

# MONOGRAF

Penanganan Gizi Buruk  
Melalui Interprofessional Collaboration  
di Puskesmas Jeneponto



Dr. Risnah S.KM., S.Kep., Ns., M.Kes.

# **MONOGRAF**

**PENANGANAN GIZI BURUK  
MELALUI INTERPROFESSIONAL COLLABORATION  
DI PUSKESMAS JENEPONTO**

**UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 28 TAHUN 2014 TENTANG HAK CIPTA**

**LINGKUP HAK CIPTA**

Pasal 1

1. Hak Cipta adalah hak eksklusif pencipta yang timbul secara otomatis berdasarkan prinsip deklaratif setelah suatu ciptaan diwujudkan dalam bentuk nyata tanpa mengurangi pembatasan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

**KETENTUAN PIDANA**

Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
3. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/ atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
4. Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

# MONOGRAF

PENANGANAN GIZI BURUK  
MELALUI INTERPROFESSIONAL COLLABORATION  
DI PUSKESMAS JENEPONTO

Penulis:

**Dr. Risnah S.KM.,S.Kep.,Ns.,M.Kes.**

Editor:

**Muhammad Irwan S.Kep.,Ns.,M.Kes**  
**Dr. Salmah Arafah S.Kep.,Ns.,M.Kes**



**MONOGRAF**  
**PENANGANAN GIZI BURUK**  
MELALUI *INTERPROFESSIONAL COLLABORATION*  
DI PUSKESMAS JENEPONTO

**Penulis:**

Dr. Risnah S.KM.,S.Kep.,Ns.,M.Kes.

All rights reserved

Hak Cipta Dilindungi Undang-undang

Hak Penerbitan pada Jejak Pustaka

Isi di Luar Tanggung Jawab Penerbit

ISBN: 978-623-5287-08-9

**Editor:**

Muhammad Irwan S.Kep.,Ns.,M.Kes

Dr. Salmah Arafah S.Kep.,Ns.,M.Kes

**Tata Letak Isi:**

Imarafsah Mutianingtyas

**Desain Cover:**

Hendrik Efriyadi

vi + 116 hlm: 15,5 x 23 cm

Cetakan Pertama, Mei 2022

Penerbit

**Jejak Pustaka**

Anggota IKAPI No. 141/DIY/2021

Wirokerten RT.002 Desa Wirokerten

Banguntapan Bantul Yogyakarta

[jejakpustaka@gmail.com](mailto:jejakpustaka@gmail.com)

081320748380

# KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas berkah, Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan buku monograf ini dengan judul “PENANGANAN GIZI BURUK MELALUI *INTERPROFESSIONAL COLLABORATION* DI PUSKESMAS JENEPONTO” yang merupakan output dari karya disertasi kami dalam menempuh program doctoral. Shalawat dan salam senantiasa tercurahkan kepada Nabiullah Muhammad SAW, keluarga, sahabat, serta para pengikut sampai akhir zaman.

Permasalahan kesehatan yang sangat kompleks memerlukan *interprofessional collaboration* kesehatan dalam penyelesaiannya. Sehingga diperlukan upaya yang komprehensif dan dukungan regulasi agar dapat meningkatkan seluruh domain *interprofessional collaboration* dalam penanganan gizi buruk yang masih menjadi sebuah permasalahan yang terjadi pada tingkat kabupaten maupun provinsi di Indonesia.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa buku monograf ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, masukan, saran dan kritikan yang sifatnya korektif dan konstruktif dari semua pihak sangat diharapkan. Akhirnya kepada Allah SWT kami bermunajat dan berdo'a semoga segala usaha dan kerja keras penulis dalam proses penyusunan dan penyelesaian buku monograf ini senantiasa tercerahkan sehingga dapat menghasilkan karya yang bermanfaat bagi kemaslahatan manusia, bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan bernilai ibadah oleh-NYA. Amin ya Rabbil alamin

Makassar, April 2022

Penulis

R I S N A H

# DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>vi</b>
<b>PARADIGMA KESEHATAN IBU DAN BAYI</b>	
<b>DI INDONESIA</b> .....	<b>1</b>
Pembangunan Kesehatan.....	1
Persoalan Gizi di Indonesia .....	2
<b>KEBIJAKAN KESEHATAN</b> .....	<b>9</b>
<i>Interprofessional collaboration</i> Kesehatan.....	9
<i>Health Care System</i> Betty Neuman .....	25
Pelayanan Berpusat pada Pasien .....	30
Pengetahuan dan Pendidikan Kesehatan .....	33
<b>STUDI KASUS</b> .....	<b>44</b>
Gambaran Umum Jenepono.....	44
Hasil Studi Kasus.....	45
Ulasan Hasil Studi Kasus.....	71
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	<b>103</b>
<b>BIODATA PENULIS</b> .....	<b>116</b>

# PARADIGMA KESEHATAN IBU DAN BAYI DI INDONESIA

## **Pembangunan Kesehatan**

Sistem kesehatan berdasarkan undang-undang merupakan salah satu cara bagi pemenuhan hak-hak masyarakat oleh negara. Sementara itu, pemberdayaan masyarakat sangat dipengaruhi oleh fungsi kerja sama lintas sektor lembaga kesehatan dalam mendidik masyarakat. *Output* yang diharapkan adalah adanya penyediaan pelayanan kesehatan bagi semua pihak dengan harga terjangkau (Adisasmito, 2008).

Kesehatan masyarakat yang optimal merupakan salah satu kunci penting akan kesuksesan sebuah negara. Kolaborasi antar profesi kesehatan adalah satu usaha untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Dilakukan dengan upaya preventif dan promotif tanpa mengabaikan pendekatan kuratif dan rehabilitatif.

Gerakan penyelamatan 1000 hari pertama kehidupan merupakan gerakan nasional untuk memutus mata rantai masalah kesehatan ibu dan anak. Gerakan besar ini tentu harus didukung berbagai sektor, serta berbagai profesi. Tidak hanya profesi kesehatan, namun juga profesi lainnya seperti para pendidik, akademisi, profesi yang bergerak di bidang pertanian, bahkan para pengusaha serta profesi lainnya (Sumarni, 2015).

Sekarang ini banyak sistem kesehatan di negara-negara di dunia yang mengimplementasikan pelayanan kesehatan terfragmentasi yang pada akhirnya tidak mampu menyelesaikan masalah kesehatan di negara itu sendiri. Hal ini kemudian disadari

karena permasalahan kesehatan sebenarnya menyangkut banyak aspek dalam kehidupan, dan untuk dapat memecahkan satu persatu permasalahan tersebut atau untuk meningkatkan kualitas kesehatan itu sendiri, tidak dapat dilakukan hanya dengan sistem uniprofesional. Pentingnya kontribusi berbagai disiplin ilmu ternyata memberi dampak positif dalam penyelesaian berbagai masalah kesehatan (WHO, 2010).

Kerja sama lintas sektor telah disadari benar sebagai strategi penting dalam pembangunan kesehatan. Konferensi Internasional Promosi Kesehatan di Jakarta bahkan telah melibatkan pihak swasta (*non government organization*) sebagai peserta. Pada saat itu dibahas tentang tanggungjawab sosial “organisasi/perusahaan” dalam kesehatan (*coporate social responsibility*) (Unicef, 2013).

Pada Konferensi Internasional Promosi Kesehatan yang ke tujuh di Nairobi-Kenya, kemitraan dan kerja sama lintas sektor menjadi isu penting yang dibahas. Demikian pula pada Konferensi Promosi Kesehatan yang ke sembilan di Pattaya Thailand, dibahas beberapa tantangan promosi kesehatan pada tahun 2013. Konferensi tersebut mengeksplorasi tingkat investasi dalam promosi kesehatan, bagaimana promosi kesehatan lebih efektif dalam mendukung program dan kebijakan kesehatan, serta peran praktisi promosi kesehatan, peneliti dan pembuat kebijakan dalam menjaga investasi kesehatan (Sparks, 2013).

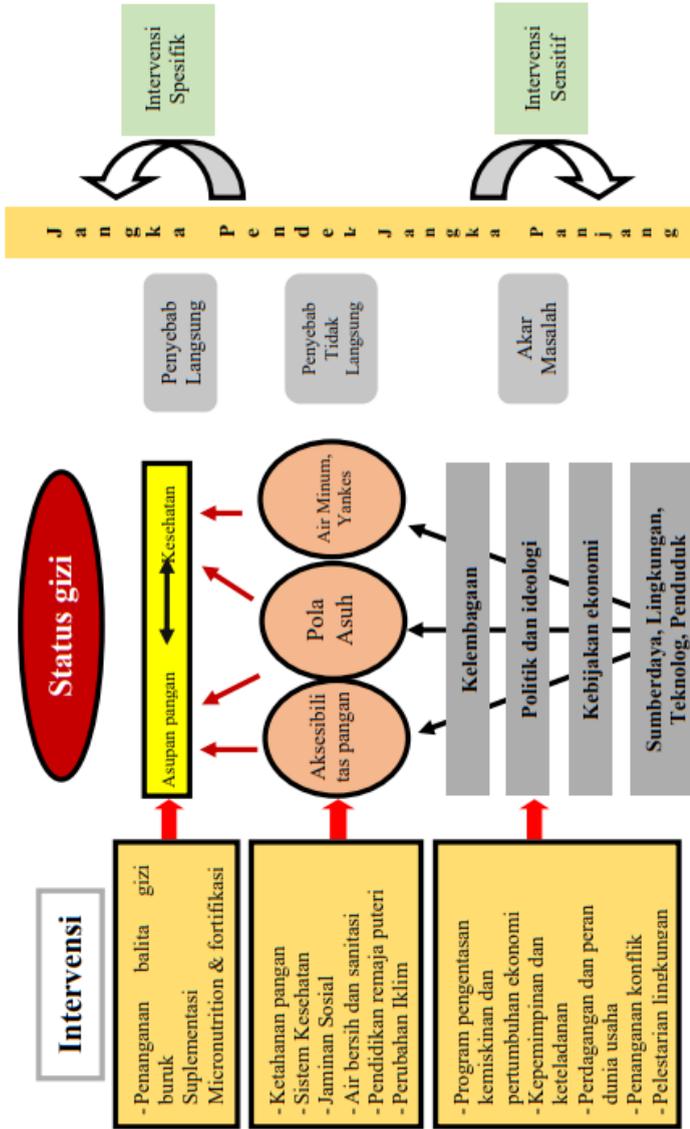
Kementerian Kesehatan mempunyai peran dan berkontribusi dalam tercapainya di seluruh Nawacita terutama dalam meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia. Terdapat dua tujuan Kementerian Kesehatan pada tahun 2015-2019, yaitu: 1) meningkatnya status kesehatan masyarakat dan; 2) meningkatnya daya tanggap (*responsivitas*) dan perlindungan masyarakat terhadap risiko sosial dan finansial di bidang kesehatan. Tujuan indikator Kementerian Kesehatan bersifat dampak (*impact* atau *outcome*) (Kemenkes, 2015).

## **Persoalan Gizi di Indonesia**

Masalah gizi merupakan akibat dari berbagai faktor yang rumit dan kompleks. Berbagai penelitian di sejumlah negara yang

dilakukan oleh banyak lembaga, telah menghasilkan beragam model determinan masalah gizi, ini terkait perbedaan sosio-budaya masyarakat di masing-masing daerah (Unicef, 2012).

Secara langsung permasalahan gizi disebabkan oleh akibat rendahnya asupan gizi dan masalah kesehatan. Selain itu asupan gizi dan masalah kesehatan merupakan dua hal yang saling mempengaruhi. Adapun pengaruh tidak langsung masalah gizi yakni ketersediaan makanan, pola asuh dan ketersediaan air minum yang bersih, sanitasi dan pelayanan kesehatan. Seluruh faktor penyebab ini dipengaruhi oleh beberapa akar masalah yang mendasar yaitu kelembagaan, politik dan ideologi, kebijakan ekonomi, dan sumberdaya, lingkungan, teknologi, serta kependudukan (Kemenkes, 2013).



**Gambar 1. Kerangka Pikir Penyebab Masalah Gizi**

Sumber: Unicef 2011 dalam Kerangka kebijakan Kemenkes RI, 2013

Secara global, 45 persen kematian anak di bawah usia 5 tahun diakibatkan oleh berbagai kondisi kekurangan gizi. (Black et al., 2013). Pertumbuhan tak maksimal diderita oleh sekitar 8 juta anak Indonesia, atau satu dari tiga anak Indonesia (Risksdas, 2013). Pada tahun 2007 sampai 2011, proporsi penduduk miskin di Indonesia mengalami penurunan sebesar 16,6-12,5 persen, tetapi masalah gizi tidak menunjukkan penurunan secara signifikan (Unicef, 2012).

Gambaran tentang status gizi balita berdasarkan indeks BB/U di atas target MDGs (15,5 %) menurut kota/kabupaten diperoleh informasi bahwa ada lima kabupaten dengan presentase tinggi gabungan gizi buruk dan gizi kurang yaitu Pangkep 31,7 %, Maros 31 %, Takalar 29,6 %, Makassar 29,6 % dan Jeneponto 28,4 % (Dinkes Provinsi Sulsel, 2015).

Hasil studi pendahuluan pada beberapa kepala puskesmas dan petugas pelayanan kesehatan ibu dan anak di Kab.Jeneponto, diperoleh gambaran bahwa pada umumnya petugas kesehatan mengaku telah melaksanakan *interprofessional collaboration* namun belum maksimal terfokus kepada sebuah model yang efektif. Tapi pada implementasinya saat melakukan pelayanan Posyandu, belum nampak kerja sama yang maksimal antar profesi tersebut dalam pelayanan kesehatan sehari-hari di masyarakat.

Status gizi yang buruk akan menurunkan daya tahan pada anak sehingga anak mudah sakit dan dapat berakibat pada kematian (Stewart et al., 2013). Gambaran tentang kondisi kematian anak usia 0 – 1 tahun di Kabupaten Jeneponto dalam lima tahun terakhir sejak tahun 2010 – 2015 sebagaimana nampak pada Tabel 1.

**Tabel 1. Angka Kematian 0-1 tahun di Kabupaten Jeneponto  
Tahun 2010-2015**

No	Kecamatan	Puskesmas	Tahun					Total	
			2010	2011	2012	2013	2014		2015
1	Binamu	Binamu	0	0	0	0	2	2	4
		Binamu Kota	0	2	1	0	4	7	14
		Bt. Sunggu Kota	0	0	3	0	2	1	6
2	Turatea	Bontomatenea	1	2	0	1	2	9	15
		Bululoe	1	3	0	0	0	4	8
3	Tamalatea	Tamalatea	0	2	6	1	4	6	19
4	Bontoramba	Bontoramba	12	6	6	0	5	6	35
5	Bangkala	Bangkala	10	1	8	2	0	0	21
		Kapita	-	0	3	0	4	3	10
6	Bangkala Barat	Buludoang	3	0	8	0	3	1	15
		Barana	1	2	1	0	2	5	11
7	Batang	Togo - togo	2	5	4	0	1	0	12
8	Tarowang	Tarowang	3	3	1	0	2	6	15
		Tino	2	1	1	0	3	3	10
9	Arungkeke	Arungkeke	2	4	7	1	5	6	25
10	Kelara	Tolo	2	5	6	1	7	4	25
11	Rumbia	Rumbia	1	1	1	0	1	4	8
		Tompobulu	1	0	1	1	8	5	16

Sumber: Bina Kesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Jeneponto

Aspek kondisi lingkungan dapat berefek pada buruknya hasil dari sebuah kehamilan misalnya anak akan lahir dengan kondisi kesehatan yang buruk. Sehingga memerlukan kerja sama dan koordinasi dengan petugas sanitasi lingkungan dalam upaya pencegahannya. Hal ini telah terjadi di wilayah West Bengal negara India (Padhi et al., 2015).

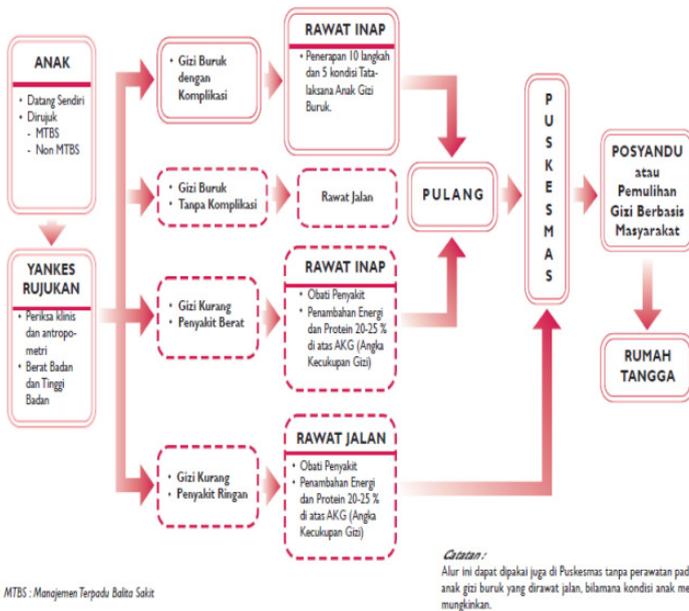
Permasalahan gizi terjadi di setiap siklus kehidupan manusia, dimulai sejak dalam kandungan (janin), bayi, anak, dewasa, dan usia lanjut. Periode dua tahun pertama kehidupan yang merupakan masa kritis karena pada masa ini terjadi pertumbuhan serta perkembangan yang sangat pesat. Kondisi ini sangat penting

menjadi perhatian dan kini dikenal dengan program 1000 hari pertama kehidupan. Masalah gizi pada hakikatnya adalah masalah kesehatan masyarakat dan faktor penyebab timbulnya masalah gizi adalah multifaktorial, untuk itu pendekatan dan penanggulangannya harus melibatkan berbagai sektor yang terkait (Supariasa DN, 2002).

Mengatasi masalah gizi pada anak usia di bawah lima tahun dibutuhkan sebuah kebijakan yang terfokus memulihkan pertumbuhan dan status kesehatan anak usia di bawah lima tahun dengan adanya korelasi antara program gizi dan program lain, seperti kesehatan lingkungan dan imunisasi. Selain itu, pemerintah juga harus mengatur peranan posyandu sebagai fasilitas yang membantu pemerintah untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat (Sartika, 2010).

Menurut Peraturan pemerintah Republik Indonesia, bahwa untuk menilai status gizi anak diperlukan standar antropometri yang mengacu pada standar *World Health Organization (WHO)*. Hal tersebut dapat dijadikan sebagai acuan bagi Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas kesehatan kabupaten/kota, Fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan dan pihak lain yang terkait dalam menilai status gizi anak.

Di Indonesia penanganan anak yang mengalami gizi buruk telah menjadi perhatian pemerintah sejak lama. Terkait hal tersebut, maka kementerian kesehatan melalui Direktorat jenderal bina gizi dan KIA pada tahun 2011 telah memiliki buku I Bagan tata laksana anak gizi buruk yang memuat alur pelayanan gizi buruk di Rumah Sakit atau Puskesmas (Kemenkes, 2011) sebagaimana tampak pada gambar 2.



**Gambar 2. Alur Pelayanan Anak Gizi Buruk di Rumah Sakit/ Puskesmas Perawatan**

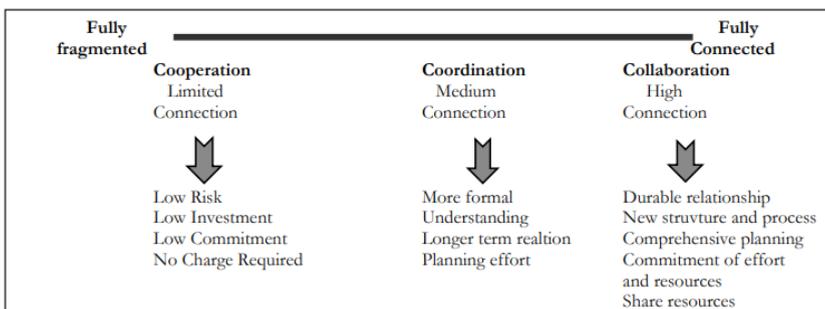
Sumber: Direktorat jenderal bina gizi dan KIA Kemenkes RI, 2011

# KEBIJAKAN KESEHATAN

## ***Interprofessional collaboration Kesehatan***

Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan (Kemenkes, 2014).

Terdapat beberapa istilah yang sering kali digunakan untuk menjelaskan *partnership*, yaitu (*Cooperation*), (*Coordination*) dan (*Collaboration*). Penggunaan istilah ini mempunyai makna yang berbeda khususnya dalam kaitan dengan koneksi dan intensitas. Secara sederhana integrasi horizontal antara kerja sama, koordinasi dan kolaborasi seperti tampak dalam gambar 3;



**Gambar 3. Dewan Victorian dan Layanan Sosial**

Sumber: Palutturi, 2017

Gambar 3 menunjukkan bahwa kerja sama berhubungan dengan resiko, investasi, komitmen yang rendah dan tidak ada biaya yang dibutuhkan. Koordinasi merujuk lebih pada pemahaman formal, hubungan dan upaya perencanaan yang lebih lama. Kolaborasi berhubungan dengan hubungan yang awet, tidak mudah rusak, proses dan struktur baru, perencanaan yang komprehensif, komitmen terhadap usaha dan sumber daya (Palutturi, 2017).

Kolaborasi adalah sebuah kerja sama antara satu atau lebih lembaga publik yang secara langsung terlibat dalam proses pengambilan keputusan kolektif yang bersifat formal (Ansell and Gash, 2008). Kolaborasi adalah suatu proses dimana para *stakeholder* berinteraksi dan bernegosiasi, serta secara bersama-sama membuat aturan dan struktur yang mengatur hubungan mereka (Thomson and Perry, 2006).

Kolaborasi adalah hubungan saling menguntungkan dan terdefinisi dengan baik yang disepakati oleh dua atau lebih organisasi untuk mencapai tujuan bersama. Hubungan tersebut mencakup komitmen dari pengertian hubungan timbal balik dan tujuannya, struktur pengembangan bersama dan pembagian tanggung jawab secara bersama, otoritas menguntungkan dan akuntabilitas untuk sukses, serta berbagi sumber daya dan penghargaan (Posthumus et al., 2013).

Kolaborasi adalah istilah yang umum digunakan dalam penelitian, praktik klinis, dan pendidikan profesi kesehatan. Terjadi kolaborasi di hampir setiap aspek kesehatan, seperti kolaborasi advokasi dan perawatan kesehatan pasien, kolaboratif belajar, kolaborasi *interprofessional* dalam praktik dan dalam pendidikan, kolaborasi nilai kesehatan, kolaborasi bisnis, upaya kolaborasi dalam penelitian dan pendanaan (Green and Johnson, 2015).

Praktik kerja sama di bidang kesehatan terjadi ketika beberapa petugas kesehatan dari berbagai latar belakang profesional memberikan layanan komprehensif dengan bekerja bersama pasien, keluarga, perawat, dan masyarakat mereka untuk memberikan layanan perawatan terbaik (Gilbert et al., 2010). WHO menekankan bahwa membangun *interprofessional collaboration*

yang efektif merupakan komponen penting dalam menyukkseskan pembangunan di bidang kesehatan (Palutturi, 2014).

Sudah sejak lama kolaborasi tampaknya membawa banyak makna, hal tersebut membawa keterkaitan yang tinggi untuk menyelidiki bagaimana para profesional memandang fenomena kolaborasi yang ada. Disarankan bahwa dalam kasus kolaborasi *interprofessional*, profesional dapat membuat makna dengan memperhatikan faktor kausalitas atau situasional (Ødegård, 2006).

Kolaborasi *interprofessional* memiliki efek positif pada kepuasan pasien, mengurangi ketidakpastian, dan meningkatkan manajemen rumah sakit, namun tingkat kolaborasi tidak mempengaruhi lamanya pasien tinggal di rumah sakit (San Martin-Rodriguez et al., 2008).

Bekerja dengan cara yang *interprofessional* bukanlah konsep baru. Pada literatur profesional, terutama dalam ilmu kesehatan jelas bahwa sangat banyak manfaat dan tantangan untuk mengintegrasikan tenaga kerja untuk belajar dan menghargai budaya profesi lainnya. Meluangkan waktu untuk belajar bersama dan mengajarkan keterampilan yang penting diperlukan untuk mengenali keterampilan profesi lain.

Bekerja sama menjadi hal yang sangat penting bagi individu untuk mencapai perspektif *interprofessional* dan manfaat kerja secara tim kerja serta klien. Setelah belajar, keterampilan ini dapat dialihkan untuk banyak daerah di mana orang bekerja sama dengan profesi lain untuk mencapai tujuan bersama (Borst, 2011).

Kolaborasi *interprofessional* ialah Kemitraan antara tim penyedia layanan kesehatan dan klien dalam pendekatan partisipatif, kolaboratif dan terkoordinasi untuk berbagi pengambilan keputusan seputar masalah kesehatan dan social (Lesley Bainbridge et al., 2010).

Kolaborasi *Interprofessional* terjadi ketika dua atau lebih profesi bekerja sama untuk mencapai tujuan bersama dan hal tersebut sering digunakan sebagai sarana untuk memecahkan berbagai masalah dan isu-isu yang kompleks. Manfaat kolaborasi

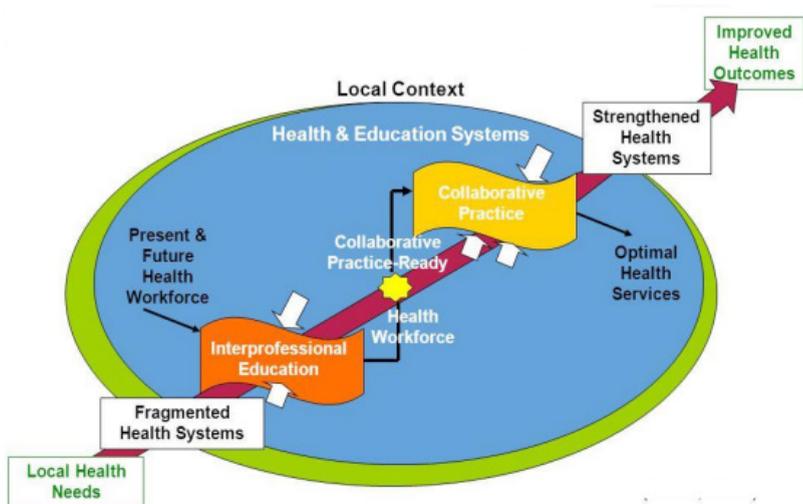
*interprofessional* memungkinkan peserta untuk mencapai hasil yang lebih secara bersama daripada yang mereka peroleh secara individual, melayani kelompok orang yang lebih besar dan tumbuh pada tingkat individu ke tingkat organisasi (Green and Johnson, 2015).

Sejumlah organisasi yang diakui secara internasional seperti Institut Kedokteran, Organisasi Kesehatan Dunia, dan Pendidikan kolaborasi *Interprofessional* telah mengidentifikasi kebutuhan untuk mengembangkan kesempatan pendidikan untuk para pemimpin kesehatan yang efisien dan berkelanjutan secara interdisipliner. Hal ini menjadi pengalaman pendidikan yang dapat mendorong kerja sama tim kolaboratif dalam pengaturan kesehatan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang disediakan di Amerika Serikat dan luar negeri (VanderWielen et al., 2014).

Saat ini dunia di hadapkan pada kondisi kekurangan tenaga kesehatan, sehingga pembuat kebijakan sedang mencari strategi inovasi yang dapat menolong pengembangan kebijakan dan program untuk mengatasi hal tersebut.

Kerangka kerja WHO dalam aksi pendidikan interprofesional dan praktik kolaborasi dalam gambar 4 secara garis besar menggambarkan kondisi terkini dari praktik kerja sama di seluruh dunia, mengidentifikasi mekanisme yang membentuk praktik kerja sama tim menjadi sukses dan beberapa *Item* aksi yang dapat dilakukan oleh pembuat kebijakan sehingga dapat dipergunakan dalam system kesehatan lokal.

Tujuan dari kerangka kerja ini untuk menyiapkan strategi dan ide yang akan membantu pembuat kebijakan kesehatan melaksanakan elemen dari pendidikan interprofesional dan praktik kolaborasi yang sangat bermanfaat dalam kewenangan mereka sendiri (Gilbert et al., 2010).

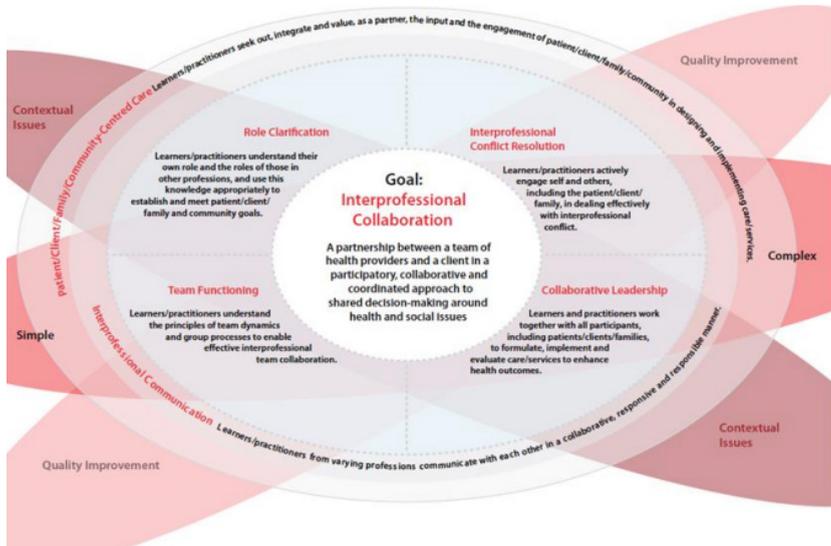


**Gambar 4. Item Aksi untuk Kolaborasi Pelayanan Kesehatan**

Sumber: WHO, 2010

Praktik kolaboratif *Interprofessional* sangat penting untuk perbaikan hasil pelayanan kesehatan pada pasien / klien dan keluarga. Deskripsi kompetensi mengidentifikasi secara spesifik pengetahuan, keterampilan, sikap, nilai-nilai, dan penilaian yang dinamis, perkembangan, dan evolusi.

Tingkat kompetensi antar profesional tergantung pada kedalaman dan luasnya kesempatan dalam ranah pendidikan dan praktik dengan, dari, dan sekitar disiplin ilmu kesehatan yang lain. Gambar 5 menunjukkan kerangka nasional kompetensi kolaborasi *interprofessional* (Lesley Bainbridge et al., 2010).



