

Dr.Patima,S.Kep,Ns,M.Kep



Buku Referensi

KONSEP INTERPROFESSIONAL COLLABORATION PADA RUMAH SAKIT DI INDONESIA



Penerbit :

Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (LP2M)

Stikes Panrita Husada Bulukumba

Alamat : Jl.Pendidikan Taccorong, Kec.Gantarang Kab.Bulukumba

Email : stikespanritahusadabulukumba@yahoo.co.id

Penulis :
Dr.Patima, S.Kep.Ns,M.Kep

BUKU REFERENSI
Konsep Interprofessional Collaboration
Pada Rumah Sakit Di Indonesia

Editor:
Safruddin,S.Kep,Ns,M.Kep
Asri, S.Kep., Ns., M.Kep
Irmawati,S.ST,M.Keb



LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN MASYARAKAT (LP2M)
STIKES PANRITA HUSADA BULUKUMBA

Alamat : Jl.Pendidikan,Taccorong Kec.Gantarang Kab.Bulukumba

Email : stikespanritahusadabulukumba@yahoo.co.id

Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2002, tentang Hak Cipta

PASAL 2

- (1) Hak cipta merupakan hak eksklusif bagi Pencipta atau Pemegang Hak Cipta untuk mengumumkan atau memperbanyak ciptaannya, yang timbul secara otomatis setelah suatu ciptaan dilahirkan tanpa mengurangi pembatasan menurut perundang-undangan yang berlaku.

PASAL 72

- (1) Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau pasal 49 ayat (1) dan (2) dipidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp. 1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).
- (2) Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu Ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksudkan pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

BUKU REFERENSI

Konsep Interprofessional Collaboration Pada Rumah Sakit Di Indonesia

Penulis :

Dr.Patima, S.Kep.Ns,M.Kep

Kontributor:

Dr. Andi Suswani Makmur, S.Kep, Ns, SKM,M.Kes

Asrul AB,S.Kep,Ns,M.Kes

Editor:

Safruddin,S.Kep,Ns,M.Kep

Asri, S.Kep., Ns., M.Kep

Irmawati,S.ST,M.Keb

Desain Sampul:

Asri, S.Kep., Ns., M.Kep

Anggota IKAPI No: 030/Anggota Luar biasa/SSL/2021

ISBN : 978-623-99113-3-1

Diterbitkan oleh:

Lembaga Penelitian dan pengabdian masyarakat

Stikes Panrita Husada Bulukumba

Jl. Pendidikan Pappae Taccorong 92561 Telp : 0413-2514721

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Syukur Alhamdulillah penulis senantiasa panjatkan kehadiran Allah Yang Maha Kuasa, atas hidayah dan rahmatNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Buku dengan judul “**Konsep *Interprofessional Collaboration* di Rumah Sakit**” ini. Salam dan sholawat atas nabi besar nabi Muhammad SAW. Nabi dan utusan Allah Azza Wajallah.

Penyusunan Buku **Konsep *Interprofessional Collaboration* di Rumah Sakit” Edisi 1** ini merupakan langkah awal penulis untuk berpartisipasi dalam peningkatan mutu layanan kesehatan. Penulis pada kesempatan ini menyampaikan ucapan terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penyusunan buku ini masih jauh dari kesempurnaan sehingga penulis mengharapkan saran perbaikan dan kritik yang membangun untuk mendapatkan hasil yang lebih baik dan bermanfaat pada edisi-edisi berikutnya.

Makassar, Januari 2022

Patima

DAFTAR PUSTAKA

PENGANTAR.....	ii
DAFTAR PUSTAKA	iii
BAB I.....	5
Tren Isu Perubahan Paradigma Pelayanan Kesehatan	5
1. Pengembangan Interprofessional Collaboration	5
2. Riset-riset Pengembangan Interprofessional Collaboration	7
BAB II.....	12
Konsep Dasar Interprofessional Collaboration.....	12
1. Definsi	12
2. Teori Dasar Interprofessional Collaboration	13
3. Cara pengukuran IPC.....	20
4. Hambatan dan Tantangan IPC.....	22
5. Interprofessional dan Kerja Tim.....	24
6. Konsep Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK).....	26
7. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 2018.....	28
8. Proses Penyusunan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1	29
9. Standar Pelayanan Berfokus Pada Pasien	30
BAB III.....	37
TEORI DASAR INTERPROFESSIONAL COLLABORATION.....	37
1. Perilaku Organisasi	37
a. Pengertian	37
b. Obyektif Studi Perilaku Organisasi	39
c. Teori Perilaku Organisasi	41
2. Budaya Organisasi	47
1. Definisi Budaya Organisasi	47
2. Proses Terbentuknya Budaya Organisasi	48
3. Komponen-Komponen Budaya Organisasi	49
4. Fungsi Budaya Organisasi	50

5. Karakteristik Budaya Organisasi.....	52
3. Tinjauan Rumah Sakit.....	53
1. Rumah Sakit	53
2. Rumah Sakit Pendidikan (PP, 2015)	59
BAB III	62
INDIVIDU, TIM DAN ORGANISASI SEBAGAI FAKTOR UTAMA PELAKSANAAN INTERPROFESSIONAL COLLABORATION ...	62
1. Faktor Individu	65
a) Definisi.....	65
b) Karakteristik Faktor Individu	66
a. Isolasi.....	66
b. Komunikasi.....	67
c. Gaya Kepribadian.....	68
d) Faktor Tim.....	72
e) Faktor Organisasi.....	75
1. Pengaruh faktor individu (isolasi, komunikasi, dan gaya kepribadian) terhadap pelaksanaan <i>Interprofessional Collaboration</i> pada Rumah Sakit Pendidikan di Sulawesi Selatan.....	89
2. Pengaruh faktor tim (Kerjasama, komunikasi dan dukungan sosial) terhadap pelaksanaan <i>IPC</i> pada Rumah Sakit Pendidikan di Sulawesi Selatan.....	96
3. Pengaruh faktor organisasi (budaya organisasi, tujuan organisasi, domain organisasi dan lingkungan organisasi) terhadap pelaksanaan <i>IPC</i> pada Rumah Sakit Pendidikan di Sulawesi Selatan.	
107	
BAB V	122
ASUHAN PASIEN TERINTEGRASI BERPUSAT PADA PASIEN	122
BAB VI	145
Alat Ukur <i>Interprofessional Collaboration</i>	145
1. Instrument Pengukuran <i>Interprofessional Collaboration</i>	145
a. Kuesioner <i>Interprofessional Collaboration</i>	145
b. Kuesioner.....	148

2. Kuesioner Pengembangan Model <i>Interprofessional Collaboration</i> (Ipc) Pada Rumah Sakit Pendidikan Di Sulawesi Selatan.....	148
DAFTAR PUSTAKA	170
BIOGRAFI PENULIS	202

BAB I

Tren Isu Perubahan Paradigma Pelayanan Kesehatan

1. Pengembangan Interprofessional Collaboration

Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice merupakan sebuah konsep yang pertamakali dirilis oleh *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2020. *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice* inilah yang mendasari pelaksanaan *Interprofessional Education* dan *Collaborative Practice* diseluruh dunia termasuk di Indonesia (World Health Organization, 2010). *Interprofessional Education* dan *Collaborative Practice* atau *Interprofessional Collaboration* (IPC) dilaksanakan bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan dengan *Interprofessional Collaboration* maka pemberian layanan pada kesehatan keluarga, pasien dengan penyakit menular, maupun pada penyakit tidak menular diharapkan akan lebih bermutu (World Health Organization, 2010).

Upaya pengembangan *Collaborative Practice* WHO dalam *Global strategy on integrated people-centred health services* (IPCHS) 2015-2026 telah menjelaskan perubahan paradigma mendasar dalam cara pandang pemberian pendanaan, pengelolaan dan pelayanan kesehatan (World Health Organization, 2015). IPC merupakan proses kerjasama dari berbagai profesi kesehatan sebagai sebuah tim untuk mencapai tujuan bersama (meningkatkan pelayanan kesehatan) (Broers, Poth and Medves, 2009) sehingga dapat memberikan kesempatan bagi tenaga kesehatan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan (Fichtner *et al.*, 2001; Jefferies and Chan, 2004; Lawson, 2004; Gannon-Leary, Baines and Wilson, 2006). IPC melibatkan lebih dari satu tenaga kesehatan yang berbeda yang menerapkan keterampilan dan pengetahuan sesuai dengan bidang ilmu mereka untuk mengatasi masalah kesehatan pasien. Kolaborasi yang baik terjadi ketika individu didalam tim saling menghormati satu sama lain, antara satu profesi dan profesi lain, dan serta dapat bekerjasama dengan baik (Penney, 2015)

Interprofessional Collaboration menggabungkan 4 konsep kolaborasi sebagai salah satu tujuan utama dari strategi pelayanan kesehatan (D'Amour *et al.*, 2005; D'amour *et al.*, 2008) yaitu:

- a. Berbagi
- b. Kemitraan
- c. Saling ketergantungan
- d. Kepemimpinan.

Selain itu, dengan IPC maka terwujud *Collaborative Practice* yang efektif yang pada gilirannya akan mengoptimalkan kualitas layanan kesehatan, memperkuat sistem kesehatan dan meningkatkan derajat kesehatan, baik dalam perawatan akut dan primer, peningkatan tingkat kepuasan pada pasien, penerimaan perawatan yang lebih baik dan peningkatan derajat kesehatan yang dilakukan oleh tim kolaboratif (Mahendradhata *et al.*, 2017; Miller *et al.*, 2019).

Interprofessional collaboration dalam pemberian layanan kesehatan dapat terlaksana dengan baik jika adanya keterlibatan beberapa profesi tenaga kesehatan serta memberikan pelayanan secara menyeluruh bio-psiko-sosial dan kultural, saling bekerjasama dengan pasien, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas disemua tatanan (Green & Johnson, 2015). Penelitian mengungkapkan bahwa kolaborasi antar professional dapat meningkatkan hasil yang baik pada proses pelayanan kesehatan pasien. Petugas kesehatan yang bermitra dalam satu tim kolaborasi dapat meningkatkan pandangan pasien terhadap pelayanan yang diberikan dari komunikasi yang efektif termasuk didengarkan dan didorong, perasaan memahami dan memahami mengapa mereka memiliki rasa sakit. Profesional kesehatan yang lebih peduli agar tujuan bersama bisa dicapai dengan membangun saling pengertian dalam perawatan dan pengobatan pasien yang dilakukan secara bersama-sama (Fu *et al.*, 2016).

Para ahli berpendapat bahwa proses membangun budaya kolaborasi tidak bisa hanya dibangun sesuai dengan konsep teori, proses kolaborasi membutuhkan banyak latihan dan pembiasaan. Kolaborasi harus dimulai dari hal kecil dilingkungan masing-masing individu. Contohnya membiasakan diri berkolaborasi dikantor antar sesama anggota dalam profesi, dilingkungan tempat tinggal atau bahkan dikomunitas masing-masing individu. Setelah keterampilan dalam kolaborasi telah menjadi sebuah kebiasaan dibuktikan dengan telah tercapainya tugas secara

bersama, kemudian diharapkan kolaborasi ini dapat lebih mudah dilaksanakan dalam lingkungan organisasi yang lebih besar (D'amour *et al.*, 2008)

2. Riset-riset Pengembangan Interprofessional Collaboration

Temuan berdasarkan hasil penelitian menemukan bahwa terjadi kesenjangan kolaborasi di antara para profesional kesehatan (Villeneuve Mary Hancock, Judith Wolf, Louise, 2001; Glasby and Lester, 2004; Purden, 2005; Brems *et al.*, 2006; Darlington and Feeney, 2008; Irajpour, 2011). Hal Ini merupakan masalah yang dapat menurunkan kualitas pelayanan kesehatan. Dalam menghadapi kompleksitas masalah dalam sistem kesehatan, maka pemerintah, politisi, dan manajer sistem kesehatan di banyak negara mengadopsi *Interprofessional Collaboration* (IPC) (Glasby and Lester, 2004; Keleher, 2006; Pomerantz *et al.*, 2008; Ødegård and Strype, 2009; Irajpour *et al.*, 2012). Terutama dalam 15 tahun terakhir konsep IPC diketahui sangat efektif untuk mengatasi terjadinya kesalahan medis. Juga munculnya berbagai layanan yang berpusat pada pasien dan keluarga terutama pada daerah-daerah dengan derajat kesehatan masyarakat yang masih rendah, model IPC mampu memberikan perawatan yang lebih baik untuk masyarakat luas. (D'amour *et al.*, 2008).

Terdapat tiga fondasi utama dalam IPC yaitu:

- a. Individu
- b. Team
- c. Organisasi (Orchard *et al.*, 2012; Strype *et al.*, 2014).

Beberapa tinjauan literatur mengungkapkan hambatan dalam pelaksanaan IPC terjadi pada ketiga fondasi tersebut. Hambatan organisasi berupa kurangnya penghargaan tentang peran profesional kesehatan lainnya, kendala keuangan dan peraturan, masalah hukum dari ruang lingkup praktik dan tanggung jawab, struktur penggantian untuk berbagai profesi, termasuk layanan mana yang menerima penggantian; dan struktur administrasi yang menghambat kolaborasi antarprofesional (Darlington, Feeney and Rixon, 2004; Callaly and Fletcher, 2005; Rosen and Callaly, 2005; Darlington and Feeney, 2008).

