	1	1	1	1	1	4	4	1	00%
7	Saya berkata kepada dokter bila perintah dokter kurang tepat.	%	9	3	1	3	7	3	3	1	00%
8	Saya menceritakan kepada dokter segala kesulitan pasien untuk penanganan keperawatan dan konsekuensinya.	%	0	2	1	2	2	1	1	1	00%
9	Saya menyampaikan pada dokter bidang-bidang mana yang merupakan wawasan khusus perawatan.	1%	2	2	5	2	1	1	1	1	00%
0	Saya menekankan pentingnya perawatan medis saat berbicara dengan pasien.	%	0	4	9	1	9	2	2	1	00%
1	Saya meminta penilaian dokter hal – hal yang dibutuhkan untuk mendukung pasien.	%	0	2	28%	3%	3%	1	1	1	00%
2	Saya mendiskusikan dengan dokter kesamaan dan perbedaan antara pendekatan perawatan – perawatan dan medis.	8%	1	1	1	2	1	1	1	1	00%
3	Saya mempertimbangkan pendapat dokter saat mengembangkan rencana perawatan.	%	1	1	2	2	1	1	1	1	00%
4	Saya membahas hal – hal yang berkesesuaian dengan dokter untuk tujuan perawatan kesehatan.	%	0	3	3	0	2	8	8	1	00%
5	Saya berdiskusi dengan dokter tentang keterlibatan dokter dalam aspek perencanaan dan perawatan pasien .	%	7	5	1	2	2	1	1	1	00%
6	Saya berusaha mencapai konsensus dengan dokter mengenai cara pendekatan terbaik perawatan pasien.	7%	2	3	8	0	2	1	1	1	00%
7	Saya mendiskusikan keterlibatan dokter dalam pengambilan keputusan perawatan kesehatan.		0	3	2	2	1	0	0	1	00%
8	Saya menyerahkan pada dokter aspek-aspek perawatan kesehatan yang lebih mereka kuasai.		0	2	3	4	8	2	2	1	00%
1	Saya menjelaskan apakah saya	2%	1	1	1	1	1	2	2	1	00%

o	N	Pernyataan	P	T	J	K	K	E	S	S	S	Nilai
9		atau dokter yang bertanggung jawab membahas berbagai informasi dengan pasien.										

Ket : TP : Tidak Pernah  
J : Jarang  
KK : Kadang – Kadang  
B : Biasanya  
S : Sering  
SS : Selalu

Dari tabel 4.11. diatas, pernyataan nomor 1 - 9 merupakan pernyataan praktek ketegasan atau keasertifan. Praktek kolaborasi memerlukan ketegasan untuk memuaskan kepentingan masing - masing pihak. Sebagian besar perawat (34%) menyatakan kadang kadang menanyakan kepada dokter apakah dokter mau bila perawat juga mengambil keputusan masalah keperawatan kesehatan dan hanya 6% yang menyatakan selalu melakukan hal tersebut. 54% perawat biasanya bernegosiasi dengan dokter tentang tanggungjawab berbagi informasi dengan pasien dan 12% yang menyatakan selalu melakukannya. 45% perawat selalu menjelaskan kepada dokter bahwa wawasan perawat lebih luas dari tanggapan dokter. 35% perawat sering meminta dokter terlibat dalam aspek perencanaan keperawatan pasien, 28% perawat selalu menyarankan kepada dokter pendekatan perawatan yang lebih bermanfaat, 39% perawat selalu berkata kepada dokter apabila perintah dokter kurang tepat, 27% perawat biasanya menceritakan kepada dokter segala kesulitan pasien untuk penanganan keperawatan dan konsekuensinya, 29% perawat biasanya menyampaikan pada dokter bidang-bidang mana yang merupakan wawasan khusus perawatan. Namun demikian ada 28% perawat yang tidak pernah menanyakan kepada dokter apakah dokter mau bila perawat juga mengambil keputusan masalah keperawatan dan 13% perawat jarang menanyakan hal tersebut diatas. 13% jarang bernegosiasi dengan dokter tentang tanggungjawab

berbagi informasi dengan pasien. 4% perawat tidak pernah dan 21% jarang menjelaskan kepada dokter bahwa wawasan perawat lebih luas dari tanggapan dokter. 36% perawat jarang meminta dokter terlibat dalam aspek perencanaan keperawatan pasien. 13% tidak pernah dan 15% jarang menyarankan kepada dokter perintah pendekatan perawatan yang lebih bermanfaat, 21% perawat jarang menceritakan kepada dokter segala kesulitan pasien untuk penanganan keperawatan dan konsekuensinya. 20% tidak pernah dan 20% jarang menyampaikan pada dokter bidang-bidang mana yang merupakan wawasan khusus perawatan.

Pernyataan nomor 10 - 19 merupakan pernyataan kerjasama. Sebagian besar perawat (45%) tidak pernah menekankan pentingnya perawatan medis saat berbicara dengan pasien. Hanya 28% perawat yang kadang – kadang meminta penilaian dokter hal – hal yang dibutuhkan untuk mendukung pasien, 23% biasanya mendiskusikan dengan dokter kesamaan dan perbedaan antara pendekatan perawatan dan medis, hanya 29% perawat yang biasanya mempertimbangkan pendapat dokter saat mengembangkan rencana perawatan, 33% perawat jarang membahas hal– hal yang berkesesuaian dengan dokter untuk tujuan perawatan kesehatan, 54% jarang berdiskusi dengan dokter tentang keterlibatan dokter dalam aspek perencanaan dan perawatan pasien, 27% perawat tidak pernah berusaha mencapai konsensus dengan dokter mengenai cara pendekatan terbaik perawatan pasien. sebagian besar (34%) perawat jarang mendiskusikan keterlibatan dokter dalam pengambilan keputusan perawatan kesehatan, 46% perawat biasanya menyerahkan kepada dokter aspek – aspek perawatan kesehatan yang lebih dikuasai dokter, dan 23% perawat selalu menjelaskan apakah perawat atau dokter yang bertanggungjawab membahas berbagai informasi dengan pasien.

Kenyataan di RSJD tidak ada hubungan yang bermakna antara umur, lama kerja dan jenis kelamin terhadap praktek kolaborasi sesuai dengan tabel 4.13. dan ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan praktek kolaborasi dimana pendidikan DIII mempunyai praktek kolaborasi lebih baik daripada SI.

Kategori praktek kolaborasi ada dua yaitu baik dan kurang. Nilai praktek kolaborasi berkisar antara 58 sampai dengan 82. Dengan rata rata (mean) 70,35. Kategori praktek kolaborasi baik bila nilai  $> 70,35$  dan praktek kolaborasi kurang bila nilai  $\leq 70,35$ .

Tabel 4.12.  
Distribusi Frekuensi Praktek Kolaborasi Perawat Dokter di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang

Praktek Kolaborasi	frekuensi	%
Kurang	55	55
Baik	45	45
Jumlah	100	100

Dari tabel 4.12. diatas menunjukkan bahwa dari sebagian besar praktek kolaborasi perawat dokter adalah kategori kurang yaitu sebanyak 55 orang (55%). Praktek kolaborasi perawat dokter merupakan adanya kerjasama dan keasertifan / ketegasan yang maksimal dari perawat dalam berinteraksi dengan dokter. Hasil tersebut sesuai dengan data pendahuluan yaitu jumlah perawat yang sangat minimal yaitu 2 perawat melayani 20 pasien setiap harinya, komunikasi perawat – dokter yang kurang terjalin dikarenakan saat dokter visite tidak didampingi perawat, hal ini terjadi karena perawat harus melaksanakan kegiatan asuhan keperawatan, misal pengawasan pada pasien, pemenuhan nutrisi,

kegiatan penunjang.