**Gambar 5. Kerangka Nasional Kompetensi Kolaborasi Interprofessional**

Sumber: Jurnal Pendidikan Terapi Fisik, 2010

Kesuksesan kolaborasi sebagai sebuah roda di mana inti dari lingkaran tersebut adalah kepercayaan (*trust*). Berasal dari latar belakang institusi yang berbeda, karakter organisasi yang berbeda, serta keragaman lainnya, maka dalam upaya untuk melakukan kerja sama bukanlah pekerjaan yang mudah. Terdapat sejumlah tantangan dalam melakukan *partnership*, antara lain: tantangan struktural, prosedural, finansial dan program, professional, status dan legitimasi, serta tantangan pengakuan (Palutturi, 2014).

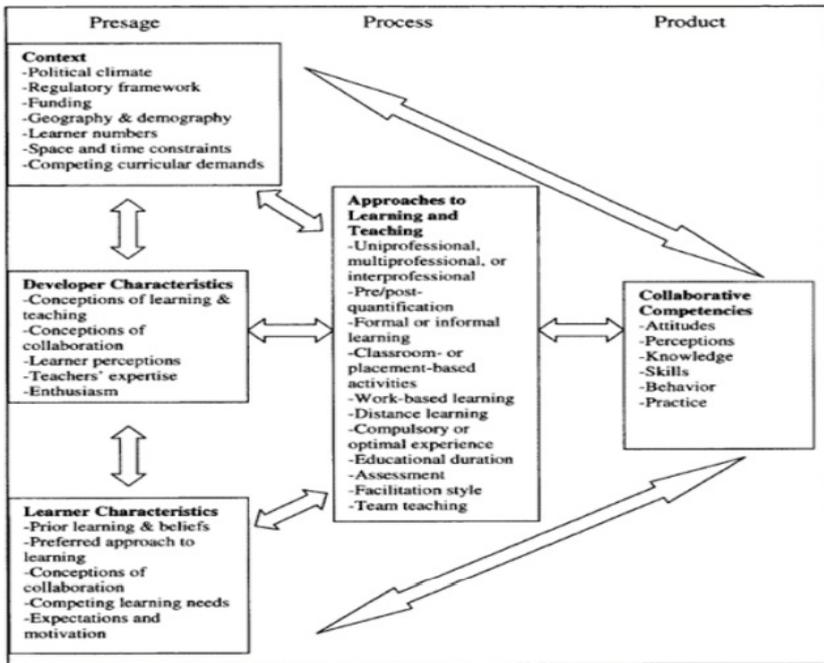
Kolaborasi adalah suatu proses di mana para *stakeholder* berinteraksi dan bernegosiasi, serta secara bersama-sama membuat aturan dan struktur yang mengatur hubungan mereka. Ada 3 (tiga) hal penting yang perlu diperhatikan dalam proses kolaborasi-apapun modelnya-yakni: negosiasi, komitmen dan aksi (Thomson and Perry, 2006).

Salah satu contoh program lain yang telah melaksanakan kolaborasi dengan baik adalah manajemen rumah jompo. Pentingnya kolaborasi dan komunikasi juga sangat diperlukan

dalam upaya peningkatan kualitas pengaturan rumah jompo. Harapannya pada berbagai proyek intervensi di masa depan, model kolaborasi dan komunikasi harus dievaluasi berkenaan dengan proses yang dapat didefinisikan dan indikator hasil berupa kesehatan dan kesejahteraan terkait manajemen rumah jompo pada jumlah yang lebih besar (Mueller et al., 2015).

Negosiasi dilakukan untuk membangun hubungan dan komitmen bersama untuk melaksanakan kerja. Ada 6 (enam) kriteria penting dalam sebuah kolaborasi: Yakni; Adanya forum yang diprakarsai oleh lembaga-lembaga publik atau lembaga *non government*; Peserta dalam forum adalah (termasuk) aktor *non government*; Peserta terlibat langsung dalam pengambilan keputusan dan tidak hanya oleh lembaga-lembaga publik; Forum yang terbentuk secara resmi terorganisir dan bertemu secara kolektif; Forum bertujuan untuk membuat keputusan; dan fokus kolaborasi adalah kebijakan publik atau manajemen public (Ansell and Gash, 2008).

Model integrasi 3P (Pertanda, Proses, Produk) pada gambar 6 membantu membingkai faktor yang mempengaruhi proses belajar mengajar dalam tim kolaboratif. Model teoretis ini merupakan integrasi dan kolaborasi yang menyediakan kerangka kerja bagi upaya memahami proses penyampaian pengalaman yang berkualitas (Poulsen, 2013).



**Gambar 6. Model integrasi 3P (Pertanda, Proses, Produk)**

Sumber: Jurnal perawatan *Interprofesional*, 2013

Untuk dapat bekerja sama dengan baik diperlukan beberapa persyaratan. Persyaratan yang paling utama adalah:

1. Suasana di antara personil harus baik. Orang harus saling hormat dan menghargai sesamanya, Suatu sikap menjaga jarak tertentu antara sesama petugas kesehatan sangat penting.
2. Anggota-anggota suatu tim harus bersama-sama membagi dan mengerti tujuan yang akan dicapai. Dalam hal ini yang paling utama adalah; pandangan yang ditujukan pada manusia, pandangan yang ditujukan pada penyakit dan kesehatan, dan pandangan yang ditujukan pada pemberian pertolongan.
3. Organisasi harus memberi peluang yang cukup untuk dapat saling bekerja sama. Terutama organisasi pemberi pertolongan hal ini sangat menentukan (Stevens, 2012).

Keyakinan seseorang sangat diperlukan untuk melibatkan diri secara efektif dalam kolaborasi *interprofessional*. Terkadang perawat lulusan baru sering kurang percaya diri dalam interaksi secara *interprofessional*, dan hal ini dapat mengganggu pelayanan kesehatan yang aman dan efektif. Sehingga diperlukan Intervensi yang dapat memberikan dukungan untuk melakukan kolaborasi *interprofessional* pada tingkat tim dan tingkat organisasi, dan mengembangkan pengetahuan dan pengalaman perawat lulusan baru mengenai praktik kolaboratif, dan hal ini sangat penting untuk meningkatkan kepercayaan perawat lulusan baru untuk bekerja sama secara *interprofessional* (Pfaff et al., 2014).

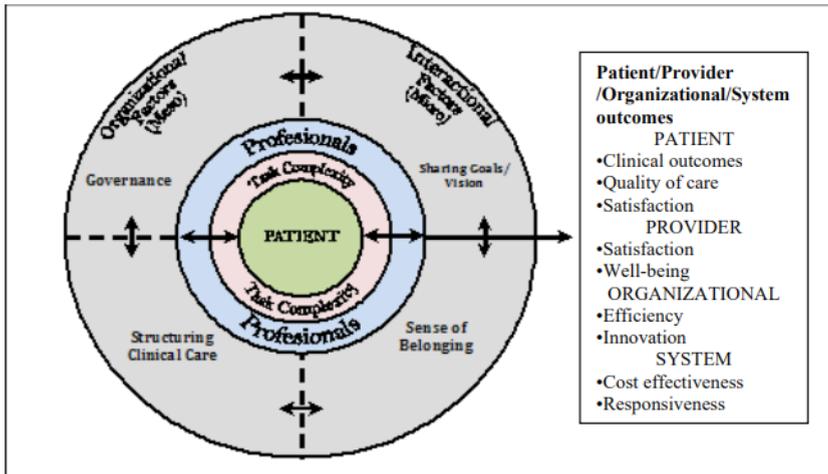
Menjaga kesinambungan kerja sama, para pihak perlu memperhatikan hal-hal berikut: menjaga visi, misi dan tujuan bersama; adanya kebutuhan bersama; memahami nilai dan budaya masing-masing organisasi; adanya kepemimpinan yang efektif, sponsorship, pengetahuan dan keahlian; mempertahankan infrastruktur yang tersedia; mendukung proses secara bersama; serta memahami adanya persamaan dan perbedaan (Robeson, 2009).

Kesuksesan kerja sama dalam tim pelayanan kesehatan dapat memberikan kontribusi pada beberapa elemen penting, termasuk proses bekerja dalam hubungan interpersonal dengan tim (Determinan interaksional), Kondisi organisasi (Determinan Organisasi) dan lingkungan organisasi (Determinan system) (San Martín-Rodríguez et al., 2005).

Perhatian khusus pada kondisi pasien saja sangat penting tapi tidak cukup. Praktik kolaborasi ini merupakan seluruh proses yang dibuat dari interaksi yang kompleks: interaksi antar individu dan interaksi antara individu dan organisasi yang memperlihatkan beberapa pemaksaan pada aksi individu.

*D'Amour's model* (2005) mengajukan empat dimensi dalam proses kolaborasi, dua di antaranya berhubungan dengan proses interaksi manusia dan dua lainnya terikat pada faktor organisasi. Praktik kolaboratif untuk meningkatkan hasil perawatan pasien yang menyoroti pasien / klien sebagai pusat proses kolaboratif.

Ditunjukkan dalam gambar 7 lingkaran profesional dan pasien / klien yang dalam hubungan saling tergantung. Praktik seperti mengambil berbagai bentuk dan modifikasi dari masing-masing tim tergantung pada kompleksitas kebutuhan yang dibahas. Lingkaran interaksional menggambarkan proses dan faktor organisasi yang harus diperhitungkan ketika bekerja sama secara profesional (D'amour and Oandasan, 2005).



**Gambar 7. Proses dan Outcome Praktik kolaborasi**

Sumber: D'amour and Oandasan, 2005

Strategi Kesehatan ibu, bayi baru lahir dan anak merupakan sebuah strategi yang berdasar pada teori berubah. Berdasarkan pada teori perubahan yang berorientasi pada mengatasi risiko tinggi kematian bagi para ibu dan bayi. Bukti bagi hipotesis ini dikumpulkan dan akan disintesis dan disebarakan, untuk memajukan pembelajaran global dan untuk memaksimalkan potensi untuk meningkatkan kesehatan ibu dan bayi baru lahir sehingga mampu bertahan hidup (Darmstadt et al., 2013).

Dukungan sosial merupakan hal yang multi-dimensi dan faktor terukur, manajer kesehatan dan pembuat kebijakan mungkin yang merencanakan dan mempromosikan sumber dukungan khusus untuk wanita hamil. Hal ini termasuk memberdayakan

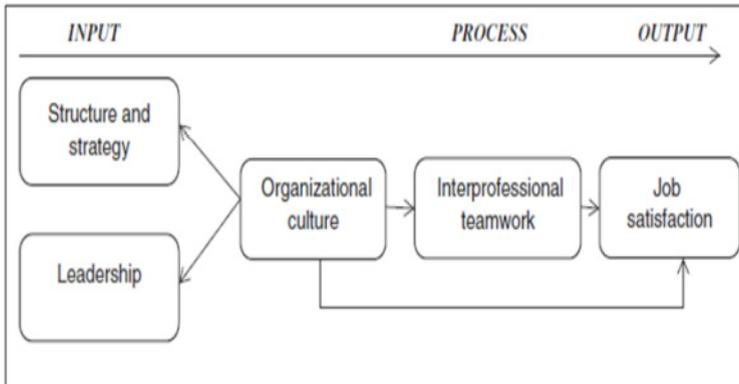
anggota keluarga dan mitra untuk mendukung wanita hamil dengan melibatkan mereka dalam program perawatan prenatal (Shishehgar et al., 2015).

Penggunaan buklet kesehatan ibu dan anak secara tergabung merupakan wujud integrasi layanan kesehatan yang dapat berefek pada penyatuan dalam penyediaan sistem layanan kesehatan yang sama. Di negara-negara di Asia dimana buku panduan kesehatan ibu dan anak telah digunakan selama bertahun-tahun, buku-buku pegangan telah memainkan peranan penting dalam mengurangi tingkat kematian ibu dan anak (Mudany et al., 2015).

Kesehatan Ibu dan Anak adalah salah satu isu-isu media massal di Nigeria sehingga menjadi perhatian semua pihak. Oleh karena itu untuk mengatur agenda yang diperlukan untuk kesehatan ibu maka diusulkan agar organisasi media massa, badan-badan kesehatan dan lembaga-lembaga serta para pendidik media berkolaborasi untuk merancang strategi-strategi tentang bagaimana cara terbaik mereka sehingga dapat melengkapi wartawan dengan pengetahuan dan keahlian khusus yang memungkinkan mereka menulis artikel-artikel tentang masalah-masalah kesehatan berdasarkan keahlian mereka (Agboola Odesanya and Olaluwoye, 2015).

Sebuah program pelatihan partisipatif inovatif dalam monitoring dan evaluasi dari program kesehatan ibu dan bayi yang baru lahir dikembangkan memusatkan perhatian pada pengembangan rencana tindakan praktis dan melibatkan tim multi-disiplin. Kebutuhan untuk memperkuat tindak lanjut dan mengawal sepanjang pelatihan yang disorot untuk mengatasi tantangan yang dihadapi untuk menerapkan pembelajaran di dunia yang 'sesungguhnya'. Ini merupakan pelatihan yang bersifat multi-disiplin (Bell and Marais, 2015).

Efektivitas tim kadang bisa dijelaskan dengan berdasar pada model *Input-Process-Output* (IPO) model (2015). Pada gambar 8 IPO model menggambarkan dampak masukan (misalnya, organisasi budaya, komposisi tim, struktur komunikasi, desain tugas) dan proses mediasi (misalnya, komunikasi, koordinasi, hormat, konflik kepemimpinan) di Output tim (misalnya, kinerja tim, kepuasan kerja, kesejahteraan, efektivitas biaya, kualitas perawatan, hasil pengobatan (Körner et al., 2015).

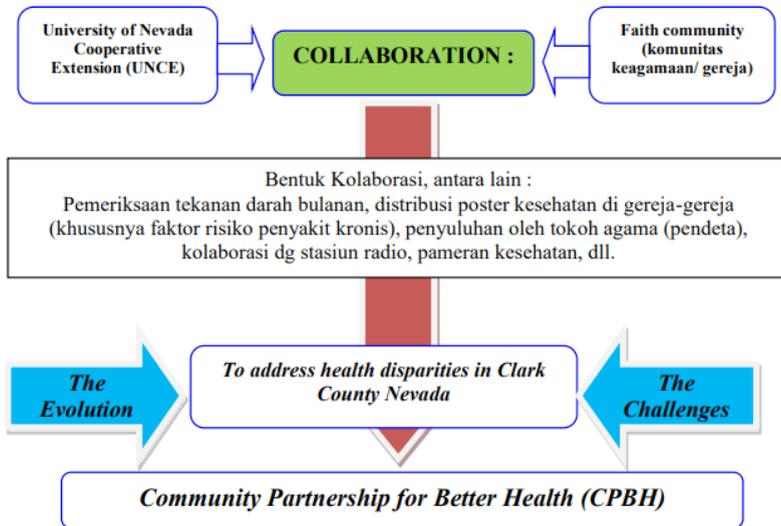


**Gambar 8. Model Pengaruh Budaya Organisasi Terhadap Kerja Tim dan kepuasan kerja**

Sumber: BMC Health Services Research, 2015

Sebuah penelitian di Jerman menunjukkan bahwa 35% dari kepuasan kerja yang diprediksi oleh model persamaan struktural yang meliputi budaya organisasi dan kerja sama tim. Hal ini menunjukkan bahwa pengaruh budaya organisasi benar-benar dimediasi oleh kerja tim *interprofessional* (Körner et al., 2015).

Kolaborasi antara Perguruan Tinggi (Universitas) dengan masyarakat dilakukan antara *University of South Carolina (USC) College of Nursing* dengan tiga puluh (30) organisasi masyarakat guna mengembangkan sistem informasi kesehatan berbasis masyarakat (Hendricks et al., 2001). Antara Fakultas Keperawatan dengan Kelompok masyarakat dalam rangka promosi kesehatan remaja, yang memberi manfaat untuk masyarakat (khususnya remaja) maupun mahasiswa (Corona et al., 2009).

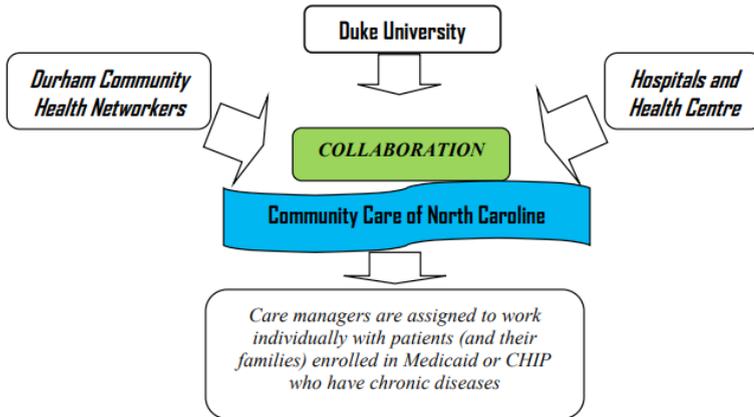


**Gambar 9. Model Kolaborasi Lintas Sektor di Nevada**

(Sumber: Cook, 2010)

Sebagian besar kolaborasi dilakukan antara pihak Perguruan Tinggi (Universitas) dengan Organisasi Kemasyarakatan dan menghasilkan sebuah lembaga baru (organisasi formal maupun informal, forum komunikasi, dan lain-lain) yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, seperti yang ditunjukkan oleh kolaborasi antara Universitas Nevada dengan komunitas keagamaan.

Sebuah model kolaborasi antara *Duke University* dengan lembaga kemasyarakatan *Durham County* dan Rumah Sakit (*Hospitals and Health Centre*) pada gambar 10 yang membantu masyarakat memantau kesehatan di rumah tangga, (Cook et al., 2010). Serupa dengan kerja sama antara Universitas dan Masyarakat di Richmond Latino yang fokus pada kebutuhan kesehatan anak muda di Latino (Corona et al., 2009). Model yang dibangun oleh *Duke University* dan *County Durham* mampu menghubungkan sistem rujukan dalam masyarakat. Perawat maupun mahasiswa kedokteran bekerja merawat pasien di rumah (yang terdaftar dalam program dan memiliki penyakit kronis).



**Gambar 10. Model Kolaborasi Lintas Sektor di North Carolina**

Sumber: Corona et al., 2009, Cook et al., 2010

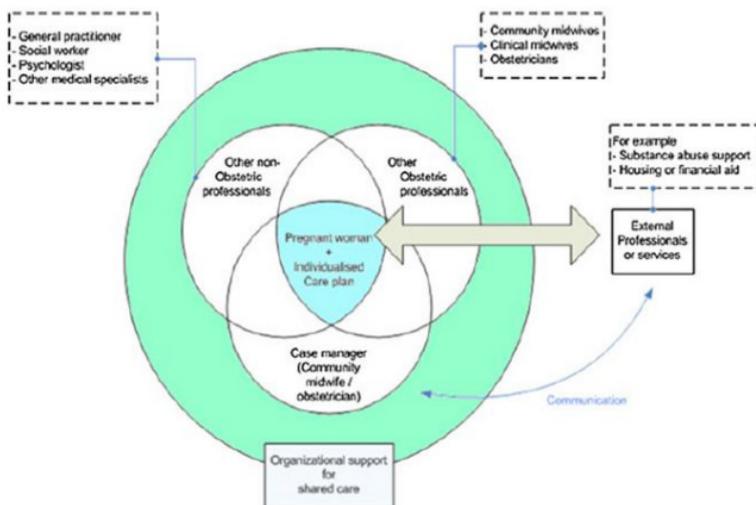
Kerja sama lintas sektor *non*-kesehatan dengan Universitas sukses mempromosikan pendidikan kesehatan di Bangladesh (Sarker and Joarder, 2012). Maupun kerja sama yang bertujuan untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak (Akhtar et al., 2014).

Pelayanan kesehatan kolaboratif menggunakan keterampilan, pengetahuan dan kompetensi komplementernya dan bekerja sama untuk memberikan pelayanan kepada pasien berdasarkan kepercayaan, rasa hormat dan pemahaman tentang kemampuan dan pengetahuan satu sama lain.

Sehingga diharapkan selalu memperhatikan prinsip-prinsip kolaborasi kesehatan berupa: Pelayanan yang berpusat pada pasien; terdapat hubungan dokter-pasien yang baik; terdapat pemimpin yang efektif; terdapat rasa saling menghormati; terdapat komunikasi yang efektif; terdapat kejelasan peran dan lingkup pelayanan kesehatan; terdapat kejelasan tanggung jawab; terdapat perlindungan kesalahan untuk seluruh anggota tim; terdapat sumber daya manusia dan fasilitas yang memadai; terdapat pendanaan dan pengaturan pembayaran yang memadai; terdapat system edukasi yang baik; terdapat penelitian dan evaluasi (Oandasan et al., 2006).

Keterlibatan kerja sama antara bidan desa dan dokter kandungan juga telah dievaluasi dalam sebuah penelitian di Belanda. Karena kedua sektor tersebut merupakan bagian titik awal yang perlu ditingkatkan kerja samanya dalam perawatan wanita. Dengan mencari deskripsi dari berbagai bentuk kolaborasi antara profesional kebidanan di negara lain, seperti Kanada, Australia, Selandia Baru dan Inggris.

Dilakukan pencarian literatur secara luas dengan memperhatikan sinonim di semua bidang kedokteran. Di antaranya adalah 'perawatan terpadu', 'perawatan bersama', 'perawatan gabungan' dan 'perawatan kolaboratif'. Hal ini menunjukkan perbedaan intensitas kerja sama antara profesional perawatan kesehatan. Dengan meninjau penelitian yang secara eksplisit menggambarkan model perawatan, unsur model (gambar 11) ini diidentifikasi bahwa persyaratan kepuasan sebagai berikut: (1) kompatibel dengan rekomendasi komite penasihat, (2) berkontribusi untuk pengembangan dan keberlanjutan perawatan bersama dan (3) dapat diterapkan pada sistem perawatan kesehatan Belanda (Posthumus et al., 2013).



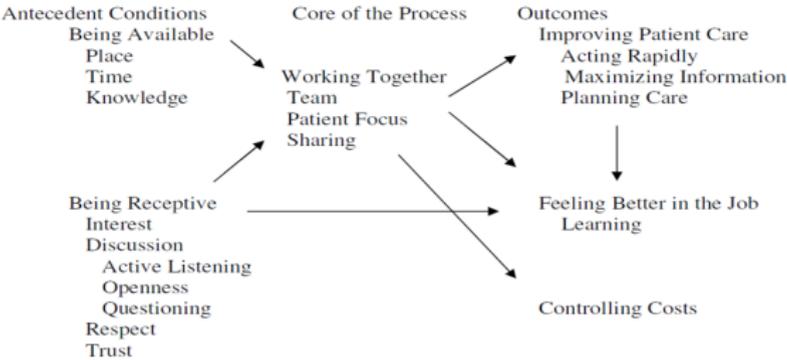
**Gambar 11. Visualisasi Model Perawatan Bersama**

Sumber: Posthumus et al., 2013

Kolaborasi antar-profesional dokter keluarga dan perawat merupakan unsur yang menentukan kualitas pelayanan perawatan paliatif berbasis masyarakat. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa interaksi profesional antara perawat dan dokter keluarga yang tertanam dalam struktur formal dan hubungan sosial dapat menantang dari segi perilaku profesional dan konsep diri. Kolaborasi antar-profesional dalam perawatan paliatif berbasis masyarakat sangat menantang karena faktor yang berbeda.

Pertama-tama defisit terkait dengan aspek organisasi kerja merupakan sumber konflik. Lebih dari itu nilai-nilai profesional yang berbeda mengenai perawatan paliatif dapat menyebabkan gangguan pada kolaborasi dan mempengaruhi hubungan negative pribadi antara profesional. Ketidakpastian mengenai kepemimpinan dan kegagalan meta-komunikasi memberikan hambatan pada tingkat lanjut untuk kolaborasi antar-profesional (Alvarado and Liebig, 2016).

Sebuah model proses kolaboratif dalam ruangan *Intensive Care Unit (ICU)* dikembangkan. Model ini mencakup proses kolaborasi antara perawat dan dokter yang dirasakan dan hasil dari proses kolaborasi tersebut. Model ini berfungsi untuk memperjelas konsep kolaborasi dan mengidentifikasi proses dalam waktu interaksi kolaborasi terjadi di ruang ICU/gambar 12 (Faria, 2009).



**Gambar 12. Model Kolaborasi Perawat dan Dokter**

Sumber: Baggs & Schmitt, 1997 dalam Catherine Faria, 2009

Kesuksesan kolaborasi dalam tim perawatan kesehatan dapat dikaitkan dengan berbagai elemen, termasuk proses-proses dalam hubungan interpersonal dalam tim (penentu interaksional), kondisi dalam organisasi (faktor-faktor penentu organisasi), dan Lingkungan organisasi (faktor-faktor penentu sistemik). Penentu sistemik adalah elemen di luar organisasi, seperti komponen sistem sosial, budaya, pendidikan dan professional.

Kolaborasi determinan organisasi mendefinisikan tim pekerjaan lingkungan, seperti struktur dan filosofi, sumber daya tim dan dukungan administrasi, serta mekanisme komunikasi dan koordinasi. Determinan interaksional adalah komponen interpersonal hubungan antara anggota tim, seperti kesediaan mereka untuk berkolaborasi dan adanya saling percaya, menghormati dan komunikasi (San Martín-Rodríguez et al., 2005).

### ***Health Care System Betty Neuman***

Model *Health Care System* Betty Neuman berasal dari sistem teori umum yang berfokus pada klien sebagai suatu sistem (bisa berupa individu, keluarga, kelompok atau masyarakat) dan respon klien terhadap stresor. Sistem klien mencakup lima variabel (fisiologis, psikologis, sosial budaya, tumbuh kembang dan spiritualitas). Masing-masing aspek merupakan suatu bagian dari lingkaran konsentris. Model ini memunculkan tiga tingkatan intervensi keperawatan (pencegahan primer, pencegahan sekunder dan pencegahan tertier) (Alligood, 2017).

Model *health care system* Neuman memandang klien sebagai sistem yang terbuka, yaitu klien dan lingkungannya berada dalam interaksi yang dinamis. Model ini dapat digunakan untuk menjelaskan perilaku individu, keluarga, kelompok, dan komunitas dengan penekanan pada bagaimana interaksi masing-masing komponen yang ada di komunitas mempengaruhi keseluruhan komunitas atau sebaliknya. Dengan kata lain, komunitas merupakan kumpulan sub sistem yang memengaruhi dan dipengaruhi oleh sub sistem lain (Achjar, 2012).

Klien dipandang sebagai suatu kesatuan yang berinteraksi satu sama lainnya secara dinamis. Model tersebut mempertimbangkan

berbagai variabel yang mempengaruhi sistem klien: Fisiologis, psikologis, sosiokultural, tumbuh kembang dan spiritual. Model ini juga bisa diterapkan dalam konteks pelayanan multidisiplin sebagai upaya untuk mencegah fragmentasi dalam pemberian pelayanan untuk klien sehingga model ini dapat bekerja dengan baik dalam tatanan pelayanan yang berbasis multidisiplin.

Model Neuman ini memberikan suatu pandangan sistem yang digunakan untuk individu dan keluarga, praktik berbasis masyarakat pada kelompok tertentu dan perawatan kesehatan masyarakat dengan prinsip *wholistic* yang membantu perawat untuk mencapai perawatan yang berkualitas melalui praktik berbasis bukti ilmiah (Alligood, 2017).

Model konseptual dari Neuman memberikan penekanan pada penurunan stress dengan memperkuat garis pertahanan yang bersifat fleksibel, normal maupun yang resisten. Intervensi diarahkan ke tiga garis pertahanan tersebut terkait dengan tiga level intervensi.

Model ini menganalisis interaksi empat variabel yang menunjang komunitas, yaitu fisik, psikologis, sosial kultural dan spiritual. Adapun tujuan keperawatan adalah stabilitas klien dan keluarga dalam lingkungan yang dinamis. Asumsi yang dikemukakan Neuman tentang empat konsep utama dari paradigma keperawatan yang terkait keperawatan komunitas adalah yakni;

- 1) Manusia. Merupakan suatu sistem yang terbuka, yang selalu mencari keseimbangan yang harmonis dan merupakan suatu kesatuan dari variabel-variabel fisiologis, psikologis, sosio kultural, perkembangan dan spiritual
- 2) Lingkungan. Meliputi semua faktor internal dan eksternal atau pengaruh-pengaruh dari sekitar klien atau sistem klien.
- 3) Sehat. Suatu kondisi terbebasnya dari gangguan pemenuhan kebutuhan. Sehat merupakan suatu keseimbangan yang dinamis sebagai dampak dari keberhasilan dalam menghindari atau mengatasi stressor.
- 4) Keperawatan. Intervensi keperawatan bertujuan untuk menurunkan stressor melalui pencegahan primer, sekunder,

dan tertier. Sehat menurut model Neuman adalah suatu keseimbangan fisiologis, psikologis, sosial kultural dan spiritual pada tiga garis pertahanan klien yakni fleksibel, normal dan resisten.

Keperawatan ditujukan untuk mempertahankan keseimbangan tersebut dengan berfokus pada empat intervensi yang bersifat promosi dilakukan apabila gangguan yang terjadi pada garis pertahanan normal yang terganggu. Sedangkan intervensi yang bersifat kurasi atau rehabilitasi apabila garis pertahanan resisten yang terganggu.

