

## Gambaran Perbedaan Nilai-Nilai Kerja antara Dokter dan Perawat di Rumah Sakit

J. Seno Aditya Utama<sup>1</sup>

Fakultas Psikologi Unika Atma Jaya Jakarta

**Abstract.** Interprofessional collaboration becomes an important issue in implementing patient safety program. With their respective expertise in the collaboration, physicians and nurses play significant roles. However, work values are less reviewed in the context of interprofessional collaboration. This study aimed to describe the differences of work values between the physicians and nurses. The hypothesis of this study was that there are differences between work values of physicians and those of nurses. Data were collected through questionnaires given to 27 physicians and 80 nurses. Using independent sample T-test were found six differences of work values between physicians and nurses, i.e. self-direction, hedonism, universality, benevolence, conformity and security. The implications of the work value differences will be discussed further.

*Keywords: interprofessional collaboration, values, work values*

**Abstrak.** Kolaborasi antar profesi merupakan isu yang penting dalam pelaksanaan program keselamatan pasien. Melalui keahliannya masing-masing, kolaborasi Dokter dan Perawat memiliki peran yang penting. Hanya saja, nilai-nilai kerja masih sedikit dikaji pada konteks kolaborasi antar profesi. Penelitian bertujuan untuk memberi gambaran perbedaan nilai-nilai kerja antara Dokter dan Perawat. Hipotesis penelitian menetapkan adanya perbedaan nilai-nilai kerja antara Dokter dan Perawat. Data dikumpulkan dari kuesioner yang diberikan pada 27 Dokter dan 80 Perawat. Melalui uji-t sampel independen ditemukan enam perbedaan nilai-nilai kerja antara Dokter dan Perawat, yaitu nilai: Pengarahan Diri, Hedonisme, Universalitas, Kebaikan, Konformitas dan Keamanan. Implikasi dari temuan ini didiskusikan lebih lanjut.

*Kata kunci: kolaborasi antar profesi, nilai, nilai-nilai kerja*

Jumlah dan sebaran layanan kesehatan masih menjadi persoalan di Indonesia. Data Bappenas (2005) menunjukkan rasio yang belum memadai antara jumlah tenaga kesehatan dengan kebutuhan per penduduk. Dibandingkan negara-negara lain terutama di Asia, jumlah tenaga kesehatan di Indonesia adalah 16 orang per 100.000 populasi per tahun. Angka ini lebih kecil bila dibandingkan Malaysia (65,8) atau Jepang (193,2). Persoalan ini masih ditambah dengan distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata. Data tahun 2003-2004 misalnya, lebih dari dua per tiga Dokter spesialis berada di wilayah Jawa,

Bali, Sumatera Utara dan Sulawesi Selatan (Bappenas, 2005). Distribusi konsentrasi pada wilayah-wilayah ini juga berlaku untuk kategori Dokter umum dan Perawat, meskipun Bali untuk kategori Perawat tidak termasuk didalamnya (Bappenas, 2005). Hal ini mengisyaratkan bahwa wilayah-wilayah lain yang belum disebutkan masih membutuhkan jumlah tenaga kesehatan yang lebih memadai.

Ditengah kondisi tersebut, kualitas layanan kesehatan tetap tidak dapat dikesampingkan. Kebutuhan masyarakat terhadap kualitas layanan rumah sakit tetaplah menjadi tuntutan utama. Dalam pengertian lain, rumah sakit sebagai tempat yang memberikan layanan kesehatan “..secara paripurna” (Udang-

---

<sup>1</sup> Korespondensi mengenai isi artikel ini dapat melalui: [seno.aditya@atmajaya.ac.id](mailto:seno.aditya@atmajaya.ac.id)

Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, hal. 4), haruslah mengutamakan faktor keselamatan pasiennya (*patient safety*). Data nasional tentang Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) masih jarang ditemukan, namun demikian laporan tentang dugaan 'malpraktik' belakangan ini semakin meningkat (Depkes, 2006). Terlepas dari sudah terbukti atau belum dugaan tersebut, maka untuk mengatasinya diperlukan suatu standar yang memberikan panduan tentang praktik keselamatan pasien. Pemerintah melalui Departemen Kesehatan (2006) kemudian menerbitkan "Panduan Nasional Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)". Panduan ini berisi pengertian, standar, langkah-langkah, pelaporan, serta monitoring evaluasi terhadap aktivitas keselamatan pasien. Lebih lanjut, Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1691/MENKES/ PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit menetapkan dibentuknya Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS). Tim ini berasal dari dan oleh tenaga di rumah sakit terkait yang bertugas membuat program keselamatan pasien hingga pelaporannya pada kepala rumah sakit.

Upaya peningkatan keselamatan pasien pada pelaksanaannya tidak dapat dilepaskan dari peran para tenaga kesehatan, dalam hal ini Dokter dan Perawat. Peran tersebut tidak hanya menyangkut kompetensi teknis, namun juga terkait dengan kompetensi kolaborasi antara Dokter dan Perawat. Lampiran Standar III, Peraturan Menteri Nomor 1691, berbunyi "bahwa Keselamatan Pasien terkait dengan "kesinambungan pelayanan" (hal. 2) antar tenaga kesehatan. Lebih detil butir 3.2. Peraturan Menteri tersebut berbunyi "Terdapat koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap

pelayanan transisi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar" (hal.2). Pada bagian lain, butir 3.4. disebutkan: "Terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif". Pernyataan "...transisi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar." dari butir 3.2 dan "...komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan..." dari butir 3.4., menyaratkan pentingnya kolaborasi antar profesi kesehatan dalam memberikan layanan kesehatan.

Kolaborasi antar profesi merupakan hal yang penting hal ini dikarenakan semakin sedikitnya jumlah pelayan kesehatan di banyak negara, dan semakin kompleksnya isu-isu kesehatan dan terjadinya fragmentasi di dalam sistem kesehatan. Terkait butir terakhir, WHO (2010) menekankan paradigma bahwa ketika seorang bekerja dengan kekhususannya di dalam dalam suatu sistem layanan kesehatan, maka ia bekerja sebagai "...*member of the collaborative practice team*" (hal.10). Kata "*member*" dalam pernyataan tersebut mengandaikan suatu tuntutan berkolaborasi: "*It is no longer enough for health workers to be professional. In the current global climate, health workers also need to be inter-professional*" (WHO, 2010).