**D. Hubungan Karakteristik Perawat (Masa Kerja, Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan) Dengan Praktek Kolaborasi Perawat Dokter Di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang.**

1. Hubungan Jenis Kelamin dengan Praktek Kolaborasi Perawat Dokter di Unit rawat inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

Tabel 4.13.

Hubungan Jenis Kelamin dengan Praktek Kolaborasi Perawat Dokter di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

Jenis Kelamin	Praktek Kolaborasi		Total
	Kurang	Baik	
Laki-Laki	20 (55,6%)	16 (44,4%)	36 (100%)
Perempuan	35 (54,7%)	29 (45,3%)	64 (100%)
Jumlah	55 (55%)	45 (45%)	100 (100%)

$$\chi^2 = 0,007$$

$$p \text{ value} = 0,933$$

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat dengan kolaborasi perawat dokter kurang lebih banyak pada perawat laki-laki 55,6% dibandingkan perempuan 54,7%, sedangkan perawat dengan kolaborasi perawat dokter baik lebih banyak pada perawat perempuan 45,3% dibandingkan laki-laki 44,4%.

Hasil uji Chi Square menunjukkan  $\chi^2 = 0,007$   $p = 0,933$  ( $> 0,05$ ), maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan praktek kolaborasi perawat dokter.

Dari tabel 4.10 dapat dilihat bahwa sebagian besar perawat yang berada dalam tahap berunding adalah perempuan (58,8%)

demikian juga yang berada dalam tahap akan bersaing (68,75%) dan yang berada dalam tahap berunding (57,4%).

## 2. Hubungan Umur dengan Praktek Kolaborasi Perawat Dokter di Unit

Rawat Inap RSJD dr Amino Gondohutomo Semarang.

Tabel 4.14.  
Hubungan Umur dengan Praktek Kolaborasi Perawat Dokter di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

Umur	Praktek Kolaborasi		Total
	Kurang	Baik	
≤35 tahun	29 (55,9%)	22 (43,1%)	51 (100%)
>35 tahun	26 (53,1%)	23 (53,1%)	49 (100%)
Jumlah	55 (55%)	45 (45%)	100 (100%)

$\chi^2 = 0,146$

p value = 0,702

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat dengan kolaborasi perawat dokter kurang lebih banyak pada perawat umur ≤ 35 tahun 55,9% dibandingkan >35 tahun 53,1%, sedangkan perawat dengan kolaborasi perawat dokter baik lebih banyak pada perawat >35 tahun 46,9% dibandingkan ≤35 tahun 43,1%.

Hasil uji Chi Square menunjukkan  $\chi^2 = 0,146$  p = 0,702 (>0.05%). kesimpulannya tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan kolaborasi perawat dokter.

di RSJD, dari tabel 4.10 dapat dilihat bahwa umur perawat yang berada dalam tahap berunding sebagian besar ≤ 35 tahun (57,3%), yang berada dalam tahap akan bersaing yang berumur ≤ 35 tahun sama banyak dengan yang berumur > 35 tahun, yang berada dalam tahap berunding bersaing sebagian besar ≤ 35

tahun (64,2%).

3. Hubungan pendidikan dengan praktek kolaborasi perawat dokter di unit rawat inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang.

Tabel 4.15.  
Hubungan Pendidikan dengan Praktek Kolaborasi Perawat Dokter di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

Pendidikan	Praktek Kolaborasi		Total
	Kurang	Baik	
DIII	34 (48,6%)	36 (51,4%)	70 (100%)
S1	21 (70%)	9 (30%)	30 (100%)
Jumlah	55 (55%)	45 (45%)	100 (100%)

$$\chi^2 = 3,896$$

$$p \text{ value} = 0,048$$

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat dengan kolaborasi perawat dokter kurang lebih banyak pada perawat dengan tingkat pendidikan S1 (70%) dibandingkan D III (48,6%), sedangkan perawat dengan kolaborasi perawat dokter baik lebih banyak pada perawat pendidikan DIII (51,4%) dibandingkan pendidikan S1 (70%).

Hasil uji Chi Square  $\chi^2 = 3,896$   $p = 0,048$  ( $<0,05$ ) ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan kolaborasi perawat dokter. Terdapat hubungan negatif dimana perawat dengan tingkat pendidikan D III mempunyai praktek kolaborasi lebih baik daripada perawat dengan tingkat pendidikan S1. Hal ini tidak sesuai dengan teori sebelumnya yaitu semakin tinggi pendidikan, profesionalismenya akan semakin tinggi dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan yang lain semakin baik. Kondisi di RSJD Dr Amino Gondohutomo didapatkan bahwa

perawat dengan pendidikan S1 kebanyakan masih berusia dibawah muda sedangkan yang berpendidikan D III kebanyakan berusia lebih dari 40 tahun keatas dimana pengalaman dalam berkomunikasi dan berinteraksi dengan dokter lebih banyak.

Dari tabel 4.10 juga dapat dilihat bahwa pendidikan perawat yang berada dalam tahap berunding sebagian besar D III (67,4%), perawat yang berada dalam tahap akan bersaing sebagian besar SI (56,3%), perawat yang berada dalam tahap berunding bersaing sebagian besar SI (71,4%) dan yang berada dalam tahap akomodasi DIII sama banyak dengan SI.

4. Hubungan lama kerja dengan praktek kolaborasi perawat dokter di unit rawat inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang.

Tabel 4.16.  
Hubungan Lama Kerja dengan Praktek Kolaborasi Perawat Dokter di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

Lama Kerja	Praktek Kolaborasi		Total
	Kurang	Baik	
≤9 tahun	29 (55,9%)	22 (43,1%)	51 (100%)
>9 tahun	26 (53,1%)	23 (46,9%)	49 (100%)
Jumlah	55 (55%)	45 (45%)	100 (100%)

$$\chi^2 = 0,146$$

$$p \text{ value} = 0,702$$

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat dengan kolaborasi perawat dokter kurang lebih banyak pada perawat

dengan lama kerja  $\leq 9$  tahun 55,9% dibandingkan lama kerja  $> 9$  tahun 53,1%, sedangkan perawat dengan kolaborasi perawat dokter baik lebih banyak pada perawat lama kerja  $> 9$  tahun 46,9% dibandingkan lama kerja  $\leq 9$  tahun 43,1%.

Hasil uji Chi Square  $\chi^2 = 0,146$   $p = 0,702$  ( $p > 0,05$ ) Hal ini berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara lama kerja dengan kolaborasi perawat dokter.

Di RSJD, sesuai dengan tabel 4.10. lama kerja perawat yang berada dalam tahap berunding sebagian besar  $> 9$  tahun (54,4%), yang berada dalam tahap akan bersaing sebagian besar  $> 9$  tahun (56,3%), yang berada dalam tahap berunding bersaing sebagian besar  $\leq 9$  tahun (78,5%).