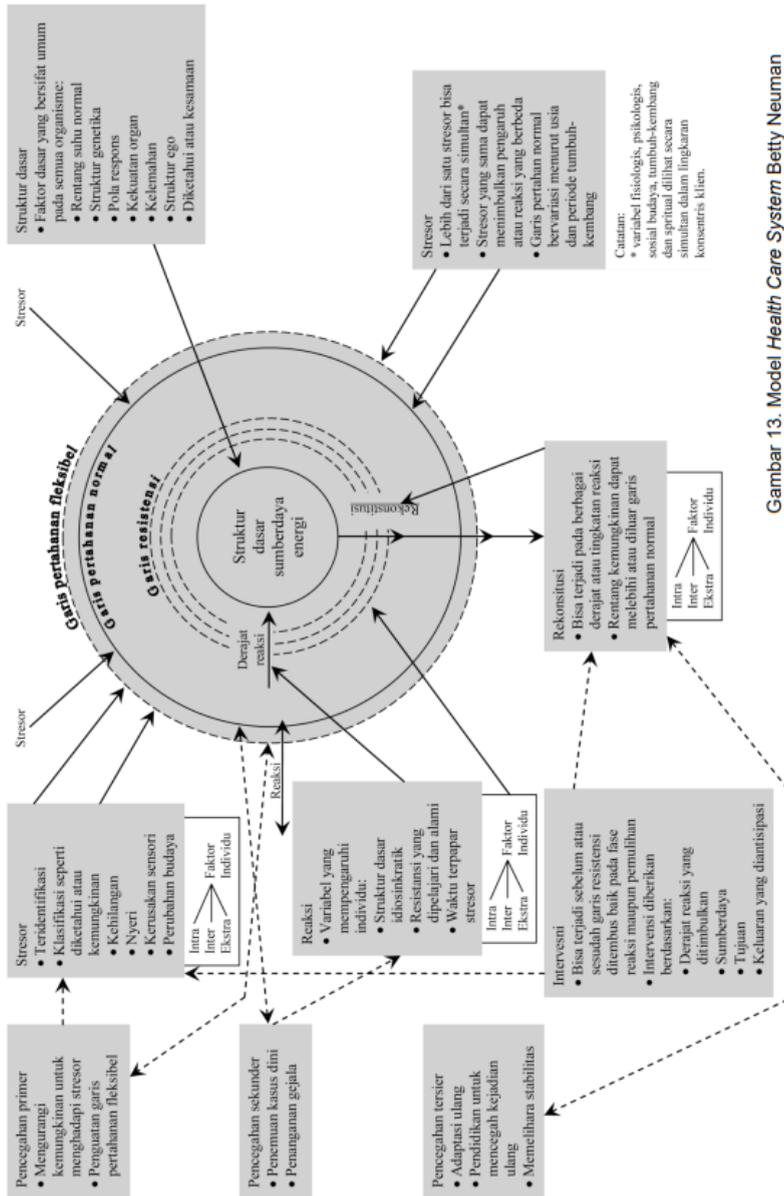
Keperawatan sebagai ilmu dan kiat, mempelajari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar klien (individu, keluarga, kelompok dan komunitas) yang berhubungan dengan ketidakseimbangan yang terjadi pada ketiga garis pertahanan, yaitu fleksibel, normal dan resisten serta berupaya membantu mempertahankan keseimbangan untuk sehat. Intervensi yang dilakukan terhadap klien ditujukan pada garis pertahanan yang mengalami gangguan.

- a. Intervensi bersifat promosi untuk gangguan pada garis pertahanan fleksibel, yaitu sebagai berikut; Pendidikan kesehatan dan mendemonstrasikan keterampilan keperawatan dasar yang dapat dilakukan klien di rumah atau komunitas yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan atau menyeimbangkan garis pertahanan normal.
- b. Intervensi bersifat prevensi untuk gangguan pada garis pertahanan normal, berupa; Deteksi dini gangguan kesehatan atau gangguan keseimbangan garis pertahanan, misalnya deteksi dini tumbuh kembang balita, keluarga dll; Memberikan zat kekebalan pada klien yang bersifat individu, misalnya imunisasi yang bersifat keluarga atau komunitas berupa konseling awal (konseling pra-nikah) serta Pendidikan kesehatan dan demonstrasi.
- c. Intervensi bersifat kurasi dan rehabilitasi untuk gangguan pada garis pertahanan resisten, yang berupa berikut ini; melakukan prosedur keperawatan yang memerlukan profesionalisme perawat, misalnya melatih klien duduk

atau berjalan; memberikan konseling untuk menyelesaikan masalah; melakukan kerja sama lintas program atau sektoral untuk menyelesaikan masalah dan melakukan rujukan keperawatan atau non keperawatan (lintas program atau sektoral) (Maryani, 2014).

Betty Neuman mendefinisikan manusia secara utuh merupakan gabungan dari konsep holistik dan pendekatan sistem terbuka. Manusia merupakan makhluk dengan kombinasi kompleks yang dinamis dari fisiologis, sosiokultural dan variabel perkembangan yang berfungsi sebagai sistem terbuka. Sebagai sistem terbuka, manusia berinteraksi, beradaptasi dengan disesuaikan oleh lingkungan, yang digambarkan sebagai stressor (Print, 1993).

Neuman meyakini bahwa klien adalah suatu sistem yang memiliki 5 variabel yang membentuk sistem klien yaitu fisik, psikologis, sosiokultural, perkembangan dan spiritual. Neuman juga menjelaskan bahwa klien merupakan cerminan secara holistik dan multidimensional. (Print, 1993).



Gambar 13. Model Health Care System Betty Neuman  
Sumber: Alligood, 2017

## **Pelayanan Berpusat pada Pasien**

Meskipun ada kekurangan tenaga kesehatan dan dana, peluang tersedia untuk meningkatkan efisiensi di pusat kesehatan pedesaan. Dengan menghapus kendala untuk meningkatkan produktivitas petugas di pusat kesehatan, negara-negara berpenghasilan rendah dapat mengobati lebih banyak pasien dan meningkatkan kualitas layanan (Jafry et al., 2016).

Pelayanan berpusat pada pasien adalah layanan kesehatan berkualitas yang dicapai melalui kemitraan antara pasien yang mendapat informasi dan pasien yang dihormati dan keluarga mereka, serta tim perawatan kesehatan yang terkoordinasi (Cronin, 2004). Pelayanan berpusat pada pasien "juga digunakan oleh beberapa orang sebagai singkatan politik untuk menangkal" manajemen mikro pemerintah terhadap pengambilan keputusan medis pribadi (Nix, 2015).

Pelaksanaan perbaikan pelayanan kesehatan ini telah menghasilkan perubahan besar dalam budaya organisasi, yang mengarah pada perbaikan proses berkelanjutan dan menghasilkan peningkatan kualitas hasil, keselamatan dalam metode pemberian perawatan, keunggulan layanan, kepuasan yang lebih besar dari pengalaman perawatan pasien, dan menunjukkan manfaat finansial yang menghasilkan biaya yang lebih rendah, pemanfaatan layanan dan akses yang lebih baik (Billingsley and Richard, 2015).

Praktik dan metode pelayanan berpusat pada pasien disorot untuk menunjukkan fleksibilitas praktik perawatan yang terbaik. Berdasarkan bukti, metode dan praktik pelayanan berpusat pada pasien diterima sebagai pemberian perawatan baru untuk memastikan hasil kesehatan yang lebih baik dan menjamin efisiensi serta efektivitas sistem perawatan kesehatan di Amerika Serikat (Lowery, 2013).

Pelayanan berpusat pada pasien adalah konsep dan standar perawatan yang menggambarkan pengorganisasian sistem perawatan kesehatan di sekitar pasien dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas perawatan. Pendekatan pelayanan berpusat pada pasien telah menjadi semakin populer di berbagai sistem perawatan kesehatan, termasuk sistem perawatan kesehatan Israel (Merav Ben Natan PhD and Hochman, 2017).

Hal paling relevan untuk layanan bersalin karena mencakup kondisi fisiologis serta patologi, aspek psikologis, pendekatan non-medis untuk perawatan, keterlibatan keluarga dan teman, dan strategi yang lebih besar. Ini menerapkan pelayanan berpusat pada pasien (De Labrusse et al., 2016).

Institut penelitian pelayanan berpusat pada pasien-proyek *funded asthma* meneliti tentang bagaimana mereka secara individual dan kolektif mengatasi kesenjangan bukti dalam perawatan asma dengan berfokus pada pendekatan *multicomponent* dan disesuaikan untuk meningkatkan hasil dan mengurangi kesenjangan untuk pasien Afrika Amerika dan Hispanik/Latin (Anise and Hasnain-Wynia, 2016).

Pendekatan yang berpusat pada orang untuk perawatan kesehatan mental berada di garis depan transformasi perawatan kesehatan, namun bagaimana menerapkan pendekatan ini masih menimbulkan pertanyaan bagi para praktisi (Tondora et al., 2012).

Sebuah konsep multidimensi perawatan berpusat pada pasien dan contoh-contoh dari sistem perawatan kesehatan menggambarkan bagaimana atribut klinis, struktural, dan interpersonal secara kolektif dapat mempengaruhi pengalaman pasien. Kerangka yang diusulkan dirancang untuk memungkinkan setiap sistem kesehatan untuk mengidentifikasi cara-cara di mana perawatan bisa lebih berpusat pada pasien dan bergerak ke arah tujuan menjadikannya “properti sistem.” (Greene et al., 2012).

Model kesatuan Perawatan kesehatan yang berpusat pada pasien telah berkembang sejak tahun 2007 menjadi pendekatan inovatif untuk perawatan berbasis masyarakat yang memanfaatkan prinsip-prinsip manajemen kesehatan penduduk, meningkatkan integrasi perawatan medis/perilaku/sosial dan berbagi informasi yang dapat ditindaklanjuti dengan penyedia layanan untuk meningkatkan perawatan bagi anggota dengan kondisi kronis yang paling kompleks.

Strategi model pelayanan berpusat pada pasien mencakup dukungan transformasi klinis kedua untuk *Accountable Care Organizations* (entitas yang bertanggung jawab untuk menurunkan biaya perawatan dan meningkatkan hasil untuk populasi tertentu)

dan *Care Coordination Organizations* yang secara proaktif terlibat dan mengelola risiko tertinggi, yang disebut populasi *super-utilizer* dan memberikan layanan inti koordinasi perawatan individual pada gambar 14 (Ho, 2015)



**Gambar 14. Model perawatan bersama pelayanan berpusat ke pasien**

Sumber: Ho, 2015

Rumah sakit yang memberikan pelayanan berpusat pada pasien adalah model perawatan kesehatan yang semakin umum dengan banyak peluang menarik bagi para psikolog. Psikolog sekarang memiliki kesempatan untuk menerapkan pengetahuan dan mengambil peran kepemimpinan yang lebih besar saat berfokus pada perawatan kesehatan yang bergeser dari perawatan yang berpusat pada pasien ke perawatan pasien-dan berpusat pada keluarga dengan pendekatan sistemik dan kolaboratif untuk pemberian perawatan (Kazak et al., 2017).

## **Pengetahuan dan Pendidikan Kesehatan**

### ***Pengetahuan***

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan berperan besar dalam memberikan wawasan terhadap pembentukan sikap masyarakat terhadap kesehatan. Pengetahuan dapat diperoleh melalui belajar, menerima informasi atau melalui pengalaman. Dalam berinteraksi manusia memperoleh pengetahuan berdasarkan pengalaman dalam berinteraksi dengan lingkungan.

Tingkat pengetahuan sangat dipengaruhi oleh latar belakang pendidikan. Semakin tinggi pendidikan akan semakin baik tingkat pemahaman tentang suatu konsep, cara pemikiran dan penganalisaan yang tajam dengan sendirinya memberikan persepsi yang baik terhadap objek yang diamati.

Bloom mendefinisikan pengetahuan sebagai ingatan khusus dan ingatan umum mengenai berbagai metode dan proses atau ingatan kembali mengenai pola, struktur dan keadaan. Bloom membagi pengetahuan menjadi tiga domain/ranah kemampuan intelektual (*intellectual behaviors*) yaitu kognitif, afektif dan psikomotorik.

Ranah Kognitif berisi perilaku yang menekankan aspek intelektual, seperti pengetahuan, dan keterampilan berpikir. Ranah afektif mencakup perilaku terkait dengan emosi, misalnya perasaan, nilai, minat, motivasi, dan sikap. Sedangkan ranah Psikomotorik berisi perilaku yang menekankan fungsi manipulatif dan keterampilan motorik / kemampuan fisik, berenang, dan mengoperasikan mesin. Para trainer biasanya mengkaitkan ketiga ranah ini dengan *Knowledge, Skill and Attitude* (KSA). Kognitif menekankan pada *Knowledge*, Afektif pada *Attitude*, dan Psikomotorik pada *Skill* (Notoatmodjo, 2010).

Atkinson dan Shiifrin dalam Satrock (2008) menyatakan bahwa semakin lama informasi dipertahankan dalam memory jangka pendek dengan bantuan pengulangan, semakin besar kemungkinannya untuk masuk ke memory jangka panjang,

sehingga relative menjadi lebih permanen. Pengetahuan akan disimpan lama dalam memori jika dilakukan pengulangan dengan mengingat kembali pada saat dibutuhkan.

**Tabel 2. Klasifikasi Ranah Kognitif Menurut Bloom**

NO	KATEGORI	PENJELASAN
1	Pengetahuan	Kemampuan menyebutkan atau menjelaskan kembali.
2	Pemahaman	Kemampuan memahami instruksi/masalah, menginterpretasikan dan menyatakan kembali dengan kata-kata sendiri, contoh : menuliskan kembali atau merangkum materi pelajaran.
3	Penerapan	Kemampuan menggunakan konsep dalam praktik atau situasi yang baru, contoh : menggunakan pedoman/aturan dalam menghitung gaji pegawai.
4	Analisa	Kemampuan memisahkan konsep ke dalam beberapa komponen untuk memperoleh pemahaman yang lebih luas atas dampak komponen-komponen terhadap konsep tersebut secara utuh, contoh : menganalisa penyebab tingginya prevalensi HIV dan AIDS.
5	Sintesa	Kemampuan merangkai atau menyusun kembali komponen dalam rangka menciptakan arti/pemahaman/struktur baru.
6	Evaluasi	Kemampuan mengevaluasi dan menilai sesuatu berdasarkan norma, acuan atau kriteria, contoh : membandingkan hasil ujian siswa dengan kunci jawaban

**Tabel 3. Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan  
(Notoatmodjo, 2010)**

No	Variabel yang mempengaruhi	Penjelasan
1	Faktor pendidikan	Semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang, maka akan semakin mudah untuk menerima informasi tentang obyek atau yang berkaitan dengan pengetahuan. Pengetahuan umumnya dapat diperoleh dari informasi yang disampaikan oleh orang tua, guru, dan media masa. Pendidikan sangat erat kaitannya dengan pengetahuan, pendidikan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang sangat diperlukan untuk pengembangan diri. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka akan semakin mudah untuk menerima, serta mengembangkan pengetahuan dan teknologi.
2	Faktor pekerjaan	Pekerjaan seseorang sangat berpengaruh terhadap proses mengakses informasi yang dibutuhkan terhadap suatu obyek.
3	Faktor pengalaman	Pengalaman seseorang sangat mempengaruhi pengetahuan, semakin banyak pengalaman seseorang tentang suatu hal, maka akan semakin bertambah pula pengetahuan seseorang akan hal tersebut. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden.
4	Keyakinan	Keyakinan yang diperoleh oleh seseorang biasanya bisa didapat secara turun-temurun dan tidak dapat dibuktikan terlebih dahulu, keyakinan positif dan keyakinan negatif dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang.
5	Sosial Budaya	Kebudayaan beserta kebiasaan dalam keluarga dapat mempengaruhi pengetahuan, persepsi, dan sikap seseorang terhadap sesuatu.

**Tabel 4 Hal-hal yang Mempengaruhi Pengetahuan  
(Rahayu, 2010)**

No	Variabel yang mempengaruhi	Penjelasan
1	Pendidikan	Pendidikan merupakan sebuah proses perubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok dan juga usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan, maka jelas dapat kita kerucutkan bahwa sebuah visi pendidikan yaitu untuk mencerdaskan manusia.
2	Pekerjaan	Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang mendapatkan pengalaman dan pengetahuan, baik secara langsung maupun tidak langsung.
3	Pengalaman	Pengalaman merupakan sebuah kejadian atau peristiwa yang pernah dialami oleh seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya.
4	Umur	Umur seseorang yang bertambah dapat membuat perubahan pada aspek fisik psikologis, dan kejiwaan. Dalam aspek psikologis taraf berfikir seseorang semakin matang dan dewasa.
5	Kebudayaan	Kebudayaan tempat dimana kita dilahirkan dan dibesarkan mempunyai pengaruh yang cukup besar terhadap terbentuknya cara berfikir dan perilaku kita.
6	Minat	Minat merupakan suatu bentuk keinginan dan ketertarikan terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya dapat diperoleh pengetahuan yang lebih mendalam.
7	Paparan informasi	Rancangan Undang Undang teknologi informasi mengartikan informasi sebagai suatu teknik untuk mengumpulkan, menyiapkan, dan menyimpan, manipulasi, mengumumkan, menganalisa, dan menyebarkan informasi dengan maksud dan tujuan tertentu yang bisa didapatkan melalui media elektronik maupun cetak.
8	Media	Contoh media yang didesain secara khusus untuk mencapai masyarakat luas seperti televisi, radio, koran, majalah, dan internet.

## ***Pendidikan Kesehatan***

Pendidikan kesehatan adalah suatu upaya atau kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan. Artinya, pendidikan kesehatan berupaya agar masyarakat menyadari atau mengetahui bagaimana cara memelihara kesehatan mereka, bagaimana menghindari atau mencegah hal-hal yang merugikan kesehatan mereka dan kesehatan orang lain, kemana seharusnya mencari pengobatan jika sakit, dan sebagainya. Pendidikan Kesehatan merupakan upaya untuk membantu individu, keluarga, dan masyarakat dalam meningkatkan perilakunya untuk mencapai kesehatan secara optimal (Notoatmodjo, 2007a).

Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis di mana perubahan tersebut bukan sekedar proses transfer materi/teori dari seseorang ke orang lain dan pula seperangkat prosedur, tetapi perubahan tersebut terjadi karena adanya kesadaran dari dalam diri individu, kelompok, atau masyarakat sendiri (Wafid Iqbal Mubarak & Nurul C, 2009).

Konsep pendidikan kesehatan adalah konsep pendidikan yang diaplikasikan pada bidang kesehatan. Konsep dasar pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti dalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan, atau perubahan kearah yang lebih dewasa, lebih baik, lebih matang pada diri individu, kelompok / masyarakat. Konsep pendidikan kesehatan itu juga proses belajar pada individu, kelompok atau masyarakat dari tidak tahu tentang nilai-nilai kesehatan menjadi tahu, dari tidak mampu mengatasi masalah kesehatan menjadi mampu mengatasi masalah kesehatan.

Menurut Craven dan Hirnle (1996), pendidikan kesehatan adalah penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik praktik belajar atau instruksi, dengan tujuan untuk mengingat fakta atau kondisi nyata, dengan cara memberi dorongan terhadap pengarahannya diri (*self direction*), aktif memberikan informasi atau ide baru (Suliha, 2002b).

Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis bukan proses pemindahan materi dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur. Hal itu dapat dilihat

dari definisi yang dikemukakan, yaitu: Pendidikan kesehatan adalah suatu proses perubahan pada diri seseorang yang dihubungkan dengan pencapaian tujuan kesehatan individu, dan masyarakat.

Definisi tersebut menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan merupakan suatu proses perubahan perilaku yang dinamis dengan tujuan mengubah atau memengaruhi perilaku manusia yang meliputi komponen pengetahuan, sikap, ataupun praktik yang berhubungan dengan tujuan hidup sehat baik secara individu, kelompok maupun masyarakat, serta merupakan komponen dari program kesehatan (Suliha, 2002b, Notoatmodjo, 2007b).

Secara umum, tujuan dari pendidikan kesehatan ialah mengubah perilaku individu/masyarakat dibidang kesehatan agar menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai, mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat, serta dapat menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada dengan tepat dan sesuai (Notoatmodjo, 2007b, Suliha, 2002b).

Selain itu tujuan dari pendidikan kesehatan ialah meningkatkan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, baik fisik, mental dan sosialnya sehingga produktif secara ekonomi maupun social (Notoatmodjo, 2007c).

Pendidikan kesehatan meliputi: a). Menetapkan masalah dan kebutuhan mereka sendiri. b). Memahami apa yang dapat mereka lakukan terhadap masalahnya, dengan sumber daya yang ada pada mereka ditambah dengan dukungan dari luar. c) Memutuskan kegiatan yang paling tepat guna untuk meningkatkan taraf hidup sehat dan kesejahteraan masyarakat (Nurul, 2009).

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, antara lain dimensi sasaran pendidikan kesehatan, tempat pelaksanaan pendidikan kesehatan, dan tingkat pelayanan pendidikan kesehatan. Dimensi sasaran terdiri atas individu, kelompok dan masyarakat. Menurut dimensi tempat pelaksanaannya, dapat berlangsung di berbagai tempat misalnya di sekolah, di pelayanan kesehatan, di tempat-tempat kerja.

Berdasarkan tingkat pelayanan pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan lima tingkat pencegahan (*five levels of*

*prevention*) dari Leavel dan Clark yaitu: promosi kesehatan (*health promotion*), perlindungan khusus (*specific protection*), diagnosa dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and prompt treatment*), pembatasan cacat (*disability limitation*) dan rehabilitasi (*rehabilitation*) (Suliha, 2002c).

Sasaran pendidikan menjadi subjek yang menentukan perubahan perilaku. Pendidikan kesehatan tidak dapat secara mudah diberikan oleh seseorang kepada orang lain, karena pada akhirnya sasaran pendidikan itu sendiri yang dapat mengubah perubahan perilaku oleh klien, kebiasaan dan tingkah lakunya sendiri. Menjadi indikator keberhasilan pendidikan kesehatan bahwa yang harus dilakukan oleh pendidik adalah menciptakan sasaran agar individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dapat mengubah sikap dan tingkah lakunya sendiri.

Pendidikan kesehatan dikatakan berhasil bila sasaran pendidikan (individu, keluarga, kelompok dan masyarakat) sudah mengubah sikap dan tingkah lakunya sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan. Perubahan perilaku hidup sehat akan lebih mudah tercapai jika yang memberikan pendidikan kesehatan adalah orang yang diyakini kebenarannya atas perkataan, sikap dan perilakunya (Setiawati and Dermawan, 2008).

Pendidikan kesehatan sangat penting untuk menunjang program-program kesehatan yang lain. Pendidikan merupakan '*behavioral investment*' jangka panjang. Artinya pendidikan kesehatan baru dapat dilihat beberapa tahun kemudian. Dalam waktu yang pendek (*immediate impact*) pendidikan kesehatan hanya menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan masyarakat.

Pengetahuan kesehatan akan berpengaruh pada perilaku sebagai hasil jangka menengah (*intermediate impact*) dari pendidikan kesehatan. Selanjutnya akan berpengaruh pada peningkatan indikator kesehatan masyarakat sebagai keluaran (*outcome*) pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan bukan hanya pelajaran di kelas, tetapi merupakan kumpulan pengalaman dimana saja dan kapan saja sepanjang klien dapat memengaruhi pengetahuan sikap dan kebiasaan (Suliha, 2002c).

Pengelolaan pembelajaran dalam pendidikan kesehatan merupakan suatu langkah yang sistematis yang dimulai dari pengenalan masalah pendidikan kesehatan, penyusunan perencanaan, implementasi, dan evaluasi pendidikan kesehatan, dan upaya tindak lanjut.

Melaksanakan strategi ini, proses manajemen harus dipakai. Kegiatan ini meliputi: 1) Perencanaan. Pada tahap perencanaan ini ahli pendidikan kesehatan harus sudah diikutsertakan agar dapat menyumbangkan usaha untuk mengubah perilaku dan meyakinkan masyarakat tentang manfaat usaha kesehatan. 2) Pelaksanaan. Pada tahap ini ahli pendidikan kesehatan diikut sertakan dalam mengawasi perkembangan usaha tersebut. Jika ada hambatan atau penyimpangan, ia akan dapat memberikan bahan pertimbangan atau cara penyelesaian yang lain, terutama yang berhubungan dengan keadaan sosial budaya masyarakat setempat. Dengan demikian, usaha yang dijalankan tidak bertentangan dengan sistem norma yang berlaku di tempat tersebut.

3) Penilaian. Pada tahap ini ahli pendidikan kesehatan diminta untuk turut menilai seberapa jauh program atau usaha itu telah mencapai hasil sesuai dengan yang diharapkan. Jika terjadi kemacetan, pendidikan kesehatan dapat ikut memberikan gagasan tentang usaha pemecahan masalah yang dianggap tepat. 4) Tindak lanjut. Tahap ini sebenarnya termasuk dalam kegiatan untuk memantapkan usaha sehingga dapat berlanjut dengan baik, dan di sinilah perlu diciptakan suatu sistem/ mekanisme yang tepat agar usaha tersebut tidak mengalami kemandekan.

Pengelolaan pembelajaran dalam pendidikan kesehatan harus memperhatikan aspek-aspek berikut: 1) Proses belajar mencakup kegiatan latihan dalam memperoleh tingkah laku baru 2) Kegiatan belajar dapat dilaksanakan dimana saja, kapan saja dan oleh siapa saja dengan berfokus pada aspek kemandirian peserta didik sehingga pengajar harus menciptakan kondisi dan stimulus tertentu agar peserta didik mau belajar mandiri dan mengubah perilaku sehat atas kemauannya sendiri. 3) Peserta didik dipandang sebagai orang dewasa, sehingga pengelolaan proses belajar yang digunakan harus sesuai dengan kondisi peserta didik (Sulih, 2002b).

Metode pembelajaran dalam pendidikan kesehatan meliputi:

### 1) Metode ceramah.

Ceramah pada hakikatnya adalah proses transfer informasi dari pengajar kepada sasaran belajar. Penggunaan metode ceramah digunakan pada sifat sasaran sebagai berikut, sasaran belajar mempunyai perhatian yang selektif, sasaran belajar mempunyai lingkup perhatian yang terbatas, sasaran belajar perlu menyimpan informasi, sasaran belajar perlu menggunakan informasi yang diterima.

Keunggulan metode ceramah adalah dapat digunakan pada orang dewasa, penggunaan waktu yang efisien, dapat dipakai pada kelompok yang besar, tidak terlalu banyak menggunakan alat bantu pengajaran, dapat digunakan untuk memberi pengantar pada pelajaran atau suatu kegiatan.

Sedangkan kekurangannya meliputi: menghambat respons dari yang belajar sehingga pembicara akan sulit menilai reaksinya, tidak semua pengajar dapat menjadi pembicara yang baik, pembicara harus lebih menguasai pokok pembicaraannya, dapat menjadi kurang menarik, sulit untuk dipakai pada anak-anak, daya ingat dibatasi dan biasanya hanya satu indera yang dipakai.

### 2) Metode diskusi kelompok.

Merupakan percakapan yang direncanakan atau dipersiapkan antara tiga orang atau lebih tentang topik tertentu dipimpin seorang pemimpin.

Keunggulan metode ini meliputi: memberi kemungkinan untuk saling mengemukakan pendapat, suatu pendekatan yang demokratis, dapat memperoleh pandangan dan wawasan yang luas, melatih dan mengembangkan kepemimpinan. Sedangkan kekurangan metode ini antara lain: tidak efektif untuk kelompok yang lebih besar, informasi yang didapat oleh peserta terbatas, pemimpin diskusi harus terampil, akan didominasi oleh orang yang suka berbicara, biasanya sebagian besar orang menghendaki pendekatan formal.

### 3) Metode Demonstrasi.

Metode ini adalah metode pembelajaran yang menyajikan suatu

prosedur atau tugas, cara menggunakan alat, dan cara berinteraksi satu sama lain. Demonstrasi dapat dilakukan secara langsung atau dapat pula menggunakan media, seperti video dan film. Metode ini dapat digunakan apabila memerlukan contoh prosedur atau tugas dengan benar, jika tersedia alat-alat peraga, jika tersedia tenaga pengajar yang terampil, untuk membandingkan suatu cara dengan cara yang lain dan untuk mengetahui serta melihat kebenaran sesuatu, dan proses mengerjakan atau menggunakan sesuatu.

Keunggulan metode ini meliputi: membuat proses pembelajaran menjadi lebih jelas dan konkret, menghindari verbalisme, lebih menarik, merangsang peserta didik untuk mengamati, menyesuaikan teori dengan fakta dan dapat melakukan sendiri (*redemonstrasi*). Sedangkan kekurangannya antara lain: memerlukan keterampilan khusus dari pengajar, harus tersedia alat-alat/biaya dan tempat yang memadai, membutuhkan persiapan dan perencanaan yang matang (Notoatmodjo, 2007b, Suliha, 2002b).

Berdasarkan pendekatan sasaran yang ingin dicapai, penggolongan metode pendidikan ada 3 (tiga) yaitu:

#### 1. Metode Berdasarkan Pendekatan Individu

Metode ini bersifat individual dan biasanya digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seorang yang mulai tertarik pada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Pendekatan yang dapat digunakan *pertama* bimbingan dan penyuluhan, *kedua* dengan cara wawancara.

#### 2. Metode berdasarkan kelompok

Penyuluh berhubungan dengan sasaran secara kelompok. Cara ini dalam promosi kesehatan perlu mempertimbangkan besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran. Kelompok bisa berupa kelompok kecil atau kelompok besar.

#### 3. Metode berdasarkan pendekatan massa

Metode pendekatan massa ini cocok untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat. Sehingga sasaran dari metode ini bersifat umum, seperti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status

sosial ekonomi, tingkat pendidikan, dan sebagainya. Pendekatan ini membutuhkan kemampuan untuk mendesain pesan-pesan kesehatan yang dapat diterima dan dipahami oleh masyarakat (Notoatmodjo, 2012).

Beberapa faktor yang perlu diperhatikan agar pendidikan kesehatan dapat mencapai sasaran yaitu:

a) Tingkat Pendidikan

Pendidikan dapat mempengaruhi cara pandang seseorang terhadap informasi baru yang diterimanya. Maka dapat dikatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikannya, semakin mudah seseorang menerima informasi yang didapatnya.

b) Faktor Sosial Ekonomi

Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi seseorang, semakin mudah pula dalam menerima informasi baru.

c) Adat Istiadat

Masyarakat kita masih sangat menghargai dan menganggap adat istiadat sebagai sesuatu yang tidak boleh diabaikan

d) Kepercayaan Masyarakat

Masyarakat lebih memperhatikan informasi yang disampaikan oleh orang-orang yang sudah mereka kenal, karena sudah ada kepercayaan masyarakat dengan penyampai informasi

e) Ketersediaan waktu

Waktu penyampaian informasi harus memperhatikan tingkat aktifitas masyarakat untuk menjamin tingkat kehadiran masyarakat dalam penyuluhan (Notoatmodjo, 2012).

# STUDI KASUS

## Gambaran Umum Jeneponto

Kabupaten Jeneponto adalah salah satu Daerah Tingkat II di provinsi Sulawesi Selatan. Luas daratan Wilayah Kabupaten Jeneponto adalah 749,79 km<sup>2</sup>. Batas-batas geografis wilayah Kabupaten Jeneponto secara lengkap adalah sebagai berikut: di sebelah utara dengan Kabupaten Gowa dan Kabupaten Takalar, di sebelah timur dengan Kabupaten Bantaeng, di sebelah barat dengan Kabupaten Takalar dan di sebelah selatan dengan Laut Flores.

