

Efektivitas Model Praktik Kolaborasi Interprofesional (PKIP) Tenaga Kesehatan Terhadap Kinerja Pelayanan Kesehatan Rumah

by Bondan Palestin

Submission date: 12-Jan-2023 01:15PM (UTC+0700)

Submission ID: 1991630262

File name: RPROFESIONAL_PKIP_BONDAN_PALESTIN_JURNAL_NASIONAL_JKEP_2018.pdf (191.58K)

Word count: 4661

Character count: 31000

JKEP
Vol 3, No 1, Mei 2018
ISSN: 2354-6042 (Print)
ISSN : 2354-6050 (Online)

Efektivitas Model Praktik Kolaborasi Interprofesional (PKIP) Tenaga Kesehatan Terhadap Kinerja Pelayanan Kesehatan Rumah

Prayetni, Ni Made Riasmini, Bondan Palestin, Tri Prabowo

¹Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Jakarta III

Email: pra24yeti@yahoo.com

Artikel history

Dikirim, Feb 20th, 2018
Ditinjau, Maret 10th, 2018
Diterima, Maret 30th, 2018

ABSTRACT

Primary health care is an essential service that can be accepted by individuals, families in the community. Family health services face clients with actual, potential or potential health problems that are complex using biopsikososiospiritual Cooperation between health workers is needed so that the health services provided are effective and efficient. This research is operational research with qualitative and quantitative methods. Qualitative research uses descriptive design and quantitative research using Cross Sectional design. This study was designed to develop a model / form of interprofessional cooperation practice of health workers that is validated through statistical tests. The research will be carried out by two people, the first model develops and the two effective models of PKIP on the performance of health services and the quality of services to clients. The research sample used in the quantitative research was purposive sampling with a total of 155 people. To test the model using a structured equation model test (SEM). The results of the study showed all variables of Recognition among Professionals of Health Workers, Self-Confidence, Role of Health Responsibility, Leadership, Communication, Team Work, forming PKIP models that were in accordance with the influence, and connecting to the performance of home health services.

Keywords: *Practice of Interprofessional collaboration; home health services; effectiveness; performance.*

ABSTRAK

Pelayanan kesehatan primer merupakan pelayanan esensial yang dapat diterima oleh individu, keluarga di masyarakat. Pelayanan kesehatan keluarga menghadapi klien dengan masalah kesehatan baik aktual, potensial atau resiko yang kompleks mencakup biopsikososiospiritual. Diperlukan praktik kolaborasi interprofesional tenaga kesehatan

agar pelayanan kesehatan yang diberikan efektif dan efisien. Penelitian ini merupakan penelitian operasional dengan metode kualitatif dan kuantitatif. Penelitian kualitatif menggunakan desain eksplorasi deskriptif dan penelitian kuantitatif menggunakan desain Potong Lintang (*Cross Sectional*). Penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan model/bentuk praktik kolaborasi interprofesional tenaga kesehatan yang tervalidasi melalui uji statistik. Penelitian akan dilaksanakan dua tahap, tahap pertama mengembangkan model dan tahap kedua menguji efektifitas model PKIP terhadap kinerja layanan tenaga kesehatan dan kualitas layanan terhadap klien. Metoda sampel yang digunakan pada penelitian kuantitatif adalah *purposive sampling* dengan jumlah 155 orang. Untuk uji model mempergunakan uji model persamaan terstruktur (SEM). Hasil penelitian menunjukkan semua variable Pengakuan antar Profesi Tenaga Kesehatan, Keyakinan Diri, Peran Fungsi Tanggung Jawab Kesehatan, Kepemimpinan, Komunikasi, Kerja Tim, membentuk model PKIP sesuai dengan skema, dan berpengaruh terhadap kinerja pelayanan kesehatan di rumah.

Kata Kunci: Praktik kolaborasi Interprofesional; pelayanan kesehatan rumah; efektifitas; kinerja.

PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan primer adalah pelayanan kesehatan pokok yang diberikan berdasarkan teknologi praktis, ilmiah dan sosial yang dapat diterima oleh umum (masyarakat, keluarga dan individu) melalui peran serta mereka sepenuhnya serta dengan biaya yang terjangkau. Ujung tombak pelayanan kesehatan primer adalah PUSKESMAS. Pelayanan kesehatan dasar diberikan dengan pendekatan keluarga untuk mencapai keluarga sehat dengan memenuhi 12 indikator yang telah ditetapkan. Terdapat 3 (tiga) kategori status keluarga yaitu Keluarga sehat, keluarga pra sehat dan keluarga tidak sehat. Intervensi untuk

mencapai keluarga sehat berbasis tim dengan pendekatan promosi - *preventive*, sasaran utama keluarga, kunjungan rumah.

Pendekatan tim dalam pelayanan kesehatan dikenal dengan praktik kolaborasi interprofesional. Terdapat beberapa definisi tentang praktik kolaborasi interprofesional diantaranya menurut WHO tahun 2010 yaitu berbagai jenis tenaga kesehatan dari latar belakang professional berbeda, bekerjasama dengan pasien, keluarga, pemberi pelayanan dan komunitas untuk memberikan asuhan kesehatan berkualitas tinggi. Praktik kolaborasi, proses komunikasi dan pengambilan keputusan

interprofessional yang memungkinkan untuk memilah dan membagi ilmu pengetahuan, keterampilan pemberi pelayanan sehingga secara sinergis akan mempengaruhi asuhan pasien (Way et all, 2000).