**E. Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Indikator Kolaborasi Kontrol Kekuasaan Terhadap Praktek Kolaborasi Perawat Dokter Di Unit Rawat Inap Rakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang.**

Tabel 4.17.

Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Indikator Kolaborasi Kontrol Kekuasaan Dengan Praktek Kolaborasi Perawat Dokter Di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

Pengetahuan Perawat tentang Indikator Kontrol Kekuasaan	Praktek Kolaborasi		Total
	Kurang	Baik	
Kurang	40 (66,7%)	20 (33,3%)	60 (100%)
Baik	15 (37,5%)	25 (62,7%)	40 (100%)
Jumlah	55 (55%)	45 (45%)	100 (100%)

$\chi^2 = 8,249$

$p \text{ value} = 0,004$

Hasil penelitian menunjukkan bahwa praktek kolaborasi

perawat dokter kurang lebih banyak pada perawat dengan pengetahuan tentang indikator kolaborasi kontrol kekuasaan kurang 66,7% dibandingkan pengetahuan tentang indikator kolaborasi kontrol kekuasaan baik 37,5%, sedangkan praktek kolaborasi perawat dokter baik lebih banyak pada perawat pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi kontrol kekuasaan baik 62,7% dibandingkan pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi kontrol kekuasaan kurang 33,3%. Dalam tabulasi silang tersebut terdapat pola hubungan praktek kolaborasi perawat dokter baik bila pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi kontrol kekuasaan baik sementara praktek kolaborasi perawat dokter kurang bila pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi kontrol kekuasaan kurang.

Hasil uji Chi Square  $x^2 = 8,249$   $p = 0,004 (< 0,05)$ , maka  $H_0$  ditolak,  $H_a$  diterima. Hal ini berarti ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi kontrol kekuasaan dengan praktek kolaborasi perawat dokter di unit rawat inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang.

Di rumah sakit profesi dokter adalah khusus yang yang berbeda dengan profesi lainnya. Kekhususan profesi ini terletak pada sifatnya yang otonom<sup>24</sup>. Kontrol kekuasaan dokter dan perawat dapat menyadari kewenangannya masing-masing dan mengkomunikasikan dengan baik kepada anggota timnya.<sup>10</sup> Kewenangan dokter menurut UU Praktek Kedokteran no 29 tahun

2004 pasal 35 antara lain 1) Mewawancarai pasien; 2) memeriksa fisik dan mental pasien; 3) menentukan pemeriksaan penunjang 4) menegakkan diagnosis; 5) menentukan penatalaksanaan dan pengobatan pasien; 6) melakukan tindakan kedokteran; 7 ) menuliskan resep obat; 8) menerbitkan surat keterangan dokter<sup>24</sup>.

Di RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang kekuasaan atau otonomi dokter dapat dilihat dalam kegiatan sehari-hari yaitu melakukan visite fisik dan psikiatrik di ruang rawat inap, menentukan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan laboratorium, elektromedik, pemeriksaan psikologi, melakukan pengobatan dan membuat resep, melakukan tindakan ECT Konvensional/Premedikasi, menerima konsultasi keluarga pasien.

Sedangkan kewenangan perawat yang diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1239 / MenKes / SK / XI / 2001 Tentang Registrasi dan Praktek Perawat dalam Bab IV pasal 15 dikatakan bahwa perawat dalam melaksanakan praktek keperawatan berwenang untuk: a) melaksanakan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan, melaksanakan tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan; b) Tindakan keperawatan sebagaimana dimaksud pada butir a) meliputi intervensi keperawatan, b) observasi keperawatan, pendidikan dan konseling kesehatan, c) dalam melaksanakan asuhan keperawatan sebagaimana dimaksud huruf a dan b harus sesuai dengan standar asuhan keperawatan yang ditetapkan oleh organisasi profesi d) pelayanan

tindakan medik hanya dapat dilakukan berdasarkan permintaan tertulis dari dokter.<sup>33</sup>

Di RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang, otonomi perawat berarti mampu melakukan tindakan mandiri perawat seperti Terapi Aktifitas Kelompok yang sesuai dengan kebutuhan pasien dan tindakan lain sesuai dengan kompetensi profesionalnya sebagai perawat. Dalam kontrol kekuasaan perawat mampu melakukan interaksi dua arah dengan dokter sampai terjadinya diskusi untuk perawatan pasien, mengingatkan dokter bila belum melakukan visite, mampu memberikan usulan dan ide terkait perawatan pasien.

**F. Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Indikator Kolaborasi Lingkup Praktek Terhadap Praktek Kolaborasi Perawat Dokter Di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang.**

Tabel 4.18.

Hubungan Pengetahuan Perawat tentang Indikator Kolaborasi Lingkup Praktek dengan Praktek Kolaborasi Perawat Dokter di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

Pengetahuan Perawat tentang Indikator Kolaborasi Lingkup Praktek	Praktek Kolaborasi		Total
	Kurang	Baik	
Kurang	34 (69,4%)	15 (30,6%)	49 (100%)
Baik	21 (41,2%)	30 (58,8%)	51 (100%)
Jumlah	55 (55%)	45 (45%)	100 (100%)

$\chi^2 = 8,036$

p value = 0,005

Hasil penelitian menunjukkan bahwa praktek kolaborasi perawat dokter kurang, lebih banyak pada perawat dengan pengetahuan tentang indikator kolaborasi lingkup praktek kurang

69,4% dibandingkan pengetahuan tentang indikator kolaborasi lingkup praktek baik 41,2%, sedangkan praktek kolaborasi perawat dokter baik, lebih banyak pada perawat dengan pengetahuan tentang indikator kolaborasi lingkup praktek baik 58,8% dibandingkan pengetahuan perawat tentang lingkup praktek kurang 30,6%. Dalam tabulasi silang tersebut menunjukkan terdapat pola hubungan praktek kolaborasi perawat dokter baik, bila pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi lingkup praktek baik. Sementara praktek kolaborasi perawat dokter kurang, bila pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi lingkup praktek kurang.

Hasil uji Chi Square didapatkan  $\chi^2 = 8,036$   $p = 0,005$  ( $p < 0,05$ ), maka  $H_0$  ditolak,  $H_a$  diterima. Hal ini memiliki arti ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi lingkup praktek dengan praktek kolaborasi perawat dokter di unit rawat inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang.

Bentuk tanggung jawab perawat selama berkolaborasi dengan dokter adalah 1) mengenal status kesehatan pasien, 2) Identifikasi kondisi yang membahayakan jiwa, 3) memberikan tindakan keperawatan yang dapat mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan pasien, 4) tanggung jawab dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan, 5) bertanggung jawab dalam menjaga keselamatan pasien<sup>9,10</sup>.

Di RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang bentuk tanggung jawab perawat dan dokter dalam memberikan pelayanan pada pasien adalah terkait kegiatan mengkaji status kesehatan pasien baik fisik ataupun psikiatrik, pada pasien yang kecenderungan bunuh diri, agresif, kecenderungan lari, penolakan makan/minum, saling mengingatkan dalam setiap kondisi pasien ataupun tindakan yang akan dilakukan baik oleh dokter atau perawat.

