

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Penelitian

Memiliki daerah tertinggal merupakan tantangan bagi suatu negara, terutama dalam upaya pemerataan pelayanan kesehatan. Sumber daya yang tidak mencukupi, alokasi yang tidak tepat, dan kualitas pelayanan yang kurang optimal menjadi kendala utama pelayanan kesehatan di daerah tertinggal. Berdasarkan data dari *World Health Organization* (2020), negara-negara dengan kategori *lower-middle-income countries (LMIC)* dan *lower-income countries (LIC)* menyumbang sebagian besar beban penyakit global atau *global burden of disease (GBD)*, tetapi pengeluaran global untuk kesehatan hanya 9,845 persen. Di banyak negara sedang berkembang, kurangnya sumber daya berkontribusi pada kesulitan masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan. Sumber daya tersebut dapat berupa infrastruktur, dana, hingga tenaga kesehatan. Oleh karena itu, dalam strategi pelayanan kesehatan, dibutuhkan upaya menciptakan *health equity* yang menunjukkan bahwa secara ideal setiap manusia harus memiliki kesempatan yang sama untuk mencapai derajat kesehatan secara penuh dan tidak ada seorangpun yang dapat dirugikan dari proses pencapaian kesehatan tersebut (Jack, 2021). Untuk pencapaian *health equity*, salah satu fundamental terkuat adalah pemerataan distribusi sumber daya manusia, dalam hal ini tenaga kesehatan ke daerah tertinggal. Distribusi ini menjadi tantangan besar oleh karena kelemahan sistem dan preferensi individual tenaga kesehatan yang berbeda-beda (Brewer *et al.*, 2020).

Asia Tenggara digambarkan sebagai wilayah dengan posisi geografis yang menjadi jalur lintas perdagangan sehingga menyebabkan status kesehatan yang berbeda di setiap negara. Sayangnya, Indonesia sebagai negara terbesar di Asia Tenggara mengalokasikan anggaran untuk kesehatan sebesar 2,905 persen dari produk domestik bruto (PDB) pada tahun 2019 (*The World Bank, 2022*), menjadikannya negara terendah kedua, meskipun terdapat peningkatan saat ini karena pandemi *coronavirus disease 2019 (COVID-19)*. Indonesia saat ini masih memiliki sistem pelayanan kesehatan masyarakat yang buruk dengan hanya enam dokter per 10.000 penduduk (*World Health Organization, 2020*), yang mana ini masih jauh di bawah limit yang ditetapkan WHO (1:1.000). Hal ini dapat menjadi penghambat terwujudnya *Sustainable Development Goals/SDGs 2030*. Kurangnya pemerataan tenaga kesehatan nasional berkontribusi pada konsekuensi ini.

Indonesia memiliki 62 kabupaten yang tergolong daerah tertinggal berdasarkan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 63 Tahun 2020 tentang Penetapan Daerah Tertinggal Tahun 2020-2024. Daerah tertinggal adalah daerah kabupaten yang wilayah serta masyarakatnya kurang berkembang dibandingkan dengan daerah lain dalam skala nasional. Suatu daerah ditetapkan sebagai daerah tertinggal berdasarkan kriteria perekonomian masyarakat, sumber daya manusia, sarana dan prasarana, kemampuan keuangan daerah, aksesibilitas, dan karakteristik daerah. Dalam upaya pembangunan daerah tertinggal, berdasarkan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024, Pemerintah membuat kebijakan Percepatan Pembangunan Daerah Tertinggal Tahun 2020-2024 yang

mencakup pengembangan perekonomian masyarakat, peningkatan sumber daya manusia, percepatan pembangunan sarana-prasarana/infrastruktur wilayah, pemanfaatan teknologi dan informasi, peningkatan ketangguhan dan kemandirian daerah tertentu, pembinaan terhadap daerah tertinggal entas tahun 2019 melalui peningkatan daya saing dan kerja sama, dan penanganan dan pemulihan ekonomi daerah pascapandemi COVID-19. Sektor kesehatan terkandung dalam seluruh kebijakan tersebut dan optimasi pembangunan kesehatan terutama pada fasilitas kesehatan dan pemerataan sumber daya tenaga kesehatan, dalam hal ini rumah sakit, akan memperlancar upaya-upaya yang telah disebutkan di atas. Dengan topografi daerah tertinggal yang ekstrim, peran infrastruktur dan sumber daya tenaga kesehatan menjadi komponen fisik yang penting bagi daerah tertinggal karena pengembangan infrastruktur yang sistematis, konsisten dan terarah, akan mengarah pada peningkatan kesejahteraan masyarakat daerah tertinggal (Suharmiati *et al.*, 2017).

Hal mendasar yang paling dirasakan dalam penatalaksanaan program di rumah sakit di daerah tertinggal di Indonesia adalah kurang adanya dukungan tenaga, sarana, dan peralatan. Hampir seluruh rumah sakit daerah tertinggal di Indonesia mengeluh tentang jumlah dan kualifikasi tenaga. Tenaga yang ada sangat terbatas dengan beban tugas yang banyak dirangkap. Hal ini sering menyulitkan dalam pengaturan pembagian tugas (Nurlinawati & Putranto, 2020). Tidak jarang apabila dokter umum yang bertugas di unit yang esensial seperti instalasi gawat darurat (IGD) merangkap dalam tugasnya di rumah sakit, baik dalam tata laksana pasien dan manajerial.