Beberapa penelitian dan literatur menuliskan bahwa praktik kolaborasi akan meningkatkan kemudahan dan koordinasi pelayanan kesehatan, penggunaan dengan tepat sumber – sumber spesialis klinik, hasil kesehatan klien dengan penyakit kronis, keamanan dan asuhan pasien, komunikasi antara petugas kesehatan serta membangun pelayanan yang man dan baik berpusat pada klien. Praktik kolaborasi akan menurunkan jumlah komplikasi pasien, lama hari rawat, ketegangan dan konflik antar tenaga kesehatan, berhenti dan keluarnya tenaga kesehatan, rawat inap, rata-rata kesalahan klinik, rata-rata kematian dan pembiayaan kesehatan. Kondisi kondisi tersebut akan memperlihatkan efektifitas dan efisiensi pelayanan kesehatan dengan pendekatan praktik kolaborasi interprofessional.

Praktik kolaborasi interprofessional belum optimal dilaksanakan di Puskesmas termasuk pelayanan kesehatan di rumah yang tentunya mempunyai masalah kesehatan yang kompleks seperti memerlukan waktu lama dan biaya terbatas. Keluarga merupakan sasaran utama pelayanan kesehatan yang menentukan kesehatan masyarakat serta kesehatan bangsa. Praktik kolaborasi interprofesional juga memerlukan perubahan budaya kerja.

Penelitian tentang kerja tim kesehatan di pelayanan kesehatan primer masih sangat terbatas, sehingga peneliti merasa perlu dilakukan penelitian. Secara umum rumusan pertanyaan penelitian untuk mengetahui apakah bentuk praktik kolaborasi interprofesional dalam pelayanan kesehatan dirumah dapat meningkatkan kinerja tenaga kesehatan sehingga dapat dicapai efektifitas dan efisiensi. Penelitian ini juga dilakukan untuk menjawab pertanyaan penelitian secara khusus yaitu: bagaimanakah gambaran tenaga kesehatan, dan pelayanan kesehatan dirumah dengan masalah

kesehatan yang perlu diselesaikan secara tim, cara kerja tim tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah, dan gambaran kinerja tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah. Adapun tujuan penelitian secara umum adalah memperoleh bentuk praktik kolaborasi interprofesional tervalidasi sehingga dapat meningkatkan kinerja tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah.

METODE

Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan metodologi deskriptif analitik menggunakan metode analisis jalur dengan tahapan yaitu mengembangkan rancangan PKIP dengan menggunakan studi literatur, studi hasil, penelitian terdahulu serta hasil pengamatan selama melaksanakan tugas. Hasil yang didapat akan diolah dengan analitis persamaan terstruktur (SEM).

Populasi dan Sampel

Populasi pada penelitian ini adalah

548 orang, sedangkan sampel penelitian menggunakan strategi sampling yaitu *simple random sampling*. Besar sampel menggunakan uji hipotesis beda rata-rata pada dua kelompok independen (Lemeshow, Holmer, Klar & Lwanga, 2002). Hasilnya diperoleh jumlah sampel 142 orang. Sebagai antisipasi *drop out* maka ditambahkan 10%, sehingga jumlah sampel menjadi 155 orang, dengan kriteria inklusi yaitu tenaga kesehatan (perawat, bidan, dokter) yang bertugas di Puskesmas Kecamatan/ Kelurahan dan tenaga kesehatan yang melaksanakan pelayanan kesehatan di rumah. Kriteria eksklusi antara lain tenaga kesehatan (perawat, bidan, dokter) yang sedang cuti dan tidak bersedia ikut dalam penelitian.

Variabel

Penelitian ini menggunakan 3 (tiga) variabel dependen dan 7 (tujuh) variabel independen. Variabel dependen yaitu Ketercapaian kinerja yang merupakan persepsi tenaga kesehatan tentang tingkat hasil asuhan, yang dibagi menjadi 3 variabel yaitu Dokumentasi

Pelayanan, Kinerja Tim dan Kinerja Tenaga Kesehatan. Variabel independen terdiri dari: 1) Ketercapaian Kinerja yaitu persepsi tenaga kesehatan tentang tingkat hasil asuhan, 2) Peran, Fungsi, Tugas dan Tanggung jawab yaitu persepsi tenaga kesehatan tentang peran, fungsi, tugas dan tanggung jawab dalam melaksanakan yankes rumah sesuai profesi masing-masing, 3) Pengakuan yaitu persepsi tenaga kesehatan tentang pengakuan yang diterima oleh masing-masing profesi, 4) Keyakinan Diri (*Self Efficacy*) yaitu persepsi tenaga kesehatan tentang keyakinan diri dalam kerja tim, 5) Kepemimpinan yaitu persepsi tenaga kesehatan tentang peran pemimpin reasional, 6) Komunikasi yaitu persepsi tenaga kesehatan tentang metode komunikasi dalam kerja tim, 7) Kerja Tim yaitu persepsi tenaga kesehatan tentang interaksi dalam melaksanakan praktik yankes di rumah.

Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan mulai bulan Februari 2017 sampai Oktober 2017 di wilayah DKI Jakarta dan Daerah

Istimewa Yogyakarta. Wilayah ini dipilih karena memiliki Puskesmas yang telah melaksanakan pelayanan kesehatan keluarga di rumah oleh tim kesehatan. Jakarta memiliki program KPLDH (Ketuk Pintu Layani Dengan Hati) dan Jogjakarta memiliki program PMKK (Pengenembangan Manajemen Kinerja Klinik).

Alat dan Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data primer pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan instrument/alat berikut ini :

1. Karakteristik Tenaga Kesehatan; Karakteristik mencakup usia, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan dan lama rawat.
2. Dokumen layanan: Indikator dokumentasi layanan dalam bentuk instrument yang telah di modifikasi.
3. Ketercapaian Kinerja: Indikator dan kinerja layanan kesehatan yang dirancang dalam bentuk kuesioner dengan memodifikasi instrumen yang telah ada.
4. Kepuasan Kerja: Kuesioner kepuasan kerja perawat dalam melaksanakan praktik kolaborasi

interprofessional yang dirancang dengan memodifikasi instrumen yang ada.

5. Komponen model PKIP: Kuesioner komponen nilai nilai/pengakuan antar profesi, peran-fungsi tanggung jawab, kepemimpinan, komunikasi, tim kerja dirancang mempergunakan teori dan modifikasi instrument yang telah ada.

Sementara teknik pengumpulan data yang dilakukan sebagai berikut:

1. Memilih responden sesuai dengan kriteria sampel yang telah ditetapkan dengan bantuan tenaga kesehatan di PUSKESMAS.
2. Melakukan pelatihan kepada pengumpul data yang akan membantu proses pengumpulan data
3. Menyebarkan instrument penelitian kepada tenaga kesehatan
4. Mengumpulkan data di dua tempat, yaitu di Puskesmas Kecamatan Cipayung oleh pengumpul data yang telah di latih sebanyak 100 sampel dan di Puskesmas Kecamatan Bantul Jogjakarta sebanyak 55 sampel.

5. Melakukan pembersihan data dan entry oleh enumerator.

Analisis Data

Analisis data yang dilakukan sebagai berikut:

1. Analisis kualitatif: Deskriptif Eksploratif.
2. Analisis kuantitatif untuk mengetahui validitas bentuk PKIP dengan Analisa Uji SEM mempergunakan Lisrel 8.8 (Wijanto.S.H, 2008).

Etika Penelitian

Penelitian ini mendapatkan ijin dari Komite Etik Penelitian Poltekkes Kemenkes Jakarta III untuk dapat dilaksanakan. Peneliti memberikan jaminan penerapan prinsip-prinsip dasar etika yang meliputi otonomi, privasi, kebaikan, dan keadilan kepada responden yang terlibat dalam penelitian.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik tenaga kesehatan pada penelitian ini mayoritas adalah Perawat (43.9%) kemudian Bidan (31.6%) dan Medis (24.5%) dengan pengalaman kerja 0 sampai 5 tahun (59.4%) dan sisanya lebih dari 5

tahun (40.6%).

Analisis Model

Pada penelitian ini dilakukan tes model pengukuran yaitu *Confirmatory Factor Analysis* (CFA) dengan hasil seluruh variabel laten dan variabel teramati/indikator memenuhi syarat validitas dan reliabilitas yaitu *t-value* melebihi 1,96 (tabel 1), SLF lebih dari 0,5 dan nilai CR melebihi 0,7 dan VE melebihi 0,5. Selanjutnya dilakukan uji melalui CFA *second order*, karena variabel Kinerja Pelayanan Keperawatan (YANKES) Rumah merupakan variabel laten yang tidak dapat diukur sendiri, sehingga akan diukur melalui variabel teramati yaitu Dokumentasi Pelayanan Keperawatan Rumah, Kinerja Tim dan Kinerja Tenaga Kesehatan. Hasilnya nilai VE sebesar 0,75 menandakan bahwa sebesar 75 persen informasi pada variabel-variabel teramati terkandung atau

dapat dijelaskan melalui variabel Kinerja YANKES Rumah.

Tahap selanjutnya dilakukan pengujian untuk melihat kecocokan data dengan model penelitian yang di gunakan. Hasil olah memperlihatkan bahwa penelitian ini memenuhi syarat *Absolute Fit Measure* dimana nilai RMSEA adalah 0,068 yang berarti memenuhi syarat tingkat kecocokan nilai RMSEA. Sedangkan untuk ukuran *incremental fit measure* terdapat tiga GOF yang memenuhi syarat tingkat kecocokan antara lain NNFI, IFI dan CFI yang memiliki nilai > 0,09.

Hasil uji hubungan kausal dan hipotesis dapat dilihat pada tabel 1 berikut. Berdasarkan hasil olah data didapatkan bahwa 12 hipotesa yang diajukan memiliki nilai *t-value* $t > 1,96$ menunjukkan nilai signifikan yang artinya hipotesa diterima.