Fondasi yang utama dari IPC adalah team atau kelompok. Elemen kunci dari kerja tim termasuk anggota yang memiliki produk kerja bersama, tugas-tugas yang saling bergantung, tanggung jawab bersama,

komitmen, dan manajemen konflik (D'amour *et al.*, 2008). Hambatan di tingkat tim berupa:

- a. Kurangnya tujuan yang dinyatakan dengan jelas dan terukur, kurangnya pelatihan dalam kolaborasi interprofesional,
- b. Ambiguitas peran dan kepemimpinan
- c. Tim terlalu besar atau terlalu kecil
- d. Tim tidak terdiri dari para profesional yang sesuai
- e. Kurangnya mekanisme yang tepat untuk pertukaran informasi yang tepat waktu
- f. Kebutuhan orientasi untuk anggota baru
- g. Kurangnya kerangka kerja untuk penemuan dan pemecahan masalah
- h. Perbedaan dalam tingkat otoritas, kekuasaan, keahlian, pendapatan, kesulitan dalam melibatkan komunitas, tradisi / budaya profesional
- i. Kurangnya komitmen anggota tim
- j. Tujuan berbeda dari masing-masing anggota tim, sikap apatis anggota tim
- k. Pengambilan keputusan yang tidak memadai
- l. Konflik mengenai hubungan individu dengan pasien / klien (Rogers, 2004; Morley and Cashell, 2017);

Keberhasilan kerja dari dalam tim dapat terjadi apabila terjadi kolaborasi yang baik antar sesama anggota. Hambatan yang dihadapi oleh anggota tim (individu), seperti membagi loyalitas antara tim dan diri sendiri, berbagai tanggung jawab dan jabatan, persaingan, prasangka jenis kelamin, ras, atau kelas, keengganan untuk menerima saran dari anggota tim yang mewakili profesi lain dan kurangnya kepercayaan dalam proses kolaboratif (Gardner, 2005; Darlington and Feeney, 2008; Mohr, 2013). Kegagalan komunikasi diantara anggota tim merupakan kasus tertinggi dalam kematian yang tidak diinginkan dalam setting perawatan kesehatan (Yusra, Findyartini and Soemantri, 2019) Semua perawat termasuk dalam perawat dilevel klinik harus mampu untuk melakukan kolaborasi secara efektif dengan tim kesehatan lain untuk meningkatkan keamanan dan juga peningkatan perawatan pasien (Busari, Moll and Duits, 2017)

Berbagai hambatan ini mengakibatkan layanan yang terfragmentasi sehingga pasien gagal mendapatkan layanan yang sesuai dengan harapan dan kondisinya. Perlu reorientasi sistem layanan kesehatan, dari model pemberian yang terfragmentasi, menuju layanan kesehatan yang menempatkan pasien, keluarga dan masyarakat sebagai pusat layanan

semua tenaga kesehatan, dengan layanan kesehatan yang lebih responsif, terkoordinasi dengan baik, didalam maupun di luar sektor kesehatan, serta diatur oleh regulasi yang memadai dan mendukung kondisi tersebut.

Meskipun konsep IPC telah mewakili berbagai aspek dalam konteks praktik kolaborasi antar profesional kesehatan (Irajpour, 2011; Morley and Cashell, 2017) dan telah banyak bukti untuk efek positif dari IPC, namun berbagai penelitian menunjukkan bahwa penyerapan IPC dalam organisasi masih lemah (Kebe *et al.*, 2020); IPC juga belum dipraktikkan dengan baik dalam tim profesional kesehatan (Kates *et al.*, 2011; Mitchell, Parker and Giles, 2011). Selain itu, masih terdapat berbagai kekurangan pada model IPC terutama dalam menentukan jalur kolaborasi antara tenaga profesional khususnya tenaga kesehatan (Irajpour, 2011; Irajpour *et al.*, 2012; Rousseau *et al.*, 2017). Apabila pelaksanaan IPC yang tidak memadai berlangsung terus-menerus akan berdampak pada:

- a. Kesalahan pengobatan
- b. Masalah keselamatan pasien
- c. Konflik tim
- d. Kematian pasien (Weinberg, Miner and Rivlin, 2009; Bender, Connelly and Brown, 2013).

Oleh karena itu perlu adanya penelitian yang berorientasi pada pengembangan model interprofesional collaboration dengan penguatan jalur kolaborasi antar professional kesehatan, team dan organisasi rumah sakit.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat banyak faktor yang mempengaruhi pelaksanaan IPC pada rumah sakit (Patima *et al.*, 2020). Pada umumnya rumah sakit di Indonesia belum menjalankan praktik kolaborasi interprofesional secara terstruktur karena beberapa hal antara lain:

1. Belum terpapar secara konseptual tentang proses penyiapan, mekanisme, dan implementasi IPC serta
2. Belum adanya kajian awal tentang penyebab IPC tidak berjalan.
3. *Integrated Clinical Pathway*, *Integrated Discharge Planning*, Asuhan gizi terintegrasi sebagai salah satu indicator IPC belum berjalan maksimal, meskipun *Clinical Pathway* untuk 5 penyakit terbanyak dimasing-masing rumah sakit telah tersedia.

4. Untuk itu diperlukan kajian potensi permasalahan terkait dengan proses implementasi dan dapat diantisipasi hambatan-hambatan dalam proses pelaksanaannya sehingga pelayanan kesehatan yang terintegrasi dan utuh dapat diwujudkan.
5. Peran Dokter Penanggungjawab Pelayanan, Profesional Pemberi Asuhan yang masih perlu dimaksimalkan.

Data indikator kinerja rumah sakit di Sulawesi Selatan dari Dinas Kesehatan provinsi Sulawesi Selatan jumlah pasien meninggal ≥ 48 jam dirawat pada tahun 2015 sebesar 3.674 orang, tahun 2016 sebanyak 3.663 orang dan tahun 2017 sebanyak 3.820 orang, dari data terlihat adanya peningkatan jumlah pasien meninggal ≥ 48 jam dirawat. Data selanjutnya Average Length of Stay (ALOS) pada tahun 2015 selama 3,55 hari, tahun 2016 selama 3,54 dan 2017 meningkat menjadi 3,54 hari. Standard ALOS normal menurut depkes adalah 6-9 hari, dengan demikian maka data ALOS di Sulawesi Selatan ini terhitung kurang, perlu penelusuran lebih jauh tentang faktor penyebabnya. ALOS adalah rata-rata lama rawat seorang pasien. Indikator ini disamping memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang perlu pengamatan lebih lanjut sedangkan data Net Death Rate (NDR) atau angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar tahun 2015 sebanyak 10,75 tahun 2016 sebanyak 10,62 dan tahun 2017 meningkat menjadi 10,66. NDR adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. Indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit (Depkes Sul-sel, 2016)(Dinkes, 2015)(Dinkes, 2018)

Penelitian lebih lanjut telah menunjukkan bahwa dengan kolaborasi yang baik maka telah terjadi peningkatan pemberian perawatan serta koordinasi layanan yang lebih baik, peningkatan pemberian perawatan khususnya pada penyakit kronis, dan keamanan pasien. Tindakan kolaboratif dapat menurunkan:

- a. Indikator *patien safety*
- b. Perawatan pasien
- c. Lingkungan perawatan
- d. Komplikasi
- e. Tingkat kesalahan
- f. Lama rawat
- g. Konflik di antara tenaga kesehatan

- h. Pergantian staf
- i. Tingkat kematian (Rosen *et al.*, 2018)

IPC ini menjadi hal yang penting bagi setiap tenaga kesehatan dikarenakan melalui metode ini semua tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit dapat menjalin komunikasi yang baik dalam menyelesaikan setiap permasalahan pasien dan dapat menunjang penyembuhan kesehatan pasien.

BAB II

Konsep Dasar Interprofessional Collaboration

1 Definsi

- a) *Collaborative Practice* adalah terjadi ketika lebih dari satu petugas kesehatan dari berbagai tempat latar belakang profesi memberikan layanan komprehensif kepada pasien, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk memberikan pelayanan dengan kualitas terbaik di seluruh pengaturan (World Health Organization, 2010).
- b) *Interprofessional Collaboration* adalah “dua atau lebih profesi tenaga kesehatan yang bekerja sama sebagai tim yang memiliki kesamaan tujuan, komitmen dan saling menghormati antara satu profesi dengan profesi lainnya (Babiker *et al.*, 2014).
- c) *Interprofessional Collaboration* adalah proses mengembangkan dan mempertahankan hubungan kerja antar profesi kesehatan yang efektif dengan peserta didik, praktisi, pasien/klien/keluarga dan masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan yang optimal, elemen kolaborasi termasuk rasa hormat, kepercayaan, pengambilan keputusan bersama, dan kemitraan (Collaborative, 2010).

Praktik IPC mulai dikenal dalam pelayanan kesehatan selama beberapa dekade, tetapi telah mendapatkan respon yang positif dari semua pihak. Terutama dalam 15 tahun terakhir konsep IPC diketahui sangat efektif untuk mengatasi terjadinya kesalahan medis. Juga munculnya berbagai layanan yang berpusat pada pasien dan keluarga terutama pada daerah-daerah dengan derajat kesehatan masyarakat yang masih rendah, model IPC diharapkan mampu memberikan perawatan yang lebih baik untuk masyarakat luas (Franklin *et al.*, 2015).

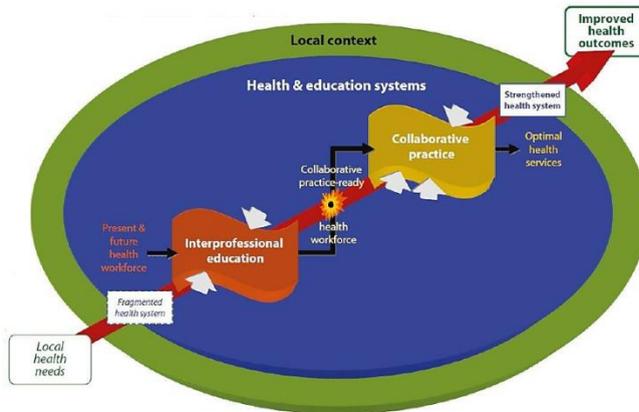
WHO (2010) menjelaskan IPC dalam pemberian layanan kesehatan dapat terlaksana dengan baik jika adanya keterlibatan beberapa profesi tenaga kesehatan serta memberikan pelayanan secara menyeluruh bio-

psiko-sosial dan kultural, saling bekerjasama dengan pasien, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas disemua tatanan. IPC melibatkan lebih dari satu tenaga kesehatan yang berbeda yang menerapkan keterampilan dan pengetahuan sesuai dengan bidang ilmu mereka untuk mengatasi masalah kesehatan pasien. Kolaborasi yang baik terjadi ketika individu didalam tim saling menghormati satu sama lain, antara satu profesi dan profesi lain, dan serta dapat bekerjasama dengan baik.

2. Teori Dasar Interprofessional Collaboration

a. *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice* (World Health Organization, 2010)

WHO pada tahun 2010, untuk pertama kalinya merilis sebuah konsep yang disebut *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Konsep inilah yang mendasari pelaksanaan *Interprofessional Education* dan *Collaborative Practice* diseluruh dunia. *Interprofessional Education* dan *Collaborative Practice* dilaksanakan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Penelitian yang dilakukan oleh para pakar selama hampir 50 tahun, menunjukkan bahwa dengan pelaksanaan *Interprofessional Education* maka akan terwujudnya *Collaborative Practice* yang efektif yang pada gilirannya akan mengoptimalkan kualitas layanan kesehatan, memperkuat sistem kesehatan dan meningkatkan derajat kesehatan, baik dalam perawatan akut dan primer, peningkatan tingkat kepuasan pada pasien, penerimaan perawatan yang lebih baik dan peningkatan derajat kesehatan yang dilakukan oleh tim kolaboratif seperti pada gambar berikut:



Gambar 2.1 Health and Educations Systems (WHO, 2010)

Hasil penelitian telah menunjukkan bahwa *Collaborative Practice* dapat meningkatkan:

- 1) Akses dan koordinasi pelayanan kesehatan
- 2) Penggunaan tenaga spesialis yang tepat sumber daya klinis
- 3) Hasil kesehatan untuk orang dengan penyakit kronis
- 4) Mutu perawatan dan keselamatan pasien

Collaborative Practice mengurangi:

- 1) Total angka komplikasi yang dialami pasien
- 2) Lama tinggal di rumah sakit
- 3) Ketegangan dan konflik di antara petugas kesehatan
- 4) Staff turnover
- 5) Biaya rumah sakit
- 6) Tingkat kesalahan klinis
- 7) Tingkat kematian pasien
- 8) Dalam pelayanan kesehatan jiwa dimasyarakat *Collaborative Practice* dapat:
- 9) Meningkatkan kesabaran dan tingkat kepuasan
- 10) Meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan
- 11) Mengurangi jumlah hari rawat
- 12) Menurunkan biaya perawatan
- 13) Mengurangi kejadian bunuh diri

- 14) Meningkatkan pelayanan kesehatan untuk pasien dengan gangguan psikiatri
- 15) Menurunkan jumlah kunjungan rawat jalan

b. *Global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026* (WHO, 2015)

The World Health Organization (WHO) dalam *Global strategy on integrated people-centred health services* (IPCHS) merupakan perubahan paradigma mendasar dalam cara pandang pemberian pendanaan, pengelolaan dan pelayanan kesehatan. Perubahan paradigma ini sangat dibutuhkan untuk memenuhi tantangan yang dihadapi oleh sistem kesehatan diseluruh dunia. Meskipun terjadi peningkatan secara signifikan terhadap derajat kesehatan dan harapan hidup masyarakat di beberapa negara maju, akan tetapi peningkatan tersebut relatif tidak merata terutama pada Negara-negara berkembang di dunia. Masih terdapat lebih dari 1 miliar warga dunia tidak mendapatkan akses perawatan kesehatan yang bermutu sehingga kepuasan terhadap layanan kesehatan tetap relatif masih rendah.

Sifat dari masalah perawatan kesehatan, yang dulu berfokus pada pengelolaan penyakit menular, telah bergeser ke arah penyakit tidak menular, gangguan kesehatan jiwa dan peningkatan angka kecelakaan hal ini sangat dipengaruhi oleh populasi manusia yang semakin bertambah, urbanisasi dan globalisasi, serta gaya hidup yang tidak sehat. Kondisi ini berlangsung secara cepat sehingga pasien cenderung membutuhkan waktu perawatan yang lama, karena semakin meningkatnya multi-morbiditas, hal ini mengakibatkan peningkatan biaya perawatan kesehatan.