Memiliki panjang pantai lebih dari 95 km dengan luas 749.79 km<sup>2</sup> telah menempatkan Jeneponto sebagai salah satu penghasil rumput laut terbesar di Sulawesi Selatan. Potensi yang penting dari sektor lain juga adalah produksi garam. Wilayah Pesisir Kabupaten Jeneponto yang merupakan sentra produksi garam satu-satunya di pulau Sulawesi. Produksi garam tidak hanya mencukupi kebutuhan garam yodium untuk provinsi Sulawesi Selatan saja, tetapi juga menyuplai kebutuhan kawasan timur Indonesia.

Secara Administrasi, wilayah Kabupaten Jeneponto beribukota di Bontosunggu Terbagi menjadi 11 kecamatan dan 31 desa/kelurahan. Penyelenggaraan Sistem Kesehatan Daerah Kabupaten Jeneponto disesuaikan dengan kondisi sosial budaya yakni "*a'bulo sibatang accera sitonga-tongka*" yang sarat dengan semangat gotong royong dalam penyelenggaraan upaya kesehatan di daerah.

## **Hasil Studi Kasus**

Penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Jeneponto pada enam wilayah kerja yakni Kecamatan Binamu, Kecamatan Turatea, Kecamatan Tamalatea, Kecamatan Bontoramba, Kecamatan Batang dan Kecamatan Arungkeke. Pengambilan data dimulai pada bulan Maret tahun 2017 s/d Maret tahun 2018.

Jumlah sampel keseluruhan sebanyak 40 sampel yang terdiri atas 20 orang pada kelompok intervensi 1 (MT) dan 20 orang pada kelompok intervensi 2 (MO). Jumlah sampel pada awal penelitian sebanyak 47 orang yang terdiri atas 22 orang pada kelompok MT dan 25 orang pada kelompok MO. Pada saat penelitian berlangsung sampai dengan berakhirnya penelitian ada 7 sampel yang mengalami drop out dengan alasan 2 orang mutasi lokasi kerja dan 5 orang yang tidak mengikuti proses penelitian secara keseluruhan.

Hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel, grafik dan teks yang didasarkan pada analisis statistik. Hasil penelitian dapat dilihat pada tahapan penelitian sebagai berikut :

### ***Tahap I – Studi Pendahuluan***

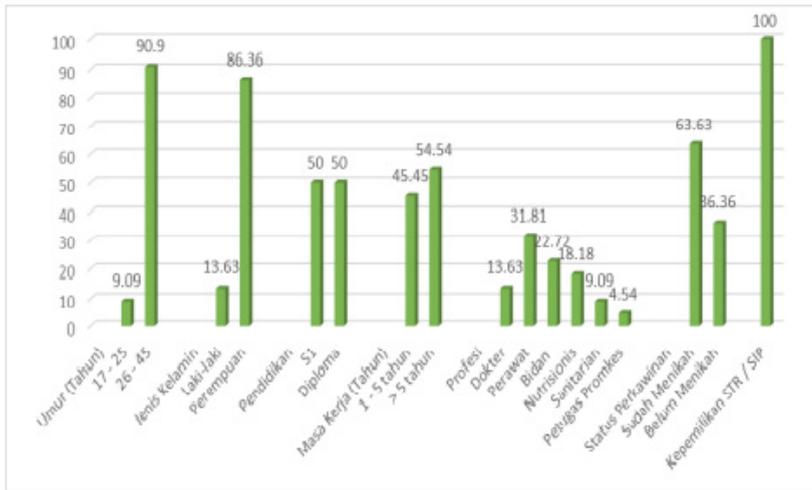
#### **Karakteristik Informan**

Jumlah informan sebanyak 22 orang. Terdapat 3 orang informan yang berjenis kelamin laki-laki dan 19 orang perempuan. Profesi Dokter 3 orang, perawat 7 orang, bidan 5 orang, petugas gizi 4 orang, petugas kesehatan lingkungan 2 orang dan 1 orang petugas promosi kesehatan.

Jenjang pendidikan informan sebanyak 9 orang adalah D III, 2 orang D IV dan 11 orang S1. Usia informan berkisar 17 – 25 tahun sebanyak 2 orang dan berkisar 26 – 45 tahun sebanyak 20 orang. Masa kerja informan antara 1 – 5 tahun sebanyak 10 orang dan masa kerja diatas 5 tahun sebanyak 12 orang.

Informan yang telah menikah sebanyak 14 orang dan 8 orang belum menikah. Dan seluruh petugas kesehatan sebanyak 22 orang yang menjadi informan dalam penelitian ini telah memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) ataupun Surat Izin Praktik (SIP).

Berdasarkan data tersebut maka dapat disimpulkan bahwa petugas kesehatan yang menjadi informan pada penelitian tahap I ini didominasi oleh jenis kelamin wanita, yang berprofesi sebagai perawat, dengan latar belakang pendidikan S1, yang berada pada kelompok usia dewasa dengan masa kerja diatas 5 tahun. Pada umumnya telah menikah dan semuanya telah memiliki STR dan SIP. Karakteristik informan dapat dilihat pada gambar 15.



**Gambar 15. Analisis Karakteristik Informan Kab. Jeneponto**

Pada penelitian ini dihasilkan tema-tema yang disusun berdasarkan tujuan penelitian. Dari hasil analisa peneliti terhadap hasil wawancara dengan para informan, dirumuskanlah dua tema, yaitu: status gizi anak dan *interprofessional collaboration* Hasil wawancara mendalam pada informan dapat dilihat di kutipan hasil wawancara.

### Pengetahuan Informan

Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui oleh informan tentang gizi buruk dan *interprofessional collaboration*.

### Gizi Buruk

Generalisasi empiris akan pemahaman informan terhadap status gizi anak dijabarkan dalam beberapa sub tema yakni Definisi,

Ciri-ciri dan penyebab. Dari hasil wawancara diperoleh beragam Definisi gizi buruk, yang disampaikan oleh informan. Namun secara umum para informan sudah memahami tentang Definisi gizi buruk yakni suatu kondisi anak yang memiliki BB/TB dibawah minus 3 standar deviasi dan BB yang tidak sesuai dengan usia serta di bawah garis merah. Kutipan wawancara dari informan mengenai hal tersebut;

*“berat badan menurut tinggi badan dibawah minus 3 standar deviasi,”*

**(I16- Ny.K, Gizi, BM)**

*“Kasus gizi buruk berarti dimana BBnya tidak sesuai dengan usianya.”*

**(I16- Nn.AP, Dokter.AK)**

*“Status gizi buruk pada anak itu berat badannya kurang dari normal, di bawah garis merah”*

**(I17- Ny.AM, Perawat, AK)**

Adapun generalisasi empiris yang memahami ciri-ciri anak yang mengalami gizi buruk. Informan mengatakan bahwa anak yang mengalami gizi buruk akan nampak kurus, Berat badan yang menurun dan otot yang mengecil merupakan hal yang paling sering ditemui. Hal ini sebagaimana disajikan dalam kutipan:

*“dia ada tandanya, berat badannya menurun. Terus ototnya mengecil”*

**(I18- Ny.B, Perawat, AK)**

*“dia kurus, terus muka agak pucat, rambut agak kemerahan kayak pirang dari BB/TB dia masuk pendek dan di bawah -3”*

**(I21- Tn.R, Gizi, AK)**

*“anaknya kurus, rewel, ada tanda-tanda keriput di pantat, kurang berat badan, selalu sakit-sakit, kurang nafsu makan”*

**(I22- Ny.RB, Promkes, AK)**

Terkait faktor kebutuhan akan gizi yang tidak terpenuhi dari makanan yang dikonsumsi dan pendidikan orang tua yang rendah menjadi penyebab kejadian gizi buruk pada anak dapat dijadikan sebagai generalisasi empiris. Hal ini sesuai dengan kutipan yang disampaikan oleh informan sebagaimana kutipan:

“yang pertama faktor makanan, yang kedua factor pendidikan orang tua yang tidak tau pentingnya makanan”.

**(I2- Ny.HH, Perawat, BM)**

“Asupan gizinya berkurang”

**(I15- Nn.SS, Kesling, TT)**

### ***Interprofessional Collaboration***

*Interprofessional collaboration* terbagi pula atas dua sub tema yakni: pemahaman tentang *interprofessional collaboration* dan bentuk praktik *interprofessional collaboration* dalam pelayanan kesehatan anak dengan gizi buruk sehari-hari. Generalisasai empiris menunjukkan bahwa secara umum pemahaman informan mengenai *interprofessional collaboration* sudah baik. Hal tersebut nampak dalam kutipan

“kolaborasi melakukan kerja sama ....dengan yang terkait”

**(I2- Ny.HH, Perawat, BM)**

“Yang saya pahami adalah kerja sama dari tiap-tiap pengelola program yang terkait ..

**(I7- Tn.S, Gizi, BM)**

“Kayak bekerja sama profesi yang satu dengan yang lain”

**(I13- Nn.NA,Bidan,TT)**

“Kerja sama antar program untuk mencapai indicator masing-masing program tersebut”

**(I17- Ny.AM, Perawat, AK)**

Sub tema mengenai bentuk praktik *interprofessional collaboration* dalam pelayanan kesehatan anak dengan gizi buruk sehari-hari, dapat digeneralisasi secara empiris bahwa informan

telah melakukan berbagai kegiatan yang dianggap sebagai wujud *interprofessional collaboration* yakni berupa; kunjungan rumah, system rujukan dan kegiatan Posyandu. Kutipan informan tentang kegiatan-kegiatan tersebut;

*“Kalo selama ini kita langsung kunjungan rumah”*

**(I15- Nn.SS, Kesling, TT)**

*“...langsung ke Puskesmas masuk di dokter, diperiksa. Kalo ada gejala dia rujuk...”*

**(I21- Tn.R, Gizi, AK)**

*“...ada jadwal pelayanan posyandu setiap minggu....”*

**(I20- Ny.I, Bidan, AK)**

Generalisasi empiris akan keluhan “*double job*” akibat keterbatasan jumlah tenaga kesehatan pada profesi tertentu dan pelaksanaan pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan latar belakang pendidikan informan yang sangat mempengaruhi upaya *interprofessional collaboration*. Hal tersebut tersaji dalam kutipan berikut;

*“...Cuma yang menjadi masalah, petugas-petugas yang ada disini seperti yang tadi saya bilang...maksudnya mereka tidak pada pendidikan profesi mereka. Terus disini kan petugas gizinya cuma satu. Sebaiknya sih minimal 2....”*

**(I9- Ny.NR, Dokter, TT)**

*“ ...Idealnya ya begitu...harus sesuai dengan profesinya masing-masing. Terus tenaga mungkin yang dibutuhkan bisa lebih banyak lagi untuk mencukupi semua.”*

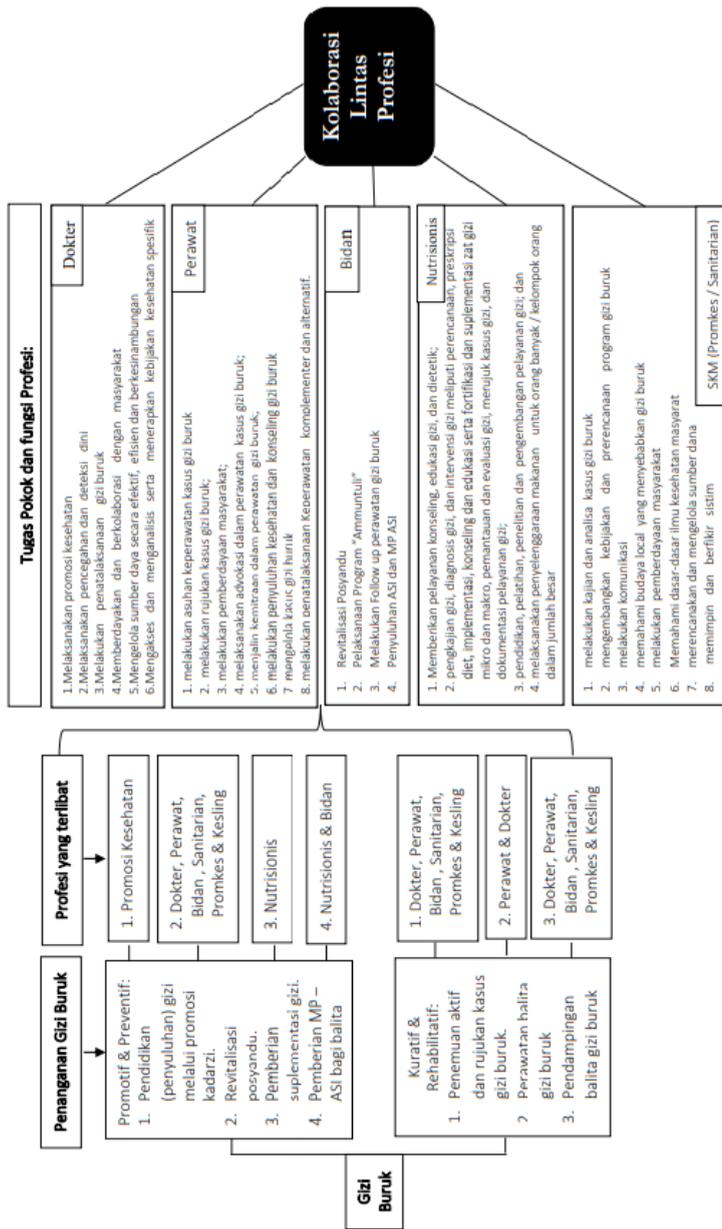
**(I9- Ny.NR, Dokter, TT)**

*“.....Apa di...harapannya itumi mungkin harapannya. Bahwa seluruh petugas agar lebih aktif dalam profesinya. Terus yang kedua agar petugasnya sesuai dengan pendidikannya.”*

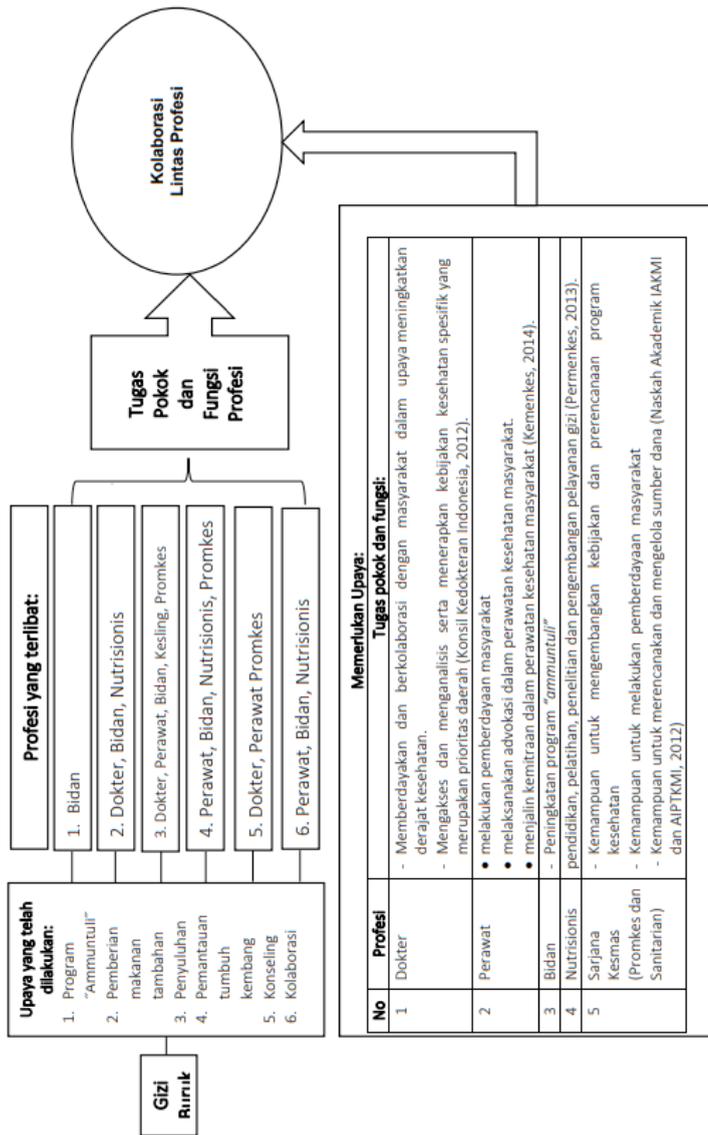
**(I10- Tn.IR, Perawat, TT)**

Pada hasil penelitian tahap I dapat disimpulkan bahwa *interprofessional collaboration* di tingkat Puskesmas dalam penanganan gizi buruk sudah berjalan pada enam upaya namun ada beberapa upaya yang belum optimal, hal ini nampak pada gambar 16.

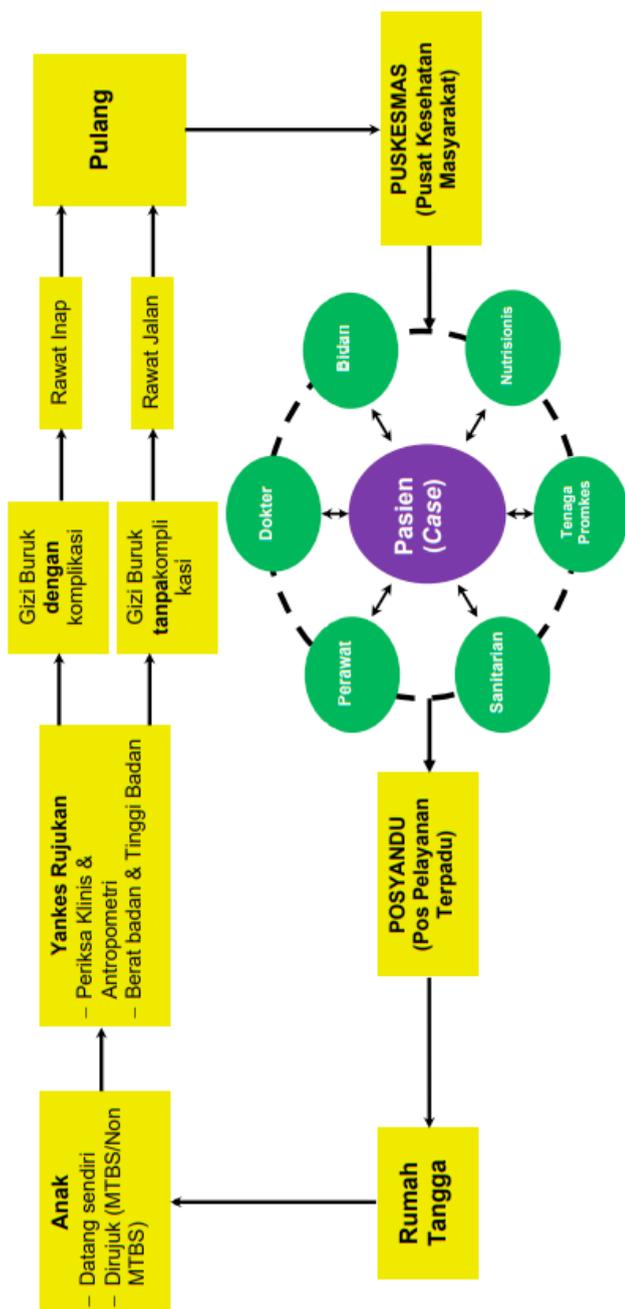
Sehingga ditawarkan model *interprofessional collaboration* kesehatan yang diharapkan mampu meningkatkan *interprofessional collaboration* dalam penanganan gizi buruk bersumber pada berbagai referensi diantaranya Kemenkes RI tahun 2011 dan KARS 2013 yang diberi nama *Case centered Care Model* (Risnah, 2018) yang nampak pada gambar 15.



**Gambar 16. Kolaborasi Petugas Kesehatan Tingkat Puskesmas dalam Penanganan Kasus Gizi Buruk di Kab.Jeneponto**



Gambar 17. Skema Penanganan Gizi Buruk di Kab. Jeneponto (Studi Kasus pada Tiga Puskesmas)

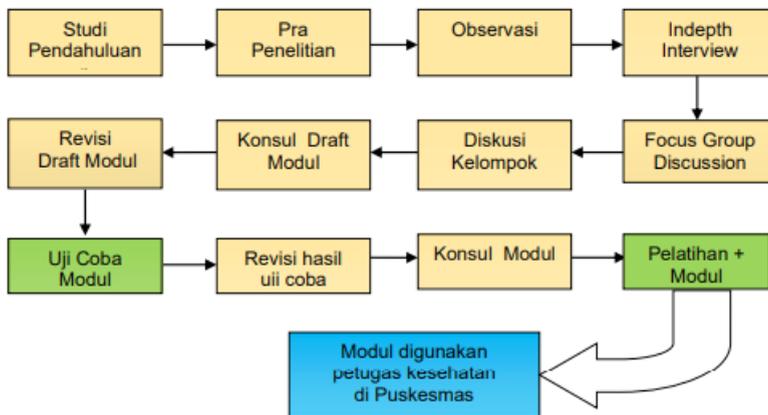


Gambar 18. Case Centered Care Model - 3C Model (Interdisciplinary Team Model - Interprofessional Collaboration) (Risnah, 2018)

- Case Centered Care (3C) Model: Pasien / Kasus adalah pusat pelayanan dan bagian dari tim, evolusi dari model *patient centered care (PCC)*
- Professional Pemberi Asuhan (PPA) diposisikan di sekitar pasien, dengan kompetensi yang memadai sama pentingnya pada kontribusi profesinya, tugas mandiri, delegatif, kolaboratif, merupakan model tim interdisiplin.
- Dokter sebagai Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) mempunyai Peran dan fungsi: Sebagai clinical leader, melakukan review, sintesa, integrasi asuhan pasien, koordinasi.
- 3 C Model merupakan pendekatan modern, inovatif sudah menjadi trend global dalam pelayanan kesehatan.

## Tahap II – Pengembangan Modul

Penelitian ini dimulai dengan melakukan studi pendahuluan pada Tahap I dengan melakukan wawancara mendalam serta observasi di Puskesmas lokasi penelitian. Selanjutnya dilakukan *Focus Group Discussion* dan diskusi kelompok pada responden. Hasilnya berupa draft penyusunan modul. Setelah dilakukan berbagai revisi oleh promotor, maka dilakukan uji coba modul yang selanjutnya setelah proses revisi lanjut maka modul dipergunakan pada saat pelatihan *interprofessional collaboration*. Hal tersebut nampak pada gambar 18.



**Gambar 18. Alur penyusunan Modul Interprofessional collaboration Kesehatan**

Adapun hasil dari kegiatan uji coba modul, tersaji pada Tabel 5.

**Tabel 5. Analisis Karakteristik Subjek  
Kelompok Uji Coba Modul di Kab. Jeneponto**

<b>Karakteristik</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	3	25
Perempuan	9	75
<b>Tingkat Pendidikan</b>		
Strata I	5	42
Diploma	7	58
<b>Usia</b>		
20 – 30 tahun	5	41,2
31 – 40 tahun	5	41,2
41 – 50 tahun	2	16,6
<b>Profesi</b>		
Dokter	2	16,6
Perawat	2	16,6
Bidan	3	25
Nutrisionis	2	16,6
Sanitarian	2	16,6
Promosi kesehatan	1	8,3
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Tabel 5 memperlihatkan bahwa mayoritas informan berjenis kelamin perempuan, yaitu sebanyak 9 orang (75 %) dan laki-laki hanya 3 orang (25%). Tingkat pendidikan informan yang menyelesaikan pada tingkat strata 1 sebanyak 5 orang (42 %) dan yang menyelesaikan pada tingkat Diploma baik itu Diploma III maupun Diploma IV sebanyak 7 orang (58%).

Kelompok usia informan yakni usia 20 – 30 tahun dan 31 – 40 tahun masing-masing sebanyak 5 orang (41,2 %) dan untuk kelompok usia 41 – 50 tahun sebanyak 2 orang (16,6 %). Selain

itu profesi yang dimiliki informan bervariasi yakni; dokter 2 orang (16,6 %), perawat 2 orang (16,6 %), Bidan 3 orang (25 %), nutrionis 2 orang (16,6 %), sanitarian 2 orang (16,6 %), tenaga promosi kesehatan 1 orang (8,3 %).

Pada Tahapan uji coba modul untuk mengukur pengetahuan subjek maka peneliti memberikan pretest sebelum kegiatan pelatihan dan di berikan modul saat kegiatan berlangsung.

**Tabel 6. Perubahan Pengetahuan subjek uji coba modul pre dan post pelatihan di Kabupaten Jeneponto**

Pengetahuan	Pre		Post		Nilai p
	Mean	SD	Mean	SD	
Gizi buruk	3.50	0.798	4.67	0.492	0.002
Kolaborasi	8.75	0.965	10.67	1.670	0.008

Sumber: Data Primer

Keterangan : Uji T Berpasangan

Tabel 6 menunjukkan bahwa untuk pengetahuan tentang gizi sebelum pelatihan memiliki rerata 3.50 dan setelah pelatihan memiliki rerata 4.67. Hal ini tidak menunjukkan peningkatan rerata. Hasil uji statistic yakni uji T tes menunjukkan nilai  $p=0.002$  ( $p < 0.05$ ) yang bermakna bahwa ada perbedaan rerata pengetahuan tentang gizi sebelum dengan setelah perlakuan.

Sedangkan untuk pengetahuan tentang kolaborasi sebelum pelatihan memiliki rerata 8.75 dan setelah pelatihan memiliki rerata 10.67. Hal ini menunjukkan adanya peningkatan rerata. Hasil uji statistic menunjukkan nilai  $p=0.008$  ( $p < 0.05$ ) yang menunjukkan ada perbedaan rerata pengetahuan tentang kolaborasi sebelum dengan setelah perlakuan pada kelompok uji coba modul.

### **Tahap III – Studi Intervensi**

Gambaran karakteristik antara jenis kelamin, umur, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja dan profesi pada kelompok MT dan kelompok MO.

**Tabel 7. Analisis Karakteristik Subjek Petugas Kesehatan di Kabupaten Jeneponto**

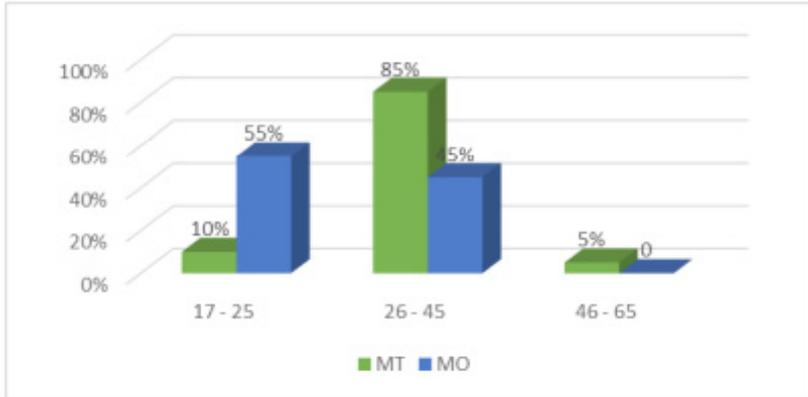
Karakteristik	Kelompok MT		Kelompok MO		P
	Frekuensi n = 20	Persentase %	Frekuensi n = 20	Persentase %	
<b>Umur</b>					
17 – 25 tahun	2	10	11	55	0,819
26 – 45 tahun	17	85	9	45	
46 – 65 tahun	1	5	0	0	
<b>Jenis Kelamin</b>					1,000
Laki-laki	3	15	3	15	
Perempuan	17	85	17	85	
<b>Pendidikan</b>					
S1	10	50	10	50	1,000
Diploma	10	50	10	50	
<b>Masa Kerja</b>					
1 – 5 tahun	8	40	11	55	0,342
> 5 tahun	12	60	9	45	
<b>Profesi</b>					0,978
Dokter	2	10	0	0	
Perawat	6	30	7	35	
Bidan	6	30	5	25	
Nutrisionis	4	20	4	20	
Sanitarian	1	5	4	20	
Petugas Promkes	1	5	0	0	

Sumber; Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel 7 dapat dilihat bahwa pada kelompok MT subjek terbanyak berumur 26 - 45 tahun (dewasa) dengan jumlah 17 orang (85 %) dengan jenis kelamin terbanyak adalah perempuan sejumlah 17 orang (85%). Subjek yang berpendidikan S1 dan Diploma berada pada jumlah yang sama yakni masing-masing 10 orang ( 50 %). Sebagian besar memiliki masa kerja selama > 5 tahun sebanyak 12 orang (60 %), dan berprofesi sebagai perawat dan bidan masing-masing sebanyak 6 orang (30 %).

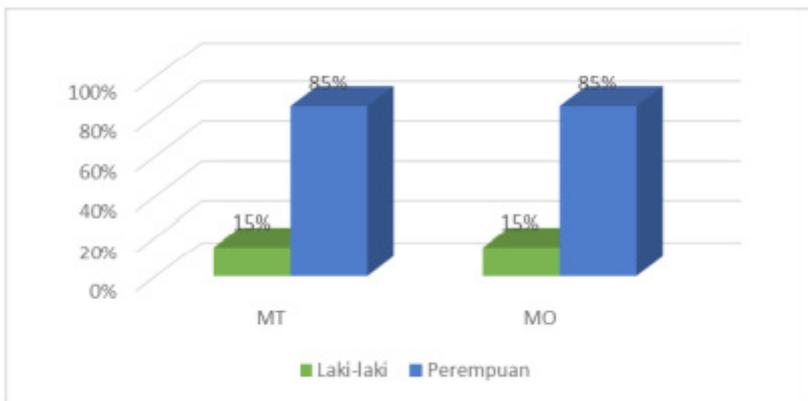
Pada kelompok MO subjek terbanyak berumur 17 - 25 tahun (remaja) dengan jumlah 11 orang (55 %) dengan jenis kelamin terbanyak adalah perempuan sejumlah 17 orang (85%). Subjek yang berpendidikan S1 dan Diploma berada pada jumlah yang sama yakni masing-masing 10 orang ( 50 %). Sebagian besar memiliki masa kerja selama 1 - 5 tahun sebanyak 11 orang (55 %), dan berprofesi sebagai perawat sebanyak 7 orang (35 %).