Tabel 1. Hasil Uji Kausal dan Hipotesis Penelitian

Pengakuan antar Profesi Tenaga Kesehatan

Hipotesis	Estimasi	T Values	Ket	Kesimpulan
Pengakuan berpengaruh signifikan terhadap Peran, Fungsi, Tanggung jawab Tenaga Kesehatan	0.50	4.93	Signifikan	Diterima
<i>Self Efficacy</i> berpengaruh signifikan terhadap Peran, Fungsi, Tanggung jawab Tenaga Kesehatan	0.39	3.92	Signifikan	Diterima
<i>Self Efficacy</i> berpengaruh signifikan terhadap Komunikasi	0.71	9.04	Signifikan	Diterima
Pengakuan berpengaruh signifikan terhadap Kepemimpinan	0.74	9.28	Signifikan	Diterima
Pengakuan berpengaruh signifikan terhadap Kinerja Tim PKIP	0.25	2.20	Signifikan	Diterima
<i>Self Efficacy</i> berpengaruh signifikan terhadap Kinerja PKIP	0.24	2.39	Signifikan	Diterima
Peran, Fungsi, Tanggung jawab Tenaga Kesehatan berpengaruh signifikan terhadap Kinerja Tim PKIP	0.17	1.99	Signifikan	Diterima
Kepemimpinan berpengaruh signifikan terhadap Kinerja Tim PKIP	0.18	2.62	Signifikan	Diterima
Komunikasi berpengaruh signifikan terhadap Kinerja Tim PKIP	0.20	3.11	Signifikan	Diterima
Komunikasi berpengaruh signifikan terhadap Kinerja Pelayanan Keperawatan Rumah	0.16	2.12	Signifikan	Diterima
Kepemimpinan berpengaruh signifikan terhadap Kinerja Pelayanan Keperawatan Rumah	0.16	2.09	Signifikan	Diterima
Kinerja Tim PKIP berpengaruh signifikan terhadap Kinerja Pelayanan Keperawatan Rumah	0.58	5.61	Signifikan	Diterima

Praktik kolaborasi interprofessional merupakan proses dinamis, saling tukar, persekutuan, saling ketergantungan dan kekuatan, kepercayaan, apresiasi peran masing masing (Damour, Ferrada, Videla, Rodrigues & Beau L, 2005). Menempatkan individu bersama sama saling belajar antar disiplin atau memberikan pelayanan kesehatan tidak menjamin terciptanya tim yang bersinergi. Diperlukan kesamaan visi, persetujuan misi dan sistem kolaborasi (Weiss. D, Tilin F and Morgan. M, 2014). Diperlukan pengakuan antar tenaga kesehatan dalam praktik kolaborasi dengan saling tukar nilai, visi dari masing masing profesi.

Hasil penelitian menyatakan pengakuan berpengaruh signifikan terhadap peran, fungsi dan tanggung jawab tenaga kesehatan, kerja tim serta kepemimpinan. Pengakuan antar tenaga kesehatan ditentukan oleh pernyataan dari setiap profesi bahwa dia sebagai bagian dari anggota tim juga sebagai individu, diperlukan *mutual respect* (saling menghargai), saling memberikan

apresiasi dan saling tukar nilai nilai profesi. Hal ini didukung dengan nilai nilai moral yang sama pada profesi tenaga kesehatan. Pengakuan dalam praktik kolaborasi akan membangun dan meningkatkan harga diri tenaga kesehatan serta penguatan nilai nilai tim, pengakuan dapat diberikan dalam bentuk saling menghargai capaian praktik dari setiap tenaga kesehatan. Pengakuan melalui saling tukar visi, misi masing masing profesi merupakan komponen utama dalam praktik kolaborasi interprofessional.

Pengakuan antar profesi diperlukan agar praktik kolaborasi dapat terlaksana dengan efektif dan efisien. Pengakuan antar profesi dapat dimulai sejak awal yaitu calon tenaga kesehatan pada masa Pendidikan tenaga kesehatan, hal ini didukung oleh kebijakan pemerintah tentang dimulainya pembelajaran bersama antar profesi melalui Program *Inter Professional Education* (IPE).

Self Efficacy – Keyakinan Diri

Self-efficacy adalah keyakinan diri

dalam melaksanakan tugas merupakan kinerja perilaku nyata, pengalaman pengalaman yang dialami sendiri atau dengan orang lain, persepsi verbal atas dorongan nasehat dan status psikologis serta umpan balik selama berperilaku. *Self-efficacy* berhubungan dengan keyakinan pribadi mengenai kompetensi dan kemampuan diri. Secara spesifik merujuk pada keyakinan seseorang terhadap kemampuannya menyelesaikan tugas secara berhasil sendiri (Ivancevich, Konopaske, Matteson, 2007). *Self efficacy* sangat diperlukan oleh tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugas yang berhubungan langsung dengan pasien. *Self efficacy* merupakan komponen penugasan kerja perawat (Prayetni, 2015).