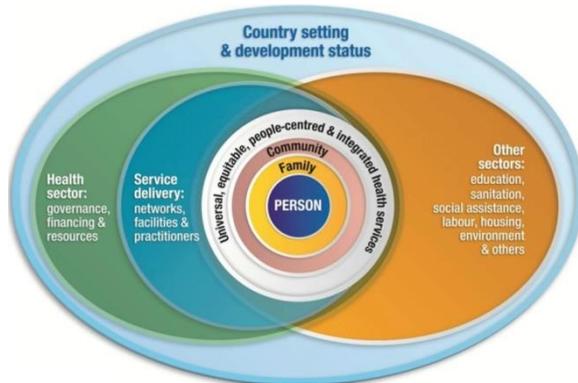
Sistem kesehatan yang terkotak-kotak menunjukkan ketidakmampuan pemberi layanan kesehatan menanggapi tuntutan masyarakat akan peningkatan kualitas layanan yang diberikan. Contoh sistem kesehatan yang lemah dan tidak terintegrasi dengan baik yaitu kejadian wabah Ebola di Afrika Barat karena kurangnya komunikasi antara sistem kesehatan di dunia serta minimnya regulasi mengenai sistem kesehatan internasional membuat rentannya penularan wabah tersebut ke negara lain.

Negara-negara berkembang masih menghadapi masalah yang besar mulai dari kurangnya akses geografis kelayanan kesehatan, sampai

kurangnya tenaga kesehatan, layanan kesehatan masih berfokus kerumah sakit, mengobati penyakit bukan pada peningkatan fungsi mandiri pasien dalam menyelesaikan masalah kesehatannya.

Model perawatan kuratif merusak kemampuan sistem kesehatan untuk menyediakan perawatan secara umum, adil, berkualitas tinggi, serta terus menerus. Secara finansial, pemberi layanan kesehatan seringkali tidak bertanggung jawab terhadap masyarakat, mereka melayani dan karenanya memiliki insentif terbatas untuk memberikan perawatan responsif yang sesuai dengan kebutuhan dan preferensi pengguna mereka. Pasien dan keluarga tidak dapat membuat keputusan yang tepat tentang penanganan gangguan kesehatan yang mereka alami dan melakukan perubahan atas keputusan yang mereka telah lakukan.

Universal Health Coverage (UHC) tidak akan tercapai tanpa perbaikan dalam pemberian layanan yakni masyarakat dapat mengakses layanan kesehatan berkualitas tinggi yang memenuhi kebutuhan dan preferensi mereka. Perlu reorientasi sistem layanan kesehatan, dari model pemberian yang terfragmentasi, menuju layanan kesehatan yang menempatkan pasien, keluarga dan masyarakat sebagai pusat layanan semua tenaga kesehatan, dengan layanan kesehatan yang lebih responsive, terkoordinasi dengan baik, didalam maupun di luar sektor kesehatan, serta diatur oleh regulasi yang memadai dan mendukung kondisi tersebut.



Gambar 2.2 Conceptual framework people-centred health services (WHO, 2010)



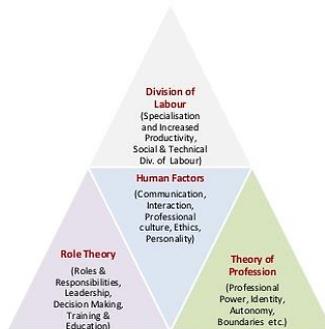
Gambar 2.3 Global Strategy On integrated people-centred health services (WHO, 2010)

c. Konstruksi Teori IPC Menurut Bachchu Kailash Kain

Bachchu Kailash Kaini (Kaini, 2012) menyatakan bahwa *Interprofessional Collaboration* sangat penting untuk dilaksanakan dengan asumsi bahwa:

- a. Pelayanan kesehatan saat ini bersifat multifaset dan aktivitas pelayanan yang semakin hari semakin kompleks
- b. Perubahan struktur demografi penduduk dan pola penyakit yang berkembang dari penyakit penular ke penyakit degeneratif
- c. Terjadinya peningkatan biaya pelayanan kesehatan
- d. Semakin berkembangnya konsep spesialisasi dan sub-spesialisasi disetiap bidang profesi.
- e. Perluasan peran profesional pelayanan kesehatan *health care professionals* (HCPs)
- f. Semakin bertambahnya tingkat pengetahuan masyarakat dan semakin banyaknya alternatif pilihan tempat dan sistem pelayanan kesehatan.

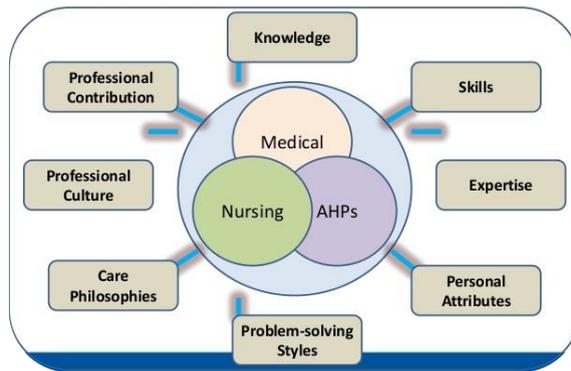
Mengubah lingkungan pelayanan kesehatan kearah yang lebih baik membutuhkan sistem baru antara lain dengan meningkatkan praktik kolaboratif antar profesi kesehatan, sistem ini semakin dibutuhkan dalam mengatasi masalah kesehatan pasien.



Gambar 2.4. Konstruksi Teori IPC (Bachchu Kailash Kaini, 2012)

Bachchu Kailash Kaini (Kaini, 2012) mengembangkan model IPC berdasarkan beberapa konsep teori antara lain:

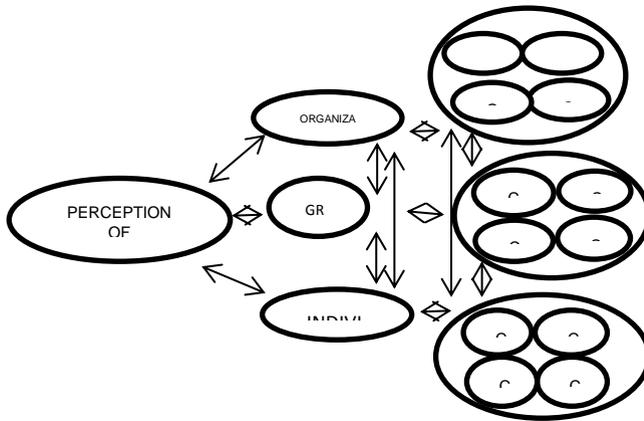
- a. Teori Peran (Peran dan tanggung Jawab, kepemimpinan, pengambilan keputusan, pelatihan dan pendidikan)
- b. Teori Pembagian Kerja (spesialisasi dan peningkatan produktivitas, sosial dan teknis tenaga kerja)
- c. Teori Faktor Manusia (Komunikasi, interaksi, budaya profesional, etika, kepribadian)
- d. Teori Profesi (Kekuatan profesional, identitas, otonomi, batas)



Gambar 2.5. Pola hubungan antar profesi dan faktor yang mempengaruhi IPC (Bachchu Kailash Kaini, 2012)

- d. *The Perception of Interprofessional Collaboration Model (PINCOM).*

Model teoritis PINCOM menjelaskan bahwa IPC dapat terjadi ditingkat individu, tim, dan organisasi.



C1=motivation, C2=role expectancy, C3=personality style, C4=professional power, C5=group leadership, C6=coping, C7=communication, C8=social support, C9=organizational culture, C10 =organizational goal, C11=organizational domain and C12=organizational environment

Gambar 2.6 *The Perception of Interprofessional Collaboration Model* (PINCOM) (Oedegard, 2006)

Pada Gambar 2.6 nampak Model IPC yang ditemukan oleh Oedegard (2016), dimana dapat terlihat adanya 3 faktor yang saling berpengaruh antara satu faktor dan faktor lainnya, yaitu:

- 1) Faktor Individu, yang dipengaruhi oleh subvariabel: *motivation, role expectancy, personality style, dan professional*
- 2) Faktor Tim, yang dipengaruhi oleh subvariabel: *group leadership, coping mechanism, communication, dan social support.*
- 3) Faktor Organisasi, yang dipengaruhi oleh: *organizational culture, organizational goal, organizational domain dan organizational environment.*

3. Cara pengukuran IPC

Sangat penting untuk terus mengembangkan instrument/kuesioner untuk mengukur persepsi para petugas kesehatan tentang *Interprofessional Collaboration* berdasarkan pengalaman mereka sendiri, bahwa skala pengembangan kuesioner harus melalui tiga tahapan yaitu (Yusra, Findyartini and Soemantri, 2019) :

1. Penyusunan kuesioner
2. Pengembangan skala ukur
3. Uji reabilitas

Berikut ini berbagai instrument yang digunakan untuk mengukur pelaksanaan IPC.

a. The Perception of- Interprofessional Collaboration Model (PINCOM).

Instrument PINCOM dimana terdapat 16 item faktor yang digunakan untuk mengukur persepsi dan perilaku antara para profesional di bidang interprofesional mengenai proses terjadinya kolaborasi pada individu, kelompok, dan organisasi. PINCOM-Q terdiri dari 48 item pernyataan dengan skala 7 poin untuk menentukan persepsi individu mengenai *Interprofessional Collaboration* (Strype *et al.*, 2014).

b. Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS)

AITCS adalah instrumen diagnostik yang dirancang untuk mengukur kolaborasi interprofesional di antara anggota tim. Instrumen ini terdiri dari 48 pernyataan yang dianggap sebagai karakteristik kolaborasi interprofesional (bagaimana tim bekerja dan bertindak). Item skala mewakili empat subskala yang ditentukan secara rasional dianggap mewakili domain utama AITCS. Sub-skala tersebut adalah:

- 1) Kemitraan terdiri dari 14 item pertanyaan
- 2) Kerjasama terdiri dari 15 item pertanyaan
- 3) Koordinasi terdiri dari 7 item pertanyaan
- 4) Pengambilan Keputusan Bersama terdiri dari 12 item pertanyaan

Skala AITCS responden menunjukkan tingkat kesepakatan umum mereka dengan item pada skala 5 poin yang terdiri dari (1) “Tidak pernah” (2) “Jarang” (3) “Kadang-kadang” (4) “Sering” (5) “Selalu”. Skala ini memiliki skor dari 48 hingga 240. Perlu waktu 15-20 menit untuk menyelesaikannya.

c. Interprofessional Collaboration Scale (ICS)

WHO mendefinisikan *Interprofessional Collaboration Practice* sebagai "ketika banyak petugas kesehatan dari latar belakang profesional yang berbeda bekerja bersama dengan pasien, keluarga, perawat, dan masyarakat untuk memberikan perawatan berkualitas tinggi."

Terdapat 26 pertanyaan item kuesioner ini akan membantu mengeksplorasi penilaian IPC pada dokter, perawat dan tenaga kesehatan. Item-item pertanyaan pada instrument ini berupaya untuk menggambarkan kondisi IPC berdasarkan pada faktor:

1. Komunikasi
2. Akomodasi
3. Isolasi

Upaya kolaboratif akan menghasilkan layanan kesehatan yang bermutu baik pada pasien, keluarga, kelompok dan masyarakat. Littlechild dan Smith (2010) menyatakan bahwa kolaborasi mengarah pada peningkatan efisiensi, peningkatan keterampilan, tingkat respons yang lebih besar, layanan yang lebih menyeluruh, meningkatkan inovasi dan kreativitas, dan praktik yang lebih berpusat pada pasien.

WHO (World Health Organization, 2010) mengatakan bahwa dengan IPC maka pemberian layanan pada kesehatan keluarga, pasien dengan penyakit menular, maupun pada penyakit tidak menular akan lebih bermutu. Penelitian lebih lanjut telah menunjukkan bahwa dengan kolaborasi yang baik maka telah terjadi peningkatan pemberian perawatan serta koordinasi layanan yang lebih baik, peningkatan pemberian perawatan khususnya pada penyakit kronis, dan keamanan pasien. Dilihat dari indikator *patient safety*, perawatan pasien, dan lingkungan perawatan, komplikasi dan tingkat kesalahan, lama rawat, konflik di antara tenaga kesehatan, pergantian staf, dan tingkat kematian, semuanya telah terbukti menurun dengan melakukan tindakan kolaboratif sesama tenaga kesehatan.

4. Hambatan dan Tantangan IPC

Menurut Bachchu Kailash Kaini (Kaini, 2012) hambatan dan tantangan dalam pelaksanaan IPC antara lain:

- a. Kurangnya kesadaran akan nilai dan pentingnya IPC
- b. Pendidikan dan pelatihan interprofessional yang masih sangat rendah.
- c. Budaya profesional yang berbeda

- d. Identitas, kekuatan dan struktur profesional yang berbeda antar tiap profesi yang akan saling berkolaborasi
- e. Peran dan tanggung jawab
- f. Faktor manusia

Faktor hambatan utama dari kolaborasi adalah adanya (Davidavičiene, Al Majzoub and Meidute-Kavaliauskiene, 2020) :

- a. Budaya yang berbeda
- b. Komunikasi
- c. Peran masing-masing profesi
- d. Berbagi sumber daya

IPC pada dasarnya adalah pengintegrasian atau kolaborasi berbagai profesi, dan setiap profesi memiliki sejarah, budaya, sikap, nilai, kebiasaan, dan keyakinan yang unik. Ada beberapa hambatan yang sering ditemui pada pelaksanaan IPC yaitu (Green & Johnson, 2015):

- a. Suatu profesi memandang profesi lain sebagai orang luar atau pesaing dan tidak ingin melibatkan profesi tersebut dalam proses kolaborasi.
- b. Adanya profesi tertentu yang tidak dapat berinteraksi dengan kelompok profesional lain karena berbagai alasan, bahkan sampai ketahap membatasi diri, karena menganggap profesinya yang status rendah dalam hierarki sosial.
- c. Budaya dominan pada profesi tertentu dan mungkin memiliki sikap yang negative terhadap profesi lain.
- d. Individu pada profesi yang telah atau sedang dalam proses memperoleh, legitimasi melalui lisensi, sertifikasi, sering dipandang berbeda oleh rekan mereka sendiri.
- e. Perbedaan ideologis dan hubungan kekuasaan dalam proses kolaborasi dari berbagai profesi dapat berpotensi menimbulkan masalah.
- f. Perbedaan pendapat, masalah status, hambatan bahasa, orientasi layanan kesehatan pada pasien, dan struktur pelaporan berpotensi menjadi penghambat pelaksanaan kolaborasi.
- g. Terbatasnya fasilitasi layanan kesehatan yang tidak memenuhi standar, serta peran dan kewenangan profesi yang tumpang tindih.