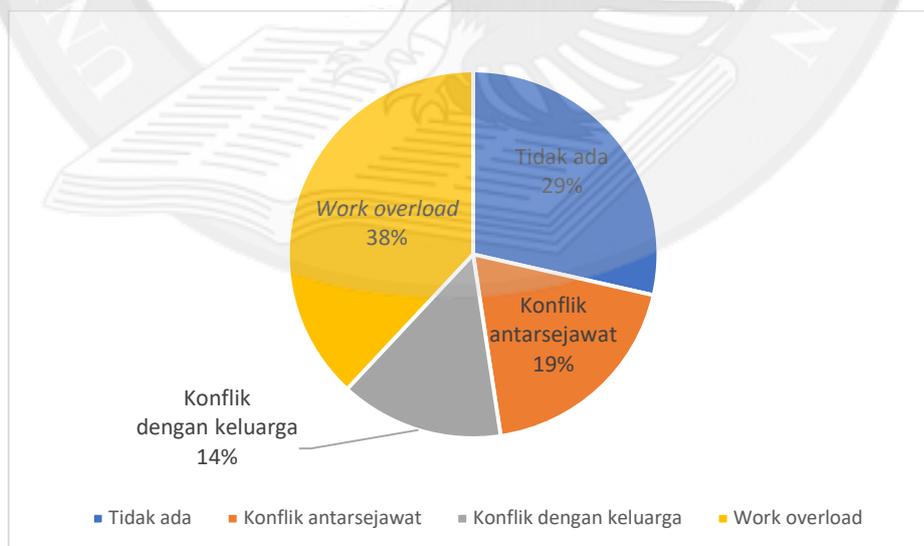
Nusa Tenggara Timur merupakan salah satu provinsi dengan daerah tertinggal terbanyak di Indonesia. Namun, masih sangat sedikit tenaga kesehatan yang menetap di daerah ini. Hingga Desember 2017, rasio dokter umum terhadap jumlah penduduk tercatat 1:10.267 seperti yang terlihat pada Tabel 1.1, yang mana angka ini masih sangat jauh dari harapan (Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur, 2019). Tingginya *turnover rate* dokter di Nusa Tenggara Timur sering menimbulkan kekosongan tenaga. Beberapa penyebabnya adalah kurangnya minat tenaga kesehatan yang bersedia ditempatkan di daerah tertinggal dan *physician disengagement* pada dokter yang bekerja di daerah tersebut, sehingga dapat memperburuk kesulitan masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan (Rabkin *et al.*, 2019). Dampak dari situasi ini semakin terlihat pada saat bencana banjir yang disebabkan badai siklon pada April 2021 yang menelan 128 nyawa. Kurangnya tenaga dokter menyebabkan pelayanan gawat darurat dan tanggap bencana pada masyarakat yang tertimpa musibah terkendala, sehingga Kementerian Kesehatan melakukan koordinasi dengan koordinasi dengan Provinsi Sulawesi Selatan dan Jawa Timur untuk mendatangkan tenaga dokter untuk membantu penanganan gawat darurat pada kondisi bencana tersebut.

Tabel 1.1 Rasio Jumlah Dokter Umum terhadap Jumlah Penduduk di Provinsi Nusa Tenggara Timur

No	Uraian	Tahun				
		2013	2014	2015	2016	2017
1	Jumlah Penduduk	4.953.967	5.036.897	5.120.061	5.203.514	5.287.302
2	Jumlah Dokter Umum	493	382	422	481	515
3	Rasio Dokter Umum	1 : 10.049	1 : 13.186	1 : 12.132	1 : 10.818	1 : 10.267

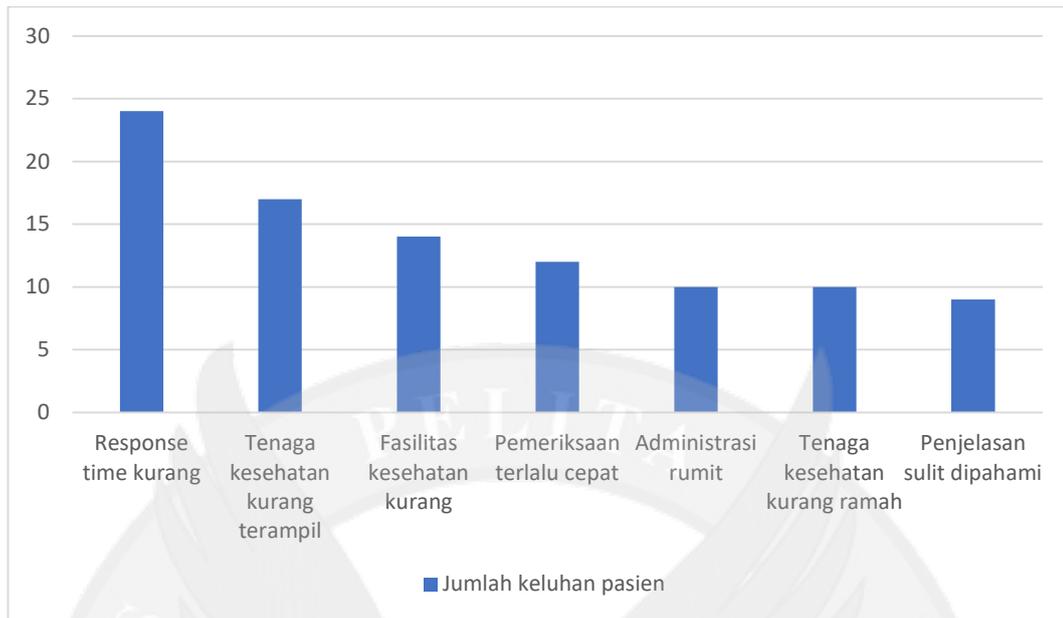
Sumber: Badan Pusat Statistik (2019)

Dari sebuah panduan pelaksanaan kerja dokter jaga IGD sebuah rumah sakit umum daerah (RSUD) di Nusa Tenggara Timur, selain menangani kasus gawat darurat di unitnya, dokter jaga IGD memiliki tugas mengisi dan menandatangani buku laporan pasien dan formulir-formulir pengantar yang akan diperiksa oleh atasan, mengisi surat visum, memeriksa pasien ruangan bila ada konsultasi dari bagian ruangan, mengawasi dan mengarahkan perawat, dan melapor pada atasan rumah sakit bila ada kejadian penting atau khusus, ditambah dengan melaksanakan kewajiban sebagai dokter. Kewajiban ini antara lain melayani pasien dengan sukarela tanpa dipengaruhi oleh pertimbangan keuntungan pribadi, mendahulukan kepentingan pasien, dan menjaga kerahasiaan hal-hal yang diketahui tentang pasien. Berdasarkan angket yang disebar kepada 42 orang dokter jaga IGD di lima RSUD di Nusa Tenggara Timur, sebanyak 71 persen (30 orang) dokter jaga IGD mengalami dampak emosional dalam pekerjaannya, yaitu: konflik antarsejawat, *work overload*, dan konflik dengan keluarga seperti yang terlihat pada Gambar 1.1.