Dalam kenyataannya, tidak jarang praktik kolaborasi (*collaboration practice*) antara Dokter dan Perawat tidak terjadi seperti yang diharapkan. Hambatan komunikasi yang dilatarbelakangi oleh pendidikan profesi keduanya yang kurang menekankan aspek kolaboratif, ditengarai sebagai salah satu penyebabnya (Flicek, 2012). Hal ini mempengaruhi adanya ketidaksepahaman tentang persepsi kontribusi antara salah satu pihak terhadap pihak lainnya (Mills, Neily, & Dunn, 2008; Flicek, 2012). Tidak hanya itu, komunikasi

antara dokter dan perawat juga mengalami kendala terkait situasi di lapangan. Interupsi yang sering terjadi dan beragamnya pasien yang harus ditangani, terkadang justru tidak menumbuhkan kepercayaan serta relasi *kolegial* diantara keduanya (Flicek, 2012). Faktor perbedaan jenis kelamin juga mempengaruhi kendala komunikasi ini. McCaffrey dan kawan-kawan (dalam Flicek, 2012) menyebutkan bahwa para dokter —yang kebanyakan laki-laki—, membutuhkan kejelasan, kecepatan dan informasi yang berdasarkan fakta. Di sisi lain, para perawat —yang kebanyakan perempuan— lebih membutuhkan gaya diskusi mendalam untuk memahami suatu penanganan. Perbedaan lain juga dikemukakan oleh Rudland dan Mires (2005) terkait persepsi tentang Dokter dan Perawat oleh para mahasiswa kedokteran. Para dokter dipersepsi lebih arogan, sementara para perawat dipersepsi lebih peduli (Rudland & Mires, 2005). Hanya saja, dibandingkan dokter, para mahasiswa tersebut mempersepsi Perawat lebih rendah dalam hal kemampuan akademis, kompetensi dan status sosialnya (Rudland & Mires, 2005). Penelitian Krogstad, Hofoss, dan Hjortdahl (2004) menunjukkan hal serupa. Kompetensi para dokter diakui tinggi, baik oleh perawat maupun oleh para dokter sendiri. Sebaliknya, banyak para yang dokter tidak yakin dengan kompetensi para perawat (Krogstad, dkk., 2004).

Terlepas dari kondisi ini, perbedaan tersebut tidak mempengaruhi kepuasan kolaborasi antar keduanya, terutama bagi para dokter (Krogstad, dkk., 2004). Kolaborasi bagi para dokter adalah sejauh mana keputusan terapi dijalankan dan mereka terus mendapatkan informasi terkini tentang dampaknya (Krogstad, dkk., 2004). Dependensi para Dokter ini justru kurang nampak pada para perawat

yang lebih menunjukkan independensinya (Ogbimi & Adebamowo, 2006). Terkait informasi tentang pasien misalnya, para perawat kurang tergantung pada informasi dari pihak lain bila dibandingkan dokter (Krogstad, dkk., 2004). Lebih lanjut Krogstad dan kawan-kawan (2004) menyatakan bahwa pada konteks kesamaan tujuan kolaborasi, bagi Dokter tingkat kepuasan kolaborasi sangat dipengaruhi oleh kesamaan tujuan tersebut, sementara bagi Perawat hal ini kurang berpengaruh.

Situasi-situasi psikologis ini mempengaruhi kualitas praktik kolaborasi, meskipun kolaborasi antar kelompok kerja tidak selalu memiliki dampak negatif. Dibandingkan kelompok homogen, keragaman kelompok kerja menunjukkan efektivitas yang lebih tinggi dalam hal pemecahan masalah, lebih banyak menghasilkan solusi kreatif dan lebih menghasilkan keputusan yang berkualitas serta terlegitimasi (Lichtenstein, Alexander, Jinnat & Ullman, 1997; Rothman & Cooper, 2008). Pada konteks praktik kolaborasi antara dokter dan perawat, kolaborasi yang berkualitas akan meningkatkan kepuasan pasien, moral kerja karyawan dan mengurangi biaya operasional rumah sakit (Ruddy & Rhee, 2005).

Hanya saja, kolaborasi antar profesi ini dapat diartikan sebagai suatu dinamika kelompok yang didalamnya tetap memiliki potensi permasalahan. Dapat disebutkan misalnya permasalahan dalam hal komunikasi, koordinasi, pembentukan konsensus, tekanan konformitas, dominasi dari sekelompok orang, *ambiguitas* peran dan polarisasi sikap (Lichtenstein, dkk., 1997; Rothman & Cooper, 2008). Harapan terjadinya keputusan yang berkualitas sebagai hasil dari kelompok yang beragam, tidak jarang justru berakhir dengan kebutuhan keputusan (*deadlock*). Pada situasi yang lebih buruk justru yang terjadi

adalah persaingan, konflik dan permusuhan, daripada semangat saling pengertian, kerjasama dan saling mendukung antar kelompok (Sinclair dalam Lichtenstein, dkk., 1997). Ruddy dan Rhee (2005) mengidentifikasi kendala-kendala yang mempengaruhi terbentuknya kolaborasi antara Dokter dan Perawat, yaitu: terbatasnya waktu berinteraksi, rendahnya komitmen, tidak terciptanya konsensus terkait tujuan bersama, status yang dipersepsikan tidak setara, tidak tersedianya data yang memadai untuk mengukur efektivitas kerja kelompok, sistem penggajian yang tidak menstimulasi kerjasama antar kelompok dan kurang adanya bukti yang dapat dijadikan rujukan sebagai contoh praktik kolaborasi. Situasi-situasi ini berpotensi menurunkan kinerja kolaborasi antara Dokter dan Perawat.

Menurut Blumberg dan Pringle (1982), kinerja dipengaruhi oleh Kapasitas (*Capacity*), Kesempatan (*Opportunity*) dan Kehendak (*Willingness*). Kapasitas merupakan segala hal yang dimiliki seseorang terkait fisik, fisiologis, pengetahuan serta keterampilan, termasuk juga kesehatan dan kemampuannya. Kesempatan terkait dengan faktor lingkungan seperti: desain kerja, kondisi kerja, keanggotaan kelompok dan kepemimpinan. Kehendak terkait dengan sikap, nilai-nilai, persepsi dan motivasi yang dimiliki seseorang. Dinamika kinerja kelompok dapat dijelaskan melalui tiga faktor ini. Salah satunya melalui faktor Kehendak yang didalamnya terdapat nilai-nilai (*values*), terutama nilai-nilai kerja (*work values*) yang dimiliki suatu kelompok profesi.