Self efficacy berpengaruh signifikan terhadap peran, fungsi, tanggung jawab tenaga kesehatan, komunikasi dan kerja tim praktik kolaborasi interprofessional tenaga kesehatan. Komponen *self efficacy* yang berpengaruh adalah pernyataan keyakinan diri setiap tenaga kesehatan diperlukan untuk

melaksanakan praktik kolaborasi dan ditentukan oleh kompetensi yang dimiliki, hal ini akan memperkuat keinginan dan kemampuan melaksanakan asuhan. Setiap tenaga kesehatan memiliki keyakinan untuk sukses praktik kolaborasi dalam pelayanan kesehatan dan akan tumbuh jika ada kejelasan harapan serta tersedia sumber-sumber referensi/rujukan. Setiap tenaga kesehatan harus memiliki keyakinan diri untuk saling mempengaruhi sehingga tujuan dapat dicapai bersama sama dalam tim dan harus merasa bebas membahas isu-isu penting tentang klien/keluarga dalam pelayanan kesehatan.

Self efficacy (keyakinan diri) tenaga kesehatan dalam praktik kolaborasi interprofessional perlu dibangun secara bertahap dengan memperjelas harapan-harapan dalam kerja tim serta tersedia sumber-sumber seperti model peran dalam pelayanan kesehatan. *Self efficacy* yang tinggi dari masing-masing tenaga kesehatan akan memperjelas peran, fungsi dan tanggung jawab dari masing-masing profesi, keadaan

ini akan mempermudah dalam berkomunikasi yang berpusat pada pasien akhirnya kerja tim dapat terlaksana dengan benar dan baik. Untuk membangun *self efficacy* diperlukan pengakuan terhadap masing-masing profesi dan saling menghargai/ respek. Hal ini diperlukan sehubungan dengan masih terdapat perbedaan latar belakang Pendidikan dari masing-masing tenaga kesehatan, perlu diciptakan suasana belajar dalam tim.

Peran, Fungsi dan Tanggung Jawab Tenaga Kesehatan

Praktik kolaborasi interprofessional akan meningkatkan efisiensi serta pemahaman peran dari masing-masing profesi (Weschules et. all, 2006). Prinsip-prinsip pada praktik kolaborasi interprofessional diadaptasi dari beberapa pustaka dan dikembangkan untuk *Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Health Care For Health Canadas PHC, 2006* yang berhubungan dengan semua tatanan pelayanan kesehatan. Salah satu prinsipnya adalah tanggung jawab secara individual dan kolektif dalam

praktik mencakup individu tenaga professional dengan mengetahui dan respek terhadap lingkup praktik, kompetensi, kewenangan dan peran dari masing-masing profesi. Berdasarkan uraian ini peran, fungsi dan tanggung jawab masing-masing profesi harus jelas dan dipahami.

Peran, fungsi dan tanggung jawab tenaga kesehatan ditetapkan sesuai dengan profesi masing-masing, pada penelitian ini mencakup perawat, bidan dan dokter. Setiap profesi mempunyai lingkup praktik yang berbeda berdasarkan tubuh keilmuannya yang berdampak pada kewenangan yang berbeda dalam praktik memberikan pelayanan kesehatan kepada kliennya. Peran-peran dan tanggung jawab mempergunakan pengetahuan dari peran masing-masing profesi untuk mengkaji dengan tepat dan sesuai kebutuhan pasien serta populasi yang dilayani.

Komponen peran, fungsi dan tanggung jawab tenaga kesehatan dalam praktik kolaborasi interprofessional meliputi memahami peran, fungsi dan

tanggung jawab yang berbeda merupakan kerja inter-intra dan trans disiplin yang dilaksanakan secara sinergi akan memberikan hasil pelayanan efektif dan efisien. Praktik kolaborasi akan mengurangi ketegangan, konflik peran, fungsi dan tugas. Peran utama tenaga kesehatan memberikan pelayanan kesehatan yang berfokus pada klien/keluarga melalui peran fungsi dan tanggung jawab yang dilaksanakan secara ketat oleh masing masing tenaga kesehatan. Peran, fungsi dan tanggung jawab berpengaruh signifikan terhadap kerja tim dan dipengaruhi oleh pengakuan antar tenaga kesehatan dan keyakinan diri dari masing-masing tenaga kesehatan dalam melaksanakan praktik kolaborasi.

Agar peran, fungsi dan tanggung jawab dari masing masing tenaga kesehatan dalam praktik kolaborasi jelas dan dapat dilaksanakan dengan pendekatan kerja tim, perlu menjabarkan peran, fungsi kedalam uraian tugas masing - masing dalam bentuk tugas mandiri, kolaborasi dan delegasi.

Kepemimpinan

Diperlukan kompetensi yang tinggi dalam memimpin yang diperoleh melalui pengalaman dan ilmu pengetahuan yang dimiliki. Pemimpin harus dapat mengarahkan pencapaian kinerja melalui fungsi yang berhubungan dengan tugas atau pemecahan masalah, dan pemeliharaan kelompok atau social (Brantas dalam Fahmi I, 2016). Kepemimpinan sebagai aktivitas hubungan yang difasilitasi oleh perasaan harga diri, harapan dan kemampuan. Individu yang mengembangkannya dapat membangun hubungan hubungan positive serta transmisi nilai nilai kepada orang lain (Weiss.D, Tilin.F and Morgan.M, 2014). Berdasarkan uraian ini diperlukan kepemimpinan relational dimana pemimpin sebagai pelatih, katalisator dan ologis untuk membangun praktik kolaborasi interprofessional.