Gambar 1.1 Dampak Emosional Pekerjaan pada Dokter Jaga IGD di Lima Rumah Sakit Acak di Provinsi Nusa Tenggara Timur
Sumber: Olahan Data Penelitian (2022)

Peneliti melakukan telaah pada daftar pengaduan pasien sehubungan dengan kinerja tenaga medis yang bertugas di IGD sebuah rumah sakit swasta di Nusa Tenggara Timur. Adapun keluhan tersebut antara lain dari hasil rekapitulasi keluhan pasien yang masuk dalam daftar pengaduan pada tahun 2021 dengan total 213 keluhan (Gambar 1.2) dengan 96 keluhan menunjukkan bahwa pasien tidak puas dengan pelayanan IGD karena *response time* yang kurang (25 persen), tenaga kesehatan kurang terampil (18 persen), pemeriksaan yang dilakukan terlalu cepat (12 persen), fasilitas kesehatan yang kurang (15 persen), administrasi rumit (10 persen), tenaga kesehatan kurang ramah (10 persen), dan penjelasan dokter sulit dipahami (10 persen). Kemudian berdasarkan wawancara terhadap tujuh dokter jaga IGD sebuah rumah sakit swasta di Provinsi Nusa Tenggara Timur pada tanggal 20 Januari 2022 oleh peneliti tentang beberapa faktor yang berhubungan dengan *physician well-being* seperti fasilitas kesehatan, hubungan dengan kolega, hubungan dengan staf, pendapatan, dan juga kesempatan promosi, didapatkan bahwa mereka mengakui faktor-faktor tersebut berhubungan erat dengan kesejahteraan kerja mereka. Selain itu, praktik di lebih dari satu rumah sakit dengan bobot jumlah pasien yang bervariasi dan berpengaruh pada durasi kerja membuat kurangnya ketepatan waktu dokter untuk hadir dalam pelayanan. Mereka juga mengakui bahwa hal tersebut berpengaruh pada peran mereka dalam pelayanan, sehingga kepuasan pasien juga dapat terdampak.



Gambar 1.2 Daftar Keluhan Pasien di Sebuah Rumah Sakit Swasta di Nusa Tenggara Timur Tahun 2021
 Sumber: Olahan Data Penelitian (2022)

Berdasarkan ketiga fenomena tersebut di atas, dapat ditarik kesimpulan sementara bahwa kepuasan pasien terhadap pelayanan gawat darurat di Provinsi Nusa Tenggara Timur masih belum sepenuhnya tercapai. Hal ini berhubungan dengan kompetensi dan perilaku kerja tenaga kesehatan, dalam hal ini dokter jaga IGD, yang dipengaruhi oleh faktor-faktor intrinsik dan ekstrinsik berupa motivasi dan sumber daya pekerjaan. Faktor tersebut akan memengaruhi cara dokter tersebut menerima segala aspek positif dan negatif dan berkontribusi terhadap organisasi dengan keluaran berupa cara mereka berperilaku dan berkomitmen terhadap tugas dan tanggung jawab dalam pekerjaan mereka. Hal ini dapat terlihat dari kinerja yang berupa produktivitas, *response time*, dan tingkat *turnover* dokter (Atingabili *et al.*, 2021). Seluruh hal di atas membuktikan bagaimana peran *social exchange theory* dalam dunia pekerjaan yang menggambarkan bahwa dalam hubungan sosial

terdapat elemen *reward*, pengorbanan, dan profit yang bersifat dua arah antara organisasi dengan karyawan yang bersangkutan (Meira & Hancer, 2021). Teori inilah yang mendasari *work engagement* dan antesedennya yang diperlukan untuk menilai sekaligus memberikan pertimbangan bagi manajemen dalam mempertahankan tenaga kerjanya.

Dengan pertimbangan tiga data fenomena yang dihadapi, maka data *business gap* tersebut dapat dihubungkan dengan penilaian kualitas pelayanan rumah sakit, dalam hal ini menggunakan perspektif dokter jaga IGD selaku tenaga medis. Konsep ini pada dasarnya tertuju pada keterlibatan dokter jaga IGD terhadap pekerjaannya dan memberikan dorongan untuk memberikan pelayanan yang berfokus pada pasien. Dorongan atau niat ini tentunya digambarkan melalui persepsi mereka terhadap pelayanan yang diorganisasi oleh rumah sakit tempat mereka bekerja dan keseluruhan persepsi ini dirumuskan sebagai *patient centricity*.

Dalam suatu organisasi, produktivitas dan kualitas pelayanan sepenuhnya bergantung pada kemampuan organisasi dalam mengelola sumber daya manusia (SDM), sehingga SDM menjadi salah satu faktor penting dalam menentukan keberhasilan suatu organisasi atau badan usaha. Manajemen SDM meliputi pengembangan organisasi, pengembangan SDM, dan hubungan industrial. Fungsi SDM dalam suatu organisasi mencakup segala sesuatu yang berkaitan dengan 'orang', yaitu perekrutan, induksi, retensi, kesejahteraan, penilaian, pertumbuhan, pelatihan, pengembangan keterampilan, orientasi sikap, kompensasi, motivasi, hubungan industrial dan pensiun, dan sebagainya (Bhatnagar & Srivastava, 2012; Bakker, 2017; Tripathi *et al.*, 2021).

Dalam mencapai tujuannya, perencanaan SDM yang baik sangat bermanfaat dalam memberikan jaminan kepada organisasi atau badan usaha melalui penyediaan tenaga kerja yang tepat untuk pekerjaan/kedudukan yang tepat dan pada waktu yang tepat. Dalam merencanakan manajemen SDM maka perlu dilakukan identifikasi masalah serta analisis tentang ancaman dan peluang yang bisa mempengaruhi SDM dalam suatu organisasi dan sebagai acuan untuk dilakukan tindak lanjut atas masalah tersebut (Wake & Green, 2019).

Rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan memiliki spesifikasi dalam hal SDM, sarana, prasarana, peralatan, dan produk yang dipakai dengan sifat tidak berwujud yang berasal dari pelaku pelayanan kesehatan yaitu petugas kesehatan. Berdasarkan pasal 1 ayat 6 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, tenaga kesehatan didefinisikan sebagai seseorang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan yang memiliki pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan dalam bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Beberapa hal yang memengaruhi kualitas pelayanan di rumah sakit salah satunya yaitu tenaga kesehatan yang terdiri dari dokter, perawat, apoteker, petugas laboratorium, bidan, ahli gizi, dan petugas kesehatan lainnya. SDM merupakan salah satu faktor yang berperan penting sebagai pilar utama penggerak roda organisasi dengan tujuan mencapai visi dan misi rumah sakit, oleh karena itu SDM harus dikelola dengan baik agar dapat memberikan pengaruh yang maksimal. Rumah sakit harus melakukan pengelolaan yang optimal terhadap potensi tenaga kesehatan sehingga mampu memberikan nilai yang positif bagi kualitas pelayanan

kepada masyarakat, salah satunya pelayanan yang dilakukan dokter yang merupakan salah satu bentuk pelayanan profesional di rumah sakit dan menjadi salah satu faktor penentu kualitas dan citra rumah sakit (Depkes RI, 1999).