Penelitian nilai-nilai kerja antar profesi pernah dilakukan Knafo dan Sagiv (2004) yang bertujuan untuk memetakan prioritas nilai (*values priorities*) dari 32 jenis profesi, Dokter dan Perawat merupakan salah satunya. Berdasarkan 10 sub nilai

dari Schwartz (1992), hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan skor prioritas nilai antara Dokter dan Perawat. Dari skor prioritas nilai yang diolah kembali dengan melihat selisih masing-masing skor antara Dokter dan Perawat, diperoleh nilai Hedonisme (0,73), Keamanan (0,52) dan Prestasi (0,45) merupakan selisih terbesar. Selisih skor yang lebih kecil terdapat pada nilai Universalitas (0,24), Kekuasaan (0,21), Tradisi (0,18), Pengarahan Diri (0,12) dan Konformitas (0,12). Sementara selisih yang paling kecil terdapat pada nilai Kebaikan (0,05) dan Stimulasi (0,04). Pengelompokan besaran selisih ini memperlihatkan adanya potensi perbedaan nilai-nilai kerja antara Dokter dan Perawat. Hanya saja, penelitian Knafo dan Sagiv (2004) tidak menguji lebih lanjut variasi perbedaan skor diantara ragam profesi tersebut serta penjelasan yang melatarbelakanginya.

Temuan dari penelitian Knafo dan Sagiv (2004) ini perlu dikontekstualisasi, setidaknya pada tataran konsep dan subjek penelitian. Pada tataran konsep perlu diuji sejauh mana signifikansi perbedaan nilai-nilai kerja dari masing-masing profesi tersebut. Hal ini berhubungan dengan kontekstualisasi subjek penelitian, yaitu sejauh mana dinamika interaksi kerja antara Dokter dan Perawat dapat dijelaskan dari perbedaan nilai-nilai kerja ini. Persoalan khas yang terjadi pada kelompok kerja ini tidak dapat dilepaskan dari nilai-nilai kerja yang dimiliki oleh masing-masing profesi didalamnya. Pemahaman tentang hal ini bermanfaat untuk menemuken dan mengenali potensi konflik atau potensi kolaborasi yang dapat dimanfaatkan untuk meningkatkan kinerja kelompok. Untuk itu, penelitian ini bertujuan untuk menelaah gambaran perbedaan nilai-nilai kerja antara Dokter dan Perawat.

*Nilai-nilai (values)*

Secara singkat nilai-nilai dapat diartikan sebagai keyakinan yang dianggap penting bagi seseorang atau organisasi (Jex & Britt, 2008). Demikian pula nilai-nilai diartikan oleh D'Andrade (2008) sebagai kebaikan yang terkait dengan sesuatu yang dianggap penting sebagai atributnya. Melengkapi pendapat tersebut, Schermerhorn, Hunt dan Osborn (2002) mengartikan nilai-nilai sebagai preferensi umum yang terkait dengan kepatutan arah tindakan atau hasil dari tindakan tersebut.

Tingkat abstraksi Nilai-nilai berada diantara Ideologi dan Sikap (Maio, Olson, Bernard & Luke, 2006). Sebagai sebuah terminologi yang sama-sama memiliki beragam pengertian (Rohan, 2000), Nilai-nilai dan Ideologi mendasari Sikap (Maio, dkk., 2006). Nilai-nilai merupakan keyakinan umum yang berlaku dalam beragam situasi, sementara Sikap merujuk pada objek, pelaku dan situasi yang spesifik (Rothman & Cooper, 2008). Dalam beragam waktu serta situasi, Nilai-nilai lebih konsisten bila dibandingkan dengan Sikap (Dose, 1997).

Sejalan dengan hal tersebut Schwartz (1992) juga melihat nilai-nilai sebagai suatu ide abstrak yang memandu kehidupan seseorang. Panduan ini berperan sebagai kriteria yang digunakan untuk menyeleksi, membenarkan tindakan serta mengevaluasi orang lain atau suatu peristiwa (Knafo & Schwartz, 2004). Menurut Schwartz (1992) nilai-nilai adalah hal yang diinginkan, memiliki tujuan-tujuan yang bersifat lintas situasi dan memiliki beragam tingkat kepentingan yang berfungsi sebagai prinsip-prinsip pemandu kehidupan seseorang. Dari uraian-uraian ini dapat dikatakan bahwa nilai-nilai adalah standar atau kriteria yang digunakan untuk memilih tujuan-tujuan tertentu atau sebagai pemandu tindakan yang relatif

bersifat jangka panjang serta stabil (Dose, 1997).

Menurut Schwartz (1992), nilai-nilai didasarkan pada tiga hal pokok kebutuhan manusia yaitu: kebutuhan sebagai makhluk biologis, kebutuhan untuk mengkoordinasikan interaksi sosial dan kebutuhan hidup berkelompok sebagai bagian dari upaya mempertahankan hidup. Ketiga kebutuhan tersebut memiliki arti pentingnya masing-masing yang diwujudkan dalam 10 jenis nilai, yaitu: universalitas (*universalism*), kebaikan (*benevolence*), konformitas (*conformity*), tradisi (*tradition*), keamanan (*security*), kekuasaan (*power*), prestasi (*achievement*), hedonisme (*hedonism*), stimulasi (*stimulation*) dan pengarahannya diri (*self-direction*). Pengertian masing-masing nilai dapat dilihat pada Tabel 1.

Kesepuluh nilai ini menurut Schwartz (1992) dapat terangkum dalam empat kategori nilai-nilai umum yang bersifat saling berposisi atau saling melengkapi. Nilai-nilai Universalitas dan Kebaikan merupakan bagian dari nilai Transendensi Diri (*self transcendence*). Nilai ini berposisi dengan Kekuasaan dan Prestasi yang merupakan bagian dari nilai Peningkatan Diri (*self enhancement*). Oposisi berikutnya adalah antara Keamanan, Tradisi dan Konformitas yang merupakan bagian dari nilai Konservasi (*conservation*). Nilai ini berposisi dengan Stimulasi dan Pengarahannya Diri yang merupakan bagian dari Keterbukaan pada Perubahan (*openness to change*). Sementara untuk Hedonisme, merupakan bagian antara Keterbukaan Pada Perubahan dan Peningkatan Diri. Dengan kata lain terdapat dua pasangan oposisi nilai-nilai umum, yaitu: Transendensi Diri-Peningkatan Diri dan Konservasi-Keterbukaan pada Perubahan. Sebaliknya, terdapat empat pasangan kombinasi nilai-nilai umum yang bersifat

Tabel 1  
 Deskripsi Nilai-Nilai Kerja (diadopsi dari Schwartz, 1992)