Nilai  $p$  pada karakteristik umur sebesar 0,819, karakteristik jenis kelamin dan pendidikan masing-masing 1,000, serta karakteristik masa kerja 0,342 dan profesi sebesar 0,978. Dengan keseluruhan nilai  $p > 0.05$  pada karakteristik subjek kelompok MT dan kelompok MO yang bermakna bahwa tidak ada perbedaan awal di karakteristik subjek pada kedua kelompok tersebut atau dengan kata lain bahwa kedua kelompok ini yakni kelompok MT dan kelompok MO memiliki karakteristik subjek yang homogen. Jika dilakukan distribusi frekuensi setiap karakteristik subjek antara kelompok MT dan MO maka akan nampak pada gambar-gambar berikut:



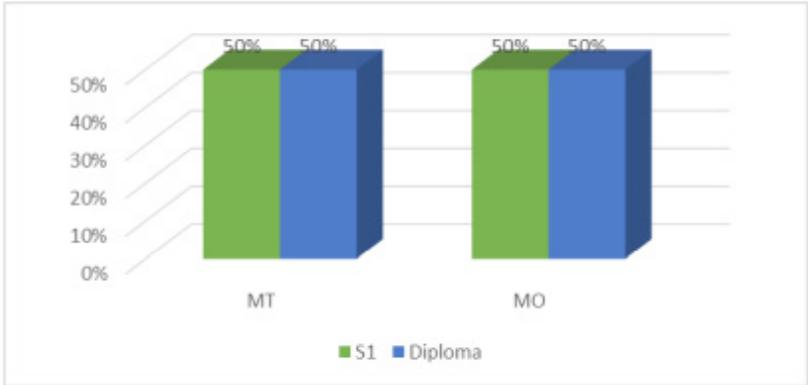
**Gambar 20. Perbedaan Karakteristik antar Kelompok Berdasarkan Umur**

Gambar 20 menunjukkan bahwa pada kelompok MT memiliki interval usia antara 26 – 45 tahun lebih tinggi daripada kelompok MO dan hanya kelompok MT yang memiliki responden usia 46 – 65 tahun.



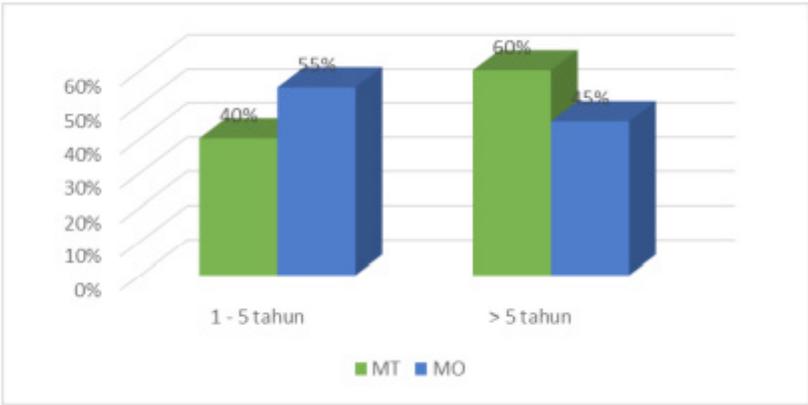
**Gambar 21. Perbedaan Karakteristik antar Kelompok Berdasarkan Jenis Kelamin**

Gambar 21 menunjukkan bahwa baik pada kelompok MT maupun kelompok MO memiliki jumlah jenis kelamin laki-laki 15 % dan perempuan 85 % yang sama.



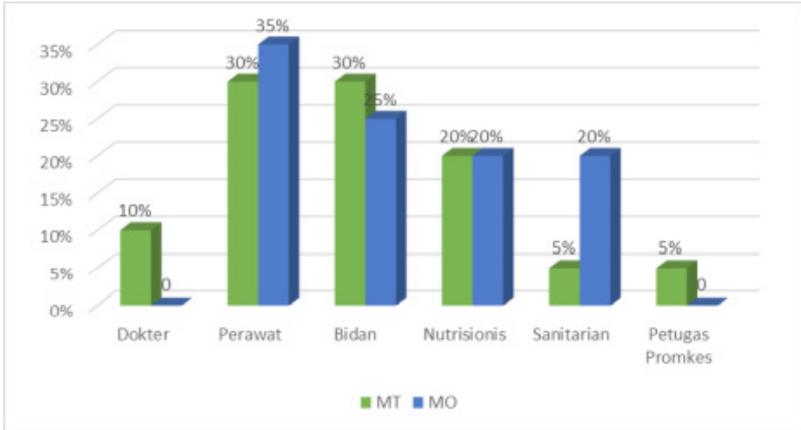
**Gambar 22. Perbedaan Karakteristik antar Kelompok Berdasarkan Pendidikan**

Gambar 22 menunjukkan bahwa kelompok MT maupun kelompok MO memiliki jumlah subjek dengan tingkat pendidikan S1 dan Diploma yang jumlahnya masing-masing 50 %.



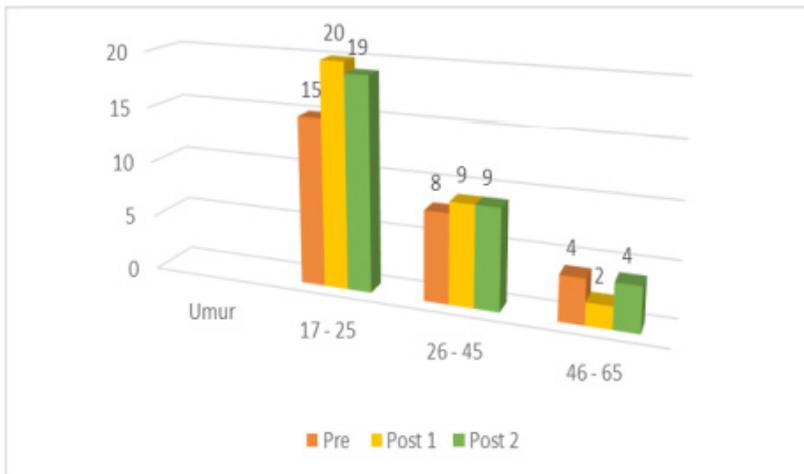
**Gambar 23. Perbedaan Karakteristik antar Kelompok Berdasarkan Masa Kerja**

Gambar 23 menunjukkan bahwa kelompok MO, subjek yang memiliki masa kerja 1-5 tahun lebih banyak dibandingkan dengan kelompok MT. Dan di kelompok MT juga memiliki subjek dengan masa kerja > 5 lebih banyak daripada kelompok MO.



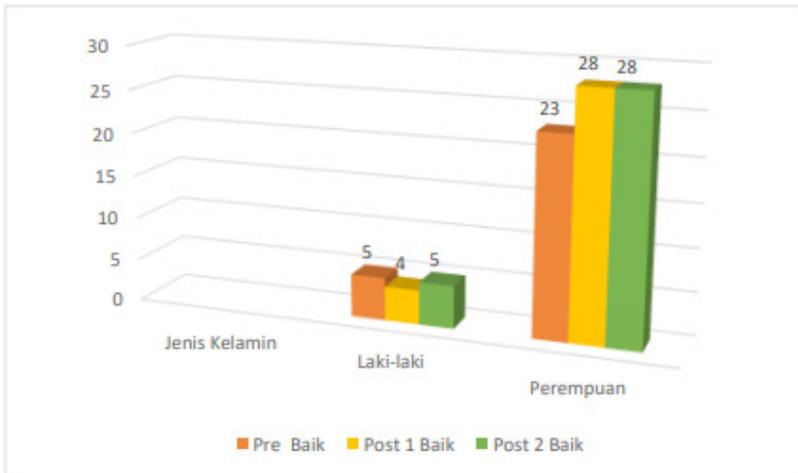
**Gambar 24. Perbedaan Karakteristik antar Kelompok Berdasarkan Profesi**

Gambar 24 menunjukkan bahwa kelompok MO memiliki subjek profesi perawat lebih banyak tetapi tidak memiliki profesi dokter dan promosi kesehatan.



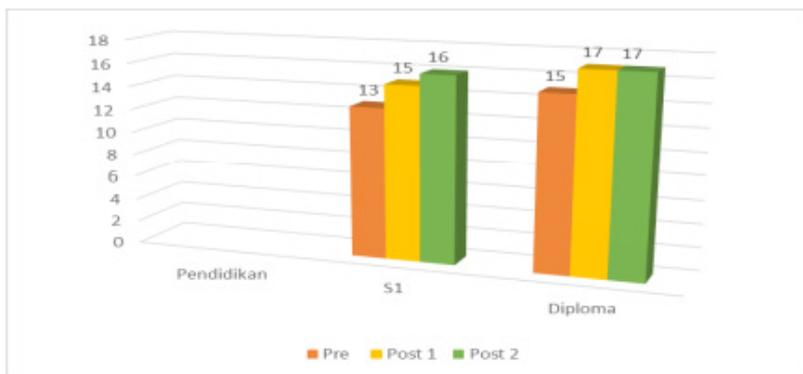
**Gambar 25. Perubahan Pengetahuan Tentang Interprofessional collaboration yang Baik Berdasarkan Umur Subjek**

Perubahan pengetahuan berdasarkan gambar 25 menunjukkan bahwa perubahan pengetahuan subjek yang berada pada interval usia 17 – 25 tahun lebih tinggi pada setiap tahapan pengukuran jika dibandingkan dengan subjek yang berada pada interval usia 26 – 45 tahun dan usia 46 65 tahun.



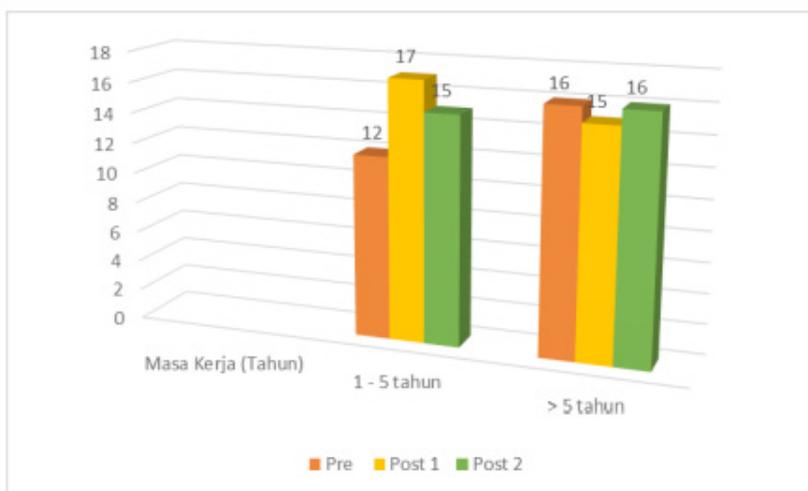
**Gambar 26. Perubahan Pengetahuan Tentang Interprofessional collaboration yang Baik Berdasarkan Jenis Kelamin Subjek**

Perubahan pengetahuan tentang *interprofessional collaboration* pada gambar 26 menunjukkan bahwa subjek lebih banyak pada jenis kelamin perempuan dibandingkan jenis kelamin laki-laki.



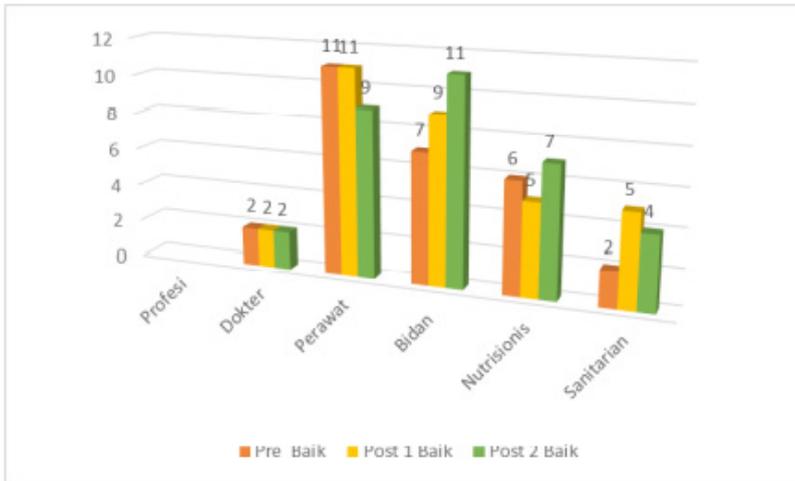
**Gambar 27. Perubahan Pengetahuan Tentang Interprofessional collaboration Responden Berdasarkan Pendidikan Subjek**

Perubahan pengetahuan tentang *interprofessional collaboration* di gambar 27 nampak bahwa subjek lebih tinggi pada responden dengan tingkat pendidikan diploma namun pada tingkat pendidikan S1 juga mengalami peningkatan secara bertahap pada setiap tahapan pengukuran.



**Gambar 28. Perubahan Pengetahuan tentang Interprofessional collaboration Berdasarkan Masa Kerja Subjek**

Perubahan pengetahuan tentang *interprofessional collaboration* subjek pada gambar 28 nampak bahwa lebih tinggi pada subjek yang memiliki masa kerja 1–5 tahun bila dibandingkan dengan yang > 5 tahun.



**Gambar 30. Perubahan Pengetahuan Tentang Interprofessional collaboration yang Baik Berdasarkan Profesi Subjek**

Perubahan pengetahuan tentang *interprofessional collaboration* subjek pada gambar 30 nampak bahwa paling tinggi pada profesi perawat dan bidan jika dibandingkan dengan profesi nutrisionis, sanitarian dan dokter.

**Tabel 8. Rerata Perubahan Pengetahuan tentang Gizi Buruk pada Setiap Tahapan Pengukuran dan antar Kelompok Pre-Post Intervensi Pendidikan Kesehatan Di Kabupaten Jeneponto**

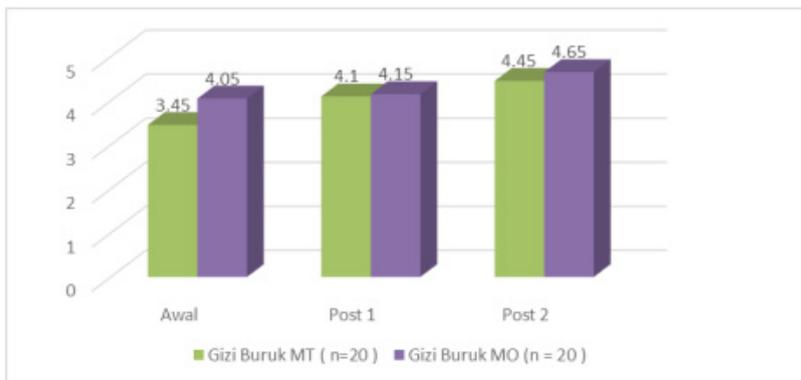
Kelompok	Pengetahuan Awal	Pengetahuan post 1	Pengetahuan post 2	Δ	Nilai p
	Rerata	Rerata	Rerata		
MT	3.45	4.1	4.45	1	<b>0,006*</b>
MO	4.05	4.15	4.65	0.60	<b>0,006**</b>
<b>Nilai p</b>	<b>0,025**</b>	<b>0.768**</b>	<b>0.206**</b>		

*Sumber : Data Primer*

*p : \*Uji Friedman || p : \*\*Uji Mann Whitney*

Tabel 8 Menunjukkan pada kelompok MT terjadi perbedaan rerata pengetahuan awal sebesar 3.45. Kemudian meningkat menjadi 4.1 pada pengukuran post 1 dan meningkat lagi menjadi 4.45 pada hasil pengukuran post 2. Hasil uji Friedman pada kelompok MT menunjukkan angka signifikansi 0.006 yang berarti paling tidak terdapat perbedaan rerata pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan metode ceramah pada kegiatan pelatihan disertai modul.

Pada kelompok MO perbedaan rerata pengukuran pengetahuan awal sebesar 4.05. Kemudian meningkat menjadi 4.15 pada pengukuran post 1 dan meningkat lagi menjadi 4.65 pada hasil pengukuran post 2. Hasil uji Friedman pada kelompok kontrol menunjukkan angka signifikansi 0.006 yang berarti paling tidak terdapat perbedaan rerata pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan berupa pemberian modul.



**Gambar 31. Rerata Perubahan Pengetahuan tentang Gizi Buruk Pre-Post Intervensi pada Kelompok MT dan Kelompok MO**

Ditunjukkan pengetahuan awal rerata pengetahuan gizi buruk antara kelompok MT sebesar (3.45) lebih rendah dibandingkan kelompok MO (4.05). Hasil uji Mann Whitney menunjukkan nilai 0.025 yang artinya terdapat perbedaan rerata bermakna pengetahuan awal kelompok MT dan kelompok MO.

Pada pengetahuan post 1 rerata pengetahuan gizi buruk antara kelompok MT (4.1) lebih rendah dibandingkan dengan kelompok MO (4.15). Hasil uji Mann Whitney menunjukkan nilai 0.768. Yang artinya tidak terdapat perbedaan rerata bermakna pada pengukuran pengetahuan post 1 antara MT dan kelompok MO.

Pada pengetahuan post 2 rerata pengetahuan gizi buruk antara kelompok MT (4.45) lebih rendah dibandingkan dengan kelompok MO (4.65). Hasil uji Mann Whitney menunjukkan nilai 0.206. Yang artinya tidak terdapat perbedaan rerata bermakna pengukuran pengetahuan post 2 antara kelompok MT dan kelompok MO.

**Tabel 9. Rerata Perubahan Pengetahuan tentang Interprofessional collaboration Setiap Tahapan Pengukuran dan antar Kelompok Pre-Post Intervensi Pendidikan Kesehatan Di Kabupaten Jeneponto**

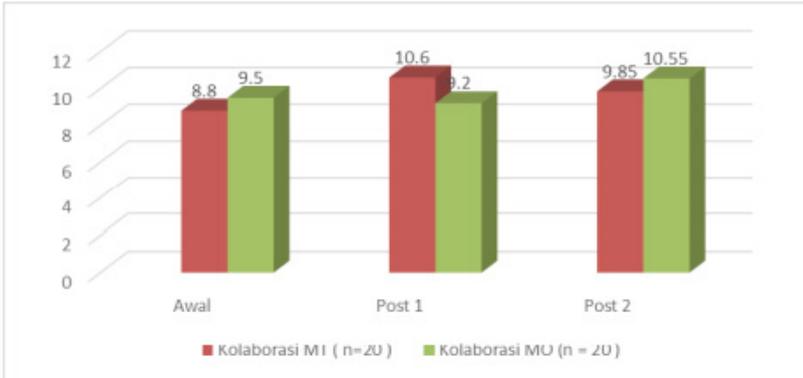
Kelompok	Pengetahuan Awal	Pengetahuan post 1	Pengetahuan post 2	$\Delta$	Nilai <i>p</i>
	Rerata	Rerata	Rerata		
MT	8.80	10.60	9.85	<b>1.05</b>	<b>0.001*</b>
MO	<b>9.50</b>	<b>9.20</b>	<b>10.55</b>	<b>1.05</b>	<b>0.055*</b>
<b>Nilai P</b>	<b>0,170**</b>	<b>0.002**</b>	<b>0.075**</b>		

*Sumber : Data Primer*

*p : \*Uji Friedman || p: \*\*Uji Mann Whitney*

Tabel 9 Menunjukkan pada kelompok MT perbedaan rerata pengukuran pengetahuan awal sebesar 8.80. Kemudian meningkat menjadi 10.60 pada pengukuran post 1 dan menurun menjadi 9.85 pada hasil pengukuran post 2. Hasil uji Friedman pada kelompok MT menunjukkan angka signifikansi 0.000 yang berarti paling tidak terdapat perbedaan rerata pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan metode ceramah pada kegiatan pelatihan disertai modul.

Pada kelompok MO perbedaan rerata pengetahuan awal pada pengetahuan awal sebesar 9.50. Kemudian menurun menjadi 9.2 pada pengukuran post 1 dan meningkat menjadi 10.55 pada hasil pengukuran post 2. Hasil uji Friedman pada kelompok MT menunjukkan angka signifikansi 0.055 yang berarti tidak terdapat perbedaan rerata pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan berupa pemberian modul.



**Gambar 32. Rerata Perubahan Pengetahuan tentang Interprofessional collaboration Pre-Post Intervensi pada Kelompok MT Dan MO**

Melihat nilai perbedaan antar kelompok pada pengukuran pengetahuan awal rerata pengetahuan gizi buruk antara kelompok MT sebesar (8.80) lebih rendah dibandingkan kelompok MO (9.50). Hasil uji Mann Whitney menunjukkan nilai 0.170 yang artinya tidak terdapat perbedaan rerata bermakna pengetahuan awal kelompok MT dan kelompok MO.

Pada pengetahuan post 1 rerata pengetahuan *interprofessional collaboration* antara kelompok MT (10.60) lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok MO (9.20). Hasil uji Mann Whitney menunjukkan nilai 0.002. Yang artinya terdapat perbedaan rerata bermakna pada pengukuran pengetahuan post 1 antara kelompok MT dan kelompok MO.

Pada pengetahuan post 2 rerata pengetahuan *interprofessional collaboration* antara kelompok MT (9.85) lebih rendah dibandingkan dengan kelompok MO (10.55). Hasil uji Mann Whitney menunjukkan nilai 0.075. Yang artinya tidak terdapat perbedaan rerata bermakna pengukuran pengetahuan post 2 antara kelompok MT dan kelompok MO.

**Tabel 10. Perbedaan Rerata Domain Kompetensi Interprofessional collaboration antar Kelompok Pre dan Post Pemberian Intervensi Pendidikan Kesehatan Di Kabupaten Jeneponto**

<b>Domain antar Kelompok:</b>	<b>Pre mean±SD</b>	<b>Post mean±SD</b>	<b>Nilai p Kelompok</b>	<b>Δ mean±SD</b>	<b>Nilai p</b>
<b>Tujuan</b>					
MT	4,00±0,649	5,00±0,649	0.020	1±0,000	0.330
MO	4,45±0,510	5,45±0,510	0.020	0.95±0,224	
<b>Peran</b>					
MT	2.60±0,503	2.70±0,470	0.752	0.1±0,752	0.811
MO	2.65±0,489	2.80±0,523	0.529	0.15±0,529	
<b>Komunikasi</b>					
MT	2.60±0,940	6.95±0,999	0.000	4.35±1,268	<b>0.001</b>
MO	4.65±0,489	6.60±1,046	0.286	1.95±1,276	
<b>Proses</b>					
MT	6.90±0,852	8.10±0,788	0.000	1.20±0,768	<b>0.001</b>
MO	8.35±0,489	7.60±1,875	0.279	-0.75±1,916	
<b>Kerja sama</b>					
MT	4.40±0,940	6.00±0,918	0.042	1.60±1,392	0.343
MO	5.00±0,858	6.15±1,309	0.677	1.15±0,565	
<b>Kepemimpinan</b>					
MT	5.40±2,162	6.45±1,986	0.000	1.05±1,932	<b>0.031</b>
MO	7.65±0,489	7.55±0,999	0.035	-0.10±1,210	
<b>Struktur</b>					
MT	3.60±1,095	3.30±0,470	0.281	-0.30±1,174	1.111
MO	4.00±1,210	3.70±0,979	0.108	-0.30±1,261	

Sumber: Data Primer 2017  
Keterangan: Uji t tidak berpasangan

Tabel 10 menunjukkan bahwa pada domain tujuan kelompok MT nilai rerata sebelum intervensi adalah  $4,00\pm 0,649$  sesudah intervensi adalah  $5,00\pm 0,649$  sedangkan kelompok MO nilai rerata sebelum intervensi adalah  $4,45\pm 0,510$  sesudah intervensi adalah  $5,45\pm 0,510$ . Nilai p besar perbedaan peningkatan untuk kedua kelompok pada domain tujuan sebesar 0.330.

Domain peran kelompok MT nilai rerata sebelum intervensi adalah  $2.60\pm 0,503$  sesudah intervensi adalah  $2.70\pm 0,470$  sedangkan kelompok MO nilai rerata sebelum intervensi adalah  $2.65\pm 0,489$  sesudah intervensi adalah  $2.80\pm 0,523$ . Nilai p besar perbedaan peningkatan untuk kedua kelompok pada domain peran sebesar 0.811.

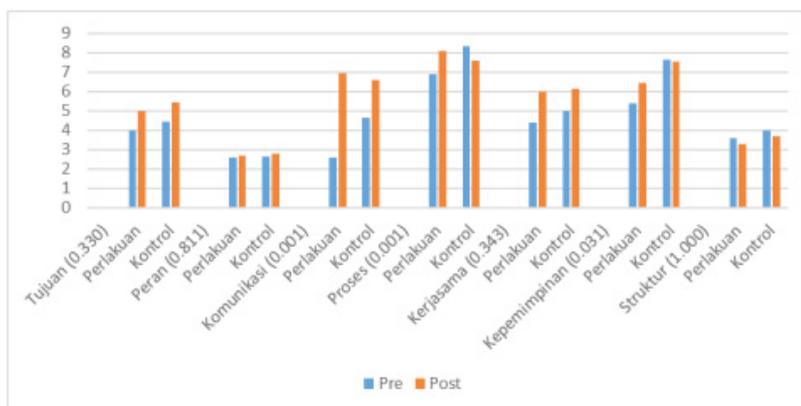
Domain komunikasi kelompok MT nilai rerata sebelum intervensi adalah  $2.60\pm 0,940$  sesudah intervensi adalah  $6.95\pm 0,999$  sedangkan kelompok MO nilai rerata sebelum intervensi adalah  $4.65\pm 0,489$  sesudah intervensi adalah  $6.60\pm 1,046$ . Nilai p besar perbedaan peningkatan untuk kedua kelompok pada domain komunikasi sebesar 0.001.

Domain proses kelompok MT nilai rerata sebelum intervensi adalah  $6.90\pm 0,852$  sesudah intervensi adalah  $8.10\pm 0,788$  sedangkan kelompok MO nilai rerata sebelum intervensi adalah  $8.35\pm 0,489$  sesudah intervensi adalah  $7.60\pm 1,875$ . Nilai p besar perbedaan peningkatan untuk kedua kelompok pada domain proses sebesar 0.001.

Domain kerja sama kelompok MT nilai rerata sebelum intervensi adalah  $4.40\pm 0,940$  sesudah intervensi adalah  $6.00\pm 0,918$  sedangkan kelompok MO nilai rerata sebelum intervensi adalah  $5.00\pm 0,858$  sesudah intervensi adalah  $6.15\pm 1,309$ . Nilai p besar perbedaan peningkatan untuk kedua kelompok pada domain kerja sama sebesar 0.343.

Domain kepemimpinan kelompok MT nilai rerata sebelum intervensi adalah  $5.40\pm 2,162$  sesudah intervensi adalah  $6.45\pm 1,986$  sedangkan kelompok MO nilai rerata sebelum intervensi adalah  $7.65\pm 0,489$  sesudah intervensi adalah  $7.55\pm 0,999$ . Nilai p besar perbedaan peningkatan untuk kedua kelompok pada domain kepemimpinan sebesar 0.031.

Domain struktur kelompok MT nilai rerata sebelum intervensi adalah  $3.60 \pm 1,095$  sesudah intervensi adalah  $3.30 \pm 0,470$  sedangkan kelompok MO nilai rerata sebelum intervensi adalah  $4.00 \pm 1,210$  sesudah intervensi adalah  $3.70 \pm 0,979$ . Nilai p besar perbedaan peningkatan untuk kedua kelompok pada domain struktur sebesar 1.111. Hal tersebut nampak lebih jelas pada gambar 33.



**Gambar 33. Perbedaan Rerata Domain Kompetensi Interprofessional collaboration antar Kelompok Pre dan Post Pemberian Intervensi Pendidikan Kesehatan Di Kabupaten Jeneponto**

## Ulasan Hasil Studi Kasus

### *Tahap I - Studi Pendahuluan*

Studi ini menunjukkan *interprofessional collaboration* pada Puskesmas dalam penanganan kasus gizi buruk sudah berjalan pada beberapa aspek namun secara keseluruhan belum optimal. Secara umum petugas kesehatan telah mengerti Definisi, ciri-ciri dan penyebab gizi buruk. *Interprofessional collaboration* juga telah dipahami dengan baik oleh seluruh informan dalam kapasitas sebagai petugas kesehatan. Tetapi dalam pelaksanaannya khususnya pada kegiatan Posyandu belum dilakukan secara menyeluruh.

Berdasarkan pada hasil wawancara diperoleh juga informasi bahwa kondisi ini diakibatkan karena masih terdapat informan yang tidak melaksanakan profesinya sesuai dengan latar belakang pendidikan mereka. Sarana pendukung kegiatan Posyandu juga masih terbatas dan kurangnya jumlah tenaga kesehatan pada profesi tertentu seperti petugas gizi, promosi kesehatan dan kesehatan lingkungan. Dukungan regulasi berupa aturan-aturan tertulis tentang *interprofessional collaboration* pada tingkat Kabupaten juga belum ditemukan. Sehingga hal tersebut dapat menghambat pelaksanaan *interprofessional collaboration* secara optimal.

Dalam penelitian ini, pemahaman yang baik tentang *interprofessional collaboration* telah dimiliki oleh petugas kesehatan. Kolaborasi adalah istilah yang umum digunakan dalam penelitian, praktik klinis, dan pendidikan profesi kesehatan (Green and Johnson, 2015).

Bekerja dengan cara yang *interprofessional* bukanlah konsep baru. Pada literatur profesional, terutama dalam ilmu kesehatan jelas bahwa sangat banyak manfaat dan tantangan untuk mengintegrasikan tenaga kerja untuk belajar dan menghargai budaya profesi lainnya. Keterampilan ini dapat dialihkan untuk banyak daerah di mana orang bekerja sama dengan profesi lain untuk mencapai tujuan bersama (Borst, 2011).

Dalam praktiknya, pendekatan Kolaboratif tim multidisiplin untuk perawatan sulit dicapai (Hills et al., 2007). Ketiadaan regulasi tentang *interprofessional collaboration* pada tingkat Kabupaten yang ditemukan dalam penelitian ini menjadi sebuah kendala dalam pelaksanaannya. Karena kolaborasi yang baik memerlukan dukungan administrative berupa regulasi yang tertulis (Oandasan et al., 2006).

Kolaborasi yang berhasil adalah sebuah proses interpersonal yang memerlukan kesediaan dan keahlian pada bagian dari peserta kolaborasi. Atribut individu tidak cukup. Faktor penentu organisasi memainkan sebuah peran penting, terutama dalam menyediakan sumber daya yang memadai untuk mendukung kerja tim, manajemen sumber daya manusia dan kepemimpinan (Sharp, 2006). Sehingga kondisi ketika terdapat petugas kesehatan

yang mengimplementasikan profesi secara “*double job*” mampu diminimalkan.