Kesejahteraan seorang tenaga kesehatan adalah topik yang telah mendapat perhatian yang cukup besar oleh para peneliti dan manajer. Studi tentang kesejahteraan dokter sebagian besar berfokus pada *burnout* dokter (Dyrbye *et al.*, 2012). Studi ini menunjukkan bahwa banyak dokter yang kurang bersemangat dan kurang sejahtera dalam pekerjaan mereka (Scheepers *et al.*, 2017). Kesejahteraan terkait pekerjaan yang optimal telah dipelajari secara luas sebagai *work engagement* (Shanafelt *et al.*, 2016).

Work engagement diperkenalkan oleh Kahn (1990), dengan pengertian sejauh mana seseorang menunjukkan preferensi diri dalam tugas-tugas pekerjaan untuk mempromosikan hubungan antara diri dan pekerjaan, yang dapat meningkatkan kinerja peran melalui investasi diri secara kognitif, emosional, dan fisik. *Work engagement* ditandai dengan keadaan motivasi kesejahteraan positif yang melibatkan tingkat energi, antusiasme, dan dedikasi yang tinggi terhadap pekerjaan seseorang. Tenaga profesional yang bersemangat, berdedikasi, dan terikat (*engaged*) dalam pekerjaan akan proaktif dalam mencapai tujuan kerja dan berjuang untuk keunggulan (Salanova & Schaufeli, 2008).

Terkait dengan *work engagement* sebagai prediktornya, *Herzberg's motivation-hygiene theory* menyatakan bahwa ada faktor-faktor tertentu di tempat kerja yang menyebabkan kepuasan kerja, sementara serangkaian faktor yang terpisah menyebabkan ketidakpuasan, yang semuanya bertindak secara independen

satu sama lain (Herzberg *et al.*, 1959). Teori ini membedakan antara: (1) motivator (misalnya pekerjaan yang menantang, pengakuan atas prestasi seseorang, tanggung jawab, kesempatan untuk melakukan sesuatu yang berarti, keterlibatan dalam pengambilan keputusan, rasa penting bagi organisasi) yang memberikan kepuasan positif, yang timbul dari kondisi intrinsik pekerjaan itu sendiri, seperti pengakuan, prestasi, atau pertumbuhan pribadi; dan (2) *hygiene factors* (misalnya status, keamanan kerja, gaji, tunjangan, kondisi kerja, gaji yang baik, asuransi, cuti) yang tidak memberikan kepuasan positif atau menyebabkan motivasi yang lebih tinggi, meskipun ketidakpuasan merupakan hasil dari ketidakhadiran mereka. *Hygiene factors* dalam hal ini adalah ekstrinsik dari pekerjaan itu sendiri, dan mencakup aspek-aspek seperti kebijakan perusahaan, praktik pengawasan, atau upah/gaji (Herzberg *et al.*, 1959; House & Wigdor, 1959). Menurut Herzberg, tidak adanya *hygiene factors* menyebabkan ketidakpuasan di kalangan karyawan di tempat kerja. Untuk menghilangkan ketidakpuasan di lingkungan kerja, *hygiene factors* ini harus ada, namun kehadirannya tidak menjamin kepuasan ataupun *engagement* sepenuhnya. Ada beberapa cara yang dapat dilakukan, tetapi beberapa cara terpenting untuk mengurangi ketidakpuasan adalah dengan membayar upah yang wajar, memastikan keamanan kerja karyawan, dan menciptakan budaya positif di tempat kerja. Herzberg mempertimbangkan *hygiene factors* berikut dari yang paling penting hingga yang kurang penting: kebijakan perusahaan, pengawasan, hubungan karyawan dengan atasan mereka, kondisi kerja, gaji, dan hubungan dengan rekan kerja. Menghilangkan ketidakpuasan hanyalah setengah dari tugas teori Herzberg. Setengah lainnya adalah untuk meningkatkan kepuasan di tempat

kerja. Hal ini dapat dilakukan dengan memperbaiki faktor-faktor pendorong (House & Wigdor, 1959; Alrawahi *et al.*, 2020). Faktor motivasi sangat dibutuhkan untuk memotivasi seorang pegawai agar kinerjanya lebih tinggi. inilah prinsip yang digunakan peneliti dalam modifikasi model penelitian sebelumnya (Alrawahi *et al.*, 2020). Dengan pemanfaatan faktor intrinsik dan ekstrinsik yang dalam keterlibatan kerja dan kinerja kerja karyawan, model modifikasi ini dapat mencakup aspek-aspek yang berhubungan dengan keseharian dokter jaga IGD yang berperan sebagai pendahulu.

Konsep *work engagement* sangat tertanam dalam teori *job demands-resources (JD-R)*, yang melihat *engagement* sebagai fungsi interaksi antara tuntutan pekerjaan dan sumber daya (Bakker, 2017; Gawke *et al.*, 2017). Dengan demikian, *work engagement* adalah mediator antara tuntutan/sumber daya pekerjaan dan kinerja pekerjaan. Sumber daya pekerjaan seperti peluang karir, dukungan organisasi, keamanan kerja, dan iklim kerja yang positif menyebabkan *work engagement* yang tinggi dan akibatnya, kinerja yang luar biasa. Di sisi lain, tuntutan pekerjaan seperti tekanan kerja yang tinggi, kondisi fisik yang buruk, iklim kerja yang negatif dan hubungan interpersonal yang rumit dikaitkan dengan konsekuensi psikologis yang negatif. Jika seseorang tidak menyatukan sumber daya pribadi dan organisasi untuk pulih dari tekanan di tempat kerja, tuntutan pekerjaan dapat menyebabkan *burnout*.

Konseptualisasi *work engagement* telah menjadi inspirasi bagi para peneliti dan praktisi di seluruh dunia, misalnya Seppala *et al.* (2009), Shimazu & Schaufeli (2009), Balducci *et al.* (2010), Nerstad *et al.* (2010), Fong & Ng (2012), Littman-

Ovadia & Balducci (2013), Panthee *et al.* (2014), Zecca *et al.* (2015), dan Lovakov *et al.* (2017), dan mereka telah menunjukkan bahwa para tenaga profesional yang memiliki *work engagement* pada akhirnya berkinerja lebih baik dalam pekerjaan mereka. Demikian pula dalam dunia kesehatan, dokter yang terikat dalam pekerjaan melaporkan bahwa mereka mengalami kemampuan kerja yang lebih baik dan melakukan lebih sedikit *medication error*. Selain itu, *work engagement* dikaitkan dengan perilaku dan sikap terkait keselamatan pasien yang lebih memadai (Daugherty *et al.*, 2016). Namun, seiring berjalannya waktu, studi-studi yang ada juga mengembangkan anteseden dan konsekuensi dari *work engagement* oleh karena ambiguitas dimensi *work engagement* dan teori yang dikembangkan oleh Kahn tersebut dianggap terlalu konseptual untuk diukur secara konkrit (Saks, 2006; Singh *et al.*, 2016). Dengan dasar ini, terdapat pengembangan dimensi-dimensi baru dari penelitian terkini terkait *work engagement*, di antaranya *absorption*, *core affect*, dan *work intensity* (Huang *et al.*, 2021) yang berhubungan dengan kepemimpinan (Huang *et al.*, 2022).