Kesimpulannya bahwa dalam proses kolaborasi akan ditemukan beberapa hambatan yang perlu diatasi dengan baik, sehingga permasalahan kesehatan pasien dapat diselesaikan dengan baik. Hal

terebut merupakan langkah penting dan strategis dalam membangun kolaborasi yang efektif. Diharapkan tiap unit pelayanan dapat menemukan metode yang disepakati untuk mengatasi masalah tersebut, dimulai dari penanganan hambatan pada tingkat individu sampai ketinggian organisasi yang lebih besar.

Beberapa ahli berpendapat bahwa proses membangun budaya kolaborasi tidak bisa hanya dibangun sesuai dengan konsep teori, proses kolaborasi membutuhkan banyak latihan dan pembiasaan. Kolaborasi harus dimulai dari hal kecil dilingkungan masing-masing individu. Contohnya membiasakan diri berkolaborasi dikantor antar sesama anggota dalam profesi, dilingkungan tempat tinggal atau bahkan dikomunitas masing-masing individu. Setelah keterampilan dalam kolaborasi telah menjadi sebuah kebiasaan dibuktikan dengan telah tercapainya tugas secara bersama, kemudian diharapkan kolaborasi ini dapat lebih mudah dilaksanakan dalam lingkungan organisasi yang lebih besar (Franklin *et al.*, 2015)

5. Interprofessional dan Kerja Tim

Kerja tim atau teamwork merupakan seperangkat nilai yang mendorong perilaku seperti mendengarkan dan konstruktif menanggapi sudut pandang diungkapkan oleh orang lain, memberi orang lain manfaat dari keraguan, memberikan dukungan kepada mereka yang membutuhkannya, dan mengakui kepentingan dan prestasi orang lain (Murphy *et al.*, 2018). Penelitian diuniversitas Aston di Inggris menjelaskan tiga kondisi yang diperlukan untuk teamwork:

- a. Memiliki tujuan yang jelas yang diketahui semua anggota
- b. Anggota tim bekerja sama untuk mencapai tujuan tersebut
- c. Ada pertemuan rutin untuk meninjau efektivitas tim dan mendiskusikan bagaimana hal itu dapat ditingkatkan (Thistlethwaite, 2012).

Institusi Kesehatan di Amerika Serikat mengakui teamwork yang efektif dapat menjadi sarana untuk mengatasi kompleksitas masalah kesehatan dan kemajuan teknologi dalam diagnosis dan perawatan kesehatan. Inti dari suatu hubungan kolaborasi adalah adanya perasaan saling ketergantungan (interdefensasi) untuk kerjasama dan bekerjasama. Bekerjasama dalam suatu kegiatan dapat memfasilitasi kolaborasi yang

baik. Kerjasama jugmencerminkan proses koordinasi pekerjaan agar tujuan atau target yang telah ditentukan tercapai (Murphy *et al.*, 2018)

Hal yang diperlukan dalam teamwork perawatan kesehatan (Thistlethwaite, Jackson and Moran, 2013) yaitu:

- a. Menyetujui aturan-aturan dasar dan proses untuk bekerja sama,
- b. Pemahaman tentang nilai-nilai, pengetahuan dan keterampilan anggota tim, partisipasi aktif oleh semua anggota,
- c. Upaya menyingkirkan stereotip dan hambatan
- d. Waktu yang 20 teratur untuk mengembangkan kerjasama tim bekerja jauh dari praktek
- e. Komunikasi yang baik
- f. Pemahaman masing-masing peran
- g. Pertemuan tim yang efektif
- h. Anggota tim menghargai dan menghormati satu sama lain,
- i. Mempertahankan hubungan professional

Manajemen kinerja yang baik Penelitian menunjukkan bahwa kerja tim dan kolaborasi interprofessional dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Selain itu, tenaga kesehatan sebagai bagian dari tim akan bekerja secara efektif dan memiliki kepuasan kerja yang lebih tinggi dibanding mereka yang tidak bekerja secara tim.

Konsep "*interprofessionality*," yang diciptakan oleh D'Amour sebagai respon terhadap praktik perawatan kesehatan yang terfragmentasi, didefinisikan sebagai "pengembangan praktik kohesif antara profesional dari berbagai disiplin ilmu. Ini adalah proses dimana tenaga kesehatan merefleksikan dan mengembangkan cara-cara berlatih yang memberikan jawaban terpadu dan kohesif terhadap kebutuhan pasien, keluarga, kelompok dan masyarakat. Interprofessionality dibedakan dari multidisiplin, mengacu pada suatu proses di mana beberapa profesi bekerja secara bersama-sama, baik secara independen maupun parallel (Franklin *et al.*, 2015).

Perlu dipahami bahwa konsep "kolaborasi," diidentifikasi sebagai hal penting untuk memberikan jaminan layanan kesehatan berkualitas. Kolaborasi digambarkan sebagai penyampaian berbagai gagasan serta melakukan tindakan secara bersama-sama berorientasi pada tujuan bersama, dengan penuh semangat serta mengedepankan

sikap saling percaya. Kolaborasi interprofessional adalah kesepakatan yang antara para tenaga kesehatan saling menghargai keahlian dan kontribusi yang diberikan oleh berbagai tenaga kesehatan kepada pasien dan akan sangat efektif bila terjalin komunikasi yang baik untuk menyampaikan pendapat di antara anggota tim. Dalam tinjauan literatur pada praktek kolaboratif, teridentifikasi empat konsep yang berhubungan dengan kolaborasi yaitu: berbagi, kemitraan, saling ketergantungan, dan kepemimpinan (Franklin *et al.*, 2015).

Definisi tim adalah sebagai "sekelompok orang yang bekerja bersama untuk mencapai tujuan yang ditetapkan secara bersama-sama serta dapat dipertanggungjawabkan. Pembentukan tim bertujuan agar anggota tim melaksanakan tugasnya dengan baik, anggota memiliki kontribusi dan peran yang setara, dengan menggunakan sumber daya yang ada secara efisien. Elemen-elemen kunci dari kerja tim (Holland, Gaston and Gomes, 2017) (Wartini, 2016) yaitu:

- d. Anggota yang memiliki produk kerja bersama
- e. Tugas-tugas yang saling bergantung
- f. Tanggung jawab bersama
- g. Komitmen

Manajemen konflik Keberhasilan kerja dari dalam tim dapat terjadi apabila terjadi kolaborasi yang baik antar sesama anggota. Menciptakan lingkungan kondusif didalam menyelesaikan tugas dengan mengedepankan aspek kolaborasi. Kolaborasi terjadi apabila ada sinergi baik yang diciptakan oleh orang-orang dalam tim. Kolaborasi membutuhkan dua elemen kunci, yaitu:

- a. Konstruksi tindakan kolektif yang membahas kompleksitas kebutuhan klien.
- b. Menciptakan kondisi tim yang menyatukan pendapat setiap tenaga kesehatan di mana setiap anggota dapat saling menghormati dan membina hubungan saling percaya dengan baik.

6. Konsep Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK)

SDMK adalah seseorang yang bekerja secara aktif di bidang kesehatan, baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan maupun tidak, yang untuk jenis tertentu membutuhkan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan (Sumiarsih and Nurlinawati, 2020). Kebutuhan SDMK adalah jumlah SDMK menurut jenisnya yang

dibutuhkan untuk melaksanakan sejumlah beban kerja yang ada. Sementara perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan adalah proses sistematis dalam upaya menetapkan jumlah, jenis, dan kualifikasi SDM Kesehatan yang dibutuhkan, sesuai dengan kondisi suatu wilayah, dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Pada tingkat kabupaten/kota, proses tersebut dilihat menurut jenis, jumlah, dan kualifikasi yang dilakukan dalam lingkup kabupaten/kota.

Secara berjenjang proses perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan tersebut dilakukan dari tingkat institusi ke tingkat kabupaten/kota, kemudian dilanjutkan ke tingkat provinsi, dan terakhir di tingkat nasional. Perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan menjadi salah satu fokus utama guna menjamin ketersediaan, pendistribusian, dan peningkatan kualitas SDM Kesehatan.

Sistem Kesehatan Nasional mendefinisikan SDM Kesehatan sebagai tenaga kesehatan profesional, termasuk tenaga kesehatan strategis, tenaga kesehatan nonprofesi, serta tenaga pendukung/penunjang kesehatan, yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya dan manajemen kesehatan. Perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan di kabupaten/kota dimulai dengan melihat kebijakan terkait dengan perencanaan SDM Kesehatan, pemenuhan kompetensi tenaga perencana serta adanya pembiayaan yang menunjang. Dalam proses perencanaan akan dilakukan upaya pemanfaatan data dan sistem informasi yang sesuai serta pelaksanaan metode dan perhitungan kebutuhan yang telah ditetapkan, sehingga akan dihasilkan output berupa perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan (Perpres, 2012)

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, pada Pasal 11 menjelaskan bahwa 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. Tenaga kesehatan tersebut dikelompokkan ke dalam:

- a. Tenaga medis (terdiri atas dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis)

- b. Tenaga psikologi klinis (psikologi klinis)
- c. Tenaga keperawatan (terdiri atas berbagai jenis perawat)
- d. Tenaga kebidanan (bidan)
- e. Tenaga kefarmasian (terdiri atas apoteker dan tenaga teknis kefarmasian)
- f. Tenaga kesehatan masyarakat (terdiri atas epidemiolog kesehatan, tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku, pembimbing kesehatan kerja, tenaga administrasi dan kebijakan kesehatan, tenaga biostatistik dan kependudukan, serta tenaga kesehatan reproduksi dan keluarga)
- g. Tenaga kesehatan lingkungan (terdiri atas tenaga sanitasi lingkungan, entomolog kesehatan, dan mikrobiologi kesehatan)
- h. Tenaga gizi (terdiri atas nutrisisionis dan dietisien)
- i. Tenaga keterampilan fisik (terdiri atas fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara, dan akupunktur)
- j. Tenaga keteknisan medis terdiri atas perekam medis dan informasi kesehatan, teknik kardiovaskuler, teknisi pelayanan darah, refraksionis optisien/optometris, teknisi gigi, penata anestesi, terapis gigi dan mulut, dan audiologis)
- k. Tenaga teknik biomedika (terdiri atas radiografer, elektromedis, ahli teknologi laboratorium medik, fisikawan medik, radioterapis, dan ortotik prostetik)
- l. Tenaga kesehatan tradisional terdiri atas tenaga kesehatan tradisional ramuan dan tenaga kesehatan tradisional keterampilan) tenaga kesehatan lain.

7. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 2018

Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia dilaksanakan untuk menilai kepatuhan rumah sakit terhadap standar akreditasi. Akreditasi rumah sakit yang sudah mulai dilaksanakan sejak tahun 1995 di Indonesia, selama ini menggunakan standar akreditasi berdasarkan tahun berapa standar tersebut mulai dipergunakan untuk penilaian, sehingga selama ini belum pernah ada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia, sedangkan status akreditasi saat ini ada status akreditasi nasional dan status akreditasi internasional, maka di Indonesia perlu ada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit. Berdasarkan hal tersebut maka standar akreditasi untuk rumah sakit yang mulai diberlakukan pada

Januari 2018 ini diberi nama Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 dan disingkat menjadi SNARS Edisi 1 (SNARS, 2018)

Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1, merupakan standar akreditasi baru yang bersifat nasional dan diberlakukan secara nasional di Indonesia. Disebut dengan edisi 1, karena di Indonesia baru pertama kali ditetapkan standar nasional untuk akreditasi rumah sakit. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 merupakan standar pelayanan berfokus pada pasien untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dengan pendekatan manajemen risiko di Rumah Sakit.

8. Proses Penyusunan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1

Pada tahap awal Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) membentuk Tim penyusun yang terdiri dari 25 orang, Tim tersebut dibagi menjadi sub tim-sub tim, masing-masing sub tim mereview 3 – 4 bab dari standar akreditasi versi 2012. Mengingat di tingkat internasional ada panduan prinsip-prinsip standar akreditasi yang dikeluarkan oleh ISQua (*The International Society for Quality in Health Care*) yaitu badan akreditasi yang melakukan akreditasi standar akreditasi yang dipergunakan oleh badan akreditasi.