Dalam membangun tanggungjawab bersama, perawat dan dokter harus dapat merencanakan dan mempraktekkan bersama sebagai kolega, bekerja saling ketergantungan dalam batas-batas lingkup praktek dengan berbagi nilai-nilai dan pengetahuan serta menghargai orang lain yang berkontribusi terhadap perawatan individu, keluarga dan masyarakat<sup>17</sup>.

**G. Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Indikator Kolaborasi Kepentingan Bersama Terhadap Praktek Kolaborasi Perawat Dokter Di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang.**

Tabel 4.19.

Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Indikator Kolaborasi Kepentingan Bersama dengan Praktek Kolaborasi Perawat Dokter di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

Pengetahuan Indikator Kolaborasi Kepentingan Bersama	Praktek Kolaborasi		Total
	Kurang	Baik	
Kurang	31 (93,9%)	2 (6,1%)	33 (100%)
Baik	24	43	67

	(35,8%)	(64,2%)	(100%)
Jumlah	55 (55%)	45 (45%)	100 (100%)

$$\chi^2 = 30,175 \quad p \text{ value} = 0,001$$

Hasil penelitian menunjukkan bahwa praktek kolaborasi perawat dokter kurang, lebih banyak pada perawat dengan pengetahuan tentang indikator kolaborasi kepentingan bersama kurang 93,9% dibandingkan pengetahuan tentang indikator kolaborasi kepentingan bersama baik 35,8%, sedangkan praktek kolaborasi perawat dokter baik, lebih banyak pada perawat dengan pengetahuan tentang indikator kolaborasi kepentingan bersama baik 64,2% dibandingkan perawat dengan pengetahuan tentang indikator kolaborasi kepentingan bersama kurang 6,1%. Dalam tabulasi silang tersebut menunjukkan pola hubungan, praktek kolaborasi perawat dokter baik, bila pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi kepentingan bersama baik. Sementara praktek kolaborasi perawat dokter kurang, bila pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi kepentingan bersama kurang.

Hasil uji Chi Square  $\chi^2 = 30,175$   $p = 0,001$  ( $< 0,05$ ). Maka  $H_0$  di tolak dan  $H_a$  diterima. Hal ini berarti ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi kepentingan bersama dengan praktek kolaborasi perawat dokter di Unit Rawat Inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang.

Menurut Rathus dan Nevid (1983) mengungkapkan beberapa aspek dari perilaku yang mengarah pada kepentingan bersama adalah sebagai berikut 1) berusaha mencapai tujuan, 2) kemampuan mengungkapkan perasaan, 3) menyapa atau memberi salam kepada

orang lain, 4) menampilkan cara yang efektif dan jujur, 5) menanyakan alasan, 6) menghargai pujian dari orang lain<sup>26</sup>.

Hasil observasi di RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang kegiatan yang sudah mengarah pada kepentingan bersama antara dokter dan perawat dalam praktek kolaborasi adalah ketika pasien mengalami permasalahan medis/keperawatan maka dokter perawat akan bekerjasama untuk mencari solusi yang terbaik, misal pasien tidak pernah dijenguk keluarga maka perawat akan mengusulkan pada dokter untuk pekabaran/droping (mengantar pulang pasien), pasien tidak ada perbaikan kesehatan mentalnya/gejala gangguan jiwa tidak berkurang dalam kurun waktu tertentu,kepentingan bersama tersebut kita lakukan lewat persetujuan dokter dalam kegiatan audit pelayanan setiap hari Selasa.

**H. Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Indikator Kolaborasi Tujuan Bersama Terhadap Praktek Kolaborasi Perawat Dokter Di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang.**

Tabel 4.20.

Hubungan Pengetahuan Perawat tentang Indikator kolaborasi Tujuan Bersama Dengan Praktek Kolaborasi Perawat Dokter di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

Pengetahuan Indikator Kolaborasi Tujuan Bersama	Praktek Kolaborasi		Total
	Kurang	Baik	
Kurang	29 (87,9%)	4 (12,1%)	33 (100%)
Baik	26	41	67

	(38,8%)	(61,2%)	(100%)
Jumlah	55 (55%)	45 (45%)	100 (100%)

$$\chi^2 = 21,513$$

$$p \text{ value} = 0,001$$

Hasil penelitian menunjukkan bahwa praktek kolaborasi perawat dokter kurang lebih banyak pada perawat dengan pengetahuan tentang indikator kolaborasi tujuan bersama kurang 87,9% dibandingkan pengetahuan tentang indikator kolaborasi tujuan bersama baik 38,8%, sedangkan praktek kolaborasi perawat dokter baik lebih banyak pada perawat dengan pengetahuan tentang indikator kolaborasi tujuan bersama baik 61,2% dibandingkan pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi tujuan bersama kurang 12,1%. Dalam tabulasi silang tersebut menunjukkan pola hubungan praktek kolaborasi perawat dokter baik, bila pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi tujuan bersama baik. Sementara praktek kolaborasi perawat dokter kurang, bila pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi tujuan bersama kurang.

Hasil Uji Chi Square  $\chi^2 = 21,513$   $p = 0,001$  ( $<0,05$ ), maka  $H_0$  ditolak,  $H_a$  diterima. Hal ini memiliki arti ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi tujuan bersama dengan praktek kolaborasi perawat dokter di Unit Rawat Inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang.

Menurut Daldiyono (1997) Dokter, perawat dan pasien memiliki tujuan bersama yaitu pelayanan kesehatan secara maksimal dan berfokus pada kesembuhan pasien. Untuk itu peran masing-masing harus dijaga kelancarannya, dokter tidak lebih penting dari perawat

demikian juga sebaliknya. Profesi kedokteran dan profesi keperawatan harus bekerja bersama-sama, serasi, selaras dan seimbang saling menghargai dan saling membina pengertian. Daerah kerja yang tumpang tindih harus dikerjakan bersama-sama bukan saling tarik menarik atau sebaliknya saling melemparkan tanggung jawab.

Di RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang antara dokter dan perawat ketika melakukan pelayanan tentunya mempunyai tujuan bersama yaitu memberikan pelayanan prima demi kepuasan pasien/keluarga pasien. Kegiatan yang sudah dilakukan adalah dengan audit pelayanan yang dilakukan tiap satu minggu sekali, pembahasan kasus – kasus medis yang sulit tertangani dapat diinformasikan dalam kegiatan ini sehingga perawat dan dokter saling memberi dan menerima masukan, saling mengingatkan kondisi pasien yang sudah membaik dan layak untuk pulang.

**I. Pengaruh Pengetahuan Perawat Tentang Indikator Kolaborasi terhadap Praktek Kolaborasi Perawat Dokter Di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang.**

Analisis untuk mengetahui pengaruh pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi terhadap praktek kolaborasi perawat dokter di unit rawat inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang menggunakan uji regresi logistik. Agar diperoleh model regresi yang mampu menjelaskan variabel-variabel bebas yang berpengaruh terhadap variabel terikat dilakukan dengan prosedur sebagai berikut:

1. Menentukan variabel bebas yang berhubungan mempunyai nilai  $p < 0,05$  dalam uji hubungan dengan variabel terikat yaitu dengan metode Chi Square.
2. Variabel bebas yang masuk kriteria nomor diatas, dimasukkan kedalam logistik regresi bivariat dengan  $p \leq 0,25$ .
3. Didalam penentuan model yang cocok dilakukan berdasarkan dari uji Wald dan nilai Exp B.