Kepemimpinan dalam praktik kolaborasi berpengaruh signifikan terhadap kerja tim dan kinerja pelayanan kesehatan dirumah. Kepemimpinan merupakan komponen penting yang memiliki

pengaruh pada kualitas kerja sesuai harapan, diperlukan pemimpin sebagai penghubung untuk menjembatani gap/perbedaan yang ada, untuk memberdayakan seluruh kekuatan yang dimiliki melalui adaptasi dari setiap profesi. Kepemimpinan diterima sebagai kegiatan hubungan antar anggota tim yang difasilitasi oleh kejujuran, harapan dan kapasitas masing masing. Untuk mencapai kemampuan potensialnya melalui terbentuk hubungan mendalam pemimpin perlu melakukan “couch” terhadap seluruh anggota timnya. Setiap tenaga kesehatan mempunyai kesempatan yang sama untuk menjadi pemimpin dalam praktik kolaborasi interprofessional.

Komunikasi

Praktik kolaborasi interprofessional akan meningkatkan komunikasi antar pemberi pelayanan, efisiensi serta pemahaman peran dari masing masing profesi (Barrere and Ellis, 2002 Milden 2005, Weschules et al, 2006). Prinsip prinsipnya terdiri dari fokus pada pemberdayaan klien, menggunakan pendekatan kesehatan

populasi, membangun kepercayaan dan respek, mempergunakan komunikasi yang efektif (*Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Health Care For Health Canadas* PHC, 2006).

Komunikasi interprofessional merupakan komunikasi dengan pasien, keluarga, masyarakat dan tenaga kesehatan lain secara responsive dan bertanggung jawab akan mendukung pendekatan tim untuk pemeliharaan kesehatan dan penanganan penyakit (diadopsi dari *Interprofessional Education Collaborative Expert Panell*, 2011). Komponen komunikasi yang berpengaruh signifikan terhadap kerja tim dan kinerja pelayanan kesehatan di rumah adalah komunikasi yang baik diantara tenaga kesehatan, klien/keluarga melalui strategi komunikasi yang dibangun dan dipertahankan dengan baik akan meningkatkan efektifitas tim, memperlihatkan kinerja yang tinggi dan pencapaian hasil asuhan pasien yang positif. Keterbukaan antar tenaga kesehatan, pasien/keluarga dalam komunikasi akan mengurangi kesalah pahaman

dan kebingungan, bagaimana informasi diproses dan didistribusikan terlihat pada jejaring komunikasi yang disepakati dalam tim. Komunikasi dalam praktik kolaborasi dapat melalui dokumentasi asuhan pasien terpadu dan konferensi klien/keluarga yang akan bermanfaat untuk koordinasi antar profesi. Anggota tim yang memahami gaya/jenis komunikasi akan merefleksikan gaya belajar dan orientasi professional.

Kerja Tim

Tim tenaga kesehatan yang dapat melaksanakan praktik kolaborasi, membantu memberikan pelayanan melalui memaksimalkan kekuatan kekuatan serta keterampilan keterampilan yang dimiliki oleh semua individu anggota tim (Stone, J. 2009). Kerjasama yang dimulai dengan pasien dan mencakup semua tenaga kesehatan pemberi pelayanan bekerjasama untuk pelayanan yang berpusat pada pasien dan keluarga. Kerjasama yang aktif dan terus menerus, diantara orang orang dengan latar belakang yang berbeda, bekerjasama untuk menyelesaikan masalah atau menyediakan

pelayanan (Freet et al, 2005). Secara konsep efektifitas kerja jauh lebih baik jika tugas tugas dikerjakan secara berkelompok (Brantas dalam Fahmi. I, 2016).

Kerja sama dilakukan oleh tim yang terdiri dari tenaga kesehatan perawat, bidan dan dokter melaksanakan praktik kolaborasi melalui mekanisme kerja tim yang disepakati. Komponen kerja tim dalam praktik kolaborasi interprofessional yang berpengaruh signifikan terhadap kinerja pelayanan kesehatan di rumah adalah: tim nya terdiri dari profesi kesehatan (perawat, bidan dan dokter) yang bekerjasama mencapai hasil asuhan yang positif, memerlukan pendekatan agar dapat saling bertanggung jawab memerlukan rasa percaya diri, kemampuan mendengarkan pendapat orang lain dan bersedia memberikan ide sendiri. Tim ini akan berfungsi baik jika memiliki moral, nilai nilai profesi yang tinggi, rasa memiliki dan rasa aman saling menukar informasi sehingga mempermudah solusi yang inovatif dalam asuhan klien/keluarga. Tim kolaborasi tenaga kesehatan perlu

memutuskan metode koordinasi, konsultasi yang tepat dalam asuhan kesehatan klien/keluarga. Kerja tim berpengaruh terhadap kinerja pelayanan kesehatan di rumah dan dipengaruhi oleh kepemimpinan dalam tim serta komunikasi yang dipergunakan dalam tim.