Langkah awal yang dilakukan KARS adalah mengundang pakar akreditasi untuk menjelaskan bagaimana prinsip-prinsip standar akreditasi dari ISQua yang harus diperhatikan oleh KARS dalam menyusun standar akreditasi di Indonesia. Berdasarkan hal tersebut maka Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 ini, disusun dengan menggunakan acuan acuan sebagai berikut:

- a. Prinsip-prinsip standar akreditasi dari ISQua
- b. Peraturan dan perundangan-undangan termasuk pedoman dan panduan di tingkat Nasional baik dari pemerintah maupun profesi yang wajib dipatuhi dan dilaksanakan oleh rumah sakit di Indonesia
- c. Standar akreditasi JCI edisi 4 dan edisi 5
- d. Standar akreditasi rumah sakit KARS versi 2012
- e. Hasil kajian hasil survei dari standar dan elemen yang sulit dipenuhi oleh rumah sakit di Indonesia.
 1. Kategori-kategori ketentuan KARS
 - a. Ketentuan Mengikuti Akreditasi Rumah Sakit

Bagian Ketentuan Mengikuti Akreditasi Rumah Sakit, merupakan regulasi baru di KARS, Ketentuan ini meliputi Ketentuan spesifik untuk mengikuti proses akreditasi dan untuk mempertahankan status akreditasi. Rumah sakit harus mematuhi Ketentuan dalam bagian ini sepanjang waktu dalam proses akreditasi. Walaupun demikian, Ketentuan ini tidak diberi nilai seperti standar lain dalam survei di tempat. Rumah sakit akan dinilai antara memenuhi atau tidak memenuhi Ketentuan ini. Jika rumah sakit tidak memenuhi Ketentuan tertentu, maka rumah sakit akan diminta untuk segera memenuhinya atau terancam tidak mendapatkan akreditasi.

b. Standar

Standar KARS mencakup harapan kinerja, struktur, atau fungsi yang harus diterapkan agar suatu rumah sakit dapat terakreditasi oleh KARS. Sasaran Keselamatan Pasien dianggap sebagai standar dan dimonitoring sama seperti standar lainnya dalam survei di tempat.

c. Maksud dan Tujuan

Maksud dan tujuan dari suatu standar akan membantu menjelaskan makna sepenuhnya dari standar tersebut. Maksud dan tujuan akan mendeskripsikan tujuan dan rasionalisasi dari standar, memberikan penjelasan bagaimana standar tersebut selaras dengan program secara keseluruhan, menentukan parameter untuk Ketentuan-Ketentuannya, atau memberikan “gambaran tentang Ketentuan dan tujuan-tujuannya.

d. Elemen Penilaian (EP)

Elemen Penilaian (EP) dari suatu standar akan menuntun rumah sakit dan surveior terhadap apa yang akan ditinjau dan dinilai selama proses survei. EP untuk setiap standar menunjukkan ketentuan untuk kepatuhan terhadap standar tersebut. EP ditujukan untuk memberikan kejelasan pada standar dan membantu rumah sakit untuk memenuhi sepenuhnya ketentuan yang ada, untuk membantu mengedukasi pimpinan dan tenaga kesehatan mengenai standar yang ada serta untuk memandu rumah sakit dalam persiapan proses akreditasi.

9. Standar Pelayanan Berfokus Pada Pasien

Rumah sakit seyogianya mempertimbangkan bahwa asuhan di rumah sakit merupakan bagian dari suatu sistem pelayanan yang terintegrasi dengan para profesional pemberi asuhan dan tingkat pelayanan yang akan membangun suatu kontinuitas pelayanan. Maksud dan tujuan adalah menyelaraskan kebutuhan asuhan pasien dengan pelayanan yang sudah tersedia di rumah sakit, mengoordinasikan pelayanan, kemudian merencanakan pemulangan dan tindakan selanjutnya. Sebagai hasilnya adalah meningkatkan mutu asuhan pasien dan efisiensi penggunaan sumber daya yang tersedia di rumah sakit.

Asuhan pasien di rumah sakit diberikan dan dilaksanakan dengan pola pelayanan berfokus pada pasien (*Patient/Person Centered Care–PCC*). Pola ini dipayungi oleh konsep WHO: *Conceptual framework integrated people-centred health services. (WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016–2026, July 2015)*.

Pelayanan berfokus pada pasien diterapkan dalam bentuk Asuhan Pasien Terintegrasi yang bersifat integrasi horizontal dan vertikal. Pada integrasi horizontal kontribusi profesi tiap-tiap profesional pemberi asuhan (PPA) adalah sama pentingnya atau sederajat. Pada integrasi vertikal pelayanan berjenjang oleh/melalui berbagai unit pelayanan ke tingkat pelayanan yang berbeda maka peranan manajer pelayanan pasien (MPP) penting untuk integrasi tersebut dengan komunikasi yang memadai terhadap profesional pemberi asuhan (PPA)

a. Definisi

- 1) *Patient Centered Care* (PCC) adalah merupakan inovasi pendekatan dalam perencanaan, pelayanan, serta evaluasi perawatan kesehatan yang berdasarkan pada kemitraan yang saling menguntungkan antara penyedia pelayanan kesehatan, pasien, maupun keluarga (Keene, 2016)
- 2) *Patient Centered Care* adalah sejauh mana profesional perawatan memilih dan memberikan intervensi yang responsif terhadap kebutuhan individual pasien (Rosa, 2018)
- 3) *Patient Centered Care* sebagai perawatan komprehensif yang memenuhi kebutuhan pasien baik secara fisik, psikologis, dan maupun sosial. Tak satu pun dari definisi ini mewakili PCC secara keseluruhan (Suhonen, Välimäki and Leino-Kilpi, 2002)
- 4) *Patient Centered Care* (PCC) adalah mengelola pasien dengan merujuk dan menghargai individu pasien meliputi preferensi/pilihan, keperluan, nilai – nilai, dan memastikan bahwa semua pengambilan

keputusan klinik telah mempertimbangkan dari semua nilai – nilai yang diinginkan pasien

- 5) Institute Of Medicine (IOM) mendefinisikan *Patient Centered Care* sebagai asuhan yang menghormati dan responsif terhadap pilihan, kebutuhan dan nilai – nilai pribadi pasien. Serta memastikan bahwa nilai – nilai pasien menjadi panduan bagi semua keputusan klinis.

b. Dimensi *Patient Centered Care*

PCC memiliki 8 dimensi (Keene, 2016) yakni:

- 1) Menghormati pilihan dan penilaian pasien
- 2) Dukungan emosional
- 3) Kenyamanan fisik
- 4) Informasi dan edukasi
- 5) Berkelanjutan dan transisi
- 6) Koordinasi pelayanan
- 7) Akses pelayanan
- 8) Melibatkan keluarga dan tema

Dalam pelaksanaannya, PCC (*Patient Centered Care*) terdiri dari 8 dimensi yaitu :

- 1) Menghormati nilai-nilai, pilihan dan kebutuhan yang diutarakan oleh pasien
- 2) Koordinasi dan integrasi asuhan
- 3) Informasi, komunikasi dan edukasi
- 4) Kenyamanan fisik
- 5) Dukungan emosional dan penurunan rasa takut dan kecemasan
- 6) Keterlibatan keluarga dan teman
- 7) Asuhan yang berkelanjutan dan transisi yang lancar
- 8) Akses terhadap pelayanan

c. Tujuan *Patient Centered Care*

Tujuan *Patient Centered Care* sebagai berikut (Suhonen, Välimäki and Leino-Kilpi, 2002) :

- 1) Meningkatkan kepuasan pasien
- 2) Meningkatkan hasil klinis
- 3) Mengurangi pelayanan medis yang berlebihan dan tidak bermanfaat
- 4) Mengurangi kemungkinan malpraktek dan keluhan
- 5) Meningkatkan kepuasan dokter

- 6) Meningkatkan waktu konsultasi
- 7) Meningkatkan keadaan emosional pasien
- 8) Meningkatkan kepatuhan obat
- 9) Meningkatkan pemberdayaan pasien
10. Mengurangi tingkat keparahan gejala
- 10) Mengurangi biaya perawatan kesehatan

Meskipun sudah berhasil, organisasi tetap harus berkaca pada hambatan-hambatan dalam mencapai PCC (Silow-Carroll, Ateras and Stepnick, 2006) antara lain:

- 1) Kesulitan dalam merekrut dan mempertahankan dokter
 - 2) Kurangnya mendefinisikan batasan untuk mencapai keberhasilan staf yang mungkin kewalahan untuk menentukan kesepakatan dengan tenaga kesehatan lain, sosial, budaya dan faktor ekonomi pasien.
 - 3) Persyaratan perekrutan yang ketat dapat menimbulkan hambatan untuk memperoleh tenaga kesehatan dari lingkungan sekitar
 - 4) Kurangnya alat untuk mengukur dan memberikan reward kinerja PCC
 - 5) Kendala finansia
 - 6) Kebiasaan lama dari staf yang tidak mau merubah paradigma lama sebagai penyedia layanan / hubungan atau relasi dengan pasien dan budaya serta faktor sosial ekonomi
- d. Integrasi rekam medis patient centered care

Pelayanan yang berfokus pasien (*Patient Centered Care*) membutuhkan dokumentasi terintegrasi yang mewajibkan setiap profesi melakukan pencatatan pada dokumen yang sama. Metode ini diharapkan dapat meningkatkan komunikasi yang efektif antar profesi, pencatatan dapat dilakukan lebih optimal karena semua profesi menulis pada dokumen yang sama, meminimalkan miskomunikasi, menurunkan angka kejadian tidak diharapkan dan pada akhirnya itu semua bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien dan berdampak pada peningkatan mutu pelayanan (Muller-Juge *et al.*, 2013). Terdapat 300 rekam medis memiliki kualitas buruk dan dari hasil interview diketahui tulisan tangan yang jelek, hilangnya lembaran dokumentasi dan dokumentasi yang tidak sempurna merupakan masalah yang ditimbulkan dari paper medical record dan alasan utama terjadinya masalah ini karena beban kerja dokter dan perawat yang tinggi saat ini. Oleh karena itu perlu ada kejelasan kewenangan untuk mendokumentasikan (Pourasghar *et al.*, 2008)

Ada 4 Konsep inti yang ada dalam konsep PCC (*Patient Centered Care*) (Terwindt and Rajan, 2016) yaitu:

- 1) Martabat dan respek
 - 2) Berbagi informasi
 - 3) Partisipasi
 - 4) Kolaborasi.
- e. Cara Memberikan Perawatan Berpusat pada Pasien (*Patient Centered Care*) di rumah sakit

Studi ini menemukan beberapa pendekatan umum di antara rumah sakit yang sukses.:

- 1) *Hourly rounds*
Perawat dan anggota staf klinis lainnya berkeliling di ruang pasien setiap jam untuk mengatasi rasa sakit, kebutuhan dan posisi kamar mandi dan untuk memastikan bahwa barang-barang pribadi dapat dijangkau
- 2) *Communication/care boards* di ruang pasien
Papan daftar informasi penting, seperti obat baru dan yang sudah ada, tujuan pembuangan, tes dan prosedur, dan cara mudah menghubungi penyedia layanan
- 3) *Bedside shift report*
Perawat melakukan laporan perubahan shift di hadapan pasien dan keluarga, memberi mereka kesempatan untuk mengajukan pertanyaan, memahami rencana perawatan dan memperbaiki informasi yang tidak akurat
- 4) *Discharge folder*
Saat masuk, pasien menerima folder dengan daftar informasi yang mereka perlukan saat mereka pulang, seperti tujuan pengobatan dan gejala yang harus diwaspadai.
- 5) *Postdischarge phone*
Perawat memanggil pasien dalam dua hingga tiga hari untuk memeriksa status mereka dan menjawab pertanyaan tentang instruksi dan perawatan diri
- 6) *Multidisciplinary rounds*
Libatkan semua anggota tim perawatan, serta pasien dan keluarga, dalam putaran
- 7) *Standards of performance*

Buat standar untuk semua karyawan untuk diikuti, seperti dengan cepat menanggapi pasien dan bagaimana menanggapi kekhawatiran atau keluhan pasien.

Personil rekam medis harus berpegang pada pedoman (Rosa, 2018) sebagai berikut :

- 1) Semua diagnosis ditulis dengan benar pada lembaran masuk dan keluar sesuai dengan istilah hukum yang dipergunakan, semua diagnosa serta tindakan pembedahan yang dilakukan dicatat. Simbol dan singkatan jangan dipergunakan
- 2) Dokter merawat menulis tanggal dan tanda tangannya pada sebuah catatan, serta telah menandatangani juga catatan yang ditulis oleh dokter lain. Pada rumah sakit pendidikan yaitu riwayat pendidikan, pemeriksaan fisik dan resume, lembaran ringkasan masuk dan keluar tidak cukup apabila hanya ditanda tangani oleh seorang dokter
- 3) Bahwa laporan riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik dalam keadaan lengkap dan berisi data penemuan baik yang positif maupun negative..
- 4) Catatan perkembangan, memberikan gambaran kronologis dan analisis klinis keadaan pasien. Frekuensi catatan ditentukan oleh keadaan pasien.
- 5) Hasil laboratorium dan X-Ray dicatat dicantumkan tanggalnya serta ditandatangani oleh pemeriksa.
- 6) Semua tindakan pengobatan medis ataupun tindakan pembedahan harus ditulis dan dicantumkan tanggal serta ditandatangani oleh pemeriksa.
- 7) Semua konsultasi yang dilaksanakan harus sesuai dengan peraturan staf medis, harus dicatat secara lengkap serta ditandatangani, hasil konsultasi mencakup penemuan konsulen pada pemeriksaan fisik terhadap pasien termasuk juga pendapat dan rekomendasinya
- 8) Pada kasus observasi, catatan prenatal dan persalinan dicatat secara lengkap mencakup hasil test dan semua pemeriksaan pada saat prenatal sampai masuk rumah sakit. Jalannya persalinan dan kelahiran sejak pasien masuk rumah sakit juga harus dicatat secara lengkap

- 9) Catatan perawat dan catatan prenatal rumah sakit yang lain tentang observasi dan pengobatan yang diberikan harus lengkap disertai cap dan tanda tangan.
- 10) Resume telah ditulis pada saat pasien pulang. Resume harus berisi ringkasan tentang penemuan-penemuan dan kejadian penting selama pasien dirawat, keadaan waktu pulang termasuk saran dan rencana pengobatan selanjutnya
- 11) Bila otopsi dilakukan, diagnose anatomi dicatat segera (dalam waktu kurang dari 72 jam) keterangan yang lengkap harus dibuat digabungkan dalam rekam medis

BAB III

TEORI DASAR INTERPROFESSIONAL COLLABORATION

1. Perilaku Organisasi

a. Pengertian

- 1) Gibson *et al.* (Gibson, Ivancevich and Konopaske, 2011) mengungkapkan bahwa Perilaku Organisasi adalah bidang studi yang mempelajari teori, metode, dan prinsip-prinsip dari berbagai disiplin ilmu untuk mempelajari diantaranya tentang : persepsi, nilai, kapasitas belajar, dan tindakan yang merupakan aspek-aspek individu, ketika bekerja dalam sebuah kelompok dan di dalam organisasi, serta mempelajari metode untuk menganalisa pengaruh lingkungan eksternal terhadap organisasi tempatnya bekerja baik berupa sumber daya manusia, visi dan misi organisasi, tujuan organisasi, maupun strateginya organisasinya.
- 2) Purnamasari (2016) yaitu: Perilaku organisasi merupakan sebagai suatu system studi dari sifat organisasi seperti misalnya bagaimana organisasi dimulai, tumbuh dan berkembang dan bagaimana pengaruh terhadap anggota-anggota sebagai individu, kelompok-kelompok pemilih, organisasi-organisasi lainnya dan institusi-institusi yang lebih besar.
- 3) Thoha (2014) mengemukakan pendapat mengenai perilaku organisasi adalah: “Suatu studi yang menyangkut aspek-aspek tingkah laku manusia dalam suatu organisasi atau suatu kelompok tertentu”.