Anteseden dari *work engagement* pada awalnya diperkenalkan oleh Saks (2006) dengan revisitasinya pada tahun 2019 untuk mengkaji kembali aplikabilitasnya di kala *Utrecht Work Engagement Scale (UWES)* menjadi metode ukur *work engagement* yang mendominasi pada saat ini. Anteseden tersebut mencakup *job characteristics*, *perceived organizational support (POS)*, *perceived supervisor support*, *rewards and recognition*, *procedural justice*, dan *distributive justice*. Bila diuraikan berdasarkan dimensi yang terkandung dalam UWES, *job characteristics* dan POS dapat memprediksi *absorption*, lalu *job characteristics*,

POS, dan *procedural justice* dapat memprediksi *vigor*, dan *job characteristics* dan POS memprediksi *dedication* (Saks, 2019). Walaupun seluruh anteseden tersebut dikatakan memiliki pengaruh positif terhadap *work engagement*, beberapa penelitian telah menemukan bahwa terdapat anteseden lain yang memiliki kemampuan prediksi yang signifikan terhadap *work engagement*, di antaranya *job demands*, *dispositions*, sumber data personal, *opportunity to learn and develop*, dan beberapa bentuk *leadership*. Sebagai contoh, Christian *et al.* (2011) menemukan bahwa *problem solving*, kompleksitas kerja, *transformational leadership*, dan *leader-member exchange* memiliki hubungan positif dengan *work engagement*, sedangkan *physical demands* dan kondisi kerja (contoh: bahaya kesehatan) berpengaruh negatif. Crawford *et al.* (2010) menemukan bahwa kesempatan berkembang, iklim kerja positif, dan waktu pemulihan berpengaruh positif terhadap *work engagement*. Mereka juga menemukan bahwa *challenge demands* (tanggung jawab kerja, urgensi waktu, dan beban kerja) memiliki pengaruh positif terhadap *work engagement*, sedangkan *hindrance demands* (tugas administratif, konflik emosional, organisasi politik, inadekuasi sumber daya, konflik kepentingan, dan *role overload*) memiliki pengaruh negatif terhadap *work engagement*. Dalam perkembangannya, anteseden *work engagement* juga diaplikasikan dalam bidang kesehatan, terutama dalam hal perumahnya untuk menilai faktor yang berpengaruh terhadap keterlibatan tenaga kesehatan dalam komitmen organisasi. Berdasarkan analisis konsep yang dilakukan oleh Perreira *et al.* (2019), terdapat empat atribut kultural yang bertindak sebagai anteseden *work engagement* pada tenaga kesehatan, dalam hal ini dokter secara umum, yaitu *accountability*,

communication, incentives, opportunity, dan interpersonal skills. Accountability mencakup rasa tanggung jawab terhadap *clinical outcomes, patient outcomes, performa sistem, clinical improvement projects, dan kebijakan pemerintah dan institusional yang melibatkan dokter dalam peran clinical leadership. Communication* yang dimaksud dalam hal ini adalah komunikasi antara dokter dengan dokter dan dokter dengan staf administrasi, dan secara prinsipnya mencakup transparansi dan umpan balik. *Incentives* mencakup finansial (gaji, kompensasi, dan insentif terstruktur) dan nonfinansial (*pride, kompetisi, dan status*). *Opportunity* yang dimaksud dalam anteseden ini adalah kesempatan untuk terlibat dalam pembuatan keputusan dan kesempatan untuk mengeksplorasi dan memberikan sugesti untuk pengembangan dan *leadership*. Anteseden terakhir yaitu *interpersonal skills* yang mengandung dimensi rasa saling percaya dan pembentukan tim kerja antara dokter dengan dokter dan dokter dengan staf administrasi (Perreira *et al.*, 2019). Mengingat kurangnya penelitian empiris yang membahas hal ini, tidak heran jika *outcome* aktual yang dijabarkan dalam literatur tidak sesuai dengan apa yang ditemukan di lapangan. Secara konseptual, konsekuensi dari *work engagement* pada dokter berada pada satu di antara enam kategori berikut: perkembangan kualitas data (Wake & Green, 2019; Ricca & Antonio, 2021), efisiensi sistem kesehatan yang dapat menurunkan biaya kesehatan (Skillman *et al.*, 2017), inovasi (Imran *et al.*, 2020), kepuasan kerja (Perreira *et al.*, 2019; Vuong *et al.*, 2021), kepuasan dan pengalaman pasien (Scheepers *et al.*, 2017), dan performa baik performa organisasi ataupun sistem (Vuong *et al.*, 2021). Dengan target konstruk *work engagement*, peneliti menggabungkan konsep dari

kedua model tersebut sebagai acuan dalam penelitian terhadap dokter jaga IGD rumah sakit di Provinsi Nusa Tenggara Timur.

Sesuai dengan nama unitnya, dokter jaga IGD diharapkan siap untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat kapanpun dibutuhkan, terutama dalam hal-hal darurat yang membutuhkan pertolongan dengan segera dan cepat (Cooper *et al.*, 2019). Setiap rumah sakit tentunya memiliki jadwal jaga dokter IGD yang bervariasi baik dari segi frekuensi maupun durasinya, tergantung jumlah tenaga dan lama bekerja dokter tersebut di rumah sakit. Selain itu, di sebagian besar rumah sakit, dokter jaga IGD juga dapat merangkap di ruangan, tergantung pada ketetapan dari atasan. Dalam hubungannya dengan penjabaran tersebut, penulis menemukan beberapa limitasi pada model-model anteseden yang ada dengan apa yang terjadi di lapangan pada dokter jaga IGD. Pertama, model anteseden belum mengeksplorasi *job autonomy* pada dokter, dimana seperti yang kita ketahui, dokter memiliki kompetensi sesuai dengan ketetapan yang telah dilakukan oleh kolegium. Dokter jaga IGD memiliki keunggulan dan keterbatasan dalam kompetensinya yang dalam hal ini dapat memengaruhi motivasi dan hubungannya dengan sumber daya pekerjaan sehingga akan berdampak pada *work engagement*. Kedua, model anteseden tidak mengukur motivasi kerja dokter yang seharusnya telah dikaji pada saat rekrutmen. Idealnya seorang *human resource manager* dalam melakukan rekrutmen tenaga medis perlu melakukan analisis dan evaluasi motivasi kerja tenaga yang bersangkutan, dalam hal ini dokter jaga IGD. Motivasi pelayanan baik medis ataupun kesehatan masyarakat yang baik akan memberikan *outcome* klinis dan kesehatan yang baik, demikian sebaliknya.