Nilai kerja	Deskripsi
<b>Universalitas</b> ( <i>universality</i> )	: Hal yang dianggap penting adalah pemahaman, apresiasi, toleransi serta perlindungan pada kejahatan orang lain dan lingkungan secara luas
<b>Kebaikan</b> ( <i>benevolence</i> )	: Hal yang dianggap penting adalah perlindungan dan peningkatan kesejahteraan orang-orang yang berada di sekitarnya
<b>Konformitas</b> ( <i>conformity</i> )	: Hal yang dianggap penting adalah pengendalian tindakan-tindakan atau impuls-impuls yang dimungkinkan dapat mengganggu, melukai orang lain atau melanggar harapan serta norma-norma sosial
<b>Tradisi</b> ( <i>tradition</i> )	: Hal yang dianggap penting adalah penghargaan, komitmen dan penerimaan pada kebiasaan, budaya atau kaidah-kaidah religius
<b>Keamanan</b> ( <i>security</i> )	: Hal yang dianggap penting adalah rasa aman, harmoni, tertib sosial, bagi diri maupun dalam relasi sosial
<b>Kekuasaan</b> ( <i>power</i> )	: Hal yang dianggap penting adalah status sosial, prestise, kontrol dan dominasi terhadap orang lain atau sumber-sumber daya tertentu
<b>Prestasi</b> ( <i>achievement</i> )	: Hal yang dianggap penting adalah kesuksesan diri yang ditunjukkan melalui kompetensinya mencapai standar sosial
<b>Hedonisme</b> ( <i>hedonism</i> )	: Hal yang dianggap penting adalah kenikmatan dan pemenuhan sensasi-sensasi inderawi
<b>Stimulasi</b>	: Hal yang dianggap penting adalah kegairahan pada hal-hal baru dan menantang
<b>Pengarahan Diri</b> ( <i>self direction</i> )	: Hal yang dianggap penting adalah independensi berpikir dan bertindak, termasuk pula untuk berkreasi dan mengeksplorasi

saling melengkapi, yaitu Transendensi Diri-Konservasi, Konservasi-Peningkatan Diri, Peningkatan Diri-Keterbukaan pada Perubahan dan Keterbukaan pada Perubahan-Transendensi Diri. Ragam kombinasi pasangan nilai-nilai umum ini membentuk lingkaran interaksi, bersama dengan sub nilainya masing-masing.

*Nilai-nilai Kerja*

Nilai-nilai kerja adalah motif-motif yang menjadi standar atau kriteria seseorang yang dimunculkan melalui pikiran dan tindakan (Furnham, Petrides, Tsaousis, Pappas, & Garrod, 2005). Menurut Elizur (1984) nilai kerja adalah

hal yang dianggap penting bagi seseorang dalam konteks kerjanya. Sebagai sebuah pandangan diri, nilai kerja memiliki dampak pada sikap dan perilaku kerja seseorang, namun juga mempengaruhi bagaimana seseorang mempersepsi rekan kerjanya (Ravlin, 2007). Dari pengertian ini dapat dikatakan nilai kerja adalah pernyataan-pernyataan keyakinan terkait kerja yang menjadi pedoman seseorang atau sekelompok orang untuk mengevaluasi dan menginterpretasi objek serta situasi.

Elizur (1984) menemukan tiga *facet* dari nilai-nilai kerja yaitu (1) Modalitas Keluaran (*Modality of Outcomes*), segala

nilai kerja yang berhubungan dengan Konsekuensi Praktis (seperti: kesehatan, keamanan finansial, kondisi kerja) dan Relasional (seperti: cinta, harga diri, tanggungjawab dan independensi); (2) Fokus (*Focus*), sejauh mana suatu nilai kerja memiliki arti yang terpusat (seperti: uang, teman baik dan pengakuan dari teman sejawat) dan Menyebarkan (seperti: hidup yang berarti, berkontribusi bagi masyarakat dan harga diri); (3) Area Kehidupan (*Life Area*), sejauh mana nilai seseorang berorientasi pada area pekerjaan (seperti: minat kerja) dan kehidupan yang lebih luas (seperti: keseimbangan pekerjaan dan rumah tangga)

Berdasarkan pendapat dari para peneliti di bidang nilai-nilai kerja, Li, Liu, dan Wan (2008) menyampaikan bahwa nilai-nilai kerja merupakan suatu kualitas yang didalamnya terdapat: (1) Keinginan seseorang terhadap pekerjaan yang dilakukannya; (2) Bersifat lebih mendasar daripada minat; (3) Merefleksikan hubungan antara kebutuhan dan kepuasan; (4) Berisi preferensi-preferensi namun bukanlah imperatif moral; (5) Kecenderungan umum untuk memilih suatu kondisi tertentu dibandingkan kondisi lainnya. Dari paparan ini terlihat bahwa nilai-nilai kerja memiliki kualitas-kualitas yang sama seperti pengertian nilai-nilai secara umum, seperti adanya standar yang diinginkan dan memiliki dampak terhadap motivasi. Dengan demikian nilai-nilai kerja dapat diartikan sebagai perwujudan spesifik dari nilai-nilai umum dalam konteks kerja (Ros, Schwartz, & Surkiss, 1999). Nilai-nilai kerja digunakan seseorang sebagai panduan untuk mengevaluasi keluaran dan situasi, serta melakukan pilihan atas beragam alternatif dalam pekerjaannya (Ros, dkk., 1999).

Dengan pengertian ini, pekerjaan dari suatu profesi tidak hanya melibatkan

keterampilan teknis, namun juga adopsi terhadap nilai-nilai yang dimiliki dari pekerjaan tersebut (Schein, 2004). Masa pendidikan dan magang yang dijalani, serta interaksinya dengan teman sejawat membentuk nilai-nilai kerja yang diyakini seseorang sebagai dasar dari pekerjaannya tersebut (Schein, 2004). Dokter dan Perawat sama-sama bertujuan untuk menolong pasien, namun beberapa penelitian menunjukkan terdapat perbedaan dalam hal persepsi tentang kepuasan berkolaborasi (Krogstad, dkk., 2004), persepsi tentang kompetensi (Rudland & Mires, 2005), serta terutama nilai-nilai kerja yang dianut (Knafo & Sagiv, 2004). Dari pemaparan yang telah disampaikan, penelitian ini berhipotesa bahwa terdapat perbedaan nilai-nilai kerja antara Dokter dan Perawat.

## Metode

Variabel penelitian ini adalah nilai-nilai kerja dengan subjek penelitian sebanyak 107 responden dari dua rumah sakit yang swasta di Jakarta. Subjek penelitian terdiri atas 27 Dokter dan 80 Perawat. Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan metode *accidental sampling*.

Nilai kerja diperoleh dari skor kuesioner nilai kerja yang merupakan adaptasi dan modifikasi dari *Potrait Value Questionnaire* (PVQ) dari Knafo dan Schwartz (2004). Merujuk Schwartz (1992) kuesioner ini terdiri atas 10 jenis nilai yang merupakan bagian dari empat nilai umum, yaitu konservasi (*conservation*), keterbukaan pada perubahan (*openness to change*), peningkatan diri (*self-enhancement*) dan transendensi diri (*self-transcendence*). Pernyataan tiap butir nilai kuesioner menggambarkan tujuan-tujuan, aspirasi dan harapan atas kesepuluh nilai tersebut

(Knafo & Schwartz, 2004). Kuesioner memiliki enam rentang jawaban dan responden diminta menjawab sejauh mana dirinya “Sangat Tidak Mirip” hingga “Sangat Mirip” terhadap pernyataan yang tersedia.