Beragam bentuk kolaborasi telah dilakukan dalam pelayanan kesehatan di masyarakat. Pada penelitian ini sendiri terungkap bahwa telah banyak kegiatan yang menunjukkan bentuk *interprofessional collaboration* pada pelayanan kesehatan sehari-hari. Kegiatan yang dimaksud berupa kunjungan rumah untuk memantau secara langsung kondisi anak yang mengalami gizi buruk yang dikenal dengan istilah “*ammuntuli*” sebagai salah satu program unggulan badan, system rujukan antar profesi kesehatan dan kegiatan posyandu di masyarakat.

Hal tersebut sejalan dengan sebuah penelitian di Belanda yang menunjukkan bahwa keterlibatan kerja sama antara bidan desa dan dokter kandungan juga telah dievaluasi. Karena kedua sector tersebut merupakan bagian titik awal yang perlu ditingkatkan kerja samanya dalam perawatan wanita. Hal ini menunjukkan perbedaan intensitas kerja sama antara profesional perawatan kesehatan (Posthumus et al., 2013).

Kajian mendalam dalam upaya peningkatan kolaborasi masih diperlukan dalam penanggulangan gizi buruk. Hal tersebut senada dengan hasil kajian terhadap *interprofessional collaboration* kesehatan. *Interprofessional collaboration* kesehatan telah banyak dilakukan oleh berbagai institusi pelayanan kesehatan. Salah satu diantaranya yakni kolaborasi antara apoteker, dokter dan perawat.

Hal ini senada dengan sebuah hasil penelitian yang menyimpulkan bahwa kajian peningkatan kesadaran dari semua anggota tim’ dan peran potensialnya sehingga apoteker dokter, perawat, dan dapat memainkan bagian dan manfaat dari bekerja sama sebagai sebuah tim masih diperlukan (Makowsky et al., 2009).

Pentingnya *interprofessional collaboration* dalam organisasi perawatan kesehatan. Untuk meningkatkan kolaborasi interprofesional, intervensi tim dapat dianjurkan dan harus didukung. Pemberian perawatan primer kepada penduduk yang miskin secara medis di Birmingham, Alabama telah dilakukan dengan Model praktik kolaborasi *Interprofessional*

yang dikembangkan mencakup tiga tim perawatan primer dan menggabungkan dokter fakultas dari berbagai disiplin ilmu, termasuk keperawatan, kedokteran, optometri, nutrisi, kesehatan mental, pekerjaan sosial dan informatika (Selleck et al., 2017).

Pencegahan primer penanganan gizi buruk yang dapat dilakukan adalah pendidikan kesehatan berupa ceramah pada kegiatan pelatihan dan pemberian modul. Memaksimalkan peran profesi kesehatan yang terfokus pada kondisi pasien dalam hal ini anak dengan kasus gizi buruk pada sebuah model kolaborasi tingkat puskesmas yang berpusat pada pasien dan disebut "*Case center care (3C) model*"

Pada studi pendahuluan penelitian ini menghasilkan sebuah model penanganan petugas kesehatan dalam kasus gizi buruk sesuai pada yang memperlihatkan gambaran pelaksanaan pelayanan gizi buruk yang selama ini dilakukan yang dapat terlihat pada gambar 16. Selanjutnya pada hasil studi kasus pada tiga Puskesmas di tahap 1 ini, memperlihatkan skema penanganan kasus gizi buruk yang masih memerlukan upaya peningkatan peran profesi kesehatan yang nampak pada gambar 16. Pada akhirnya di tahap 1 menawarkan model pelayanan di tingkat Puskesmas dalam penanganan gizi buruk menjadi sebuah model "*Case center care (3C)*" yang terdapat pada gambar 17.

## ***Tahap II – Pengembangan modul***

Modul yang telah diuji coba dapat diterima dengan baik dengan memperlihatkan peningkatan pengetahuan tentang gizi buruk dan *interprofessional collaboration* petugas kesehatan.

Penggunaan modul dalam pelayanan kesehatan telah dilakukan dalam sebuah penelitian yakni berupa penggunaan buklet kesehatan ibu dan anak secara tergabung merupakan wujud integrasi layanan kesehatan yang dapat berefek pada penyatuan dalam penyediaan sistem layanan kesehatan yang sama. Di negara-negara di Asia dimana buku panduan kesehatan ibu dan anak telah digunakan selama bertahun-tahun, buku-buku pegangan telah memainkan peranan penting dalam mengurangi tingkat kematian ibu dan anak (Mudany et al., 2015).

Kegiatan uji coba modul yang dilakukan pada proses penyusunan modul untuk melaksanakan pendidikan kesehatan dengan menggunakan metode ceramah pada pelatihan yang telah dilakukan merupakan sebuah proses untuk memperoleh pengetahuan karena adanya pemahaman-pemahaman baru.

Dipahami bahwa pengetahuan dalam pandangan *constructivists* bukanlah fakta dari suatu kenyataan yang sedang dipelajari, melainkan sebagai konstruksi kognitif seseorang terhadap objek, pengalaman, maupun lingkungannya (Vasalou et al., 2017, Muke, 2017).

Hal ini sejalan dengan Intervensi berupa teori kognitif sosial secara signifikan mampu meningkatkan pengetahuan tentang diabetes dan perubahan perilaku di antara anak-anak sekolah (Selvam et al., 2017). Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh *Ariyanti* (2012), dimana intervensi pendidikan kesehatan dengan pendekatan modeling dan menggunakan modul menunjukkan hasil adanya perbedaan rerata pengetahuan ibu sebelum dan sesudah intervensi dengan nilai  $p=0.000$  (Ariyanti, 2012).

Pendidikan kesehatan yang dilakukan dengan menggunakan alat bantu belajar seperti leaflet, booklet dan modul berdampak terhadap peningkatan pengetahuan peserta. Penelitian di Tasikmalaya menunjukkan bahwa setelah diberikan pendidikan kesehatan menggunakan alat bantu belajar booklet dan poster, pengetahuan dan sikap kelompok intervensi meningkat secara bermakna dibandingkan kelompok kontrol (MINTARSIH P and Paramastri, 2007).

Hasil penelitian ini pun didukung oleh penelitian yang dilakukan penggunaan alat bantu belajar seperti modul dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan berupa pelatihan yang diisi dengan metode ceramah pada penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan atensi dari peserta dalam hal ini petugas kesehatan sebagai responden yang bertugas pada di Puskesmas yang ada di kabupaten Jeneponto.

Pada penelitian ini modul yang dihasilkan memuat materi yang mencakup tentang gizi buruk dan *interprofessional* collaboration.

Berisi jadwal kegiatan pelatihan terdapat pula dalam modul sehingga peserta lebih terarah dan aktif.

Alat bantu belajar digunakan berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang ada pada setiap manusia diterima atau ditangkap melalui panca indra. Semakin banyak indra yang digunakan untuk menerima sesuatu maka semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian atau peningkatan pengetahuan yang diperoleh, dengan demikian penggunaan alat bantu belajar ditujukan untuk menggerakkan indra sebanyak mungkin terhadap suatu objek sehingga mempermudah pemahaman (Notoatmodjo, 2007a).

Dalam penelitian ini juga membuktikan bahwa dengan pemberian pendidikan kesehatan berupa metode ceramah dengan menggunakan modul yang dilakukan selama 3 bulan pada kelompok MT dapat meningkatkan pengetahuan secara bertahap.

Hal ini didukung dengan teori Peluru (*Bullet Theory*) yang menyatakan bahwa efektifitas pesan dengan menggunakan media dapat langsung mengenai sasaran yang dituju (Liliwiri, 2007), yang sejalan pula dengan teori yang mengungkapkan bahwa penggunaan media belajar dalam pendidikan kesehatan dengan menggunakan modul dapat lebih mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan oleh masyarakat (Notoatmodjo, 2007a).

Modul yang dibaca dan dipahami dengan baik akan memberikan informasi pengetahuan yang banyak kepada pembacanya. Membaca berarti menangkap arti sebuah lambang atau tanda dan memberi makna. Membaca usaha yang dilakukan seseorang untuk memahami sesuatu yang mengandung arti. Membaca mengantarkan seseorang untuk mendapatkan informasi yang dibutuhkan dalam kehidupan. Setiap orang berbeda cara menangkap dan menyimpan informasi apa yang dibaca.

Perbedaan ini berhubungan dengan kemahiran membaca. Kemahiran membaca bisa dibagi kemahiran aspek mekanik atau visual dengan menggerakkan mata pada waktu membaca dan aspek pemahaman berhubungan dengan menangkap isi bacaan. Aspek mekanik berhubungan dengan indra mata Sedangkan aspek pemahaman berkaitan dengan otak pembaca. Mendengar

merupakan awal dari penerimaan pesan dari komunikator. Mendengarkan adalah suatu proses menangkap, memahami, dan mengingat sebaik-baiknya apa yang didengarkan atau sesuatu yang dikaitkan dengan proses mendengarkan. Pada umumnya orang setiap hari menggunakan waktu komunikasi 45 % untuk mendengarkan, 30 % untuk berbicara 16 % membaca dan 9 % untuk menulis (Prawoto, 2009).

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini setelah melakukan pengindraan terhadap obyek tertentu. Panca indra manusia merupakan media mendapatkan pengetahuan. Akan tetapi secara umum manusia mendapatkan pengetahuan melalui indra penglihatan (membaca) dan pendengaran (Notoadmodjo, 2007).

Hal serupa juga dilakukan pada penelitian yang dilakukan oleh Fitri Hidayani, dkk (2016) melaporkan bahwa terdapat perubahan pengetahuan dan perilaku ODHA setelah diberikan edukasi dan konseling gizi dengan menggunakan media edukasi yang lebih lengkap dan secara berkelanjutan (Hidayani and Sartika, 2016)

Proses penciptaan pengetahuan dan pengelolaan pengembangan pelatihan yang benar dalam ditandai oleh hal-hal sebagai berikut ini (Klinger, 2011):

1. Kegiatan yang dibuat dalam pekerjaan sehari-hari.
2. “Pembelajar” bertanggung jawab untuk memperoleh pengetahuan teoritis dan praktis, namun kehadiran seorang manajer pengetahuan dan moderator juga perlu bertanggung jawab untuk perencanaan dan pengembangan proses.
3. Pembelajaran yang berlangsung selama penciptaan pengetahuan dan pengelolaan dihasilkan secara kolaboratif oleh orang di sekitar kita.
4. Beberapa jenis “programan” eksplisit yang memandu proses penciptaan pengetahuan dan pengelolaan pengembangan pelatihan.
5. Tujuan penciptaan pengetahuan dan pengelolaan pengembangan pelatihan bisa beragam dalam menyelesaikan masalah.

6. Motivasi yang berorientasi pada kedua prestasi dan persaingan di antara peserta didik.
7. Validasi pengetahuan dan kompetensi dapat dilakukan melalui latihan sehari-hari.

Pelatihan sangat efektif dan bermanfaat dalam meningkatkan pengetahuan guru di Tamilnadu, India. Pelatihan tersebut telah mengubah persepsi tentang kesehatan, merubah kebiasaan makan dan meningkatkan aktivitas fisik. Kegiatan aktivitas fisik seperti yoga dan meditasi. Guru kemudian menugaskan siswa tentang pencegahan dan pengelolaan diabetes untuk berbagi pengetahuan dengan orang tua dan anggota keluarganya (Selvam et al., 2017).

Penelitian yang dilakukan Fatema (2017) dalam mengeksplorasi pengetahuan, sikap dan tindakan tentang diabetes mellitus (DM) di Bangladesh, menunjukkan Pengetahuan, sikap dan tindakan tentang diabetes ternyata pada perempuan menunjukkan skor yang lebih baik dibanding laki-laki. Secara keseluruhan *ditemukan* pengetahuan, sikap dan tindakan secara signifikan lebih tinggi ( $p < 0,001$ ) pada peserta berusia lanjut (31-50 tahun) di masing-masing kelompok. Pada analisis regresi linier menunjukkan skor pengetahuan berkorelasi kuat dengan pendidikan, pendapatan, tempat tinggal dan keadaan diabetes.

Penelitian yang dilakukan pada 36 pegulat dibawah 18 tahun yang diberikan pelatihan tentang gizi, pengendalian berat badan, dan risikonya, program pelatihan dilakukan tiga sesi masing-masing tiap sesi selama 30 menit dalam bentuk ceramah, video, dan tugas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa program pelatihan efektif untuk meningkatkan pengetahuan pegulat di bawah 18 tentang pengendalian berat badan dan risikonya serta pengetahuan gizi. Keterlibatan nara sumber dan orang tua dalam pelatihan sangat penting karena merupakan referensi atlet untuk memperoleh informasi tentang gizi. Nara sumber memberikan informasi tentang pengetahuan dan keterampilan untuk meningkatkan kesehatan sebelum dan setelah latihan olahraga (Visiedo and Palao, 2017, Rossi et al., 2017).

Selain itu terdapat juga metode pendidikan kesehatan yang mampu merubah pengetahuan peserta seperti Pendidikan

kesehatan dengan pendekatan *modelling* yang dilakukan perawat sehingga efektif dalam meningkatkan pengetahuan, kemampuan praktik, kepercayaan diri ibu dalam pemberian ASI dan menstimulasi bayi, yang pada akhirnya dapat mengoptimalkan tumbuh-tumbuh kembang bayi (Saleh et al., 2014).

Lebih banyak edukasi yang diberikan terhadap semua tingkat pendidikan kesehatan akan dapat mengendalikan diabetes dibandingkan dengan satu atau dua jenis pendidikan kesehatan (Ku and Kegels, 2014). Mengenai pentingnya kegiatan pelatihan maka ada tiga elemen penting dalam peningkatan kapasitas yakni; pelatihan formal, kesempatan pelatihan berdasarkan pengalaman dan kemampuan sumberdaya (Marisol estrella., 2000).

Sehingga hal ini juga menunjukkan pentingnya sebuah kegiatan pendidikan kesehatan berupa kegiatan pelatihan dengan metode ceramah yang disertai dengan panduan modul untuk meningkatkan peran serta aktif yang baik untuk seluruh peserta.

### ***Tahap III – Studi Intervensi***

#### **Karakteristik Subjek**

Pada penelitian ini menunjukkan pada kelompok MT subjek terbanyak berumur 20 – 30 tahun, jenis kelamin terbanyak adalah perempuan, subjek berpendidikan S1 dan Diploma berada pada jumlah yang sama. Sebagian besar memiliki masa kerja selama 1 – 5 tahun dan yang berprofesi sebagai perawat dan bidan sama jumlahnya.

Pada kelompok MO subjek terbanyak berumur 20 – 30 tahun, jenis kelamin terbanyak adalah perempuan. Subjek yang berpendidikan S1 dan Diploma berada pada jumlah yang sama, Sebagian besar memiliki masa kerja selama 1 – 5 tahun dan berprofesi sebagai perawat.

Dengan keseluruhan nilai  $p > 0.05$  pada karakteristik subjek kelompok MT dan kelompok MO yang bermakna bahwa tidak ada perbedaan awal di karakteristik subjek pada kedua kelompok tersebut atau dengan kata lain bahwa kedua kelompok ini yakni kelompok MT dan kelompok MO memiliki karakteristik subjek

yang homogen, sehingga akan sangat efektif untuk melakukan intervensi selanjutnya.

Kajian lanjutan yang menyelidiki tentang budaya organisasi dan dampaknya pada kolaborasi *interprofessional* dan keefektifan tim kesehatan adalah sebuah hal yang penting (Körner et al., 2015). Secara umum dipahami bahwa keberhasilan transfer informasi sangat ditunjang oleh karakteristik responden dan metode penyampaian. Tujuan penyampaian informasi harus menyesuaikan dengan kebutuhan dan metode yang digunakan.

Pada penelitian ini, dari karakteristik subjek diperoleh bahwa sebagian besar baik pada kelompok MT maupun kelompok MO berada pada kelompok usia muda yakni interval 20 – 30 tahun. Hal ini sangat memudahkan transfer informasi karena kelompok masih tergolong mudah untuk menerima pengetahuan dan perubahan.

Hal ini sesuai dengan teori Rahayu 2010, yang mengatakan bahwa umur menjadi salah satu hal yang mempengaruhi pengetahuan karena umur seseorang yang bertambah dapat membuat perubahan pada aspek fisik, psikologis dan kejiwaan. Pada aspek psikologis, taraf berpikir seseorang semakin matang dan dewasa.

Sebagaimana dari hasil penelitian ada pengaruh umur terhadap praktik penggunaan partograf dalam pertolongan persalinan normal, sedangkan masa kerja tidak berpengaruh terhadap praktik penggunaan partograf, dan tingkat pendidikan juga tidak berpengaruh terhadap praktik penggunaan partograf dalam pertolongan persalinan normal (Indrawati, 2009).

Pada praktiknya, karakteristik yang berpengaruh terhadap sikap perawat tentang praktik kolaborasi adalah usia, pendidikan, jabatan fungsional, dan lama kerja, sedangkan pada dokter adalah usia, pendidikan dan lama kerja (Martiningasih, 2011). Pada penelitian ini kedua kelompok memiliki persamaan pada dominasi karakteristik subjek yakni jenis kelamin, pendidikan dan profesi.

Namun pada kelompok MT memiliki subjek pada kelompok usia dewasa dan masa kerja di atas 5 tahun lebih banyak daripada kelompok MO yang didominasi oleh subjek pada kelompok remaja dan masa kerja kurang dari 5 tahun yang mana hal ini

mempengaruhi keyakinan yang berdampak pada kepercayaan diri subjek saat melakukan pelayanan kesehatan.

Hal ini sebagaimana hasil penelitian bahwa keyakinan seseorang sangat diperlukan untuk melibatkan diri secara efektif dalam kolaborasi *interprofessional*. Terkadang perawat lulusan baru sering kurang percaya diri dalam interaksi secara *interprofessional*, dan hal ini dapat mengganggu pelayanan kesehatan yang aman dan efektif. Sehingga diperlukan Intervensi yang dapat memberikan dukungan untuk melakukan kolaborasi *interprofessional* pada tingkat tim dan tingkat organisasi, dan mengembangkan pengetahuan dan pengalaman perawat lulusan baru mengenai praktik kolaboratif, dan hal ini sangat penting untuk meningkatkan kepercayaan perawat lulusan baru untuk bekerja sama secara *interprofessional* (Pfaff et al., 2014).

Kondisi ini juga sesuai dengan konsep Notoadmojo tahun 2010, yang mengatakan bahwa faktor pengalaman dapat mempengaruhi pengetahuan. Masa kerja petugas kesehatan > 5 tahun dapat diasumsikan bahwa mereka telah memiliki pengalaman lebih banyak dibandingkan dengan yang hanya memiliki masa kerja < 5 tahun. Semakin banyak pengalaman seseorang tentang sesuatu hal, maka akan semakin bertambah pula pengetahuan seseorang akan hal tersebut. Jika seseorang telah terpapar akan upaya kolaborasi sejak lama maka akan bertambah banyak juga akan strategi *interprofessional collaboration* yang dimiliki.

Kedua kelompok dalam penelitian ini baik kelompok MT dan MO memiliki subjek yang berpendidikan tinggi karena semuanya berada pada tingkat sarjana. Sebagaimana dipahami bahwa menurut Rahayu, 2010 pendidikan merupakan sebuah proses untuk mengubah sikap dan tata laku seseorang. Menurut Notoatmodjo 2010 bahwa pendidikan sangat erat kaitannya dengan pengetahuan. Sehingga semakin tinggi pendidikan seseorang, maka akan semakin mudah untuk menerima serta mengembangkan pengetahuan termasuk pengetahuan akan *interprofessional collaboration*.

Namun sedikit berbeda dengan penelitian terkait juga dilakukan oleh Zahara dkk (2016) dalam penelitiannya yang berjudul hubungan pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan

keluarga penderita *skizofrenia* dengan hasil ada hubungan pendidikan kesehatan melalui ceramah dan leaflet terhadap pengetahuan keluarga meskipun tidak ada perbedaan median antara pengukuran awal sampai pengukuran akhir.

Penelitian ini merupakan penelitian intervensi kesehatan berupa pendidikan kesehatan dengan metode ceramah, dimana tujuannya adalah mengubah pengetahuan dan kompetensi petugas kesehatan kearah kolaborasi yang lebih baik dan dilaksanakan secara terencana melalui proses belajar mengajar. Hal ini sesuai dengan tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk mengubah pengetahuan, mengubah sikap dan persepsi serta menanamkan perilaku yang baru (Notoatmodjo, 2007a).

Pendidikan kesehatan dalam penelitian ini dilaksanakan dengan metode ceramah berupa kegiatan pelatihan sebanyak satu kali selanjutnya dilakukan pengukuran perubahan pengetahuan setiap bulan selama dua bulan dengan materi *interprofessional collaboration* pada penanganan anak gizi buruk menggunakan modul pada kelompok Mt, sedangkan pada kelompok MO diberikan pendidikan kesehatan berupa modul yang dibagikan secara langsung pada responden lalu dilakukan pengukuran setiap bulan selama dua bulan.

Pada saat penelitian juga dilakukan pre tes untuk mengetahui kondisi awal subjek penelitian yang akan dilakukan *intervensi*. Hal ini sesuai dengan sebuah penelitian menurut (Seidel AK, 2013) bahwa pada pretes pengetahuan subjek masih rendah akan tetapi setelah diberikan pendidikan kesehatan dan diberikan postes ternyata pengetahuan meningkat terhadap manfaat ASI (Zeller, 2014, Fujimori et al., 2008) mengatakan bahwa pendidikan kesehatan berpengaruh pada pengetahuan subjek terhadap ASI (Walsh, 2008).

## **Pengetahuan**

Uji Intervensi menunjukkan bahwa terdapat perbedaan rerata pengetahuan tentang gizi buruk sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok MT dan MO (p

< 0,001). Sumber pengetahuan adalah informasi dan pendidikan. pengetahuan sangat terkait dengan pendidikan. Pendidikan akan memengaruhi pengambilan keputusan (Notoadmodjo, 2010).

Indonesia merupakan satu di antara banyak negara berkembang yang tidak luput dari berbagai masalah kesehatan. Salah satunya permasalahan gizi pada anak yang *multifactorial* dan sangat kompleks. Walaupun komponen sistem kesehatan pun sudah berusaha terus menerus dalam menanggulangi dan mencegah dengan berbagai program masalah-masalah kesehatan tersebut. Kenyataannya kesadaran akan kebutuhan kesehatan itu sendiri belum ada pada seluruh masyarakat dan individu.

Lembaga pendidikan sebagai suatu wadah untuk melakukan transfer pengetahuan kepada peserta didik yang sangat efektif. Terkait dengan *interprofessional collaboration* maka sekarang ini sudah banyak lembaga pendidikan seperti universitas-universitas di yang telah mengupayakan *interprofessional collaboration* kesehatan sejak dari dunia pendidikan yang dikenal dengan *Interprofessional Education*.

Sebagaimana dipahami bahwa sejak diprogramkan oleh organisasi kesehatan dunia sejak tahun 2010 maka telah disarankan bahwa untuk memaksimalkan kesuksesan dari *Interprofessional collaboration* maka harus mempersiapkan tenaga kesehatan sejak di dalam proses pendidikan (WHO, 2010).

Sebagai contoh kongkrit dari upaya persiapan tersebut maka Politeknik kesehatan Kemenkes Semarang sejak tahun 2016 telah mempersiapkan *interprofessional collaboration* dalam bentuk praktik kerja nyata yang termuat dalam sebuah buku panduan materi sehingga peserta didik dapat diberikan arahan dan bimbingan melakukan *interprofessional collaboration* sebagaimana modul yang tersedia (Poltekkes, 2016).

Universitas Airlangga Surabaya telah mencanangkan salah satu upaya meningkatkan kualitas pelayanan di RS Unair, yang dilakukan Kolaborasi antar professional pemberi asuhan untuk memberikan pelayanan terbaik bagi pasien. Pertemuan tersebut dipimpin oleh DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien), Dokter

spesialis konsulen, Farmasi Klinis (Apoteker Spesialis Farmasi Klinis RS), Nutrisionis dan Perawat Penanggung Jawab Pasien (PPJP).

Hal ini merupakan Integrasi pelayanan multiprofesi (IPC) dan juga merupakan implementasi nyata dari *Interprofessional Educatrion* (IPE) yang di kuatkan selama perkuliahan maupun pendidikan klinik di Unair maupun Rumah Sakit Universitas Airlangga. Harapannya Kegiatan ini meningkatkan peran Rumah Sakit Universitas Airlangga sebagai Rumah Sakit Perguruan tinggi negeri dan Rumah Sakit Pendidikan yang akan menjadi role model pelayanan kesehatan yang terintegrasi.

Bentuk upaya pemerintah dalam mewujudkan hal ini, maka didorong untuk memajukan kualitas keterampilan tenaga kesehatan dalam mewujudkan kesehatan universal di Indonesia. Sebagai langkah awal untuk mencapai hal tersebut, dilakukan pengimplementasian IPE (*Interprofessional Education*) kepada mahasiswa kesehatan sebagai bekal dalam praktik lapangan mereka di masa depan. *World Health Organization* (WHO) telah mencanangkan hal yang serupa untuk mencapai kesehatan yang universal, yaitu dengan "*Interprofessional Education and Collaboration Practice*" sejak tahun 2010.

Namun tidak semua orang termasuk tenaga kesehatan sekalipun, yang mengerti tentang apa itu IPE. IPE (*Interprofessional Education*) merupakan pijakan awal untuk tercapainya IPCP (*Interprofessional Collaborative Practice*). Secara konsep IPE dan IPCP memiliki konsep yang berbeda namun saling terkait. Keterampilan bekerja petugas kesehatan yang efektif pada tim IPCP akan sangat baik jika sebelumnya para komponen mendapatkan IPE. IPE sendiri sangat dibutuhkan selain untuk kesehatan dan kesejahteraan pasien, namun juga untuk mempersiapkan para tenaga kesehatan di masa depan menghadapi dunia kerja.

Proses edukasi ini membutuhkan 2 atau lebih mahasiswa dari program studi kesehatan yang berbeda. Yang kemudian belajar bersama dan saling berbagi ilmu pengetahuan di bidangnya masing-masing. Adapun tujuan dari dilakukannya IPE ini adalah mahasiswa kesehatan dapat mencapai tingkat tertinggi dalam pendidikan, pelatihan, sampai praktik kerja sesuai keahliannya.

Sehingga pada lahirnya di masa depan, tidak hanya mereka dapat menempatkan diri mereka sendiri dalam perannya masing-masing, namun juga dapat mengerti dan menghargai seluruh profesi kesehatan.

Selain itu IPE ini memiliki tujuan lain yaitu untuk mengurangi perasaan terdiskriminasi atau mendominasi dari berbagai tenaga kesehatan. Diharapkan hal ini pun dapat mengajarkan mahasiswa tentang saling menghormati, saling percaya, dan mendukung satu sama lain sesuai dengan kompetensi dari bidang mereka masing-masing. Karena kenyataannya dalam menangani suatu masalah kesehatan, sangat dibutuhkan banyaknya 'kepala' dengan berbagai solusi terbaik, untuk memecahkan masalah dengan cepat, tepat, dan akurat.

Pengimplementasian IPE pun dilakukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan berbasis tim, yaitu semua tenaga kesehatan saling mendukung dalam memberikan pelayanan kesehatan terbaik untuk berbagai lapisan masyarakat. Pada akhirnya diharapkan dengan digunakannya pelayanan kesehatan berbasis tim ini, dapat terciptakan peningkatan kesehatan universal di Indonesia. Selain itu, pasien pun dapat merasakan dampak dari praktik IPE. Yakni masyarakat akan merasakan peningkatan kualitas hidup sebagai hasil akhir dari meningkatnya kualitas dan derajat pelayanan kesehatan.

Pelaksanaan IPE masih luput dari berbagai kesalahan dan memerlukan perbaikan. Beberapa universitas sudah menggunakan IPE untuk mahasiswanya dalam program KKNP atau Kuliah Kerja Nyata Profesi. Akan tetapi, walaupun sudah melalui berbagai perbaikan pendidikan ini masih belum dapat terlaksana dengan baik di lapangan. Implementasi IPE memang masih belum dilakukan secara maksimal dan menyeluruh di seluruh universitas yang ada di Indonesia. Sehingga kita dapat melihat dampaknya yang masih dapat dirasakan dalam sistem kesehatan Indonesia, salah satunya adalah kerja sama antar tenaga kesehatan yang masih belum kuat yang berefek pada pelayanan kesehatan.

Namun pemerintah Indonesia terus mengupayakan berbagai solusi dalam memajukan sistem kesehatan Indonesia. Salah satu usaha yang sedang diprogramkan pemerintah saat ini adalah

*Universal Health Coverage*. Harapannya program ini dapat tercapai pada 1 Januari 2019. Pada usaha ini, pemerintah merencanakan adanya kolaborasi dari seluruh tenaga kesehatan untuk mencapai kesehatan nasional secara menyeluruh. Nantinya, sangat diharapkan mahasiswa profesi kesehatan dapat menerapkan unsur praktik kolaboratif yang meliputi tanggung jawab, akuntabilitas, koordinasi, komunikasi, kerja sama, ketegasan, otonomi, saling percaya, dan juga rasa hormat yang berfungsi pada saat memberikan pelayanan kesehatan di masyarakat.

Harapan pemerintah Indonesia dengan diadakannya *Interprofessional Education* ini adalah dapat meningkatkan tingkat kesehatan masyarakat Indonesia menjadi lebih baik lagi, sehingga seluruh individu di Indonesia dapat meraih haknya, yaitu menjadi seseorang yang sehat dan sejahtera. Pemerintah juga mengharapkan tercapainya optimalisasi kinerja dari seluruh tenaga kesehatan. Dengan begitu, tenaga kesehatan dapat memupuk rasa hormat satu dengan yang lainnya dan paham bahwa semua komponen tidak bisa bekerja secara sendiri-sendiri, melainkan saling bekerja sama untuk mencapai pelayanan kesehatan terbaik kepada masyarakat Indonesia.

Menghadapi masalah kesehatan di Indonesia, profesi kesehatan masih terbebani dan menghadapi berbagai tantangan di antaranya; 1). Kompetensi tenaga kesehatan yang kenyataannya belum sesuai dengan kebutuhan individual pasien secara individu maupun populasi dalam 2). Pelayanan kesehatan kepada pasien yang hanya bersifat episodik–bukan holistik yang berkelanjutan (*continuous care*) 3). Arogansi profesi masing-masing petugas kesehatan (*tribalism of the professions*) dalam bentuk elitisme bahkan kompetisi antar profesi kesehatan 4). Kerja sama antar profesi kesehatan yang masih rendah.