Kesenjangan pada satu elemen anteseden yang disebabkan oleh kurangnya motivasi dapat memberikan dampak yang signifikan terhadap *work engagement*. Ketiga, tidak semua fasilitas kesehatan memiliki staf administrasi yang cukup dan mumpuni untuk memfasilitasi pekerjaan administrasi dalam hubungannya dengan tata laksana medis di lapangan, sehingga pada akhirnya pekerjaan tersebut dapat dibebankan kepada tenaga medis yang bersangkutan, baik perawat atau dokter. Hal ini tentunya akan berdampak pada *work engagement*, kualitas kinerja tenaga medis, dan kualitas pelayanan dari persepsi pasien. Keempat, model yang telah dikonseptualisasi tidak menganalisis hubungan antara *work engagement* dengan kualitas pelayanan kesehatan menurut persepsi tenaga medis yang bersangkutan. Dalam pelayanan kesehatan, terdapat komunikasi dan interaksi yang melibatkan dua pihak, yaitu dokter dan pasien. Penelitian-penelitian yang ada saat ini hanya mengukur kualitas pelayanan menurut persepsi pasien sebagai objek yang menerima pelayanan. Hal ini tentunya bersifat subjektif tergantung dari *outcome* klinis yang mereka dapat selama perawatan. Diperlukan pengukuran kualitas pelayanan kesehatan menurut persepsi tenaga medis oleh karena perbedaan kognitif antara pasien dan tenaga medis dalam hal sistem pelayanan, infrastruktur, dan teknologi sarana-prasarana kesehatan yang digunakan.

Dengan keterbatasan pada literatur yang disebutkan di atas, dapat diusulkan sebuah penelitian atau *framework* yang baru melalui modifikasi model dari penelitian Saks (2019) sesuai dengan kondisi kerja dokter dalam bidang kesehatan. Dalam model penelitian ini dipertimbangkan faktor internal dan eksternal yang berpengaruh pada kualitas kehidupan kerja untuk memprediksi *work engagement*.

Faktor internal yang diinklusi dalam penelitian ini adalah faktor *autonomy* dan *public service motivation*. *Physician autonomy* menyangkut kemandirian dokter dalam menjalankan tugasnya baik dalam kompetensinya untuk pelayanan ataupun dalam kebebasannya untuk menentukan jadwal kerjanya di rumah sakit. Menurut penelitian oleh Zhang *et al.* (2021), *physician autonomy* memiliki dampak positif terhadap *work engagement*. Variabel ini juga memberikan suasana psikologis yang memberikan sikap optimisme pada dokter sehingga meningkatkan semangat kerjanya. Variabel yang menjadi pertimbangan berikutnya adalah *public service motivation* yang masih jarang digunakan dalam penelitian kesehatan. Hal ini akan memberikan gambaran motivasi individual dokter dalam pelayanan kesehatan masyarakat yang sepatutnya tersaring pada saat proses rekrutmen (Cooke *et al.*, 2019). Pada penelitian ini, penulis juga memberikan modifikasi pada faktor-faktor eksternal untuk lebih menspesifikasi variabel terhadap karakteristik pekerjaan dokter jaga IGD. Hal tersebut berupa penambahan variabel fleksibilitas kerja yang digambarkan sebagai *work-life balance* (Irawanto *et al.*, 2021), *communication* dan *interpersonal skills* yang digambarkan sebagai *relationship with colleagues* (Chen, 2018), dan pekerjaan administratif (Apaydin, 2020) yang digambarkan sebagai *paperwork*. Mengingat pekerjaan dokter jaga IGD yang lebih sering berinteraksi dengan alat-alat emergensi dalam upaya penanganan pertama pasien, penulis menspesifikasi *job resources* sebagai *hospital facility* untuk memfokuskan target populasi yang dituju.

Konsep *patient centricity* dilihat sebagai pergeseran dari pemikiran tentang pelayanan pasien sesuai penyakit dan patologi menuju pemikiran terhadap manusia

secara individual dan masalah mereka (Henbest & Stewart, 1990). *Patient-centred care* didefinisikan sebagai perawatan dimana dokter merespon terhadap pasien dengan cara memberi ruang kepada pasien untuk mengekspresikan seluruh alasannya datang ke dokter, yang meliputi gejala, ekspektasi, pemikiran, dan perasaan. Dalam penelitiannya, Henbest & Stewart (1990) menemukan terdapat hubungan yang signifikan antara *patient centrality* dengan *patient's perception* bahwa dokter telah memahami alasan mereka mencari pengobatan. Hal inilah yang menjadi dasar dikembangkannya *patient-centred score* yang diuji pada beberapa penelitian lain. Henbest & Fehrsen (1992) melakukan pengujian sistem skoring tersebut pada populasi *non-Western* dan menemukan hubungan positif yang signifikan antara *patient centrality* dengan pemulihan gejala pada pasien dan kepuasan pasien secara menyeluruh, sehingga aplikabilitas sistem ini dapat bersifat transkultural dan dapat direplikasi. Terdapat beberapa faktor yang memengaruhi implementasi *patient-centred care*, yang mana hal tersebut berkaitan dengan inekuitas pada setiap konsultasi. Faktor tersebut terbagi atas faktor dokter dan faktor pasien. Faktor dokter yang memengaruhi *patient-centredness* adalah jenis kelamin dokter, usia dokter, dan lama dokter tersebut bekerja dalam kualifikasinya. Sedangkan faktor pasien terdiri dari jenis kelamin pasien, usia pasien, dan lama konsultasi (Law & Britten, 1995). Untuk menciptakan persamaan dalam implementasi *patient-centred care* dalam dunia kesehatan, diperlukan pendidikan dan pelatihan terkait *patient centrality* dalam kurikulum kedokteran dan kesehatan masyarakat agar dokter-dokter dengan jenis kelamin yang berbeda dapat menghadapi inekuitas ini dan berusaha untuk memberikan pelayanan yang optimal