Sebelum pengambilan data, dilakukan uji coba kuesioner untuk mengetahui tingkat kelayakan alat ukur. Validitas kuesioner ini menggunakan validitas isi, sementara untuk mengukur reliabilitas digunakan uji reliabilitas *Alpha Cronbach*. Dari hasil uji reliabilitas terdapat 69 butir yang dinyatakan sah dan 11 butir dinyatakan gugur. Butir-butir yang sah memiliki koefisien korelasi yang terentang dari 0.31 hingga 0.79 dengan masing-masing butir memiliki skor  $\alpha > 0.70$ . Butir-butir yang sah kemudian digunakan sebagai data untuk uji asumsi dan analisis statistik.

### Hasil dan Diskusi

Uji asumsi menggunakan uji normalitas Kolmogorov-Smirnov dan uji homogenitas. Hasil uji normalitas menunjukkan bahwa distribusi skor nilai-nilai kerja pada Dokter tidak menyimpang secara signifikan dari distribusi normal ( $D=0,124, p=0,2$ ). Hal ini berlaku pula untuk distribusi skor nilai-nilai Perawat ( $D=0,089, p=0,183$ ). Hasil uji homogenitas dengan menggunakan *Lavene test* menunjukkan variasi kedua kelompok sampel adalah homogen karena skor berada di atas 0,05 yaitu 0,843.

Dari 10 sub nilai-nilai umum diperoleh hasil: rerata nilai kerja Pengarahan Diri ( $M=20,26, SD=4,119$ ) dan Hedonisme ( $M=18,70, SD=4,681$ ) kelompok Dokter lebih tinggi daripada Perawat ( $M=18,05, SD=4,839$  dan  $M=16,15, SD=5,372$ ). Sebaliknya, pada delapan sub nilai umumnya, yaitu: Stimulasi ( $M=35,99, SD=5,283$ ),

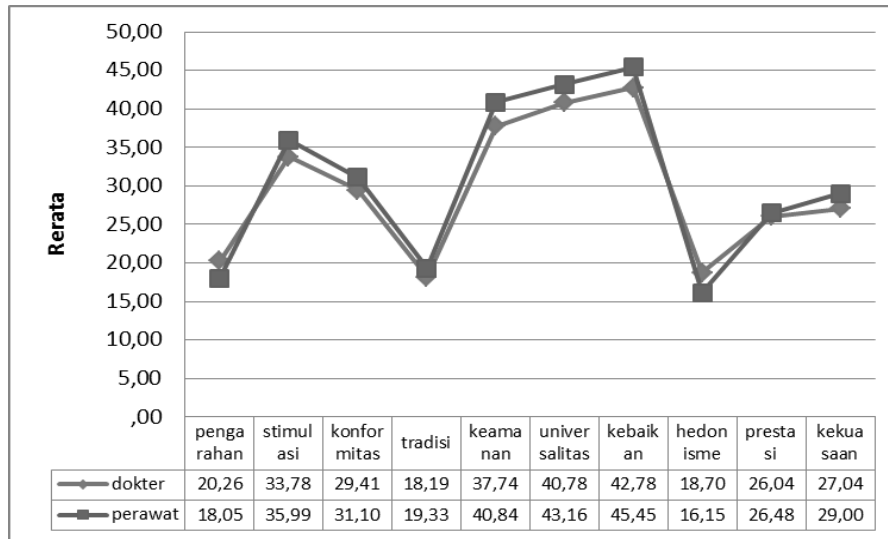
Universalitas ( $M=43,16, SD=5,394$ ), Kebaikan ( $M=45,45, SD=4,736$ ), Konformitas ( $M=31,10, SD=3,481$ ), Tradisi ( $M=19,33, SD=2,778$ ), Keamanan ( $M=40,84, SD=4,333$ ), Prestasi ( $M=26,48, SD=5,163$ ) dan Kekuasaan ( $M=29,00, SD=5,717$ ) kelompok Perawat lebih tinggi daripada Dokter.

Selisih rerata paling rendah terdapat pada nilai kerja Prestasi (0,44), sementara selisih paling tinggi terdapat pada nilai Keamanan (3,10). Nilai-nilai kerja Pengarahan Diri dan Stimulasi memiliki selisih yang sama (2,21). Dapat disimpulkan, rerata sub nilai kerja Dokter lebih tinggi pada dua nilai kerja (Pengarahan Diri dan Hedonisme), sedangkan rerata delapan nilai kerja lainnya (Stimulasi, Universalitas, Kebaikan, Konformitas, Tradisi, Keamanan, Prestasi dan Kekuasaan) lebih tinggi pada Perawat dapat dilihat pada Gambar 1.

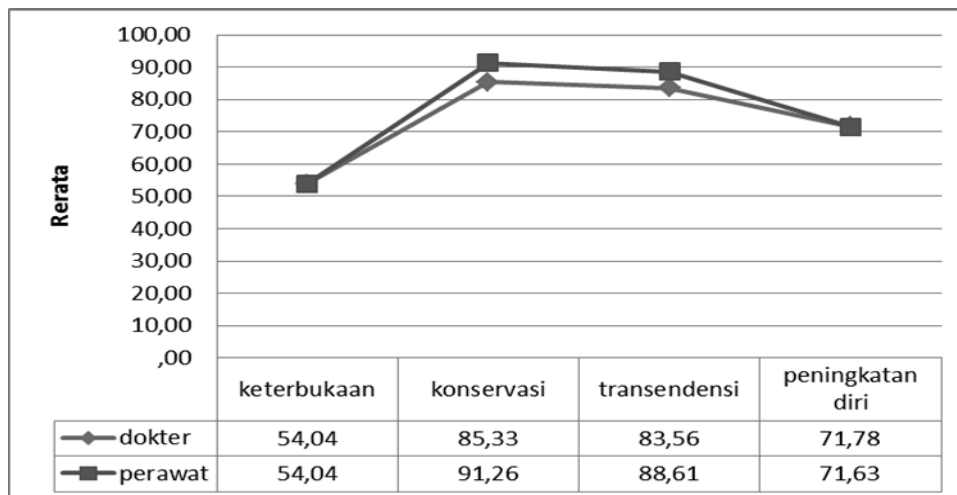
Ditinjau dari rerata nilai-nilai umum, rerata nilai kerja Keterbukaan Pada Perubahan antara Dokter ( $M=54,04, SD=7,758$ ) dan Perawat menunjukkan kesamaan ( $M=54,04, SD=8,417$ ), meskipun keduanya memiliki SD yang berbeda. Pada bagian lain, rerata nilai kerja Konservasi kelompok Dokter ( $M=85,33, SD=9,038$ ) lebih rendah daripada kelompok Perawat ( $M=91,26, SD=8,931$ ). Demikian pula rerata nilai kerja Transendensi kelompok Dokter ( $M=83,56, SD=8,163$ ) lebih rendah daripada kelompok Perawat ( $M=88,61, SD=9,337$ ). Sebaliknya, rerata nilai kerja Peningkatan Diri kelompok Dokter ( $M=71,78, SD=11,872$ ) lebih tinggi daripada kelompok Perawat ( $M=71,63, SD=11,843$ ). Selisih paling tinggi berada pada nilai Konservasi (5,93), sementara selisih terendah berada pada nilai Keterbukaan pada Perubahan karena tidak terdapat selisih dapat dilihat pada Gambar 2.