Harapannya dengan melalui *Interprofessional collaboration* tenaga kesehatan akan mampu: 1).menghadapi tantangan di atas 2). memberdayakan sistem kesehatan dan 3).akhirnya meningkatkan kesehatan masyarakat secara umum. *Interprofessional collaboration* bukan hanya sekedar bersepakat dan berkomunikasi, tetapi lebih merupakan sinergi dan kreasi. *Interprofessional collaboration* dapat terwujud bila 2 orang atau lebih dari profesi

yang berbeda saling berinteraksi untuk menghasilkan sebuah pemahaman bersama yang tidak akan mungkin terjadi jika mereka bekerja sendiri-sendiri. Sehingga salah satu cara tenaga kesehatan dapat menerapkan *Interprofessional collaboration* adalah melalui pendidikan lintas profesi sebelumnya.

Pendidikan lintas profesi dapat terjadi saat 2 atau lebih profesi saling belajar bersama dari satu sama lain untuk meningkatkan kolaborasi dan mutu pelayanan kesehatan. Pendidikan lintas profesi dapat mencakup semua pembelajaran di lingkungan akademik dan lingkungan kerja sejak sebelum sampai dengan setelah kualifikasi lulusan tenaga kesehatan tersebut.

Pendidikan lintas profesi bukan merupakan sekelompok pembelajar dari berbagai profesi yang duduk bersama dalam satu ruangan mendengarkan kuliah yang sama atau pembelajar dari sebuah profesi yang bertukar pengetahuan dengan satu atau lebih profesi lain secara satu arah.

Pada akhirnya pendidikan lintas profesi Kesehatan akan memicu *Interprofessional collaboration* di fasilitas pelayanan kesehatan yang pada akhirnya akan meningkatkan mutu pelayanan di masyarakat sebagaimana terlihat pada gambar 34.



**Gambar 34. Interprofessional education sebagai pemacu interprofessional collaboration di fasilitas pelayanan kesehatan**

Sumber: WHO, 2010

Pengetahuan bukan sesuatu sifatnya berhenti akan tetapi memerlukan proses untuk memperolehnya. Pengetahuan adalah sesuatu pembentukan yang terus menerus oleh seseorang yang setiap saat mengalami reorganisasi karena adanya pemahaman-pemahaman baru. Pengetahuan dalam pandangan konstruktivistis bukanlah fakta dari suatu kenyataan yang sedang dipelajari, melainkan sebagai konstruksi kognitif seseorang terhadap obyek, pengalaman, maupun lingkungannya. Perilaku seseorang cenderung menjadi baik bila pengetahuannya juga tinggi (Notoatmodjo, 2010).

Pengetahuan atau informasi yang benar tentang suatu objek adalah hal paling utama untuk membentuk suatu konsep yang benar terhadap sesuatu sehingga proses perubahan perilaku secara berurutan dapat terbentuk secara optimal (Muh. Arisa\*, 2016). Pengetahuan dapat diperoleh dari pengalaman diri sendiri dan orang lain, dalam kaitannya dengan hal ini adalah guru, keluarga, teman dan petugas termasuk media (Notoatmodjo, 2005).

Pendidikan kesehatan sangat berkorelasi dengan pengetahuan dan pemahaman kesehatan yang memadai (Chen et al., 2014). Pendidikan kesehatan dengan pendekatan *modelling* yang dilakukan perawat efektif dalam meningkatkan pengetahuan, kemampuan praktik, kepercayaan diri ibu dalam pemberian ASI dan menstimulasi bayi, yang pada akhirnya dapat mengoptimalkan tumbuh-tumbuh kembang bayi (Saleh et al., 2014).

Pendidikan kesehatan merupakan salah satu upaya dalam penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang dengan tujuan untuk mengingat fakta atau kondisi nyata. Dengan cara memberi dorongan terhadap pengarah diri serta aktif dalam memberikan informasi atau ide baru (Suliha, 2002a).

Pendidikan kesehatan dalam meningkatkan *interprofessional collaboration* kesehatan pada penanganan gizi buruk bertujuan untuk : 1) mendapatkan Gambaran pengetahuan tentang gizi buruk berupa penyebab, tanda-tanda dan penanganan 2). Mengetahui sejauh mana pengetahuan petugas kesehatan tentang *interprofessional collaboration*, dan 3) untuk mengetahui kompetensi *interprofessional collaboration* yang dimiliki oleh petugas kesehatan.

Hal ini sesuai dengan pendapat David Kolb yang dikutip Depkes RI (2001), menyatakan bahwa pengetahuan sebagai hasil dari proses belajar sangat dipengaruhi oleh waktu sejak memperoleh pemaparan.

Sesuatu yang dipelajari akan membentuk pengetahuan, seringkali pengetahuan tersebut terlupakan. Ada beberapa sebab seseorang yang telah memperoleh pengalaman tetapi sulit diingat, menurut Purwanto (1990) seseorang cenderung lupa karena tergantung pada sesuatu yang diamati, situasi dan proses pengamatan berlangsung serta waktu. David Kolb yang dikutip Depkes RI (2001), menyatakan bahwa pengetahuan sebagai hasil dari proses belajar sangat dipengaruhi oleh waktu sejak memperoleh pemaparan.

Ada beberapa faktor yang memengaruhi pengetahuan seseorang yakni: 1). Tingkat pendidikan, Sebagaimana kita pahami bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka yang bersangkutan akan lebih mudah dalam proses menerima hal-hal baru sehingga pada akhirnya akan lebih mudah pula menyelesaikan persoalan terkait dengan hal-hal baru tersebut.

2). Informasi, Bila seseorang mempunyai sumber informasi yang lebih baik, akurat dan banyak maka akan memberikan pengetahuan yang jelas berdasarkan pada sumber informasi tersebut. 3). Budaya dapat dipahami memberikan efek yang sangat mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang, karena berbagai informasi baru yang masuk akan disaring oleh individu untuk memilah kira-kira informasi tersebut sesuai atau tidak dengan kebudayaan yang telah ada dan agama yang dianut masyarakat.

4). Pengalaman sangat berkaitan dengan jumlah umur dan pendidikan individu, artinya pendidikan yang tinggi disertai dengan pengalaman hidup yang luas seiring dengan umur yang bertambah tua. 5). Sosial Ekonomi, dimaknai bahwa tingkatan seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidup akan disesuaikan dengan jumlah penghasilan yang ada, sehingga mengharapkan pengetahuan yang dimiliki harus dipergunakan semaksimal mungkin, hal ini sesuai pula dalam mencari bantuan ke fasilitas pelayanan kesehatan yang ada, maka akan disesuaikan dengan pendapatan keluarga (Notoatmodjo, 2007d)

Hasil penelitian didukung oleh teori yang dikemukakan oleh Atkinson dan Shiifrin dalam Satrock (2008) menyatakan bahwa semakin lama informasi dipertahankan dalam memory jangka pendek dengan bantuan pengulangan, semakin besar kemungkinannya untuk masuk ke memory jangka panjang, sehingga relative menjadi lebih permanen. Pengetahuan akan disimpan lama dalam memori jika dilakukan pengulangan dengan mengingat kembali pada saat dibutuhkan.

Pendidikan kesehatan adalah kegiatan yang dilakukan dengan menyebarkan pesan dan menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu, dan mengerti, tetapi mau dan melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan, sumber informasi bisa dalam bentuk materi kesehatan online yang telah menjadi isu sentral dalam pendidikan pasien (Beaunoyer et al., 2017, Manganello et al., 2017).

Tujuan pendidikan kesehatan dibedakan menjadi dua yaitu mengubah sikap dan perilaku individu, kelompok, masyarakat dibidang kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai dimasyarakat dan supaya masyarakat memiliki pengertian yang lebih baik tentang eksistensi dan perubahan-perubahan system dan cara memanfaatkannya dengan efektif dan efisien.

Pada penelitian ini, tingkat pengetahuan yang dimiliki responden cukup tinggi karena semua sudah berada pada level sarjana baik itu Diploma sebagai sarjana muda maupun Strata 1. Maka hal ini dapat mempengaruhi sikap dan perilaku petugas kesehatan, sehingga akan berdampak kepada peningkatan pengetahuan tentang *interprofessional collaboration* yang pada akhirnya dapat melakukan kolaborasi sesuai profesi dan kompetensi yang diharapkan hingga memberikan pelayanan yang berkualitas pada kasus kesehatan secara umum dan gizi buruk pada khususnya.

### **Kompetensi *interprofessional collaboration*.**

Dari tujuh domain kompetensi pada *interprofessional collaboration*, maka ada tiga domain kompetensi yang mengalami

perubahan bermakna ( $p < 0,005$ ) yakni; komunikasi, proses dan kepemimpinan.

Pada praktik kolaboratif *Interprofessional* sangat penting untuk perbaikan hasil pelayanan kesehatan pada pasien / klien dan keluarga. Deskripsi tentang kompetensi mengidentifikasi secara spesifik pengetahuan, keterampilan, sikap, nilai-nilai, dan penilaian yang dinamis, perkembangan, dan evolusi. Kompetensi *interprofessional collaboration* memiliki beberapa factor yang dapat digunakan untuk menilai penampilan tim berdasarkan kompetensinya yakni Tujuan, Peran, Komunikasi, Proses untuk tugas tim, Bekerja sama, Kepemimpinan dan struktur organisasi/pertemuan.

Tingkat kompetensi antar profesional tergantung pada kedalaman dan luasnya kesempatan dalam ranah pendidikan dan praktik dengan, dari, dan sekitar disiplin ilmu kesehatan yang lain (Lesley Bainbridge et al., 2010).

Kompetensi secara harfiah berasal dari kata *competence*, yang berarti kemampuan, wewenang dan kecakapan. Dari segi etimologi, kompetensi berarti segi keunggulan, keahlian dari perilaku seseorang pegawai atau pemimpin yang mana punya suatu pengetahuan, perilaku dan keterampilan yang baik. Karakteristik dari kompetensi yaitu sesuatu yang menjadi bagian dari karakter pribadi dan menjadi bagian dari perilaku seseorang dalam melaksanakan suatu tugas pekerjaan (Mangkunegara, 2007).

Berdasar pada arti epistemologi kompetensi diartikan sebagai kemampuan yang dibutuhkan untuk melakukan atau melaksanakan pekerjaan yang dilandasi oleh pengetahuan, keterampilan dan sikap kerja. Sehingga dapat dirumuskan bahwa kompetensi diartikan sebagai kemampuan seseorang yang dapat terobservasi mencakup atas pengetahuan, keterampilan dan sikap kerja dalam menyelesaikan suatu pekerjaan atau tugas sesuai dengan standar performa yang ditetapkan (Tinggi, 2010).

Kompetensi seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa factor, antara lain:

## **Keyakinan dan Nilai-Nilai**

Perilaku seseorang sangat dipengaruhi oleh keyakinannya terhadap dirinya sendiri dan orang lain. Bila orang percaya akan kemampuannya dalam melakukan sesuatu, maka hal tersebut akan bisa dikerjakan dengan lebih mudah.

## **Keterampilan**

Keterampilan seseorang dalam mengerjakan sesuatu akan meningkatkan rasa percaya diri, dan akan menunjukkan bahwa orang tersebut mempunyai kompetensi dalam bidangnya.

## **Pengalaman**

Pengalaman akan sangat membantu dalam melakukan suatu pekerjaan, karena pengalaman mengajarkan sesuatu dengan nyata dan akan sangat mudah untuk mengingatkannya. Seseorang bisa ahli dalam bidangnya karena banyak belajar dari pengalaman, dan keahlian seseorang menunjukkan suatu kompetensi yang dimiliki oleh orang tersebut.

## **Karakteristik kepribadian**

Kepribadian bukanlah sesuatu yang tidak dapat diraba, kepribadian seseorang akan mempengaruhi cara-cara orang tersebut dalam menyelesaikan permasalahan dalam kehidupan ini, dan hal ini akan membuat orang tersebut lebih kompeten. Seseorang akan merespons serta beradaptasi dengan lingkungan dan kekuatan sekitarnya, yang akan menambah kompetensi seseorang.

## **Motivasi**

Motivasi adalah dorongan yang membuat seseorang mampu untuk melakukan sesuatu. Daya dorong yang lebih bersifat psikologis membuat bertambahnya kekuatan fisik, sehingga akan mempermudah dalam aktivitas kerja, yang menambah tingkat kompetensi seseorang. Dorongan atau motivasi yang diberikan atasan kepada bawahan juga berpengaruh baik terhadap kinerja staf.

## **Isu Emosional**

Kondisi emosional seseorang akan berpengaruh dalam setiap penampilannya, termasuk dalam penampilan kerjanya. Rasa

percaya diri membuat orang akan dapat melakukan suatu pekerjaan dengan lebih baik, begitu juga sebaliknya, gangguan emosional seperti rasa takut dan malu juga bisa menurunkan *performance/* penampilan kerja seseorang, sehingga kompetensinya akan menurun.

### **Kemampuan Intelektual**

Kompetensi dipengaruhi oleh pemikiran intelektual, kognitif, analitis dan kemampuan konseptual. Tingkat intelektual dipengaruhi oleh pengalaman, proses pembelajaran yang sudah tentu pula kemampuan intelektual seseorang akan meningkatkan kompetensinya.

### **Budaya Organisasi**

Budaya organisasi berpengaruh pada kompetensi seseorang dalam berbagai kegiatan, karena budaya organisasi mempengaruhi kinerja, hubungan antar pegawai, motivasi kerja dan kesemuanya itu akan berpengaruh pada kompetensi orang tersebut (Zwell, 2000).

Menurut Bainbridge, 2010 Kerangka kerja dibagi menjadi 6 domain yang berkontribusi pada tujuan kolaborasi *interprofessional*. Keenam domain tersebut adalah; Klarifikasi peran, Berpusat kepada pasien/klien, Berfungsi tim, Kolaborasi kepemimpinan, Komunikasi *interprofesi* dan Berkaitan dengan konflik *interprofessional*. Perawatan yang berpusat pada pasien dan komunikasi *interprofessional* adalah elemen yang mempengaruhi 4 domain lainnya.

Menghasilkan Sumber daya manusia tenaga kesehatan yang berkualitas, menurut Piter Senge, 1992 maka ada 5 prinsip yang harus diperhatikan;

#### *a. System Thinking.*

Kemampuan melihat gambaran besar, keterkaitan dan peran didalam organisasi. Sehingga landasan dari organisasi pembelajaran/ belajar: Unit-unit harus memiliki kesadaran untuk bekerja sama menghasilkan kinerja yang optimal melalui sinergi, memahami peran unit lain, dampak kinerja unit terhadap unit

lain, dll. Organisasi harus dilihat sebagai system yang kompleks dan proses yang dinamis. Tantangannya menghapus paradigma “kerajaan dalam kerajaan”.

*b. Personal Mastery.*

Semua organisasi membutuhkan SDM yang memiliki kompetensi dan kapabilitas. Pembelajaran individu sebagai prasyarat untuk pembelajaran organisasi. Merupakan proses yang tidak akan berakhir (lifelong learning). Orang yang memiliki *personal mastery* menyadari kelemahannya, kompetensinya, dan pertumbuhannya. Mereka sangat percaya diri. Tantangannya akan keluar dari *comfort zone*.

*c. Mental models.*

Mental models adalah suatu asumsi, persepsi atau generalisasi yang dipegang oleh individu, kelompok dan organisasi dalam melihat dunia dan mengambil tindakan atau suatu proses menilai diri sendiri, untuk memahami, berasumsi, berkeyakinan, dan berprasangka atas rangsangan yang muncul sehingga meningkatkan efisiensi dan efektivitas atau sebaliknya. Hal ini dimulai dari diri melalui keterbukaan. Tantangannya ada sikap ego/arogansi akademik.

*d. Shared Vision.*

Visi bersama yang mendorong individu untuk belajar dan berinovasi. Dengan menggali visi bersama berupa Gambaran masa depan akan menghasilkan komitmen dan partisipasi yang tulus dari pada sekadar kepatuhan. Tantangannya berupa stagnasi/apatisme /ketidakpedulian.

*e. Team Learning.*

Proses menyelaraskan dan mengembangkan kapasitas tim untuk menciptakan hasil yang benar-benar diinginkan anggotanya. Didasarkan pada personal mastery dan shared vision. Perlu orang untuk bertindak bersama-sama (belajar bersama, tumbuh bersama, keberhasilan organisasi yang cepat). Dimulai dengan ‘dialog’ asumsi sementara, berpikir bersama, hasil tidak dicapai secara individual. Tantangannya ada ego/arogansi individu/

kelompok. Berbagi/sharing untuk percepatan belajar (contoh sharing session, notulen yang diedarkan, rakor) (Debbie and MacIntosh, 2013).

Praktik kolaboratif Puskesmas di Indonesia secara langsung dipengaruhi oleh interaksi profesional kesehatan (tingkat personel) - hirarki dan kurangnya pemahaman peran telah dilaporkan sebagai penghalang interaksi. Faktor-faktor ini pada gilirannya dipengaruhi oleh lingkungan pusat kesehatan (tingkat organisasi) dan legislasi / kebijakan Pemerintah (sistem kesehatan). Lingkungan pusat kesehatan termasuk budaya organisasi, manajemen tim, ruang fisik, serta mekanisme komunikasi dan koordinasi (Setiadi et al., 2017).

Namun pentingnya domain peran juga penting sebagaimana peran pemerintah juga akan sangat mendukung dalam pelayanan kesehatan melalui badan penyelenggaraan jaminan sosial yakni, mendorong kepesertaan, mengefisienkan dana, dan melaksanakan BPJS (Nurfadillah, 2017).

Komunikasi *interprofessional* atau lintas profesi terjadi ketika penyedia layanan kesehatan dalam hal ini adalah petugas kesehatan berkomunikasi satu sama lain, dengan orang dan keluarga mereka, dan dengan komunitas dalam suatu system terbuka, kolaboratif, dan bertanggung jawab. Jenis komunikasi ini akan membangun kepercayaan di antara orang, keluarga mereka dan ataupun anggota tim itu sendiri.

Komunikasi terpusat pasien mempengaruhi kesehatan pasien melalui persepsi bahwa kunjungan mereka berpusat pada pasien, dan terutama melalui persepsi bahwa kesamaan dicapai dengan dokter. Praktik berpusat pada pasien dapat meningkatkan status kesehatan dan efisiensi perawatan dengan mengurangi tes diagnostik dan rujukan (Oates et al., 2000).

Komunikasi dalam pelayanan kesehatan memang diperlukan dalam berbagai pelayanan kesehatan. Sebuah pertemuan dan penelitian telah dilakukan untuk mendukung konsep ini. Dikatakan bahwa Kolaborasi interdisipliner dan kerja tim memerlukan

komponen untuk komunikasi kolaboratif yang terjadi antara anggota tim dalam pengaturan penerimaan rumah perawatan. Interaksi tim membutuhkan kepercayaan, kepercayaan diri, dan upaya yang setara oleh semua anggota tim. Komunikasi yang efektif dapat dicapai melalui kolaborasi komunikasi antara anggota tim di Interdisipliner atau lintas profesi. Sehingga disimpulkan bahwa kolaborasi di rumah perawatan dan pengaturan perawatan paliatif dipengaruhi oleh komunikasi yang efektif (Bhatt and Mitchell, 2015).

Walaupun dipahami bahwa komunikasi terjadi ketika berkolaborasi dalam *interprofessional collaboration*, namun hal yang harus diperhatikan ketika berkolaborasi adalah adanya rasa saling menghargai dan rasa saling percaya. Karena dengan profesi lain sikap untuk berkonsultasi ketika terdapat sesuatu yang tidak dimengerti merupakan elemen yang penting untuk diperhatikan dalam melakukan praktik *interprofessional collaboration*. Istilah *Interprofessional* biasa digunakan untuk menggambarkan praktik klinik yang melibatkan pasien, dan masalah pasien akan ditangani secara mandiri atau terpisah sesuai dengan kompetensi masing-masing profesi sebagai tanggung jawab atas area yang ditangani sesuai bidangnya (Suter et al., 2009).

Komunikasi yang berpusat pada pasien mempengaruhi kesehatan pasien melalui persepsi bahwa kunjungan mereka dipusatkan pada pasien, dan terutama melalui persepsi bahwa kesamaan tercapai dengan dokter. Praktik berpusat pada pasien meningkatkan status kesehatan dan meningkatkan efisiensi perawatan dengan mengurangi tes diagnostik dan rujukan (Oates et al., 2000).

Teknologi informasi kesehatan dapat menyediakan infrastruktur untuk komunikasi yang berpusat pada pasien sehingga memungkinkan pelaksanaan perawatan yang berpusat pada pasien (Finney Rutten et al., 2014) Keterampilan komunikasi merupakan pendorong penting perawatan dan otonomi pasien untuk mengoptimalkan hasil yang berpusat pada pasien (Carr, 2016).

Alat komunikasi terpusat ke pasien dibuat untuk digunakan dalam pendidikan farmasi dan dapat membantu apoteker dalam

mengembangkan keterampilan komunikasi yang berpusat pada pasien (Naughton, 2018).

Dipahami bersama bahwa untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, maka, maka diperlukan sebuah sistem yang terkoordinasi dan adanya kolaboratif antar pemangku kepentingan. Koordinasi yang baik meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan pada pasien, membuat kualitas lebih efisien dan perawatan optimal. Hal Ini memerlukan koordinasi dan kolaborasi antara lini pelayanan kesehatan dalam hal ini petugas kesehatan. Komunikasi interaksional adalah elemen pendiri kolaborasi antar-profesional. Harga diri yang baik mampu meningkatkan hubungan antara aktor dalam sistem kesehatan dan mendukung inisiatif dan kemampuan beradaptasi (Parada, 2016).

Hal ini sejalan dengan pendapat (Morley and Cashell, 2017) yang menyimpulkan bahwa perawatan kesehatan melibatkan partisipasi pasien, keluarga, dan berbagai tim profesional kesehatan yang sering dan sangat khusus. Keterlibatan semua anggota tim ini dalam suatu kerja sama dengan cara yang terkoordinir merupakan hal yang sangat penting untuk memberikan pelayanan kesehatan yang luar biasa. Faktor struktural, psikologis, dan pendidikan juga dapat menentukan perilaku kolaboratif dalam proses *interprofessional collaboration* (Morley and Cashell, 2017).

Pelatihan tim melalui simulasi adalah cara yang efektif untuk mengembangkan dan mempertahankan komunikasi dan keterampilan kerja tim dalam tim mahasiswa *interprofessional* (Reising et al., 2017). Karena komunikasi adalah langkah awal menuju pengembangan budaya yang mendorong kerja tim *interprofessional* di seluruh perawatan kesehatan (Wagner et al., 2011).

Jadi Perubahan adalah suatu proses dimana terjadinya peralihan atau perpindahan dari status tetap (statis) menjadi status yang bersifat dinamis, artinya dapat menyesuaikan diri (adaptasi) dari lingkungan yang ada. Perubahan dapat mencakup pada keseimbangan personal, sosial maupun organisasi sehingga dapat menjadikan perbaikan atau penyempurnaan serta mampu menerapkan ide atau konsep terbaru dalam mencapai sebuah tujuan tertentu.

Menurut Redin sedikitnya ada empat hal yang harus dilakukan seorang manajer sebelum melakukan perubahan, yaitu Ada perubahan yang akan dilakukan, Apa keputusan yang dibuat dan mengapa keputusan itu dibuat, Bagaimana keputusan itu akan dilaksanakan dan bagaimana kelanjutan pelaksanaannya (Kozier, 1991).

Ada empat tingkat perubahan:

- a) Pengetahuan. Merupakan perubahan yang paling mudah dibuat karena bisa merupakan akibat dari membaca buku, atau mendengarkan dosen. Sedangkan perubahan.
- b) sikap. Biasanya digerakkan oleh emosi dengan cara yang positif dan atau negatif. Karenanya perubahan sikap akan lebih sulit dibandingkan dengan perubahan pengetahuan.
- c) Perilaku individu. Misalnya seorang manajer mungkin saja mengetahui dan mengerti bahwa keperawatan primer jauh lebih baik dibandingkan beberapa model asuhan keperawatan lainnya, tetapi tetap tidak menerapkannya dalam perilakunya karena berbagai alasan, misalnya merasa tidak nyaman dengan perilaku tersebut.
- d) Perilaku kelompok. Merupakan tahap yang paling sulit untuk diubah karena melibatkan banyak orang. Disamping kita harus merubah banyak orang, kita juga harus mencoba mengubah kebiasaan adat istiadat, dan tradisi juga sangat sulit. Bila kita tinjau dari sikap yang mungkin muncul maka perubahan bisa kita tinjau dari dua sudut pandang yaitu perubahan partisipatif dan perubahan yang diarahkan (Kozier, 1991).

Lewin mengatakan ada tiga tahap dalam sebuah perubahan, yaitu:

- 1). Tahap *Unfreezing* (pencairan). Proses perubahan ini harus memiliki motivasi yang kuat untuk berubah dari keadaan semula dengan merubah terhadap keseimbangan yang ada. Masalah biasanya muncul akibat adanya ketidakseimbangan dalam sistem.
- 2). Tahap *Moving* (bergerak) Proses perubahan tahap ini dapat terjadi apabila seseorang telah memiliki informasi yang cukup serta sikap dan kemampuan untuk berubah.

3). Tahap *Refreezing* (pembekuan) Tahap ini di mana seseorang yang mengadakan perubahan telah mencapai tingkat atau tahapan yang baru dengan keseimbangan yang baru (Kozier, 1991).

Ada beberapa strategi untuk memecahkan masalah-masalah dalam perubahan, strategi tersebut antara lain yaitu:

1) Strategi rasional empiric. Strategi ini didasarkan karena manusia sebagai komponen dalam perubahan memiliki sifat rasional untuk kepentingan diri dalam berperilaku. Strategi ini juga dilakukan pada penempatan sasaran yang sesuai dengan kemampuan dan keahlian yang di miliki sehingga semua perubahan akan menjadi efektif dan efisien, selain itu juga menggunakan system analisis dalam pemecahan masalah yang ada.

2) Strategi reduktif normatif. Strategi ini dilaksanakan berdasarkan standar normal yang diadakan di masyarakat dan dilaksanakan dengan cara melibatkan individu, kelompok atau masyarakat dan proses penyusunan rancangan untuk perubahan.

3) Strategi paksaan/kekuatan. Dikatakan strategi paksaan/kekuatan karena adanya penggunaan kekuatan atau kekuasaan yang dilaksanakan secara paksa dengan menggunakan kekuatan moral dan politik (Kozier, 1991).

Perubahan tidak selalu mudah untuk dilaksanakan akan tetapi banyak hambatan yang akan diterimanya baik hambatan dari luar maupun dari dalam diantara hal yang menjadi hambatan dalam perubahan adalah sebagai berikut:

1) Ancaman kepentingan pribadi, contohnya dalam pelaksanaan standarisasi perawat professional di mana yang diakui sebagai profesi perawat adalah minimal pendidikan D3 Keperawatan, sehingga bagi lulusan SPK yang dahulu dan tidak ingin melanjutkan pendidikan akan terancam bagi kepentingan dirinya, sehingga hal tersebut dapat menjadikan hambatan dalam perubahan.

2) Persepsi yang kurang tepat, berbagai informasi yang akan dilakukan dalam system perubahan jika tidak dikomunikasikan dengan jelas atau informasinya kurang lengkap, maka tempat yang

akan dijadikan perubahan akan sukses menerimanya sehingga timbul kekhawatiran dari perubahan tersebut.

3) Reaksi psikologis, contohnya apabila akan dilakukan perubahan dalam system praktik keperawatan mandiri bagi perawat. Jika perawat belum bisa menerima secara psikologis, akan timbul kesulitan karena ada perasaan takut sebagai dampak dari perubahan.

4) Toleransi terhadap perubahan rendah, ini tergantung dari individu, kelompok, atau masyarakat. Apabila individu, kelompok atau masyarakat tersebut memiliki toleransi yang tinggi terhadap perubahan, maka akan memudahkan proses perubahan tetapi apabila toleransi seseorang terhadap perubahan sangat rendah, maka perubahan tersebut akan sulit dilaksanakan.

5) Kebiasaan, Pada dasarnya seseorang akan lebih senang pada sesuatu yang sudah diketahui sebelumnya atau bahkan dilaksanakan sebelumnya dibandingkan dengan sesuatu yang baru dikenalnya, karena keyakinan yang dimiliki sangat kuat. Faktor kebiasaan ini yang menjadikan hambatan dalam perubahan.

6) Ketergantungan, merupakan hambatan dalam proses perubahan karena ketergantungan menyebabkan seseorang tidak dapat hidup secara mandiri dalam mencapai tujuan tertentu.

7) Perasaan tidak aman, juga merupakan factor penghambat dalam perubahan karena adanya ketakutan terhadap dampak dari perubahan yang juga akan menambah ketidakamanan pada diri, kelompok atau masyarakat.

8) Norma, apabila akan mengadakan proses perubahan, namun perubahan tersebut bertentangan dengan norma maka perubahan tersebut akan mengalami hambatan, sebaliknya jika norma tersebut sesuai dengan prinsip perubahan maka akan sangat mudah dalam perubahan.

Perubahan bisa terjadi setiap saat, dan merupakan proses yang dinamik serta tidak dapat dielakkan. Secara umum berubah berarti beranjak dari keadaan yang semula ke keadaan yang baru. Tanpa berubah tidak ada pertumbuhan dan tidak ada dorongan.

Setiap orang dapat memberikan perubahan pada orang lain, bisa bersifat implisit dan eksplisit atau bersifat tertutup dan terbuka.

Kenyataan ini penting khususnya dalam kepemimpinan dan manajemen. Pemimpin secara konstan sebaiknya mencoba menggerakkan sistem dari satu titik ke titik lainnya untuk memecahkan masalah, sehingga konstan pemimpin mengembangkan strategi untuk merubah orang lain dan memecahkan masalah yang terjadi.

Perubahan dapat dijabarkan dengan beberapa cara, termasuk perubahan yang direncanakan atau yang tidak direncanakan. Perubahan yang tidak direncanakan adalah perubahan yang terjadi tanpa persiapan. Sebaliknya perubahan yang direncanakan adalah perubahan yang telah direncanakan dan dipikirkan sebelumnya, terjadi dalam waktu yang lama, dan termasuk adanya tujuan yang jelas.