ke seluruh pasien (Law & Britten, 1995). Konsep ini kemudian dimapankan dalam artikel yang disusun oleh Stewart (2001) yang menyatakan bahwa pasien sebagai target utama *patient-centred care* harus menjadi penentunya, yang mana pasien menginginkan sebuah perawatan yang: (1) mengeksplorasi alasan utama pasien datang berobat dan kebutuhan informasi yang utama; (2) melihat bagaimana pemahaman pasien sebagai orang awam, yakni pribadi mereka, kebutuhan emosional, dan isu kehidupan; (3) menemukan dasar dari masalah dan secara mutual sepakat dengan manajemen yang direncanakan; (4) meningkatkan pencegahan dan promosi kesehatan; dan (5) menjalin hubungan yang berkelanjutan antara pasien dan dokter. Walaupun hal ini menunjukkan dibutuhkannya keseragaman dalam respon pasien terhadap perawatan, *patient-centred care* merupakan suatu konsep dengan komponen yang berinteraksi antara pihak pasien dan pihak dokter. Hal inilah yang memicu pemahaman selanjutnya bahwa dalam *patient-centred care* tidak hanya persepsi pasien yang perlu diperhatikan, tetapi juga persepsi dari pihak tenaga kesehatan, dalam hal ini dokter dalam implementasinya.

Implementasi *patient-centred care* dalam interaksi terapeutik telah ditemukan dalam beberapa penelitian dengan persepsi yang beragam. Zeh *et al.* (2019) melakukan penelitian pertama yang menilai *patient centredness* dari perspektif pasien di Jerman dengan temuan bahwa pasien-pasien sangat mempertimbangkan setiap dimensi yang terdapat pada *patient centredness* dan terdapat relevansi dari setiap dimensi terhadap apa yang mereka dapatkan dari pelayanan kesehatan, terutama *patient safety*, *access to care*, dan *patient information*, namun menurut

persepsi mereka, implementasi tersebut masih tergolong biasa saja. Lain halnya dengan tenaga kesehatan yang memiliki persepsi lain bahwa kurang terdapat relevansi antara dimensi tersebut dengan praktik klinis mereka (Zeh *et al.*, 2019). Pada tingkat sistem dan organisasi, idealnya kebutuhan pasien dan sumber daya harus diprioritaskan untuk implementasi *patient-centred care*. Namun dalam penyelenggaraannya, keterbatasan finansial dan SDM, separasi sektor, proses sistem yang menghambat siklus perawatan berkesinambungan dan kurangnya dukungan pada pasien menjadi faktor yang menghambat suatu organisasi dalam menginisiasikan *patient-centred care* (Leidner *et al.*, 2021). Selain itu, regulasi eksternal dan konstruksi sistem kesehatan yang terlalu ketat menjadi hambatan besar bagi sebuah organisasi dalam mengimplementasikan *patient-centred care* (Association of the Scientific Medical Societies in Germany, 2018). Dari perspektif *supply chain*, apabila rumah sakit dapat mencapai pelayanan dengan orientasi *patient-centric*, maka hasil dari implementasi tersebut akan aman efektif, dan efisien. Hal ini juga dapat memberikan manfaat pada responsivitas tenaga kesehatan terhadap kebutuhan medis pada pasien sesuai dengan sumber daya yang ada, serta mengurangi pemborosan energi, waktu, dan suplai sehingga dapat mengurangi biaya perawatan (Srivastava & Singh, 2020). Namun, bagaimana menyeimbangkan persepsi tenaga kesehatan dan pasien masih menjadi tantangan terbesar dalam implementasi *patient-centred care*. Hingga saat ini masih terbatas penelitian yang mengevaluasi implementasi *patient-centred care* dari persepsi tenaga kesehatan. Di negara dengan status LIC dan LMIC, penelitian masih terbatas pada persepsi pasien yang disebut dengan *patient experience* pada praktik *patient-centred care* yang

sangat dipengaruhi oleh level otoritas, *environmental familiarity*, dan tingkat pendidikan dan ekonomi yang pada akhirnya memengaruhi persepsi pasien terhadap perilaku yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang disebut dengan *patient centrlicity* (Turner & Archer, 2020). Perilaku yang diberikan oleh tenaga kesehatan ini bersumber dari bagaimana organisasi memberikan dukungan yang beragam terhadap tenaga kesehatan pada praktik sehari-hari, sehingga kenyamanan dan kepuasan tenaga kesehatan dapat menentukan kualitas pelayanan yang akan diterima oleh pasien. Hal inilah yang mendasari peneliti menetapkan *work engagement* sebagai salah satu prediktor *patient centrlicity* yang merupakan performa dari *outcome* yang berdasar dari sumber daya yang terdapat pada organisasi (Macey & Schneider, 2008; Lee & Huang, 2019; De Carlo *et al.*, 2020). Untuk membangkitkan perilaku ini, tentunya tenaga medis yang terlibat di dalamnya perlu untuk merasakan iklim kerja yang baik sehingga akan memiliki fokus kerja yang lebih optimal dalam upaya memusatkan tata laksana klinis berbasis pasien (Ricca & Antonio, 2021).

Posisi penelitian ini adalah mengajukan model penelitian baru yang dimodifikasi dari penelitian-penelitian terdahulu tentang *work engagement* dan bagaimana anteseden dan konsekuensi dari *work engagement* yang dalam penelitian ini, peneliti mencoba untuk menganalisis hubungan antara *work engagement* dengan *patient centrlicity* (Saks, 2019; Srivastava & Singh, 2020). Model penelitian ini dibangun dari kerangka *social exchange theory* dan *Herzberg's motivation-hygiene theory* yang dapat mendorong motivasi kerja dokter. Kemudian adanya teori JD-R menggambarkan faktor-faktor eksternal yang dapat berpengaruh

terhadap bagaimana persepsi dokter tersebut terhadap pekerjaan yang dijalaninya. Belum ada penelitian yang melakukan pengkajian pada *work engagement* dokter jaga IGD di daerah tertinggal, sehingga dilakukan penelitian ini. Hasil analisis model penelitian ini diharapkan dapat memberi kontribusi baru dalam mengonfirmasi teori *work engagement* dalam konteks pelayanan gawat darurat di rumah sakit daerah tertinggal. Dari hasil penelitian diharapkan juga agar dapat ditemukan manfaat manajerial yang dapat disarankan bagi manajer dalam upaya meningkatkan *work engagement* dokter jaga IGD untuk meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit.