## NILAI KERJA, DOKTER DAN PERAWAT



Gambar 1. Perbandingan Rerata Skor Dokter dan Perawat berdasarkan Sub Nilai-Nilai Kerja Umum



Gambar 2. Perbandingan Rerata Skor Dokter dan Perawat berdasarkan Nilai-Nilai Kerja Umum

Analisis Uji-*t* sampel independen dilakukan untuk menjawab hipotesis yang menyatakan terdapat perbedaan nilai-nilai kerja antara Dokter dan Perawat. Hasil Uji-*t* sampel independen mendukung hipotesis tersebut. Antara kelompok Dokter dan Perawat terdapat perbedaan yang signifikan pada nilai-nilai; Pengarahan Diri ( $t=2,125, p=0,036$ ), Hedonisme ( $t=2,202, p=0,030$ ), Universalitas ( $t=-2,034, p=0,044$ ), Kebajikan ( $t=-2,629, p=0,010$ ), Konformitas ( $t=-2,168, p=0,032$ ) dan Keamanan ( $t=-3,088, p=0,003$ ). Sementara, pada nilai-

nilai kerja lainnya tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok Dokter dan Perawat, yaitu: Stimulasi ( $t=-1,900, p=0,06$ ), Tradisi ( $t=-1,796, p=0,075$ ), Kekuasaan ( $t=-1,566, p=0,120$ ) dan Prestasi ( $t=-,391, p=0,696$ ).

Dapat disimpulkan, antara Dokter dan Perawat terdapat enam perbedaan nilai-nilai kerja, yaitu pada nilai: Pengarahan Diri, Hedonisme, Universalitas, Kebajikan, Konformitas dan Keamanan. Sedangkan pada empat nilai-nilai kerja lainnya, yaitu: Stimulasi, Tradisi, Kekua-

saan dan Prestasi tidak terbukti adanya perbedaan. Hasil analisa uji-*t* sampel independen terhadap sub nilai-nilai kerja umum Dokter dan Perawat terlihat pada Tabel 2.

Untuk melihat perbedaan antara nilai-nilai kerja yang bersifat oposisi dan saling melengkapi, perlu dilakukan analisa berdasarkan nilai-nilai kerja umum. Hasil analisis menunjukkan terdapat perbedaan pada beberapa nilai-nilai kerja, meskipun pada nilai lainnya perbedaan tersebut tidak terbukti. Perbedaan tersebut terletak pada nilai kerja Konservasi dan Transendensi Diri, sementara nilai kerja Keterbukaan pada Perubahan dan Peningkatan Diri tidak terbukti terdapat perbedaan. Hal ini dapat dilihat dari Uji *t* independen sampel yang menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan antara nilai-nilai

kerja Konservasi kelompok Dokter (M=85,33, SD=9,038) dan Perawat (M=91,26, SD=8,931);  $t=-2,974$ ,  $p=0,004$ , serta nilai kerja Transendensi Diri dari kelompok Dokter (M=83,56, SD=8,163) dan Perawat (M=88,61, SD=9,337);  $t=-2,508$ ,  $p=0,014$ . Sebaliknya, hasil uji-*t* independen sampel menunjukkan tidak adanya perbedaan yang signifikan antara nilai-nilai kerja Keterbukaan pada Perubahan dari kelompok Dokter (M=54,04, SD=7,758) maupun kelompok Perawat (M=54,04, SD=8,417);  $t=0,000$ ,  $p=1,000$ , serta nilai kerja Peningkatan Diri dari kelompok Dokter (M=71,78, SD=11,872) maupun kelompok Perawat (M=71,63, SD=11,843);  $t=0,058$ ,  $p=0,954$ .

Dapat disimpulkan, bahwa terdapat perbedaan pada pasangan nilai kerja yang bersifat saling melengkapi (Konservasi

Tabel 2  
Hasil uji-*t* sampel independen dari Sub Nilai-Nilai Kerja Umum antara Dokter dan Perawat

Nilai	Profesi	<i>t</i>	Sig. (2-tailed)
Pengarahan Diri	dokter	2,125	0,036*
	perawat		
Stimulasi	dokter	-1,900	0,06
	perawat		
Hedonisme	dokter	2,202	0,030*
	perawat		
Universalitas	dokter	-2,034	0,044*
	perawat		
Kebaikan	dokter	-2,629	0,010*
	perawat		
Konformitas	dokter	-2,168	0,032*
	perawat		
Tradisi	dokter	-1,796	0,075
	perawat		
Keamanan	dokter	-3,088	0,003*
	perawat		
Kekuasaan	dokter	-1,566	0,120
	perawat		
Prestasi	dokter	-,391	0,696
	perawat		

\* $p<0,05$ ,  $df=105$

dan Transendensi Diri). Sebaliknya, pada pasangan bentuk serupa (Keterbukaan pada Perubahan dan Peningkatan Diri) ditemukan tidak adanya perbedaan. Hasil analisa uji-*t* sampel independen terhadap nilai-nilai kerja umum Dokter dan Perawat dapat dilihat pada Tabel 3.

Penelitian ini menunjukkan bahwa antara Dokter dan Perawat terdapat enam perbedaan nilai-nilai kerja, yaitu pada: (1) Pengarahan Diri, (2) Hedonisme, (3) Universalitas, (4) Kebaikan, (5) Konformitas dan (6) Keamanan. Hal yang perlu mendapat perhatian adalah perbedaan pada nilai-nilai kerja Pengarahan Diri dan Hedonisme dengan Konformitas dan Keamanan. Kedua nilai tersebut merupakan bagian dari nilai-nilai kerja umum yang sifatnya berposisi yaitu antara Keterbukaan Pada Perubahan dengan Konservasi. Temuan ini sejalan dan sekaligus memperkuat Knafo dan Sagiv (2004) yang salah satunya melaporkan adanya perbedaan skor prioritas nilai antara Dokter dan Perawat, terutama pada nilai kerja Hedonisme dan Keamanan. Hasil penelitian Knafo dan Sagiv (2004) pada kedua nilai tersebut memiliki selisih prioritas nilai yang tertinggi dibandingkan nilai lainnya. Melalui rerata, hal serupa ditemukan pula pada penelitian ini. Hanya saja, Knafo dan Sagiv (2004) melaporkan bahwa skor prioritas nilai

Hedonisme lebih tinggi pada kelompok Perawat, sementara penelitian ini menunjukkan sebaliknya. Disamping itu, Knafo dan Sagiv (2004) tidak menemukan adanya selisih perbedaan prioritas nilai antara Dokter dan Perawat pada nilai kerja Pengarahan Diri dan Konformitas. Sebaliknya, penelitian ini membuktikan antara Dokter dan Perawat terdapat perbedaan pada kedua nilai kerja tersebut.