Namun untuk variabel bebas yang tidak bermakna ( $p > 0,05$ ) tetapi mempunyai arti teoritis penting, tidak dikeluarkan dalam melakukan analisis yaitu dengan memperhatikan Exp B ( $\text{Exp B} > 2$ ).

Pada Hasil pengujian hubungan bebas dengan terikat dengan uji Chi Square adalah seperti pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.21.  
Hubungan Pengetahuan Perawat tentang Indikator Kolaborasi dan  
Praktek Kolaborasi Perawat Dokter Dengan Uji *Chi Square*

Variabel bebas	$X^2$	p value	Keterangan
Pengetahuan Perawat tentang Indikator Kolaborasi Kontrol Kekuasaan	8,249	0,004	Bermakna ( $p < 0,05$ )
Pengetahuan Perawat tentang Indikator Kolaborasi Lingkup Praktek	8,036	0,005	Bermakna ( $p < 0,05$ )
Pengetahuan Perawat tentang Indikator Kolaborasi Kepentingan Bersama	30,175	0,001	Bermakna ( $p < 0,05$ )
Pengetahuan Perawat tentang indikator Kolaborasi Tujuan Bersama	21,513	0,001	Bermakna ( $p < 0,05$ )

Berdasarkan tabel 4.21. diketahui bahwa semua variabel

bebas mempunyai hubungan yang bermakna yaitu variabel pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi: kontrol kekuasaan, lingkup praktek, kepentingan bersama dan tujuan bersama.

Pada pengujian hubungan variabel bebas dengan variabel terikat yang mempunyai hasil  $p < 0,05$  dan selanjutnya dapat dimasukkan kedalam model logistik regresi bivariat adalah seperti pada tabel dibawah ini :

Tabel 4.22.  
Hasil Uji Regresi Logistik

VARIABEL BEBAS	B	SE	Wald	d f	p	Exp B
Pengetahuan Indikator kolaborasi Kontrol Kekuasaan	0,120	0,545	0,049	1	0,826	1,128
Pengetahuan Indikator kolaborasi Lingkup Praktek	-0,211	0,579	0,132	1	0,716	0,810
Pengetahuan Indikator kolaborasi Kepentingan Bersama	3,005	0,852	12,444	1	0,000	20,177
Pengetahuan Indikator kolaborasi Tujuan Bersama	1,967	0,690	8,121	1	0,004	7,149

Berdasarkan tabel 4.22. diatas dapat diketahui bahwa hasil analisis dengan  $p < 0,25$  meliputi variabel pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi: kepentingan bersama dan tujuan bersama, selanjutnya dapat dimasukkan ke dalam uji statistik metode multivariat regresi logistik dengan metode enter untuk

mengetahui variabel bebas yang berpengaruh secara signifikan. Pengaruh variabel terhadap keseluruhan dibuat berdasarkan kemaknaan statistik  $p \text{ value} < 0,05$ . adapun hasil analisis multivariat tersebut adalah:

Tabel 4.23.  
Hasil Analisis Multivariat Menggunakan regresi logistik metode Enter.

VARIABEL BEBAS	B	SE	Wald	df	p	Exp B
Pengetahuan Indikator Kolaborasi Kepentingan Bersama	2,951	0,796	13,758	1	0,001	19,128
Pengetahuan Indikator Kolaborasi Tujuan Bersama	1,949	0,646	9,108	1	0,003	7,025

Berdasarkan tabel 4.23. diatas dapat diketahui bahwa hasil analisis dua variabel diatas didapatkan nilai signifikansi lebih kecil dari 0,05, yang artinya pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi kepentingan bersama dan tujuan bersama berpengaruh bersama-sama terhadap pelaksanaan kolaborasi perawat dokter, dengan demikian dapat diketahui seberapa besar variabel bebas mempengaruhi variabel terikat, dengan rincian sebagai berikut:

1. Variabel pengetahuan tentang indikator kolaborasi kepentingan bersama dengan  $p \text{ value}$  0,001 dan Exp B : 19,128, menunjukkan bahwa perawat yang mempunyai pengetahuan tentang indikator kolaborasi kepentingan bersama kurang akan mengakibatkan praktek kolaborasi perawat dokter 19 kali kurang dibandingkan pengetahuan perawat tentang indikator

kolaborasi kepentingan bersama baik. Hal ini sesuai dengan teori bahwa masing – masing individu membutuhkan ketegasan ( *assertive*) dan kerjasama untuk mencapai kepentingan masing- masing.

2. Variabel pengetahuan tentang indikator kolaborasi tujuan bersama dengan p value 0,003 dan Exp B : 7,025, menunjukkan bahwa perawat yang mempunyai pengetahuan tentang indikator kolaborasi tujuan bersama kurang mengakibatkan praktek kolaborasi perawat dokter 7 kali kurang dibandingkan perawat dengan pengetahuan tentang indikator kolaborasi tujuan bersama baik. Hal ini sesuai dengan teori bahwa praktek kolaborasi dipengaruhi oleh orientasi masing masing petugas. Apabila semua orientasi petugas adalah untuk kesembuhan pasien, maka akan terjalin kerjasama yang baik.

Oleh karena itu dengan hasil multivariat tersebut, maka untuk meningkatkan kolaborasi perawat dokter perlu ditingkatkan bersama - sama antara kepentingan bersama dan tujuan bersama perawat dokter. Kepentingan bersama adalah ketika masing-masing profesi dapat mengaktualisasikan diri sesuai dengan ilmu yang didapatnya. Keinginan untuk dihargai, didengar pendapatnya, dapat menerima saran/ pendapat satu dengan yang lainnya berpengaruh terhadap praktek kolaborasi. Profesi kedokteran dan profesi keperawatan harus bekerja bersama- sama, serasi dan selaras, seimbang saling menghargai dan saling membina

pengertian. Daerah kerja yang tumpang tindih harus dikerjakan bersama- sama, bukan sebaliknya saling tarik menarik atau saling melemparkan tanggungjawab untuk mencapai tujuan bersama bersama yaitu kesembuhan pasien.

#### **J. Keterbatasan Penelitian**

Keterbatasan penelitian ini terletak pada belum adanya instrumen yang baku dan belum teruji keandalannya. Instrumen hanya disusun sendiri oleh peneliti berdasarkan teori atau tinjauan pustaka dengan mengoperasikan variabel melalui item – item pernyataan. Oleh karena itu untuk menghindari bias, instrumen sudah diuji validitas dan reliabilitasnya di RSJD Surakarta .

Keterbatasan lainnya adalah penelitian ini hanya dilakukan pada ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang, yang sebenarnya berlaku bagi pelayanan disetiap unit pelayanan di rumah sakit, misal di Unit Gawat Darurat dan pelayanan rawat jalan.

Penelitian ini baru meneliti praktek kolaborasi perawat, bel meneliti praktek kolaborasi dokter.