Dalam model penelitian yang diajukan ini, yang menjadi variabel dependen adalah *patient centrlicity*, sedangkan *work engagement* merupakan variabel mediasi yang juga menjadi *target construct* dalam model penelitian. Berikutnya, terdapat sembilan variabel independen yang menjadi anteseden dari *work engagement* yaitu *physician autonomy*, *public service motivation*, *work-life balance*, *relationship with colleagues*, *perceived organizational support*, *rewards and recognition*, *opportunity to learn and develop*, *paperwork*, dan *hospital facility*. Model yang diajukan dalam penelitian ini akan melalui uji secara empiris pada populasi tertentu yaitu dokter jaga IGD yang bertugas di rumah sakit di Provinsi Nusa Tenggara Timur. Hasil ini akan bermanfaat bagi *policymaker* dan manajemen rumah sakit dalam konteks pengembangan pelayanan kesehatan di daerah tertinggal.

1.2 Pertanyaan Penelitian

Dari variabel-variabel penelitian di atas, untuk menjawab fenomena latar belakang penelitian, maka dapat dirumuskan beberapa masalah penelitian dalam bentuk pertanyaan penelitian (*research question*) seperti diuraikan di bawah ini.

- 1) Apakah *physician autonomy* memberi pengaruh positif terhadap *work engagement* dokter jaga IGD?
- 2) Apakah *public service motivation* memberi pengaruh positif terhadap *work engagement* dokter jaga IGD?
- 3) Apakah *work-life balance* memberi pengaruh positif terhadap *work engagement* dokter jaga IGD?
- 4) Apakah *relationship with colleague* memberi pengaruh positif terhadap *work engagement* dokter jaga IGD?
- 5) Apakah *perceived organizational support* memberi pengaruh positif terhadap *work engagement* dokter jaga IGD?
- 6) Apakah *rewards and recognition* memberi pengaruh positif terhadap *work engagement* dokter jaga IGD?
- 7) Apakah *opportunity to learn and develop* memberi pengaruh positif terhadap *work engagement* dokter jaga IGD?
- 8) Apakah *paperwork* memberi pengaruh negatif terhadap *work engagement* dokter jaga IGD?
- 9) Apakah *hospital facility* memberi pengaruh positif terhadap *work engagement* dokter jaga IGD?

- 10) Apakah *work engagement* memberi pengaruh positif terhadap *patient centricty* dokter jaga IGD?

1.3 Tujuan Penelitian

Sesuai uraian pertanyaan penelitian di atas, maka dapat disusun tujuan penelitian seperti dijelaskan di bawah ini.

- 1) Untuk menguji dan menganalisis pengaruh positif *autonomy* terhadap *work engagement* dokter jaga IGD.
- 2) Untuk menguji dan menganalisis pengaruh positif *public service motivation* terhadap *work engagement* dokter jaga IGD.
- 3) Untuk menguji dan menganalisis pengaruh positif *work-life balance* terhadap *work engagement* dokter jaga IGD.
- 4) Untuk menguji dan menganalisis pengaruh positif *relationship with colleague* terhadap *work engagement* dokter jaga IGD.
- 5) Untuk menguji dan menganalisis pengaruh positif *perceived organizational support* terhadap *work engagement* dokter jaga IGD.
- 6) Untuk menguji dan menganalisis pengaruh positif *rewards and recognition* terhadap *work engagement* dokter jaga IGD.
- 7) Untuk menguji dan menganalisis pengaruh positif *opportunity to learn and develop* terhadap *work engagement* dokter jaga IGD.
- 8) Untuk menguji dan menganalisis pengaruh negatif *paperwork* terhadap *work engagement* dokter jaga IGD.

- 9) Untuk menguji dan menganalisis pengaruh positif *hospital facility* terhadap *work engagement* dokter jaga IGD.
- 10) Untuk menguji dan menganalisis pengaruh positif *work engagement* terhadap *patient centrality* dokter jaga IGD.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat dari penelitian ini adalah sebagai berikut.

1) Manfaat Akademis

Manfaat akademis berkaitan dengan input bagi penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan penerapan teori *work engagement* dari hasil model penelitian yang menguji anteseden *work engagement* dokter jaga IGD dan rujukan bagi penelitian lain tentang *work engagement* dan *patient centrality*.

2) Manfaat Praktis

Manfaat praktis dalam hal ini sebagai masukan bagi manajer rumah sakit untuk mempertimbangkan faktor-faktor yang memengaruhi *work engagement* dokter jaga IGD. *Work engagement* dan dampak positif lainnya akan mendukung *performance* rumah sakit tersebut, terutama dalam implementasi *patient centred care*.

1.5 Sistematika Penelitian

Penelitian disusun dalam sistematika penelitian yang terdiri dari lima bab. Dalam setiap bab tersebut terdapat penjelasan-penjelasan sesuai dengan judul bab. Kelima bab tersebut memiliki alur dan keterkaitan antara satu bab dengan bab lainnya

sehingga membuat penelitian ini menjadi satu kesatuan yang lengkap dan utuh sebagai naskah akademis. Penjabaran dari sistematika penulisan tesis ini disusun sebagai berikut.

BAB I: PENDAHULUAN

Bab ini terdiri dari latar belakang dari penelitian serta penjelasan fenomena dan masalah penelitian beserta variabel penelitian yang akan digunakan. Uraian tentang pertanyaan penelitian (*research question*), tujuan penelitian, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan juga dijabarkan pada bab ini.

BAB II: TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini berisi uraian teori-teori dasar yang merupakan landasan penelitian, penjelasan variabel, serta penelitian-penelitian terdahulu dalam hubungannya dengan topik penelitian. Pengembangan hipotesis dan penjelasan model penelitian (*conceptual framework*) akan dijabarkan lebih lanjut di bab ini.

BAB III: METODE PENELITIAN

Bab ini berisi penjelasan tentang objek penelitian, tipe penelitian, operasionalisasi variabel penelitian, populasi dan sampel, penentuan jumlah sampel, metode penarikan sampel, metode pengumpulan data, dan metode analisis data.

BAB IV: HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini berisi tentang analisis dari pengolahan data penelitian yang terdiri dari profil dan perilaku responden, analisis deskripsi variabel penelitian, analisis inferensial penelitian dengan PLS-SEM beserta pembahasannya.

BAB V: KESIMPULAN

Bab ini berisi kesimpulan dari penelitian, implikasi manajerial, serta keterbatasan dan saran untuk penelitian selanjutnya.