Perbedaan nilai kerja Dokter (Hedonisme dan Pengarahan Diri) dengan nilai kerja Perawat (Konformitas dan Keamanan) merupakan potensi konflik antara kedua profesi ini (lihat Ros, dkk., 1999). Konflik tersebut bersifat motivasional yang pada akhirnya mempengaruhi kinerja kelompok (Blumberg & Pringle, 1982). Pihak Dokter menganggap penting nilai independensi dalam bertindak dan mengambil keputusan, serta menganggap penting pula kenyamanan situasi kerja. Sementara pihak Perawat menganggap penting nilai-nilai kebersamaan, pengendalian diri dan menjaga harmoni kerja. Pada konteks kolaborasi misalnya, Dokter kemudian dianggap kurang mendengarkan masukan Perawat, sehingga mereka merasa kontribusinya tidak dihargai (Kramer & Schmalenberg, 2003). Sebaliknya, Perawat berpotensi dianggap Dokter kurang memiliki inisiatif.

Tabel 3

Hasil uji-*t* sampel independen dari Nilai-Nilai Kerja Umum antara Dokter dan Perawat

Nilai	Profesi	Mean	SD	<i>t</i>	Sig. (2-tailed)
<b>Keterbukaan Pada Perubahan</b>	Dokter	54,04	7,758	,000	1
	Perawat	54,04	8,417		
<b>Konservasi</b>	Dokter	85,33	9,038	-2,974	0,004*
	Perawat	91,26	8,931		
<b>Transendensi Diri</b>	Dokter	83,56	8,163	-2,508	0,014*
	Perawat	88,61	9,337		
<b>Peningkatan Diri</b>	Dokter	71,78	11,872	,058	0,954
	Perawat	71,63	11,843		

\* $p < 0,05$ ,  $df = 105$

Perbedaan terdapat pula pada nilai kerja Universalitas dan Kebaikan yang keduanya merupakan bagian dari nilai kerja umum Transendensi Diri. Nilai ini menempatkan perlindungan, penghargaan, toleransi dan kepedulian pada kesejahteraan orang lain sebagai hal yang penting. Terdapatnya perbedaan pada bagian ini dapat dimaknai sebagai seberapa tinggi arti penting nilai ini bagi masing-masing profesi. Diakui bahwa pendidikan Dokter dan Perawat sudah tentu mengedepankan nilai Transendensi Diri ini. Demikian pula upaya dari organisasi masing-masing profesi tidak pernah henti selalu mendampingi dan mengingatkan para anggotanya agar selalu sadar pada hakikat para pasien yang mereka hadapi. Hanya saja faktor-faktor, seperti: proses pendidikan, relasi intra profesi, status sosial, situasi kerja dan tuntutan kerja, tidak jarang mereduksi pemaknaan terhadap nilai ini. Kemudian yang nampak adalah interaksi yang bersifat teknis semata, baik dengan dengan kolega maupun dengan pasien (Kramer & Schmalenberg, 2003). Pada situasi ini nilai kerja Transendensi Diri yang dimiliki menjadi tidak berkembang.

Untuk mengelola nilai-nilai antar profesi, manajemen rumah sakit memegang peranan penting melalui penciptaan suasana kerja yang kondusif (Manojlovich, 2007). Nilai-nilai kerja merupakan bagian dari aspek Kehendak, disamping Kapasitas dan Kesempatan yang ketiganya mempengaruhi kinerja (Blumberg & Pringle, 1982). Dengan demikian pengelolaan nilai-nilai kerja antara Dokter dan Perawat harus melibatkan pula aspek-aspek lainnya.

Pihak manajemen misalnya dapat mengadakan pertemuan-pertemuan yang melibatkan seluruh karyawan, termasuk Dokter dan Perawat. Pertemuan ini lebih

merupakan pertemuan informal, sehingga hambatan komunikasi yang dikarenakan peran dan status sosial masing-masing karyawan dapat direduksi. Pelatihan-pelatihan yang mengembangkan keterampilan berkomunikasi antar bagianpun perlu dilakukan. Melalui pelatihan ini diharapkan antara kedua pihak dapat saling memahami nilai-nilai kerjanya dan mengkomunikasikan nilai tersebut secara tepat dalam praktek kolaborasi. Secara komprehensif, Ruddy dan Rhee (2005) menyampaikan bahwa efektivitas kolaborasi antar profesi melibatkan faktor-faktor adanya dukungan institusi, seleksi yang tepat para anggota kelompok, pelatihan yang efektif, diyakininya sebagai tujuan bersama, adanya peran yang jelas, lancarnya komunikasi antar anggota, tersedianya standar sistem kerja dan insentif yang memotivasi para karyawan. Nilai-nilai kerja sebagai panduan evaluasi dan bertindak bagi para anggota yang meyakinkannya (Ros, dkk., 1999), memperoleh peneguhan dan sekaligus terfasilitasi lintas kepentingannya pada situasi tersebut.

Untuk menumbuhkan kesalingpahaman antar nilai kerja, pendidikan kolaboratif yang merupakan bagian dari proses pembentukan praktik kolaborasi antar profesi (WHO, 2010), haruslah terus dilanjutkan. Intensitas pertemuan dan ragam persoalan yang dihadapi selama masa pendidikan, diharapkan dapat mengembangkan sikap positif berkolaborasi yang sangat dibutuhkan kelak.

## Kesimpulan

Keselamatan pasien merupakan tuntutan utama dalam memberikan layanan kesehatan. Untuk mencapai hal tersebut para tenaga kesehatan haruslah berkolaborasi karena belum memadainya jumlah tenaga kesehatan, pesatnya kemajuan

teknologi kesehatan, perkembangan penyakit dan semakin banyaknya pasien yang harus dilayani. Dalam kolaborasi tidak hanya terjadi interaksi teknis, namun juga terjadi interaksi antar nilai-nilai kerja yang dimiliki masing-masing profesi. Permasalahan yang terejadi dalam proses kolaborasi tidak dapat dilepaskan dari hal ini. Untuk menjawab persoalan tersebut, penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran perbedaan nilai-nilai kerja antara Dokter dan Perawat. Hasil penelitian menunjukkan antara Dokter dan Perawat terdapat enam perbedaan nilai-nilai kerja, yaitu: Pengarahan Diri, Hedonisme, Universalitas, Kebaikan, Konformitas dan Keamanan.