Perubahan terencana lebih mudah dikelola daripada perubahan yang terjadi pada perkembangan manusia, tanpa persiapan, atau perubahan karena suatu ancaman. Untuk alasan tersebut, maka perawat harus dapat mengelola perubahan. Proses perencanaan terjadi karena adanya perubahan yang sangat kompleks dan melibatkan interaksi banyak orang.

Orang yang mengelola perubahan harus mempunyai visi yang jelas di mana proses akan dilaksanakan dengan arah yang terbaik untuk mencapai tujuan tersebut. Proses perubahan memerlukan tahapan yang berurutan di mana orang akan terlibat dalam sebuah proses perubahan dan arah perubahan yang akan dilaksanakan. Oleh karena itu, koalisi perlu dan harus dibentuk untuk mendukung perubahan.

Program pelatihan secara signifikan memperbaiki pengetahuan petugas kesehatan tentang fakta umum *interprofessional collaboration* kesehatan. Perubahan pengetahuan itu penting dalam memahami perubahan kompetensi yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan masyarakat di tingkat Puskesmas.

Penentu sistemik kesuksesan kolaborasi dalam tim perawatan kesehatan adalah elemen di luar organisasi, seperti komponen

sistem sosial, budaya, pendidikan dan professional (San Martín-Rodríguez et al., 2005). Mengingat kondisi budaya lokasi penelitian menunjukkan hal yang mendukung *interprofessional collaboration* berupa penyelenggaraan Sistem Kesehatan Daerah Kabupaten Jeneponto disesuaikan dengan kondisi sosial budaya yakni “*a’bulo sibatang accera sitonga-tongka*” yang sarat dengan semangat gotong royong dalam penyelenggaraan upaya kesehatan di daerah sehingga dapat mempengaruhi semangat *interprofessional collaboration*.

# DAFTAR PUSTAKA

- Achjar, K. A. H. 2012. Teori dan praktik Asuhan keperawatan komunitas. *Book*.
- Adisasmito, W. 2008. Sistem Kesehatan 372.
- Afiyanti, Y. & Rachmawati, I. N. 2014. Metodologi penelitian kualitatif dalam riset keperawatan. *Jakarta: Raja Grafindo*.
- Agboola Odesanya, S. H. & Olaluwoye, D. 2015. Mass Media and Maternal Healthcare: A Critical Discourse. *New Media and Mass Communication*, 34, 10.
- Akhtar, T., Khan, Z. & Raoof, S. 2014. Community participation eludes Pakistan's maternal, newborn and child health programme/ La participation communautaire absente du programme de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant au Pakistan. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 20, 10.
- Alligood, M. R. 2017. Pakar teori keperawatan dan karya mereka *Elsevier bekerja sama dengan AIPNI*, Vol.2 Edisi Indonesia ke 8.
- Alvarado, V. & Liebig, B. 2016. Inter-Professional Collaboration between Family Doctors and Nurses at the End of Life. Challenges of Community-Based Palliative Care in Switzerland. *J Comm Pub Health Nurs*, 2, 2.
- Amiruddin, R. 2015. Peran strategis SDM Kesehatan SKM dalam pembangunan berwawasan kesehatan.
- Anise, A. & Hasnain-Wynia, R. 2016. Patient-centered outcomes research to improve asthma outcomes. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 138, 1503-1510.

- Ansell, C. & Gash, A. 2008. Collaborative governance in theory and practice. *Journal of public administration research and theory*, 18, 543-571.
- Ariyanti 2012. Penerapan Maternal Role Attainment untuk Tumbuh Kembang Bayi.
- Bappenas, K. P. P. N. 2012. Laporan pencapaian tujuan pembangunan milenium di Indonesia 2011144.
- Beaunoyer, E., Arsenault, M., Lomanowska, A. M. & Guitton, M. J. 2017. Understanding online health information: Evaluation, tools, and strategies. *Patient education and counseling*, 100, 183-189.
- Bell, J. S. & Marais, D. 2015. Participatory Training in Monitoring and Evaluation for Maternal and Newborn Health Programmes: Evaluation of a Training Programme Conducted in Africa and South-East Asia. *Global journal of health science*, 7, 192.
- Bhatt, A. & Mitchell, A. 2015. Effective collaborative communication in hospice care. *Palliat Med Care*, 2, 1-13.
- Billingsley, D. & Richard, A. 2015. Improving the Patient Experience by Implementing Patient-Centered Care in a Community Hospital.
- Black, R. E., Victora, C. G., Walker, S. P., Bhutta, Z. A., Christian, P., De Onis, M., Ezzati, M., Grantham-Mcgregor, S., Katz, J. & Martorell, R. 2013. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The lancet*, 382, 427-451.
- Borst, J. 2011. *interprofessional collaboration: an introduction. Tartalom/Table of contents*, 32.
- Carr, D. D. 2016. Motivational Interviewing Supports Patient Centered-Care and Communication. *of the New York State Nurses Association*, 45, 39.
- Chen, G.-D., Huang, C.-N., Yang, Y.-S. & Lew-Ting, C.-Y. 2014. Patient perception of understanding health education and instructions has moderating effect on glycemic control. *BMC public health*, 14, 683.
- Cook, J., Michener, J. L., Lyn, M., Lobach, D. & Johnson, F. 2010. Community collaboration to improve care and reduce health disparities. *Health Affairs*, 29, 956-958.

- Corona, R., Gonzalez, T., Cohen, R., Edwards, C. & Edmonds, T. 2009. Richmond Latino needs assessment: A community-university partnership to identify health concerns and service needs for Latino youth. *Journal of community health*, 34, 195-201.
- Creswell, J. W. 2014. Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches (4th ed.). *Thousand Oaks, CA: Sage*.
- Cronin 2004. Patient Centered Care: An overview of definition and concepts *Washington DC: National Health Council*.
- D'amour, D. & Oandasan, I. 2005. *Interprofessional* as the field of *interprofessional* practice and *interprofessional* education: An emerging concept. *Journal of interprofessional care*, 19, 8-20.
- Darlington, Y., Healy, K. & Feeney, J. A. 2010. Approaches to assessment and intervention across four types of child and family welfare services. *Children and Youth Services Review*, 32, 356-364.
- Darmstadt, G. L., Marchant, T., Claeson, M., Brown, W., Morris, S., Donnay, F., Taylor, M., Ferguson, R., Voller, S. & Teela, K. C. 2013. A strategy for reducing maternal and newborn deaths by 2015 and beyond. *BMC pregnancy and childbirth*, 13, 1.
- De Labrusse, C., Ramelet, A.-S., Humphrey, T. & Maclennan, S. J. 2016. Patient-centered care in maternity services: a critical appraisal and synthesis of the literature. *Women's Health Issues*, 26, 100-109.
- Debbie & Macintosh, C. P. 2013. Learning Organizations & Change. *Diploma Specialization & Fall Certificate*, Coady International Institute, St. Francis Xavier University, Antigonish, Nova Scotia, Canada.
- Dinkes, B. 2015. Laporan pelaksanaan surveilans gizi tingkat kabupaten Jenepono.
- Edvardsson, K., Garvare, R., Ivarsson, A., Eurenus, E., Mogren, I. & Nyström, M. E. 2011. Sustainable practice change: Professionals' experiences with a multisectoral child health promotion programme in Sweden. *BMC health services research*, 11, 1.

- Faria, C. 2009. Nurse practitioner perceptions and experiences of *interprofessional collaboration* with physicians in primary health care settings.
- Finney Rutten, L. J., Agunwamba, A. A., Greene, S. M., Mazor, K. M., Ebbert, J. O., St Sauver, J. L. & Dearing, J. W. 2014. Enabling patient-centered communication and care through health information technology. *Journal of Communication in Healthcare*, 7, 255-261.
- Fujimori, M., Morais, T. C., França, E. L., Toledo, O. R. D. & Honório-França, A. C. 2008. The attitudes of primary school children to breastfeeding and the effect of health education lectures. *Jornal de pediatria*, 84, 224-231.
- Gilbert, J. H., Yan, J. & Hoffman, S. J. 2010. A WHO report: framework for action on *interprofessional* education and collaborative practice. *Journal of Allied Health*, 39, 196-197.
- Green, B. N. & Johnson, C. D. 2015. *Interprofessional collaboration* in research, education, and clinical practice: working together for a better future. *Journal of Chiropractic Education*, 29, 1-10.
- Greene, S. M., Tuzzio, L. & Cherkin, D. 2012. A framework for making patient-centered care front and center. *The Permanente Journal*, 16, 49.
- Hendricks, C. S., Hendricks, D. L., Black, S. H. & Hopkins, J. S. 2001. A community health promotion partnership model: The South Carolina health connection. *Journal of cultural diversity*, 8, 69.
- Hills, M., Mullett, J. & Carroll, S. 2007. Community-based participatory action research: transforming multidisciplinary practice in primary health care. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 21, 125-135.
- Ho, S. 2015. UnitedHealthcare White Paper Patient Centered Care Model.
- Hudayani, F. & Sartika, R. A. D. 2016. Knowledge and behavior change of people living with HIV through nutrition education and counseling. *Kesmas: National Public Health Journal*, 10, 107-112.

- Indrawati, T. 2009. Pengaruh Umur, Tingkat Pengetahuan, Dan Sikap Bidan Praktik Swasta (BPS) Pada Penggunaan Partograf Acuan Maternal Neonatal Dalam Pertolongan Persalinan Normal Di Wilayah Dinas Kesehatan Kota Semarang. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 4, 122-126.
- Jafry, M., Jenny, A., Lubinga, S., Larsen-Cooper, E., Crawford, J., Matemba, C. & Babigumira, J. 2016. Examination of patient flow in a rural health center in Malawi. *BMC research notes*, 9, 363.
- Kazak, A. E., Nash, J. M., Hiroto, K. & Kaslow, N. J. 2017. Psychologists in patient-centered medical homes (PCMHs): Roles, evidence, opportunities, and challenges. *American Psychologist*, 72, 1.
- Kemenkes 2013. Kerangka kebijakan gerakan nasional percepatan perbaikan gizi dalam rangka seribu hari pertama kehidupan.
- Kemenkes 2014. Undang-Undang Republik Indonesia Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. Jakarta.
- Kemenkes 2015. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019.
- Kemenkes, D. 2011. Buku bagan tatalaksana anak gizi buruk. buku 1. *Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Binkesmas, Depkes*.
- Klinger, K. 2011. *Organizational Learning and Knowledge: Concepts, Methodologies, Tools and Applications: Concepts, Methodologies, Tools and Applications*, Business Science Reference.
- Körner, M., Wirtz, M. A., Bengel, J. & Göritz, A. S. 2015. Relationship of organizational culture, teamwork and job satisfaction in *interprofessional teams*. *BMC health services research*, 15, 1.
- Kozier 1991. *Fundamental of Nursing Concept, Process, and Practice*. *Addison Wesley, Publishing company, Inc*
- Ku, G. M. V. & Kegels, G. 2014. Effects of the First Line Diabetes Care (FiLDCare) self-management education and support project on knowledge, attitudes, perceptions, self-management practices and glycaemic control: a quasi-experimental study conducted in the Northern Philippines. *BMJ open*, 4, e005317.

- Kusuma, K. D. 2011. *Metodologi Penelitian Keperawatan (Pedoman Melaksanakan Dan Menerapkan Hasil Penelitian)*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Lesley Bainbridge, P., Louise Nasmith, M. & Wood, V. 2010. Competencies for *interprofessional* collaboration. *Journal of Physical Therapy Education*, 24, 6.
- Liliwari 2007. *Dasar-dasar Komunikasi Kesehatan*. Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Lowery, J. 2013. *Patient-Centered Care Methods and Practices Leading to Health Outcomes and Financial Benefits in Hospital Care*. University of Pittsburgh.
- Makowsky, M. J., Schindel, T. J., Rosenthal, M., Campbell, K., Tsuyuki, R. T. & Madill, H. M. 2009. Collaboration between pharmacists, physicians and nurse practitioners: a qualitative investigation of working relationships in the inpatient medical setting. *Journal of interprofessional care*, 23, 169-184.
- Malin, N. & Morrow, G. 2007. Models of *interprofessional* working within a Sure Start "Trailblazer" Programme. *Journal of Interprofessional Care*, 21, 445-457.
- Manganello, J., Gerstner, G., Pergolino, K., Graham, Y., Falisi, A. & Strogatz, D. 2017. The relationship of health literacy with use of digital technology for health information: implications for public health practice. *Journal of public health management and practice*, 23, 380-387.
- Mangkunegara, A. P. 2007. *Manajemen Sumber Daya Manusia Perusahaan*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Marisol Estrella., E. A. 2000. Learning from change. *International development research centre, Canada*
- Martiningsih, W. 2011. Praktik Kolaborasi Perawat-Dokter Dan Faktor Yang Memengaruhinya. *Jurnal Ners Vol. 6 No. 2*.
- Maryani, D. S. 2014. Ilmu keperawatan komunitas.
- Mclean, S. 2012. Barriers to collaboration on behalf of children with challenging behaviours: A large qualitative study of five constituent groups. *Child & Family Social Work*, 17, 478-486.

- Merav Ben Natan Phd, R. & Hochman, O. 2017. Patient-Centered Care in Healthcare and its Implementation in Nursing. *International Journal of Caring Sciences*, 10, 596.
- Miller, A. R., Condin, C. J., Mckellin, W. H., Shaw, N., Klassen, A. F. & Sheps, S. 2009. Continuity of care for children with complex chronic health conditions: parents' perspectives. *BMC health services research*, 9, 1.
- Mintarsih P, W. & Paramastri, I. 2007. *Pendidikan kesehatan menggunakan Booklet dan Poster dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap remaja tentang kesehatan reproduksi di Kabupaten Tasikmalaya*. Universitas Gadjah Mada.
- Morley, L. & Cashell, A. 2017. Collaboration in health care. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 48, 207-216.
- Mudany, M. A., Sirengo, M., Rutherford, G. W., Mwangi, M., Nganga, L. W. & Gichangi, A. 2015. Enhancing Maternal and Child Health using a Combined Mother & Child Health Booklet in Kenya. *Journal of tropical pediatrics*, 61, 442-447.
- Mueller, C. A., Tetzlaff, B., Theile, G., Fleischmann, N., Cavazzini, C., Geister, C., Scherer, M., Weyerer, S., Bussche, H. & Hummers-Pradier, E. 2015. *Interprofessional collaboration and communication in nursing homes: a qualitative exploration of problems in medical care for nursing home residents—study protocol*. *Journal of advanced nursing*, 71, 451-457.
- Muh. Arisa\*, V. H., Burhanuddin Baharc, Mappedy Nyorongd 2016. Knowledge, Attitudes, Confidence of Teenage Girls in Rural and Urban Areas toward the Exclusive Mother Breast Milk. *International Journal of Sciences: Basic and Applied Research (IJSBAR) ISSN 2307-4531 (Print & Online)*, 29, No 1, pp 181-190.
- Muke, C. 2017. Constructivist teaching and traditional cultures. *Teachers and curriculum*, 3.
- Naughton, C. A. 2018. Patient-Centered Communication. *Pharmacy*, 6, 18.
- Nix, K. 2015. "Comparative Effectiveness Research Under Obamacare: A Slippery Slope to Health Care Rationing", Heritage Foundation Backgrounder# 2679, April 12, 2012.
- Norman 2009. Hand book of qualitative research, Pustaka pelajar.

- Notoadmodjo 2007. *Promosi kesehatan dan ilmu prilaku Cetakan I Jakarta PT Rineka Cipta.*
- Notoadmodjo 2010. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Prilaku, Jakarta Rineka Cipta.*
- Notoatmodjo 2007a. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni, . PT.Rineka Cipta, Jakarta.*
- Notoatmodjo 2010. *Promosi Kesehatan, Teori dan Aplikasi. Rineka Cipta, Jakarta.*
- Notoatmodjo, S. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan, Jakarta, Rineka Cipta.*
- Notoatmodjo, S. 2007a. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-Prinsip Dasar, Jakarta, Rineka Cipta.*
- Notoatmodjo, S. 2007b. *Kesehatan Masyarakat. Ilmu dan Seni. Rineka Cipta. Jakarta.*
- Notoatmodjo, S. 2007c. *Kesehatan Masyarakat. Ilmu dan Seni. Rineka Cipta. Jakarta. .*
- Notoatmodjo, S. 2007d. *Pendidikan dan Prilaku Kesehatan, Jakarta, Rineka Cipta.*
- Notoatmodjo, S., Hadi, E. & Krianto, T. 2012. *Promosi kesehatan di sekolah. Jakarta: Rineka Cipta, 21-23.*
- Nurfadillah, S. 2017. *Analisis Peran Pemerintah Dalam Pelayanan Kesehatan Di Kabupaten Pinrang.*
- Nursalam 2013. *Metodologi penelitian ilmu keperawatan. Jakarta, Salemba Medika.*
- Nurul, W. I. M. 2009. *Ilmu Kesehatan Masyarakat : Teori dan aplikasinya,. Jakarta, Salemba Medika.*
- O'brien, M., Bachmann, M. O., Jones, N. R., Reading, R., Thoburn, J., Husbands, C., Shreeve, A. & Watson, J. 2009. *Do integrated Children's Services improve children's outcomes?: Evidence from England's Children's Trust pathfinders. Children & Society, 23, 320-335.*
- Oandasan, I., Baker, G. R. & Barker, K. 2006. *Teamwork in Health Care: Promoting Effective Teamwork in Healthcare in Canada: Policy Synthesis and Recommendations, Canadian Health Services Research Foundation.*

- Oates, J., Weston, W. W. & Jordan, J. 2000. The impact of patient-centered care on outcomes. *Fam Pract*, 49, 796-804.
- Ødegård, A. 2006. Exploring perceptions of *interprofessional collaboration* in child mental health care. *International Journal of Integrated Care*, 6.
- Padhi, B. K., Baker, K. K., Dutta, A., Cumming, O., Freeman, M. C., Satpathy, R., Das, B. S. & Panigrahi, P. 2015. Risk of Adverse Pregnancy Outcomes among Women Practicing Poor Sanitation in Rural India: A Population-Based Prospective Cohort Study. *PLoS Med*, 12, e1001851.
- Palutturi, S. 2014. Public health Leadership. *Pustaka pelajar, Yogyakarta*.
- Palutturi, S. 2017. Healthy Cities. Konsep global, Implementasi local untuk Indonesia. *Pustaka pelajar, Yogyakarta*.
- Parada, A. 2016. Healthcare Levels Cooperation, Action in Local Health System to Better Coordinate the Delivery of Healthcare. *Journal of Health Science*, 4, 105-110.
- Pfaff, K. A., Baxter, P. E., Jack, S. M. & Ploeg, J. 2014. Exploring new graduate nurse confidence in *interprofessional collaboration*: A mixed methods study. *International journal of nursing studies*, 51, 1142-1152.
- Poltekkes 2016. Buku Panduan Materi Praktik Kerja Nyata Inter Professional Collaboration (PKN IPC). *Unit Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (UPPM) Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang*.
- Posthumus, A., Schölmerich, V., Waelput, A., Vos, A., De Jong-Potjer, L., Bakker, R., Bonsel, G., Groenewegen, P., Steegers, E. & Denktas, S. 2013. Bridging between professionals in perinatal care: towards shared care in the Netherlands. *Maternal and Child Health Journal*, 17, 1981-1989.
- Poulsen, C. R. 2013. *Effects of an interprofessional simulation activity to improve students' perceptions of other healthcare professions*, Old Dominion University.
- Prawoto 2009. Pembelajaran Mendengarkan.
- Print, M. 1993. Curriculum Development And Design, second edition, sidney : Ducupro.
- Provinsi, D. 2015. Profil kesehatan Sulawesi Selatan.

- Reising, D. L., Carr, D. E., Gindling, S., Barnes, R., Garletts, D. & Ozdogan, Z. 2017. An analysis of *interprofessional* communication and teamwork skill acquisition in simulation. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 8, 80-85.
- Riskesdas 2013. Riskesdas 2013. *Badan Penelitian dan Pengembangan Badan Kesehatan Kementerian Republik Indonesia*.
- Robeson, P. 2009. *Networking in public health: Exploring the value of networks to the National Collaborating Centres for Public Health*, National Collaborating Centre for Methods and Tools.
- Robinson, S. 2010. Children and young people's views of health professionals in England. *Journal of Child Health Care*, 1367493510381772.
- Rossi, F. E., Landreth, A., Beam, S., Jones, T., Norton, L. & Cholewa, J. M. 2017. The Effects of a Sports Nutrition Education Intervention on Nutritional Status, Sport Nutrition Knowledge, Body Composition, and Performance during Off Season Training in NCAA Division I Baseball Players. *Journal of sports science & medicine*, 16, 60.
- Rousseau, C., Laurin-Lamothe, A., Nadeau, L., Deshaies, S. & Measham, T. 2012. Measuring the quality of *interprofessional collaboration* in child mental health collaborative care. *International journal of integrated care*, 12.
- Saleh, A., Nurochmah, E., As'ad, S. & Hadju, V. 2014. *Pengaruh pendidikan kesehatan dengan pendekatan modelling terhadap pengetahuan, kemampuan praktik dan percaya diri ibu dalam menstimulasi tumbuh kembang bayi 0-6 bulan*. Tesis Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Hasanudin. Diakses dari <http://pasca.unhas.ac.id/jurnal/files/4dfd694e7da095c426fa76ffbfd2b3ea.pdf>.
- San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M.-D., D'amour, D. & Ferrada-Videla, M. 2005. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of interprofessional care*, 19, 132-147.
- San Martin-Rodriguez, L., D'amour, D. & Leduc, N. 2008. Outcomes of *interprofessional collaboration* for hospitalized cancer patients. *Cancer nursing*, 31, E18-E27.

- Sarker, M. & Joarder, T. 2012. Intersectoral collaboration: a novel path to promote community health promotion editorial. *Global Health Promotion*, 194, 7-8.
- Sartika, R. A. D. 2010. Analisis pemanfaatan program pelayanan kesehatan status gizi balita. *Kesmas: National Public Health Journal*, 5, 90-96.
- Schmied, V., Mills, A., Kruske, S., Kemp, L., Fowler, C. & Homer, C. 2010. The nature and impact of collaboration and integrated service delivery for pregnant women, children and families. *Journal of clinical nursing*, 19, 3516-3526.
- Seidel Ak, S. K., Freeman Sc, Coulter Mm, Colgrove Nj. 2013. Comparison of breast-feeding knowledge, attitudes, and beliefs before and after educational intervention for rural Appalachian high school students. *South Med Journal*.
- Selleck, C. S., Fifolt, M., Burkart, H., Frank, J. S., Curry, W. A. & Hites, L. S. 2017. Providing primary care using an *interprofessional* collaborative practice model: What clinicians have learned. *Journal of Professional Nursing*, 33, 410-416.
- Selvam, S., Murugesan, N., Snehalatha, C., Nanditha, A., Raghavan, A., Simon, M., Susairaj, P. & Ramachandran, A. 2017. Health education on diabetes and other non-communicable diseases imparted to teachers shows a cascading effect. A study from Southern India. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 125, 20-28.
- Setiadi, A. P., Wibowo, Y., Herawati, F., Irawati, S., Setiawan, E., Presley, B., Zaidi, M. A. & Sunderland, B. 2017. Factors contributing to *interprofessional collaboration* in Indonesian health centres: A focus group study. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 8, 69-74.
- Setiawati, S. & Dermawan, A. 2008. Proses pembelajaran dalam pendidikan kesehatan. *Trans Info Media. Jakarta*.
- Sharp, M. 2006. Enhancing interdisciplinary collaboration in primary health care. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 67, S4-S8.
- Shishehgar, S., Dolatian, M., Majd, H. A., Teimouri, Z., Alavi, S. T. & Halvaei, P. 2015. Social support and maternal stress during pregnancy: a PATH model. *International Journal of Healthcare*, 2, p44.

- Sparks, M. 2013. The changing contexts of health promotion. *Health Promotion International*, 28, 153.
- Stevens 2012. Ilmu Keperawatan II.
- Stewart, C. P., Iannotti, L., Dewey, K. G., Michaelsen, K. F. & Onyango, A. W. 2013. Contextualising complementary feeding in a broader framework for stunting prevention. *Maternal & child nutrition*, 9, 27-45.
- Stewart, M., Purdy, J., Kennedy, N. & Burns, A. 2010. An *interprofessional* approach to improving paediatric medication safety. *BMC medical education*, 10, 1.
- Suliha 2002a. Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan. *Buku Kedokteran, EGC, 2002*.
- Suliha, U. 2002b. Pendidikan kesehatan dalam keperawatan. *Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC*.
- Suliha, U. 2002c. Pendidikan kesehatan dalam keperawatan. *Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta*.
- Sumarni, S. 2015. Peran sarjana kesehatan masyarakat dalam gerakan penyelamatan 1000 hari pertama kehidupan untuk menurunkan stunting dan angka kematian ibu.
- Supariasa Dn, D. 2002. Penilaian status gizi. *EGC Penerbit buku kedokteran*.
- Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E. & Deutschlander, S. 2009. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of interprofessional care*, 23, 41-51.
- Suyanto. 2011. Metodologi Dan Aplikasi Penelitian Keperawatan Nuha Medika: Yogyakarta.
- Thomson, A. M. & Perry, J. L. 2006. Collaboration processes: Inside the black box. *Public administration review*, 66, 20-32.
- Tinggi, D.J.P. 2010. 2011 Kementerian Pendidikan Nasional Republik Indonesia. *Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia*.
- Tondora, J., Miller, R. & Davidson, L. 2012. The top ten concerns about person-centered care planning in mental health systems. *International Journal of Person Centered Medicine*, 2, 410-420.
- Unicef 2012. Ringkasan kajian kesehatan ibu dan anak.

- Unicef 2013. Improving child nutrition: the achievable imperative for global progress. *New York: UNICEF.*
- Vanderwielen, L. M., Do, E. K., Diallo, H. I., Lacoé, K. N., Nguyen, N. L., Parikh, S. A., Rho, H. Y., Enurah, A. S., Dumke, E. K. & Dow, A. W. 2014. *Interprofessional collaboration Led by Health Professional Students: A Case Study of the Inter Health Professional Alliance at Virginia Commonwealth University. Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 3.
- Vasalou, A., Khaled, R., Holmes, W. & Gooch, D. 2017. Digital games-based learning for children with dyslexia: A social constructivist perspective on engagement and learning during group game-play. *Computers & Education*.
- Visiedo, A. & Palao, J. M. 2017. Effect of educational training on nutrition and weight control in under-18 Spanish wrestlers. *Motriz: Revista de Educação Física*, 23, 76-80.
- Wafid Iqbal Mubarak & Nurul C 2009. *Ilmu Kesehatan Masyarakat : Teori dan aplikasinya*, Jakarta, Salemba Medika.
- Wagner, J., Liston, B. & Miller, J. 2011. Developing *interprofessional communication skills. Teaching and learning in nursing*, 6, 97-101.
- Walsh, M., & Jackson 2008. The effects of an infantfeeding classroom activity on the breastfeeding knowledge and intentions of adolescents. *journal Sch Nurs*, 24 (3).
- Who 2010. Framework for Action on *Interprofessional Education & Collaborative Practice*. 64.
- Zeller, C. L. 2014. *Effects of a Breastfeeding Education Module on the Breastfeeding Knowledge and Attitudes of Middle School Students*. 3619558 D.N.P., Carlow University.
- Zwell, M. 2000. Creating a Culture of competence. *New York: John Wiley & Sons, Inc.*

## BIODATA PENULIS



**Dr. Risnah S.KM.,S.Kep.,Ns.,M.Kes.**, dilahirkan di Kabupaten Jeneponto Sulawesi Selatan pada tanggal 12 April 1977. Sekolah Dasar di SD Inpres Panaikang ½ Ujung Pandang pada tahun 1990, Sekolah Menengah Pertama (SMP) Negeri 12 Ujung Pandang pada tahun 1993 dan Sekolah Menengah Atas (SMA) Negeri 5 Ujung Pandang pada tahun 1996. Pendidikan

Diploma III Keperawatan di Yayasan Pendidikan Makassar (YAPMA) pada tahun 1999. Setelah itu melanjutkan pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Makassar dan mendapatkan gelar S.KM pada tahun 2003. Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) diperoleh di Fakultas Kedokteran Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin pada tahun 2004 dan menyelesaikan profesi Ners pada tahun 2005 di tempat yang sama. Program Pascasarjana diselesaikan pada konsentrasi Biomedik-Fisiologi di Universitas Hasanuddin pada tahun 2009. Tahun 2013 melanjutkan studi di program *Diploma of Leadership* di *Coady International Institute* Nova Scotia, Halifax-Canada. Pada tahun 2018 meraih gelar Doktor dengan predikat *cumlaude* di bidang Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Sejak tahun 2006 tercatat sebagai dosen Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar. Telah banyak pengalaman mengajar dan mengelola pendidikan pada berbagai institusi pendidikan keperawatan digelutinya. Aktif berperan serta pada berbagai kegiatan ilmiah juga menghasilkan karya ilmiah berupa buku maupun publikasi berbagai jurnal nasional dan internasional.

Secara langsung permasalahan gizi disebabkan oleh akibat rendahnya asupan gizi dan masalah kesehatan. Selain itu asupan gizi dan masalah kesehatan merupakan dua hal yang saling mempengaruhi. Adapun pengaruh tidak langsung masalah gizi yakni ketersediaan makanan, pola asuh dan ketersediaan air minum yang bersih, sanitasi dan pelayanan kesehatan. Seluruh faktor penyebab ini dipengaruhi oleh beberapa akar masalah yang mendasar yaitu kelembagaan, politik dan ideologi, kebijakan ekonomi, dan sumber daya, lingkungan, teknologi, dan kependudukan.

Penanganan kasus gizi buruk melalui *interprofessional collaboration* sudah berjalan pada beberapa aspek namun secara keseluruhan belum optimal. Petugas kesehatan telah mengerti definisi, ciri-ciri dan penyebab gizi buruk. *Interprofessional collaboration* juga telah dipahami dengan baik oleh seluruh informan dalam kapasitas sebagai petugas kesehatan. Tetapi dalam pelaksanaannya khususnya pada kegiatan Posyandu belum dilakukan secara menyeluruh. Buku ini memuat pentingnya memahami persoalan gizi buruk berikut penanganannya melalui *interprofessional collaboration*. Sebuah buku yang disusun berdasarkan hasil penelitian komprehensif lapangan.