Perilaku Organisasi atau biasa disebut *Organizational Behavior (OB)* menginvestigasi dampak dari perilaku individu, kelompok, dan struktur terhadap organisasi. Perilaku Organisasi mempelajari apa yang manusia lakukan dalam organisasi dan bagaimana perilaku mereka mempengaruhi kinerja organisasi. Oleh karena studi Perilaku Organisasi berfokus secara spesifik pada situasi terkait karyawan, maka studi Perilaku Organisasi lebih menekankan pada perilaku individu yang terkait dengan aspek karyawan/pegawai (Robbins and Judge, 2017) seperti:

- 1) Pekerjaan yang dilakukan sehari-hari
- 2) *Absenteeism* atau tingkat kehadiran karyawan
- 3) *Turnover* tenaga kerja/karyawan

- 4) Produktivitas karyawan
- 5) Kinerja individu
- 6) Manajemen tata kelola
- 7) Topik-topik terkait motivasi kerja
- 8) Perilaku dan power seorang pimpinan terhadap bawahannya
- 9) Komunikasi interpersonal dalam organisasi
- 10) Proses dan struktur kelompok
- 11) Pembelajaran yang didapatkan
- 12) Pengembangan sikap dan persepsi individu
- 13) Proses perubahan yang terjadi
- 14) Konflik kerja
- 15) Model kerjakaryawan
- 16) Tekanan kerja yang dirasakan karyawan

Secara historis terdapat alasan-alasan yang beragam dan kompleks terkait kemunculan gagasan bahwa organisasi adalah sebuah entitas sosial, seperti salah satunya ketika seorang ahli manajemen, Peter Drucker mengemukakan pendapat bahwa *“The Organization is, above all, social. It is people”*, namun yang paling populer adalah studi Hawthorne yang memberikan akar historis untuk gagasan organisasi sosial terbentuk dari *people*, dan secara umum menandai titik awal dari bidang studi akademis Perilaku Organisasi. Hawthorne Works melakukan penelitian mengenai hubungan antara intensitas cahaya penerangan pada ruang kerja dengan produktivitas karyawan. Studi ini dilakukan berdasarkan sebuah rancangan percobaan, dengan metode meningkatkan dan menurunkan intensitas cahaya dalam ruang kerja kemudian melihat pengaruhnya terhadap produktivitas kinerja karyawan, apakah meningkat atau menurun. Namun hasil dari riset ini malah membingungkan para peneliti yang melakukan riset ini.

Setelah ditelusuri, mereka menyadari bahwa terdapat suatu hal disamping intensitas cahaya yang berpengaruh terhadap perubahan dalam produktivitas, hal ini tak lain adalah *variable* manusia itu sendiri. Atas kesadaran tersebut para peneliti tidak berhenti sampai disini, mereka melanjutkan riset yang mana mencoba untuk menguji variabel yang lebih spesifik terkait aspek kemanusiaan seperti durasi hari kerja, waktu istirahat, dan metode penggajian karyawan. Studi-studi baru terus berlanjut dengan mengembangkan aspek kajian melalui pendekatan-

pendekatan tertentu berdasarkan berbagai disiplin ilmu terkait, sampai sekarang (Luthans, 2011).

Penelitian secara formal mengenai Perilaku Organisasi telah dimulai antara tahun 1948 sampai tahun 1952. Perilaku organisasi ini berupaya membantu manajer untuk memahami aspek manusia dalam organisasi dengan lebih baik sehingga peningkatan produktivitas, kepuasan pelanggan, dan daya saing bisa dicapai melalui penerapan manajemen yang lebih baik (Luthans, 2011). Perilaku Organisasi didefinisikan sebagai: memahami, memprediksi, dan manajemen dari perilaku manusia di dalam organisasi itu sendiri.

b. Obyektif Studi Perilaku Organisasi

Perilaku Organisasi mempelajari faktor penentu perilaku dalam organisasi, diantaranya adalah individu, kelompok, dan struktur. Sebagai tambahan, Perilaku Organisasi mempelajari metode penerapan yang tepat dalam manajemen berdasarkan pengetahuan yang didapat mengenai individu, kelompok, dan dampak dari struktur pada perilaku. Studi Perilaku Organisasi bertujuan untuk secara efektif menerapkan pengetahuan dari berbagai disiplin ilmu guna meningkatkan efektifitas dan efisiensi kinerja sebuah organisasi.

Menurut Luthans (2011), ada beberapa obyektif ketika dan setelah melakukan studi mengenai Perilaku Organisasi, diantaranya adalah:

- 1) Mampu memahami tantangan-tantangan utama dan perubahan paradigma yang dihadapi manajemen pada masa sekarang dan di masa yang akan datang secara baik.
- 2) Memahami skema dan alur mengenai sistem yang bisa dilakukan dalam mempelajari perilaku organisasi, contohnya seperti studi Perilaku Organisasi melalui pendekatan-berbasis-fakta yang dilakukan oleh Luthans.
- 3) Memahami dan mampu menjelaskan metodologi yang digunakan untuk mengumpulkan pengetahuan mengenai Perilaku Organisasi.
- 4) Menghubungkan berbagai kerangka studi teoritis yang tersedia sebagai fondasi untuk mempelajari Perilaku Organisasi, misalnya seperti model kerangka konseptual sosial-kognitif Perilaku Organisasi yang dipakai Luthans. Dan tujuan yang paling utama dalam studi Perilaku Organisasi adalah merumuskan metode dan

pendekatan yang paling tepat untuk memprediksi Perilaku, khususnya Perilaku Organisasi.

5) Model dalam Mengelola Organisasi (Gibson, Ivancevich and Konopaske, 2011)

Terdapat banyak faktor yang mempengaruhi sebuah organisasi, untuk itu pihak manajemen harus tanggap dengan hal itu. Tiap organisasi hendaknya dapat memberikan respon terhadap kebutuhan pelanggan atau klien, hukum dan tekanan politik, perubahan ekonomi dan teknologi, serta kekuatan lingkungan yang berinteraksi dengan faktor-faktor organisasi.

Aspek-aspek dalam sebuah model pengelolaan organisasi diantaranya adalah:

1) Perilaku.

Terdapat beberapa aspek kajian ketika membahas perilaku di dalam organisasi, diantaranya adalah perilaku individu dan perilaku kelompok pengaruh interpersonal. Kinerja individu merupakan dasar utama dari kinerja organisasi. Memahami perilaku individu menjadi hal yang sangat penting untuk menjalankan manajemen organisasi yang efektif. Ketika ingin meningkatkan kinerja individu maka perlu diperhatikan beberapa faktor penting terkait perilaku individu, diantaranya adalah

- a) Karakter
- b) Motivasi
- c) Penghargaan
- d) Harapan seorang individu.

Perilaku kelompok dan pengaruh interpersonal juga merupakan kekuatan yang kuat yang berpengaruh terhadap kinerja organisasi. Dalam usaha peningkatan kinerja kelompok perlu diperhatikan beberapa aspek diantaranya adalah perilaku kelompok, perilaku dalam kelompok dan konflik, kekuatan dan politik, serta kepemimpinan.

2) Struktur.

Ketika melihat bagan organisasi yang tertulis dalam sebuah papan yang tergantung di tembok, kita hanya melihat susunan dari jabatan, beban kerja, dan garis wewenang antar bagian-bagian dalam sebuah organisasi. Sebenarnya, struktur organisasi jauh lebih rumit dari itu. Struktur organisasi adalah pola resmi dari aktivitas dan hubungan antar

berbagai sub-unit dalam sebuah organisasi. Terdapat dua aspek penting dalam struktur organisasi, yaitu:

a) Pembagian tugas

Pembagian tugas merujuk pada penentuan deskripsi kerja dan beban kerja dari posisi pimpinan unit, serta bagaimana hubungan antara pemimpin dengan tiap anggota tim dalam unit yang dipimpinnya

b) Model organisasi

Model organisasi merujuk pada struktur organisasi secara keseluruhan, usaha untuk merubah filosofi dan orientasi sebuah organisasi akan menciptakan struktur baru dari tugas, otoritas, dan hubungan interpersonal yang akan mengarahkan perilaku individu dan kelompok menuju peningkatan kualitas kinerja organisasi.

3) Proses.

Proses perilaku tertentu memberikan kehidupan pada struktur organisasi. Ketika proses tersebut tidak berjalan dengan baik, berbagai permasalahan pun kemudian muncul. Terdapat dua proses yang berperan dalam kinerja efektif sebuah organisasi, komunikasi dan pengambilan keputusan. Kemampuan organisasi untuk *survive* berhubungan dengan kemampuan manajemen untuk menerima, menghantarkan, dan bertidak terhadap sebuah informasi. Proses komunikasi menghubungkan organisasi dengan lingkungannya juga bagian-bagiannya. Kualitas dari pengambilan keputusan bergantung pada tujuan yang tepat dan mengidentifikasi aspek-aspek penting untuk mencapainya, dengan integrasi yang baik antara perilaku dengan faktor struktural, dapat meningkatkan kemungkinan pengambilan keputusan yang diambil adalah yang keputusan terbaik.

c. Teori Perilaku Organisasi

1) Konsep Perilaku Organisasi (Robbins and Judge, 2017)

Perilaku Organisasi adalah ilmu perilaku yang dibangun dari kontribusi beberapa disiplin ilmu perilaku, utamanya psikologi dan psikologi sosial, sosiologi, dan antropologi. Psikologi lebih berperan dalam analisis individu dan tingkat mikro, sedangkan disiplin lain lebih berkontribusi pada pemahaman konsep makro seperti proses kelompok dan organisasi.

Perilaku Organisasi merupakan perpaduan beberapa kajian disiplin ilmu, diantaranya adalah:

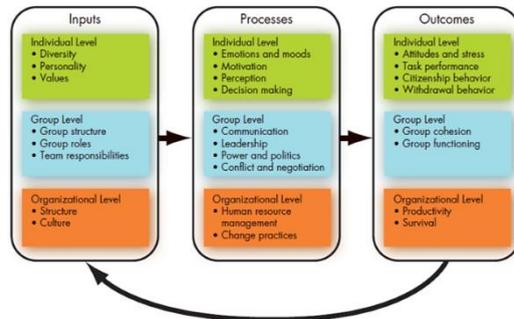
- a) Psikologi. Psikologi mengukur, menjelaskan, dan kadang merubah perilaku individu. Aspek psikologi mencakup pembelajaran, persepsi, kepribadian, emosi, pelatihan, efektifitas kepemimpinan, kebutuhan dan kekuatan motivasi, kepuasan kerja, proses pengambilan keputusan, penilaian kinerja, pengukuran sikap, teknik seleksi karyawan, desain kerja, dan tekanan kerja.
- b) Sosial psikologi, secara umum merupakan cabang dari psikologi, namun ada peran sosiologi. Secara spesifik sosio-psikologi lebih berfokus pada kajian bagaimana seseorang mampu mempengaruhi orang lain serta aspek perubahan, tentang bagaimana menerapkan dan beradaptasi dengan perubahan.
- c) Sosiologi, ketika psikologi berfokus pada individu, sosiologi lebih berfokus pada kajian manusia kaitannya dengan lingkungan sosial dan budayanya.
- d) Anthropology, yaitu ilmu yang mempelajari manusia dan aktivitasnya.