Peran manajemen rumah sakit penting dalam mengelola interaksi antar kelompok profesi. Praktek kolaborasi dapat ditingkatkan kualitasnya melalui kegiatan-kegiatan informal maupun formal. Disamping meningkatkan efektivitas kolaborasi, hal ini membangun pula sikap saling memahami dan saling menghargai nilai-nilai kerja antar profesi. Pada bagian lain, peran pendidikan kolaboratif harus perlu diintensifkan. Pengalaman berkolaborasi semasa masa pendidikan dapat menumbuhkan dan sekaligus memperkenalkan nilai-nilai kerja dari suatu kelompok profesi. Hal ini diharapkan membangun kesiapan dan sikap positif terhadap praktek kolaboratif kelak.

Kajian tentang nilai kerja pada konteks kolaborasi antar profesi masih perlu diintensifkan mengingat kebutuhan praktis maupun teoritis. Penelitian ini merupakan langkah awal dengan beberapa keterbatasan terkait jumlah subyek dan ragam profesi kesehatan yang terlibat. Disamping itu, kategori rumah sakit dan lokasi rumah sakit yang berpengaruh pula terhadap pembentukan nilai-nilai kerja masih belum tercakup pada penelitian ini.

Keterbatasan ini sekaligus merupakan saran untuk penelitian-penelitian selanjutnya.

### Daftar Pustaka

- Bappenas (2005) Laporan: Kajian Kebijakan Perencanaan Tenaga Kesehatan. Jakarta: Direktorat Kesehatan Gizi dan Masyarakat-Bappenas
- Blumberg, M., & Pringle, C.D. (1982). The missing opportunity in organizational research: Some implications for a theory of work performance. *Academy of Management Review*, 7(4), 562-565.
- D'Andrade, R. (2008). *A Study of Personal and Cultural Values: American, Japanese and Vietnamese*. NY: Palgrave Macmillan
- Departemen Kesehatan RI (2006). Panduan Nasional Keselamatan Pasien (Patient Safety). Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Dose, J.J. (1997). Work values: An integrative framework and illustrative application to organizational socialization. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*; 70, 3, 219-240
- Elizur, D. (1984). Facet of Work Values: A Structural Analysis of Work Outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 69, 379-389.
- Flicek, C.L. (2012). Communication: A Dynamic Between Nurses and Physicians. *MedSurg Nursing*, 21(6), 385-387.
- Furnham, A., Petrides, K.V., Tsaousis, I., Pappas, K dan Garrod, D (2005). A Cross-Cultural Investigation Into the Relationship Between Personality Traits and Work Values. *Journal of Psychology*, 1(139), 5-32.

- Jex, S.M., & Britt, T.W. (2008). *Organizational Psychology: A Scientist-Practitioner Approach 2<sup>nd</sup> edition*. NJ: John Wiley and Sons.
- Knafo, A., & Sagiv, L. (2004). Values and Work Environment: Mapping 32 Occupations. *European Journal of Psychology of Education*, XIX(3), 255-273.
- Knafo, A., & Schwartz, S.H. (2004). Identity formation and parent-child value congruence in adolescence. *British Journal of Developmental Psychology*, 22, 439-458.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2003). Securing "good" nurse physician relationship: Explore the link between collaboration and quality patient care. *Nursing Management*, July, 34-38.
- Krogstad, U., Hofoss, D., & Hjortdahl, P. (2004). Doctor and nurse perception of inter professional co-operation in hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(6), 491-497.
- Li, W., Liu, X., & Wan, W. (2008). Demographic Effect of Work Values and Their Management Implications. *Journal of Business Ethics*, 81, 875-885.
- Lichtenstein, R., Alexander, J.A., Jinnett, K., & Ullman, E. (1997). Embedded intergroup relations in interdisciplinary teams: Effects on perceptions of level of team integration. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 33(4), 413-434.
- Maio, G.R., Olson, J.M., Bernard, M.M., & Luke, M.A. (2006). Ideologies, Values, Attitudes, and Behavior dalam John Delamater (Ed), *Handbook of Social Psychology* (283-308). NY: Springer
- Manojlovich, M. (2007). Healty work environments, nurse-physicians communication, and patients outcomes. *American Journal of Critical Care*, 16(6), 536-543.
- Mills, P., Neily, J., & Dunn, E. (2008). Teamwork and Communication in Surgical Teams: Implications for Patient Safety. *Journal of the American College of Surgeons*, 206, 107-112.
- Ogbimi, R.I., & Adebamowo, C.A. (2006). Questionnaire survey of working relationships between nurses and doctors in University Teaching Hospitals in Southern Nigeria. *BMC Nursing*, 5(2), 1-6.
- Ravlin, E.C. (2007). Work Values dalam Steven G. Rogelberg (ed) *Encyclopedia of Industrial and Organizational Psychology*, 2, CA: Sage
- Republik Indonesia. (2009). *Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit*. Lembaran Negara RI Tahun 2009, No. 4843, Jakarta: Sekretariat Negara
- Republik Indonesia (2011). Peraturan Menteri Kesehatan RI No.1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Jakarta: Kementrian Kesehatan RI
- Rohan, M. (2000). A rose by any name? The values construct. *Personality and Social Psychology Review*, 4, 255-277.
- Ros, M., Schwartz, S.H., & Surkiss, S. (1999). Basic Individual Values, Work Values and the Meaning of Work. *Applied Psychology: An International Review*, 48(1), 49-71.
- Rothman, I., & Cooper, C. (2008). *Organizational and Work Psychology*. London: Hodder Education
- Ruddy, G., & Rhee, K. (2005). Transdisciplinary Teams in Primary Care for the Underserved: A Literature Review *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 16(2), 248-256
- Rudland, J.R., & Mires, G.J. (2005). Characteristics of doctors and nurses as

- perceived by students entering medical school: implications for shared teaching. *Medical Education*, 39, 448–455.
- Schein, E.H. (2004). *Organizational culture and leadership*. CA: Jossey-Bass
- Schermerhorn, J.R., Hunt, J.G. & Osborn, R.N.(2002). *Organizational Behavior* 7<sup>th</sup> Edition. NY:John Wiley and Sons
- Schwartz, S.H. (1992). Universals in the content and structure of values dalam M. Zanna (ed). *Advances in experimental social psychology*. NY: Academic Press
- World Health Organization. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaboration Practice*. Geneva: World Health Organization.