## **BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

### **A. Kesimpulan**

1. Karakteristik responden sebagian perempuan (64%), sebagian besar berumur  $\leq 35$  tahun (51%), sebagian besar DIII (70%) dan masa kerja sebagian besar kurang dari 9 tahun (47%).
2. Pengetahuan Perawat tentang Indikator kolaborasi kontrol kekuasaan sebagian besar baik (78%), lingkup praktek sebagian besar baik (51%), kepentingan bersama sebagian besar baik (67%) dan tujuan bersama sebagian besar baik (67%).
3. Tahap praktek kolaborasi perawat sebagian besar (68%) dalam tahap berunding, (16%) dalam tahap akan bersaing, (14%) dalam tahap berunding-bersaing dan (2%) dalam tahap akomodasi. Praktek Kolaborasi perawat sebagian besar kurang (55%).
4. Tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan praktek kolaborasi perawat dokter, dengan nilai p value 0,933 (p value  $>0,05$ ), tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan praktek kolaborasi perawat dokter, dengan nilai p value 0,702 (p value  $>0,05$ ), ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan praktek kolaborasi perawat dokter, dengan nilai p value 0,048 (p value  $< 0,05$ ) dan tidak ada hubungan yang bermakna antara lama kerja dengan praktek kolaborasi perawat dokter, dengan nilai p value 0,702 (p value  $> 0,05$ ).
5. Ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi kontrol kekuasaan dengan praktek kolaborasi perawat dokter, dengan nilai p value 0,004 (p value  $< 0,05$ ).
6. Ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi lingkup praktek dengan praktek kolaborasi perawat dokter, dengan nilai p value 0,005 (p value  $< 0,05$ ).

7. Ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi kepentingan bersama dengan praktek kolaborasi perawat dokter, dengan nilai p value 0,001 (p value < 0,05).
8. Ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi tujuan bersama dengan praktek kolaborasi perawat dokter, dengan nilai p value 0,001 (p value < 0,05).
9. Pengaruh pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi kepentingan bersama terhadap praktek kolaborasi perawat dokter ditunjukkan dengan nilai ExpB: 19,128. Perawat yang mempunyai pengetahuan indikator kolaborasi kepentingan bersama kurang, melakukan praktek kolaborasi perawat dokter 19 kali kurang dibandingkan dengan perawat yang mempunyai pengetahuan tentang indikator kolaborasi kepentingan bersama baik .
10. Pengaruh pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi tujuan bersama terhadap praktek kolaborasi perawat dokter ditunjukkan dengan nilai ExpB :7,025. Perawat yang mempunyai pengetahuan indikator kolaborasi tujuan bersama kurang, melakukan praktek kolaborasi perawat dokter 7 kali kurang dibandingkan dengan perawat yang mempunyai pengetahuan tentang indikator kolaborasi tujuan bersama baik.
11. Untuk meningkatkan praktek kolaborasi perawat dokter, maka perlu ditingkatkan bersama – sama kepentingan bersama dan tujuan bersama.

## **B. Saran**

Berdasarkan dari hasil kesimpulan, maka ada saran bagi manajemen RSJD untuk perbaikan kolaborasi perawat dokter di RSJD

Dr Amino Gondohutomo Semarang, sebagai berikut :

- a. Manajemen perlu melakukan penjenjangan karir yang pasti bagi perawat. Jenjang karir ini berupa pendidikan atau pelatihan spesialisasi bagi perawat misalnya spesialisasi CMHN ( *Community Mental Health Nursing*), Keperawatan Psikogeriatric, Keperawatan kegawatdaruratan dan lain – lain. Jenjang karir yang pasti bagi perawat akan mengurangi rutinitas perawat di RSJD sebagai Rumah sakit khusus, meningkatkan pengetahuan perawat di RSJD dan meningkatkan kolaborasi perawat dokter. *Community Mental Health Nursing (CMHN)* akan meningkatkan pengetahuan perawat tentang indikator kolaborasi tujuan bersama yang berorientasi pada kesembuhan dan tanggungjawab terhadap prognosis pasien, mencegah kekambuhan pasien setelah berada di masyarakat. Prognosis pasien gangguan jiwa semakin lama semakin buruk jika tidak dilakukan pendampingan oleh keluarga, masyarakat maupun tenaga kesehatan .
- b. Manajemen perlu meningkatkan kerjasama perawat dokter dengan cara melibatkan kedua belah pihak untuk duduk bersama membuat prosedur – prosedur tetap dimasing – masing ruang rawat inap, membuat kegiatan – kegiatan baik formal misalnya pertemuan audit pelayanan maupun informal misalnya outbond Kegiatan ini akan menjalin keakraban antara perawat dengan tenaga profesi lain termasuk dokter dan mengurangi kesenjangan yang ada. Hasil audit pelayanan perlu dikoordinasi dan di kontrol tindak lanjutnya oleh pihak manajemen sehingga semua pihak merasa dihargai dalam mengemukakan pendapatnya termasuk perawat.
- c. Manajemen perlu melakukan audit program *Home Visite* dan mengkaji ulang program ini supaya lebih efektif dalam pelaksanaannya. Perlu

membuat *ceklist data* – data apa saja yang harus didapat oleh perawat selama melakukan *home visite*. Data ini harus diolah dan dan dikaji sehingga menjadi masukan yang berharga bagi dokter dalam merawat pasien yang datanya dapat menjadi data base RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang dalam mengembangkan pelayanan prima kepada masyarakat. Dengan program ini diharapkan tujuan bersama dokter dan perawat dapat tercapai yaitu prognosis pasien yang tidak semakin memburuk. Selain itu perawat dapat mengeksplorasi kebutuhan dasar pasien di rumah, mengetahui kondisi ekonomi dan sosial pasien dan latar belakang keluarga pasien. Fakta yang ada di masyarakat bahwa bila ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, maka keluarga tersebut akan menjadi miskin karena pengobatan yang harus terus menerus dilakukan. Dengan adanya Program Pemerintah untuk masyarakat miskin lewat Jamkesmas, Jamkesda maupun bantuan pemerintah untuk masyarakat miskin lewat APBD Tingkat I di RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang diharapkan masyarakat miskin seluruhnya tidak mengalami kendala dalam hal pengobatan dan rehabilitasi pasien gangguan jiwa. *Home visite* oleh perawat diperlukan selain untuk mengetahui kondisi fisik dan psikiatri pasien, juga sebagai masukan bagi manajemen rumah sakit terkait dengan pembebasan biaya bagi pasien yang memang benar – benar tidak mampu.

2. Mengembangkan kembali Bangsal MPKP (Model Praktek Keperawatan Profesional). Dengan bangsal MPKP maka setiap perawat secara profesional akan mengeksplorasi kebutuhan dasar pasien dengan sikap caring, penuh penghargaan, mengasihi dan

dapat menyampaikan semua keluhan pasien kepada dokter sebagai koleganya.