Berdasarkan analisis komponen komponen praktik kolaborasi interprofessional tenaga kesehatan dapat disimpulkan bahwa semua komponen berpengaruh positif sampai pengaruhnya pada kinerja pelayanan kesehatan di rumah. Didukung oleh teori dan hasil penelitian terdahulu sehingga dengan pendekatan model sinergi dapat membentuk model praktik kolaborasi interprofessional.

Kinerja Pelayanan Kesehatan di Rumah

Pelayanan kesehatan di rumah diberikan oleh tenaga kesehatan secara tim yang dalam penelitian ini terdiri dari perawat, bidan dan dokter. Masing masing tenaga kesehatan melakukan pekerjaan sesuai dengan kewenangan masing masing. Setiap jenis pekerjaan

memiliki kinerja yang berbeda beda, diukur kuantitas dan kualitas pekerjaan yang diperlihatkan oleh pekerja berupa ketepatan dan kecepatan serta efektifitas dari keseluruhan kinerja seseorang dalam pekerjaannya (Marinke, 2011).

Kinerja pelayanan kesehatan di rumah dapat diukur secara kuantitas yaitu ketepatan jenis intervensi setiap tenaga kesehatan, dan secara kualitas diukur dengan adanya kepuasan tenaga kesehatan, adanya komunikasi dan koordinasi pelayanan serta rasa percaya diri/keyakinan diri bekerja dalam tim. Pada penelitian ini, kinerja pelayanan keperawatan mencakup 3 (tiga) aspek yaitu: dokumentasi pelayanan kesehatan, kinerja tenaga kesehatan dan kinerja tim kesehatan. Kinerja pelayanan kesehatan di rumah dipengaruhi oleh kerja tim, komunikasi dan kepemimpinan.

Aspek dokumentasi mencakup asuhan klien/keluarga di catat di catatan/dokumentasi terpadu yang sudah dipersiapkan di Puskesmas,

perkembangan kondisi klien/keluarga didokumentasi secara komprehensif. Dokumentasi yang tersedia mudah didapat dan menggambarkan tanggung jawab dan tanggung gugat sebagai anggota tim, praktik yang dilakukan oleh tenaga kesehatan terutama tugas mandiri dicatat di catatan kinerja seperti *log book*. Dokumentasi pelayanan kesehatan klien/keluarga minimal mencakup data, masalah klien (medis, keperawatan dan kebidanan), intervensi dan perkembangan. Bentuk dokumentasi masih bervariasi dan sebagian masih belum terintegrasi dan sebagian belum lengkap. Diperlukan sistem dokumentasi yang komprehensif dan mudah dipergunakan.

Aspek kinerja tenaga kesehatan diperlihatkan dari anggota tim praktik kolaborasi interprofesional melaksanakan tugas utama/mandiri sesuai rencana pelayanan yang disepakati sehingga tidak terjadi duplikasi pelayanan yang diterima klien/keluarga. Tugas kolaborasi juga dilaksanakan dalam tim secara efektif sesuai peran, pelayanan kesehatan dapat dilaksanakan tepat

waktu dan sesuai dengan tugas yang jelas dari setiap tenaga kesehatan.

Dan aspek kinerja tim kesehatan diperlihatkan dengan suksesnya melaksanakan asuhan klien/keluarga disebabkan karena masing masing anggota tim merasa dihargai dan merupakan bagian penting dari pelayanan kesehatan. Anggota tim juga merasa bisa menyampaikan ide dan pendapat tentang klien/keluarga serta memperoleh umpan balik positif dari klien/keluarga sehingga merasa bahagia/gembira atas kemajuan kesehatan klien/keluarga. Anggota tim merasa memperoleh dukungan penuh dari tim dalam melaksanakan praktik asuhan dan mengikuti konferens kasus sebelum memberikan asuhan klien/keluarga.

Berdasarkan hasil analisis dapat disimpulkan sementara bahwa komponen **model Praktik Kolaborasi Interprofesional (PKIP) tenaga kesehatan** berpengaruh terhadap **kinerja pelayanan kesehatan di rumah**. Dengan model PKIP disusun program pelatihan yang terdiri dari kurikulum dan modul modul.

Keterbatasan Penelitian

Hasil penelitian pengembangan model praktik kolaborasi interprofessional tenaga kesehatan diperoleh model yang reliabel, valid dan semua hipotesa diterima, namun belum dilakukan uji coba karena keterbatasan waktu. Agar model lebih bisa diterima perlu dilakukan uji coba dengan rancangan penelitian *quasi experiment pre-post test with control group* untuk mengetahui pengaruh model terhadap kinerja pelayanan kesehatan di rumah setelah mendapat intervensi berupa paket pelatihan dengan kurikulum dan modul yang telah dirancang.

Selain itu untuk penelitian selanjutnya pada uji coba model perlu pengumpulan data sekunder tentang pelaksanaan kerja tim dalam praktik pelayanan kesehatan di rumah mencakup pemberi pelayanan dan peran fungsinya masing-masing proses praktik terutama kerja tim dan hasil praktik serta bentuk dokumentasinya.