Secara umum, Ilmu Perilaku Organisasi dilakukan dengan cara mendefinisikan bidang kajian, menetapkan parameter-parameter, kemudian mengidentifikasi tiap variabel input, proses, dan outcome dari tiap parameter. Gambar 2.9. menunjukkan struktur konsep dasar Perilaku Organisasi, meliputi tiga tipe variabel (input, proses, dan outcome) pada tiga tingkat analisis (individu, kelompok, dan organisasi). Prosesnya berjalan dari kiri ke kanan dengan alur input kepada proses dan proses kepada outcome. Bisa dilihat juga bahwa *outcome* bisa mempengaruhi input.

a) Input merupakan variabel seperti kepribadian, struktur kelompok, dan budaya organisasi yang mempengaruhi proses. Variabel-variabel tersebut merupakan faktor yang berpengaruh terhadap proses berjalannya sebuah organisasi. Pada akhirnya struktur organisasi dan budaya merupakan hasil dari perkembangan dan adaptasi perubahan organisasi terhadap lingkungan dan norma yang berlaku serta nilai-nilai yang diyakini.

b) Proses merupakan tindakan-tindakan yang dilakukan berdasarkan dari input yang disepakati oleh individu, kelompok, dan organisasi yang mengarah pada suatu tujuan tertentu. Pada tingkat individu, proses bisa berupa emosi dan suasana hati, motivasi, persepsi, dan pengambilan keputusan. Pada tingkat kelompok berupa komunikasi, kepemimpinan, kekuasaan dan politik, serta penyelesaian konflik. Tingkat

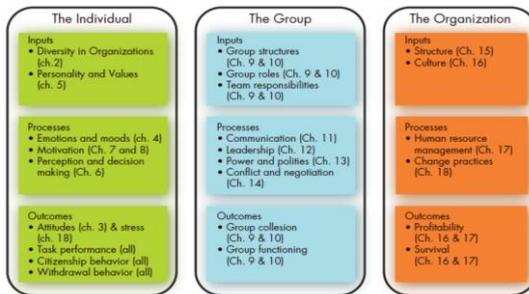
organisasi proses termasuk manajemen sumber daya manusia dan perubahan praktek kerja.



Gambar 2.9. Struktur konsep dasar studi Perilaku Organisasi (Robbins and Judge, 2017)

c) Outcome atau hasil adalah variabel kunci yang ingin dijelaskan atau diprediksi, dan hasil ini dipengaruhi oleh beberapa variabel lain. Hasil keluaran di tingkat individu menurut para ahli berupa sikap, kepuasan, performa kerja, perilaku kewarganegaraan atau daerah asal, dan perilaku pengambilan. Pada tingkat kelompok, perpaduan dan fungsi merupakan variabel penentu. pada akhirnya di tingkat organisasi kita dapat melihat pada profitabilitas dan kelangsungan hidup.

Konsep ini memilah pembahasan berdasarkan tingkat analisis yaitu individu, kelompok, dan organisasi, dengan kajian tiga variabel (input, proses, outcome) di tiap tingkat analisis.



Gambar 2.10. Kerangka konsep studi Perilaku Organisasi (Robbins and Judge, 2017)

Pada tingkat individu, pembahasan dilakukan dengan memilah aspek variabel di tingkat individu seperti keberagaman dalam organisasi dan kepribadian dan nilai pada input. Emosi dan suasana hati, motivasi, persepsi dan pengambilan keputusan pada proses. Sikap dan tekanan, performa kerja, perilaku kedaerahan, serta perilaku enarikan menjadi outcome tingkat individu.

2) Konsep Perilaku Organisasi (Luthans, 2011)

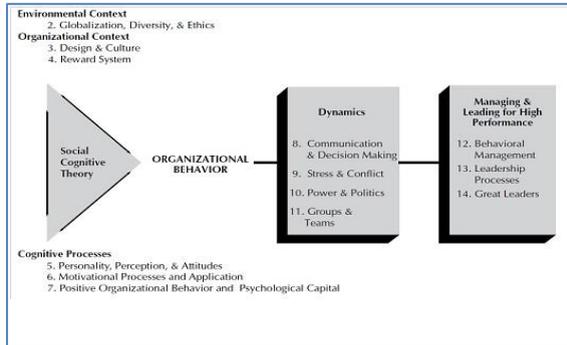
Teori ini menjelaskan keterkaitan umum yang menekankan pada hubungan antara Perilaku Organisasi (OB) dengan disiplin lain diantaranya Teori Organisasi (OT), Pengembangan Organisasi (OD), dan Manajemen Sumber Daya Manusia (HRM). Terlihat bahwa Perilaku Organisasi lebih cenderung bersifat teoritis dan analisisnya pada tingkat mikro.

	OT (<i>Organization Theory</i>)	OB (<i>Organizational Behavior</i>)
Teoritis		
	OD (<i>Organizational Development</i>)	HRM (<i>Human Resources Management</i>)
Terapan		
	Makro	Mikro

Gambar. 2.7. Hubungan Perilaku Organisasi dengan Disiplin Lain yang Terkait Erat (Luthans, 2011)

Secara spesifik, Perilaku Organisasi diambil dari berbagai kerangka teori ilmu perilaku yang berfokus pada aspek memahami dan menjelaskan perilaku individu dan perilaku kelompok dalam organisasi. Sebagaimana bidang studi lain, Perilaku Organisasi menghimpun fakta dan bukti nyata serta menguji teori dengan metode penelitian ilmiah yang sah. Ringkasnya, Perilaku Organisasi dapat diartikan memahami, menduga, dan melakukan pengelolaan dari perilaku manusia dalam organisasi.

Teori ini mengemukakan bahwa penting adanya fondasi teoretis untuk mengembangkan konsep yang spesifik yang bisa digunakan sebagai kerangka konseptual dalam studi Perilaku Organisasi. Kognisi, berperilaku, dan teori-teori sosial kognitif yang terintegrasi digunakan sebagai fondasi. Konsep kognitif memberikan perhatian yang lebih terhadap aspek manusia dan mengasumsikan bahwa perilaku itu selalu beralasan dan bertujuan. Proses kognitif seperti harapan dan persepsi membantu dalam menjelaskan perilaku. Pendekatan berperilaku sepatutnya dengan perilaku dapat diobservasi dan kemungkinan lingkungan dari perilaku. Pendekatan sosial kognitif menekankan bahwa orang, lingkungan, dan perilaku itu sendiri, berada dalam interaksi yang konstan antara satu dengan yang lainnya dan secara resiprokal atau timbal-balik saling menentukan satu dengan lainnya.



Gambar 2.11. Kerangka konseptual studi Perilaku Organisasi: Pendekatan Berbasis Bukti (Luthans, 2011)

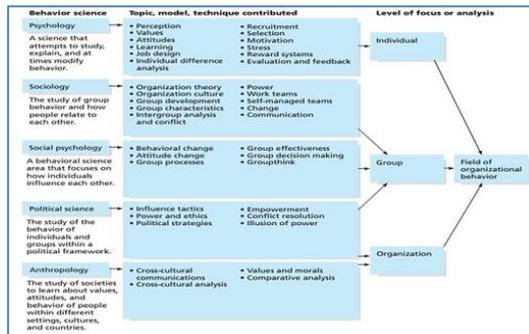
Kerangka konseptual pada pembahasan disajikan dalam Gambar 2.5. Sebagaimana diindikasikan, teori sosial kognitif merupakan fondasi dan ketetapan dari interaksi resiprokal dalam konteks lingkungan dan konteks organisasi, proses kognitif, dan yang terpenting, Perilaku Organisasi itu sendiri, yang merupakan hasil serta produk dari konteks lingkungan/organisasi dan proses kognitif. Pada tingkat yang lebih makro adalah gambaran dinamika (tidak harus berupa outcome) dari Perilaku Organisasi. Pada akhirnya di tingkat penerapan adalah gambaran representatif peranan-peranan dalam mengelola dan mengarahkan untuk performa yang maksimal.

3) Konsep Perilaku Organisasi (Gibson, Ivancevich and Konopaske, 2011)

Ilmu perilaku khususnya psikologi, sosiologi, ilmu politik, dan antropologi budaya, telah menyediakan kerangka dasar dan prinsip-prinsip untuk bidang studi Perilaku Organisasi. Tiap disiplin ilmu perilaku menyediakan fokus, kerangka analisis, dan tema yang sedikit berbeda satu sama lain untuk membantu para manajer menjawab pertanyaan tentang diri mereka sendiri, nonmanajer, dan kekuatan lingkungan (seperti persaingan, tuntutan legalitas, dan perubahan sosial-politik).

Perilaku Organisasi telah berkembang menjadi sebuah perangkat terapan dari konsep, model, dan teknik ilmu perilaku. Kontributor dominan seperti psikologi Perilaku Organisasi, psikologi sosial, sosiologi,

ilmu politik, dan antropologi telah memberikan kontribusi terhadap pemahaman dan penerapan dari manajemen organisasi. Dasar teori ini hampir sama dengan yang dilakukan oleh Robbins dan Judge (2013), namun ditambahkan satu disiplin ilmu sebagai dasar kajian, yaitu ilmu politik.



Gambar 2.8. Kontribusi berbagai disiplin ilmu pada studi dan penerapan Perilaku Organisasi (Gibson, Ivancevich and Konopaske, 2011)

2. Budaya Organisasi

1. Definisi Budaya Organisasi

a. Budaya organisasi pada dasarnya merujuk pada sistem pengertian bersama yang dipegang oleh anggota-anggotanya, system pada suatu organisasi tersebut dapat membedakan organisasi itu dengan organisasi lainnya. Sistem dalam pengertian bersama ini akan memberi pengamatan yang lebih seksama serta merupakan serangkaian karakter penting yang menjadi nilai bagi organisasi tersebut (Robbins and Judge, 2017)

b. Budaya organisasi ditandai dengan organisasi mengacu pada norma, prilaku, asumsi, dan keyakinan dari suatu organisasi, sementara dalam iklim organisasi mengacu pada persepsi individu-individu yang ada dalam organisasi serta merefleksikan norma-norma, asumsi-asumsi dan keyakinan yang dianut organisasi tersebut (Zohar and Hofmann, 2012)

c. Budaya organisasi adalah rangkaian sosialisasi individu dalam organisasi untuk mengembangkan persepsi, nilai, norma dan keyakinan individu terhadap organisasi untuk mengembangkan persepsi, nilai, norma dan keyakinan terhadap organisasi (Barlian, 2018)

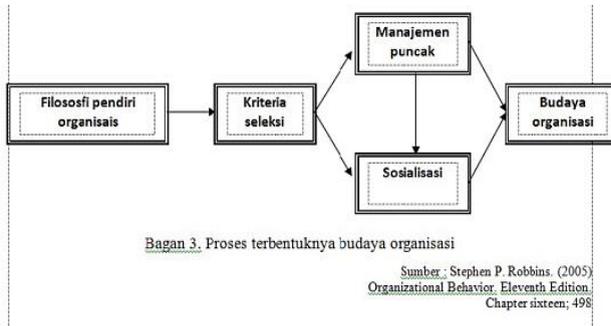
d. Budaya organisasi juga berkenaan dengan keyakinan, asumsi, nilai, norma-norma perilaku, ideology, sikap, kebiasaan dan harapan-harapan yang dimiliki oleh organisasi dan dijalankan secara bersama-sama oleh individu dalam organisasi itu (dalam hal ini termasuk organisasi universitas swasta) (Karthikeyan, 2019)

e. Budaya organisasi adalah “kepribadian organisasi itu sendiri yang mempengaruhi cara berperilaku orang-orang dalam organisasi tersebut”. Budaya memuat pola eksplisit dan implisit yang berasal dari dan untuk perilaku yang dibutuhkan dan diwujudkan hasil kelompok atau tim manusia secara berbeda termasuk benda-benda atau karya ciptaan manusia itu sendiri (Gibson, 2012)

Beberapa definisi mengenai budaya organisasi diatas, secara umum dapat disimpulkan bahwa budaya organisasi berkaitan dengan makna bersama, nilai, norma, sikap serta keyakinan. Dapat dikatakan bahwa roh dari organisasi adalah sikap, keyakinan, norma, kebiasaan dan harapan dari seluruh individu atau anggota yang berada dalam organisasi tersebut mulai dari manajemen teratas hingga manajemen yang paling bawah, sehingga tidak ada aktifitas manajemen yang dapat melepaskan diri dari budaya yang dianut oleh organisasi tersebut.

2. Proses Terbentuknya Budaya Organisasi

Budaya yang terdapat dalam suatu organisasi, seperti perusahaan, misalnya, diciptakan oleh pendiri organisasi. Proses pembentukan budaya organisasi dimulai dari tahap pembentukan ide dan diikuti oleh lahirnya organisasi. Tujuan dari pembentukan budaya organisasi adalah untuk mendukung pencapaian visi, misi dan tujuan organisasi. Budaya organisasi yang diciptakan oleh pendiri atau organisasi terbentuk melalui proses yang panjang (*evolutive*) (Panda and Gupta, 2019). Terdapat beberapa tahap dalam pembentukan budaya organisasi yaitu:



Gambar 2.12 Proses Terbentuknya Budaya Organisasi (Robbins and Judge, 2017)

3. Komponen-Komponen Budaya Organisasi

Tujuh karakteristik budaya organisasi yaitu (Robbins and Judge, 2017) :

- a. Otonomi individu yaitu kadar kebebasan, tanggung jawab dan kesempatan individu untuk berinisiatif dalam organisasi
- b. Struktur yaitu kadar peraturan dan ketetapan yang digunakan untuk mengontrol perilaku pegawai
- c. Dukungan yaitu kadar bantuan dan keramahan manajer kepada pegawai
- d. Identitas yaitu kadar kenalnya anggota terhadap organisasinya secara keseluruhan, terutama informasi kelompok kerja dan keahlian profesionalnya
- e. Hadiah performansi yaitu kadar alokasi hadiah yang didasarkan pada criteria performansi pegawai
- f. Toleransi konflik yaitu kadar konflik dalam hubungan antar sejawat dan kemauan untuk jujur dan terbuka terhadap perbedaan
- g. Toleransi resiko yaitu kadar dorongan terhadap pegawai untuk agresif, inovatif dan berani menanggung resiko.