3. Melakukan kegiatan pelayanan pada keluarga pasien lewat Pendidikan Kesehatan Jiwa untuk keluarga pasien dengan kegiatan *Family Gathering* yang diadakan di tiap ruang rawat inap, dengan petugasnya dari dokter, perawat dan psikolog. Dalam kegiatan ini perawat, dokter dan beberapa keluarga pasien berkumpul, berdiskusi dan saling berbagi dengan tujuan untuk kesembuhan pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan RI., *Standar Pelayanan Rumah Sakit*, Edisi I, Jakarta, 1995.
2. Nurachmah, E., *Asuhan Keperawatan Bermutu*, Artikel PD PERSI, 2007.
3. Djojo Sugito, Achmad., *Kebijakan Pemerintahan Dalam Bidang Pelayanan Kesehatan Menyongsong AFTA 2003*, [www.pdpers.co.id](http://www.pdpers.co.id), 2001.
4. Departemen Kesehatan, *Surat Keputusan Menteri Kesehatan No 135 /SK/Menkes/1974 tentang Status Rumah Sakit Jiwa di Indonesia*.
5. Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang, *Surat Keputusan Direktur RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang, No 01011.7020 tentang Perubahan Visi, Misi, Falsafah, Budaya Kerja dan Motto RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang*, 2008.
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 262 / Menkes / Per/ VIII/1979 Tentang *Standarisasi Ketenagaan di Rumah Sakit*.
7. Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI, *Standar Pelayanan Minimal*, Jakarta, 2007.
8. Kaplan and Sadock's, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Edisi 8,2005
9. Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang, *Surat Keputusan Direktur RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang No 032 / 5 / 17050 Tentang Penambahan Jumlah Tempat Tidur Rawat Inap RSJD Dr Amino Gondohutomo*, Semarang, 2009.
10. Eugenia, L.Siegle.,Fay W Whitney., *Kolaborasi Perawat Dokter*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta, 1996.
11. Werdati S, *Kolaborasi dan Kemitraan*, Magister Managemen Rumah Sakit Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada ,2005.
12. Sri Astutik, *Evaluasi Praktek Kolaborasi Perawat dengan Dokter di ruang VIP RSUD Pare*, Kediri, 2003.
13. Koziar, 1991, *Fundamental of Nurshing Concept, Process and Pratic*.Fourth edition, Eddision-Wesley Publishing Company, Inc, California, 1991.
14. Paryanto,TA., *Analisis Pengaruh Faktor Kolaborasi Perawat Terhadap Kepuasan Kerja Dokter Spesialis Di Unit Rawat Inap Paviliun Garuda Rumah Sakit Dokter Kariadi Semarang*, 2006.
15. Arlene D. Houldin, Mary D. Naylor, Daniel G. Haller, *Physician-Nurse*

*Collaboration in Research in the 21st Century*, Journal of Clinical Oncology, Vol 22, No 5 (March 1), 2004: pp. 774-776.

16. PPNI, *Standar Praktek Keperawatan Profesional*, Jakarta, 1995.
17. Werdati, *Peranan dan Tanggungjawab Perawat Dalam Pelayanan Keperawatan Keperawatan/ Kesehatan kepada Pasien*. Magister Managemen Rumah Sakit Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada , 2005.
18. Nursalam. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan : Konsep dan Praktek*, Salemba Medika, Jakarta, 2001.
19. Robbin Stephen P. *Perilaku Organisasi Konsep Kontroveersi Aplikasi*, Prenhalindo, Jakarta, 2001
20. Notoatmodjo, S., *Pengantar Pendidikan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Andi Offset, Yogyakarta, 2003.
21. Setiarso B, *Manajemen Pengetahuan dan Proses Penciptaan Pengetahuan*, 2007.
22. Lindeke, L., Sieckert, A. *Nurse-Physician Workplace Collaboration*, Online Journal of Issues in Nursing. Vol. #10 No. #1, 2005.
23. Leticia et al, *The Determinants of successful collaboration: A Review of Theoretical and Empirical Studies*, Journal of Interprofessional Care, 2005.
24. Nasution B.J., *Hukum Kesehatan : Pertanggungjawaban Dokter*, Rineka Cipta, Cetakan Pertama, 2005.
25. Wintari, H., *Implementasi Kinerja Perawat di Rumah Sakit, Pendidikan dan Komunitas*, disampaikan pada saat Semiloka RUU Praktek Keperawatan , PELKESI, Jakarta, 2007.
26. Werdati, *Collaboration*, Materi kuliah PSIK , 2006.
27. Wijono, D., *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Teori Strategi dan Aplikasi*. Volume 1, Airlangga University Press, Surabaya. 1999.
28. Donabedian, A., *Exploration In Quality and Monitoring*. Health Administration Press, Ann Arbor, Mechigan, 1980.
29. Arikunto., *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan dan Praktek*. Rineka Cipta, Jakarta. 1993.
30. Nazir, Moh., *Metode Penelitian*, Cetakan kelima , PT Ghalia Indonesia, Jakarta, 2003
31. Vazirani, S., et al, *Effect of a Multidisciplinary Intervention on*

- Communication and Collaboration Among Physicians and Nurses*,  
American Journal of Critical Care. 2005;14: 71-77.
32. Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI.,  
*Buku Tarif INA DRG RS Umum dan Khusus Kelas A*, Jakarta.2007.
33. Ngadiyono, *Problema Batas Kewenangan Praktik Keperawatan*,  
Semarang, 2009.
34. Burnside, McGlynn, T. J., *Diagnosis Fisik*, Edisi 17, EGC, Jakarta, 1990.
35. Keenan M. Gain, et al, Norms and Nurse management of Conflicts : *Keys  
To Understanding Nurse- Physician Collaboration*, Research in Nursing  
and Health,1998;21:59-72.
36. Thomas,K .W., & Kilmann,R.H., *The Thomas-Kilmann Conflict Mode  
Instrument*.
37. Fagin,L.,Garellick, A., *The Doctor – Nurse Relationship*, Advanced in  
Psychiatric Treatment,2004;10:227-286.
38. Way, D.,Jones,L.,Bursing,N., *Implementation Strategies: Collaboration In  
Primary Care, Family Doctors and Nurse Practitioners Delivering, Shared  
Care Discussion Paper Written for the Ontario College of Family  
Physician*,2000.www.familymedicine.





- 
- i Departemen Kesehatan RI., *Standar Pelayanan Rumah Sakit*, Edisi I, Depkes, Jakarta, 1995.
- ii Nurachmah, E., *Asuhan Keperawatan Bermutu*, Artikel PD PERSI, 2007.
- iii Djojo Sugito, Achmad., *Kebijakan Pemerintahan Dalam Bidang Pelayanan Kesehatan Menyongsong AFTA 2003*, [www.pd pers.co.id](http://www.pd.pers.co.id), 2001.
- iv Surat Keputusan Menteri Kesehatan No 135 / SK /Menkes/ 1974 tentang Status Rumah Sakit Jiwa
- v Surat Keputusan Direktur RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang , No 01011.7020 tentang *Perubahan Visi, Misi, Falsafah, Budaya Kerja dan Motto RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang* , 2008.
- vi Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 262 / Menkes / Per/ VII/1979 Tentang *Standarisasi Ketenagaan di Rumah Sakit*.
- vii Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan , *Standar pelayanan Minimal Rumah Sakit*,1997
- viii Surat Keputusan Direktur RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang No 032 / 5 / 17050 tentang *Perubahan Kapasitas tempat tidur di Unit Rawat Inap RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang*.
- ix Eugenia, L.Siegler,MD,Fay W Whitney, PHD,RN,FAAN, *Kolaborasi Perawat Dokter* , Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta, 1996.