SIMPULAN

Model praktik kolaborasi interprofessional (PKIP) tenaga

kesehatan dalam pelayanan kesehatan di rumah merupakan tata kelola asuhan kepada klien berbasis keluarga yang diberikan oleh tenaga kesehatan dalam tim. Model ini diperlukan karena adanya kebutuhan keluarga yang teridentifikasi setelah terjadi interaksi antara tenaga kesehatan dengan klien/keluarga.

Model PKIP ini dinyatakan valid (dapat dipercaya) setelah mengetahui bahwa semua hipotesa yang menggambarkan hubungan antara komponen model dapat diterima yaitu: pengakuan berpengaruh signifikan terhadap peran-fungsi-tanggung jawab, kepemimpinan dan kerja tim; *self efficacy* berpengaruh signifikan terhadap peran-fungsi-tanggung jawab, komunikasi dan kerja tim; peran-fungsi dan tanggung jawab berpengaruh signifikan terhadap kerja tim; kepemimpinan berpengaruh signifikan terhadap kerja tim dan kinerja pelayanan; komunikasi berpengaruh signifikan terhadap kerja tim dan kinerja pelayanan dan kerja tim berpengaruh signifikan terhadap

kinerja pelayanan.

Berdasarkan hasil penelitian, diharapkan model PKIP dapat diterapkan di PUSKESMAS. Hendaknya PKIP tenaga kesehatan sudah dimulai pada institusi pendidikan tinggi kesehatan dalam bentuk *interprofessional education* (IPE).

DAFTAR RUJUKAN

- Adler, P., Heckscher, C., Prusack, L. 2013. Building a Collaborative Enterprise. *Harvard Business Review on Collaboration*. Harvard Business Review Press. Boston Massachusetts : 45-57.
- Bungin, B. 2005. Metodologi Penelitian Kuantitatif: Komunikasi, Ekonomi dan Kebijakan Publik serta Ilmu – Ilmu Sosial Lainnya. Kencana Prenada Media Grup.
- Coleman M.T., Roberts K., Wulff. D., Van Zyl. R., Newton. K. Interprofessional ambulatory primary care practice. Based educational program. *J. interprof Care* 2008 : ZZ (1) : 69-84
- Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC), 2012: An Inventory of Quantitative Tools Measuring Interprofessional Education and Collaborative Practice Outcomes, Canada.
- Departemen Kesehatan RI: Undang – Undang RI nomor 36 Tentang Tenaga Kesehatan.
- Dahlan, M. S. 2009. Statistik untuk kedokteran dan kesehatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Emilia, E. (2009) *Menulis Tesis dan Disertasi*. Bandung: Alfabeta.
- EICP. 2006. Position Statement on Interprofessional Collaborative Practice. Ivancevich, J.M, Konopaske, R, Matteson, M.T. (2007). *Perilaku dan Manajemen Organisasi Jilid 1*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- IPEC Expert Panel. 2011. Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. *Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan*. Jakarta.
- Marinka T and Elfira. T. (2011). Relationship between Satisfaction, Commitment with work performance. *Journal of research in nursing*, September, 6 (5): 468-479
- Murti, B. 2010. *Desain dan ukuran sampel untuk penelitian kuantitatif dan kualitatif dibidang kesehatan*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. 2001. *Essential of nursing research: Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pramono, D. (1997). *Besar sampel dalam penelitian kesehatan*, Yogyakarta: Gajah Mada University Press.

- Parc. L, et all. 2012. Training in interprofesional collaboration in family medicine units *Journal of Canadian Family Medicine*, 54.
- Paff., K.A, Baxler., P.E, Jack., S.M, Ploeg., J. 2014. Explo Ring Vew Graduate nurse Convidence in Interprofesional Collaboration: A mixed method study. *International Journal of Nursing Studies*.
- Sastroasmoro, S. 2011. Pemilihan subyek penelitian, dalam S. Sastroasmoro, & S. Ismael. (edisi ke-3), *Dasar dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: Agung Seto.
- Stone. J. 2009. Interprofesional Collaboratove Practice (IPCP), Definitions and terminology
- Weiss., D. Tillin., FJ. Morgan., M.J. 2014. *The Interprofesional Health Care Team, Leadership and Development*. Johes & Barlette Learning. Birlington.
- Wirawan, 2009. Evaluasi Kinerja Sumber Daya Manusia: Teori, Aplikasi dan Penelitian, Salemba Medika.
- WHO. 2010. Frame work for action on Interprofesional: Education and collaborative practice. Ganewa Swiss

Efektivitas Model Praktik Kolaborasi Interprofesional (PKIP) Tenaga Kesehatan Terhadap Kinerja Pelayanan Kesehatan Rumah

ORIGINALITY REPORT

18%

SIMILARITY INDEX

17%

INTERNET SOURCES

8%

PUBLICATIONS

0%

STUDENT PAPERS

MATCH ALL SOURCES (ONLY SELECTED SOURCE PRINTED)

6%

★ garuda.kemdikbud.go.id

Internet Source

Exclude quotes Off

Exclude bibliography On

Exclude matches < 10 words