- 
- <sup>x</sup> Werdati S, *Kolaborasi dan Kemitraan*, Magister Managemen Rumah Sakit Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada , 2005.
- <sup>xi</sup> Koziar, 1991, *Fundamental of Nurshing Concept, Process and Praticce*. Fourth edition, Eddision-Wesley Publishing Company, Inc, California, 1991.
- <sup>xii</sup> Paryanto, TA., Analisis Pengaruh Faktor Kolaborasi Perawat Terhadap Kepuasan Kerja Dokter Spesialis Di Unit Rawat Inap Paviliun Garuda Rumah Sakit Dokter Kariadi Semarang, 2006
- <sup>xiii</sup> Arlene D. Houldin, Mary D. Naylor, Daniel G. Haller , *Physician-Nurse Collaboration in Research in the 21st Century*, Journal of Clinical Oncology, Vol 22, No 5 (March 1), 2004: pp. 774-776.
- <sup>xiv</sup> PPNI, *Standar Praktek Keperawatan Profesional*, DPP PPNI, Jakarta, 1995.
- <sup>xv</sup> Werdati, Peranan dan Tanggungjawab Perawat Dalam Pelayanan Keperawatan Keperawatan/ Kesehatan kepada Pasien. Magister Managemen Rumah Sakit Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada , 2005.
- <sup>xvi</sup> Nursalam. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan : Konsep dan Praktek*, Salemba Medika, Jakarta, 2001.
- <sup>xvii</sup> Werdati , *Collaboration*, Materi kuliah PSIK , 2006
- <sup>xviii</sup> Arikunto., *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan dan Praktek*. Rineka Cipta, Jakarta. 1993.

---

## DAFTAR PUSTAKA

## DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan RI., *Standar Pelayanan Rumah Sakit*, Edisi I, Jakarta, 1995.
2. Nurachmah, E., *Asuhan Keperawatan Bermutu*, Artikel PD PERSI, 2007.
3. Djojo Sugito, Achmad., *Kebijakan Pemerintahan Dalam Bidang Pelayanan Kesehatan Menyongsong AFTA 2003*, [www.pd.pers.co.id](http://www.pd.pers.co.id), 2001.
4. Departemen Kesehatan, *Surat Keputusan Menteri Kesehatan No 135 /SK/Menkes/1974 tentang Status Rumah Sakit Jiwa di Indonesia*.
5. Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang, *Surat Keputusan Direktur RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang , No 01011.7020 tentang Perubahan Visi, Misi, Falsafah, Budaya Kerja dan Motto RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang , 2008.*
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 262 / Menkes / Per/ VIII/1979 Tentang *Standarisasi Ketenagaan di Rumah Sakit.*
7. Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI, *Standar Pelayanan Minimal , Jakarta, 2007.*
8. Kaplan and Sadock's, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Edisi 8, 2005
9. Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang, *Surat Keputusan Direktur RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang No 032 / 5 / 17050 Tentang Penambahan Jumlah Tempat Tidur Rawat Inap RSJD Dr Amino Gondohutomo , Semarang, 2009.*
10. Eugenia, L.Siegle.,Fay W Whitney., *Kolaborasi Perawat Dokter , Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta, 1996.*
11. Werdati S, *Kolaborasi dan Kemitraan*, Magister Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada ,2005.

- 
12. Sri Astutik, *Evaluasi Praktek Kolaborasi Perawat dengan Dokter di ruang VIP RSUD Pare*, Kediri, 2003.
  13. Kozier, 1991, *Fundamental of Nurshing Concept, Process and Praticce*. Fourth edition, Eddision-Wesley Publishing Company, Inc, California, 1991.
  14. Paryanto,TA., *Analisis Pengaruh Faktor Kolaborasi Perawat Terhadap Kepuasan Kerja Dokter Spesialis Di Unit Rawat Inap Paviliun Garuda Rumah Sakit Dokter Kariadi Semarang*, 2006.
  15. Arlene D. Houldin, Mary D. Naylor, Daniel G. Haller , *Physician-Nurse Collaboration in Research in the 21st Century*,Journal of Clinical Oncology, Vol 22, No 5 (March 1), 2004: pp. 774-776.
  16. PPNI, *Standar Praktek Keperawatan Profesional*, Jakarta, 1995.
  17. Werdati, *Peranan dan Tanggungjawab Perawat Dalam Pelayanan Keperawatan Keperawatan/ Kesehatan kepada Pasien*. Magister Managemen Rumah Sakit Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada , 2005.
  18. Nursalam. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan : Konsep dan Praktek*, Salemba Medika, Jakarta, 2001.
  19. Robbin Stephen P. *Perilaku Organisasi Konsep Kontroveersi Aplikasi* , Prenhalindo, Jakarta, 2001
  20. Notoatmodjo, S., *Pengantar Pendidikan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Andi Offset, Yogyakarta, 2003.
  21. Setiarso B, *Manajemen Pengetahuan dan Proses Penciptaan Pengetahuan*, 2007.
  22. Lindeke, L., Sieckert, A. *Nurse-Physician Workplace Collaboration* , Online Journal of Issues in Nursing. Vol. #10 No. #1, 2005.
  23. Leticia et al, *The Determinants of successful collaboration: A Review of Theoretical and Empirical Studies*, Journal of Interprofessional Care, 2005.
  24. Nasution B.J., *Hukum Kesehatan : Pertanggungjawaban Dokter* , Rineka Cipta, Cetakan Pertama, 2005.
  25. Wintari, H., *Implementasi Kinerja Perawat di Rumah Sakit, Pendidikan dan Komunitas*, disampaikan pada saat Semiloka RUU Praktek Keperawatan , PELKESI, Jakarta, 2007.
  26. Werdati, *Collaboration*, Materi kuliah PSIK , 2006.

- 
27. Wijono, D., *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Teori Strategi dan Aplikasi*. Volume 1, Airlangga University Press, Surabaya. 1999.
  28. Donabedian, A., *Exploration In Quality and Monitoring*. Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, 1980.
  29. Arikunto., *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan dan Praktek*. Rineka Cipta, Jakarta. 1993.
  30. Nazir, Moh., *Metode Penelitian*, Cetakan kelima , PT Ghalia Indonesia, Jakarta, 2003
  31. Vazirani,S., et al, *Effect of a Multidisciplinary Intervention on Communication and Collaboration Among Physicians and Nurses* , American Journal of Critical Care. 2005;14: 71-77.
  32. Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI., *Buku Tarif INA DRG RS Umum dan Khusus Kelas A*, Jakarta.2007.
  33. Ngadiyono, *Problema Batas Kewenangan Praktik Keperawatan*, Semarang, 2009.
  34. Burnside, McGlynn, T. J., *Diagnosis Fisik*, Edisi 17, EGC, Jakarta, 1990.
  35. Keenan M. Gain, et al, Norms and Nurse management of Conflicts : *Keys To Understanding Nurse- Physician Collaboration*, Research in Nursing and Health,1998;21:59-72.
  36. Thomas,K .W., & Kilmann,R.H., *The Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument*.
  37. Fagin,L.,Garellick, A., *The Doctor – Nurse Relationship*, Advanced in Psychiatric Treatment,2004;10:227-286.
  38. Way, D.,Jones,L.,Bursing,N.,, *Implementation Strategies: Collaboration In Primary Care, Family Doctors and Nurse Practitioners Delivering, Shared Care* Discussion Paper Written for the Ontario College of Family

---

Physician,2000.www.familymedicine.