4. Fungsi Budaya Organisasi

Fungsi budaya organisasi bergayut dengan fungsi eksternal dan fungsi internal. Fungsi eksternal budaya organisasi adalah melakukan adaptasi terhadap lingkungan diluar organisasi, sementara fungsi internal berkaitan dengan integrasi berbagai sumber daya yang ada didalamnya termasuk sumber daya manusia. Jadi secara eksternal budaya organisasi akan selalu beradaptasi dengan budaya-budaya yang ada diluar organisasi, begitu seterusnya sehingga budaya organisasi tetap akan selalu ada penyesuaian-penyesuaian. Semakin kuat budaya organisasi, makin tidak mudah organisasi itu akan terpengaruh oleh budaya luar yang berkembang di lingkungannya. Sementara kekentalan fungsi internal makin dirasakan menguat jika didalam organisasi itu semakin berkembang norma-norma, peraturan, tradisi, adat istiadat organisasi yang terus menerus dipupuk oleh para anggotanya sehingga berangsur-angsur budaya itu akan menjadi semakin kuat (Haedar, Arifin and Darman, 2019).

Fungsi adaptasi eksternal dan fungsi internal budaya organisasi seperti dalam tabel berikut :

No	Adaptasi eksternal	Adaptasi Internal
1	Misi & Strategi	Bahasa bersama dan kategori konsep
2	Tujuan	Batas dan criteria kelompok
3	Cara	Wewenang & status
4	Ukuran	Keakraban, persahabatan dan kasih sayang
5	Koreksi	Ganjaran dan hukuman
		Ideologi

Tabel 2.1 Fungsi Adaptasi Eksternal dan Fungsi Internal Budaya Organisasi (Haedar, Arifin and Darman, 2019)

- a. Fungsi budaya organisasi (LI, 2015) dibagi menjadi:
 - 1) Memberikan identitas/makna kepada anggota organisasi itu sendiri,
 - 2) Memunculkan komitmen individu terhadap misi organisasi yang ditetapkan,

- 3) Memberi arah standar perilaku dan nilai individu dalam organisasi, dan
 - 4) Meningkatkan stabilitas sistem sosial dimasyarakat sekitar organisasi tersebut.
- b. Fungsi budaya dalam organisasi (Robbins and Judge, 2017) menjadi lima fungsi yaitu bahwa budaya :
- 1) Memiliki suatu penciri peran yang memberi batas-batas tertentu yaitu budaya menciptakan perbedaan yang nyata dalam internal organisasi antara satu organisasi dengan organisasi lainnya.
 - 2) Menyampaikan rasa identitas yang dianutnya kepada individu-individu dalam organisasi tersebut
 - 3) Hendaknya memudahkan penerusan komitmen individu dalam organisasi hingga mencapai batasan yang lebih luas dan dalam, melebihi batasan ketertarikan orang-orang dalam organisasi itu sendiri
 - 4) Mengarahkan kearah stabilitas sistem sosial yang ada. Budaya pada dasarnya suatu ikatan sosial yang membantu mengikat kebersamaan orang-orang dalam organisasi dengan menyiapkan standar-standar atau acuan-acuan yang sesuai mengenai apa yang harus dikatakan dan dilakukan karyawan yang bekerja dalam organisasi
 - 5) Pembentuk rasa dan mekanisme pengendalian yang memberikan panduan dan bentuk perilaku serta sikap karyawan dalam organisasi.

Kerap ditemukan dalam suatu organisasi terjadi perbandingan antara budaya yang kuat dengan budaya yang lemah. Kondisi ini memiliki dampak yang lebih besar terhadap sikap individu dalam organisasi dan lebih tertuju langsung untuk mengurangi kejadian keluar masuknya pegawai. Budaya yang kuat kerap kali ditandai dengan adanya nilai-nilai dasar organisasi yang dipegang teguh dan disepakati secara bersama-sama dalam organisasi. Semakin banyak anggota organisasi yang menerima nilai-nilai dasar organisasi dan semakin besar komitmen mereka terhadap nilai-nilai tersebut, maka budaya tersebut akan semakin kuat. Sejalan dengan definisi ini, budaya organisasi yang kuat jelas sekali memiliki pengaruh yang besar terhadap sikap anggota organisasi dibandingkan dengan budaya organisasi yang lemah (Robbins and Judge, 2017)

Sutau budaya yang kuat ditandai dengan kondisi dimana keluar masuknya pekerja yang rendah. Budaya yang kuat tentunya akan memperlihatkan kesepakatan yang tinggi dalam organisasi mengenai tujuan organisasi diantara individu-individunya. Kebulatan suara

terhadap tujuan akan membentuk keterikatan, kesetiaan, dan komitmen organisasi. Kondisi ini selanjutnya akan mengurangi kecendrungan karyawan untuk keluar dari organisasi (Shuck, Reio and Rocco, 2014)

5. Karakteristik Budaya Organisasi

Tujuh karakteristik utama yang menjadi inti dari suatu organisasi, yaitu (Muhyi and Raharja, 2017) :

- a. *Innovation and risk taking*, merupakan derajat sejauh mana karyawan didorong untuk inovatif dan kreatif berani mengambil resiko dalam menjalankan tugasnya
- b. *Attention to detail*, merupakan tingkatan sejauh mana para karyawan diharapkan menunjukkan presisi, analisis, dan perhatian pada detail-detail pekerjaan yang dilakukan dalam organisasi
- c. *Outcome orientation*, bermakna upaya pimpinan berfokus pada hasil kerja karyawan, bukan pada teknis dari proses yang dilaksanakan untuk menjadi hasil yang diharapkan
- d. *People orientation*, bermakna bahwa keputusan manajemen memperhitungkan efek hasil-hasil pada individu dalam fungsi budaya organisasi yang terjadi menjadi inti terhadap suatu budaya organisasi.
- e. *Team orientation*, berarti bahwa kegiatan kerja terlaksanakan dengan diorganisasikan dan dilaksanakan dengan berdasarkan tim kerja daripada individu atau perorangan.
- f. *Aggressiveness*, berarti bahwa individu dalam organisasi melakukan tugas secara agresif dan kompetitif secara sehat
- g. *Stability*, berarti bahwa aktifitas organisasi sangat menekankan adanya pemeliharaan status quo sebagai kontras dari pertumbuhan organisasi tersebut.

Setiap karakteristik tersebut bergerak pada suatu kontinuitas dari rendah hingga ke tinggi secara simultan. Penilaian terhadap suatu organisasi dengan ketujuh karakter ini akan memberikan gambaran penerapan budaya organisasi. Ilustrasi pelaksanaannya kemudian menjadi dasar untuk perasaan saling memahami hal yang dimiliki karyawan dalam organisasi mengenai gambaran organisasi mereka, bagaimana segala sesuatu dilakukan berdasarkan sikap saling pengertian bersama, dan cara-cara individu dalam organisasi seharusnya bersikap (Robbins and Judge, 2017)

3. Tinjauan Rumah Sakit

1. Rumah Sakit

a. Definisi Rumah Sakit

Definisi rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik (WHO, 2015a)

Definisi rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (UU NO. 44, 2009)

Pengertian rumah sakit berdasarkan (Permenkes, 2020) adalah :

- 1) Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
- 2) Rumah Sakit umum sebagaimana adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.
- 3) Rumah Sakit khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.

b. Tujuan Rumah Sakit

Tujuan Rumah Sakit (UU NO. 44, 2009) adalah:

- 1) Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
- 2) Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit.
- 3) Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit.

- 4) Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan Rumah Sakit

c. Tugas Dan Fungsi Rumah Sakit.

Rumah Sakit bertugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Dalam menjalankan tugas, Rumah Sakit mempunyai fungsi (Pasal 1 UU NO. 44, 2009):

- 1) Pelaksanaan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku rumah sakit;
- 2) Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan individu melalui pelayanan kesehatan paripurna pada pelayanan tingkat kedua dan pelayanan tingkat ketiga sesuai kebutuhan medis;
- 3) Penyelenggaraan pendidikan bagi mahasiswa tenaga kesehatan dan pelatihan sumberdaya manusia dalam upaya peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
- 4) Penyelenggaraan penelitian juga pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan (kedokteran, keperawatan, kebidanan, farmasi dan bidang kesehatan lainnya) dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika keilmuan pada seluruh bidang kesehatan.

Peran dan fungsi Rumah Sakit diatur dengan meliputi hal-hal berikut ini:

1. Menyediakan dan menyelenggarakan pelayanan:
 - a) Medik
 - b) Penunjang medik
 - c) Keperawatan
 - d) Rehabilitas
 - e) Pencegahan dan peningkatan kesehatan pasien
2. Sebagai tempat pendidikan dan atau latihan tenaga medik atau tenaga paramedik
3. Sebagai tempat penelitian dan pengembangan ilmu dan teknologi bidang kesehatan.”

d. Persyaratan Rumah Sakit di Indonesia

Sesuai pasal 7 Undang Undang No 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit disebutkan bahwa:

- 1) Rumah Sakit wajib memenuhi persyaratan dari segi lokasi, bangunan yang tersedia, sarana prasarana, sumber daya manusia, kefarmasian, dan peralatan yang memenuhi standar.
- 2) Rumah Sakit bisa saja didirikan oleh pihak Pemerintah, Pemerintah Daerah, ataupun pihak swasta.
- 3) Rumah Sakit yang didirikan Pemerintah atau Pemerintah Daerah harus berbentuk Unit Pelaksana Teknis dari Instansi yang bertugas di bidang kesehatan yang ada, Instansi tertentu, atau Lembaga Teknis Daerah dengan pelaksanaan berupa Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan di Indonesia
- 4) Rumah Sakit yang didirikan oleh swasta sebagaimana yang wajib berbentuk badan hukum dimana kegiatan usahanya hanya bergerak di bidang perumahsakitian saja.

Pasal 8 Undang Undang No 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit 1.

- 1) Persyaratan lokasi sesuai yang tertera dalam Pasal 7 ayat (1) harus memenuhi ketentuan mengenai kesehatan, keselamatan lingkungan, dan tata ruang, serta sesuai dengan hasil kajian kebutuhan dan kelayakan penyelenggaraan Rumah Sakit.
- 2) Ketentuan dan aturan mengenai kesehatan dan keselamatan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat satu terkait Upaya Pemantauan Lingkungan, Upaya Pengelolaan Lingkungan dan/atau dengan Analisis Mengenai Dampak Lingkungan dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan
- 3) Ketentuan dan aturan mengenai tata ruang sebagaimana dimaksud pada ayat satu dilaksanakan sesuai dengan peruntukan lokasi yang diatur dalam Rencana Tata Ruang Wilayah Kabupaten/Kota, Rencana Tata Ruang Kawasan Perkotaan dan/atau Rencana Tata Bangunan dan Lingkungan.
- 4) Analisis kebutuhan penyelenggaraan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat satu wajib didasarkan pada studi kelayakan dengan menggunakan prinsip pemerataan pelayanan, efisiensi dan efektifitas, serta demografi lingkungan.

Pasal 9 Undang Undang No 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit Persyaratan bangunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) harus memenuhi persyaratan:

- 1) Administratif dan persyaratan teknis bangunan gedung pada umumnya, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- 2) Teknis bangunan Rumah Sakit, sesuai dengan fungsi, kenyamanan dan kemudahan pelayanan serta memberi perlindungan dan keselamatan bagi semua individu dalam lingkup rumah sakit baik pasien, petugas termasuk penyandang cacat, anak-anak, dan orang usia lanjut.

Menurut ketentuan Pasal 10 UU No 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit bahwa:

- 1) Bangunan dan fasilitas yang ada lama Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal sembilan harus dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan yang menyeluruh, kepentingan pendidikan serta pelatihan, dan penelitian atau pengembangan keilmuan dibidang kesehatan dan teknologi kesehatan.
- 2) Bangunan dan fasilitas rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat satu paling sedikit terdiri atas ruang :
 - a) Rawat jalan
 - b) Rawat inap
 - c) Gawat darurat
 - d) Operasi
 - e) Tenaga kesehatan
 - f) Radiologi
 - g) Laboratorium
 - h) Sterilisasi
 - i) Kefarmasian
 - j) Pendidikan dan latihan
 - k) Kantor dan administrasi;
 - l) Ibadah, ruang tunggu
 - m) Penyuluhan kesehatan masyarakat rumah sakit
 - n) Menyusui
 - o) Mekanik
 - p) Dapur
 - q) Fasilitas Laundry
 - r) Kamar jenazah
 - s) Taman
 - t) Pengolahan sampah rumah sakit

- u) Pelataran parkir yang mencukupi dan memadai.
- 3) Ketentuan lebih lanjut mengenai persyaratan teknis bangunan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat satu dan ayat dua diatur dengan Peraturan Menteri.
- a) Prasarana Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat satu dapat meliputi instalasi:
 - 1) Penyediaan air
 - 2) Mekanikal dan elektrik
 - 3) Gas medic
 - 4) Uap
 - 5) Pengelolaan limbah
 - 6) Pencegahan serta penanggulangan kebakaran
 - 7) Peraturan/Petunjuk, standarisasi dan sarana prasarana evakuasi saat terjadi keadaan darurat bagi pasien dan petugas
 - 8) Tersedianya instalasi tata udara
 - 9) Ketersediaan sistem informasi dan komunikasi; dan
 - 10) Ambulan.
- b) Sarana prasarana seperti pada ayat satu wajib memenuhi standarisasi pelayanan kesehatan, keamanan, serta keselamatan dan kesehatan kerja penyelenggaraan Rumah Sakit dan juga pasien.
- c) Sarana prasarana seperti pada ayat satu wajib dalam keadaan terpelihara dan berfungsi dengan baik
- d) Pengoperasian/pelaksanaan dan pemeliharaan prasarana Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dilakukan oleh petugas yang mempunyai kompetensi di bidangnya.
- e) Pengoperasian/pelaksanaan dan pemeliharaan prasarana Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus didokumentasi dan dievaluasi secara berkala dan berkesinambungan
- f) Ketentuan lebih lanjut mengenai prasarana Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat satu sampai dengan ayat lima diatur dengan Peraturan Menteri sesuai ketentuan yang berlaku.

e. Pelanggaran Rumah Sakit & Ketentuan Pidana

Sesuai Pasal 62 Undang Undang No 44 Tahun 2009 Tentang Rumah sakit yang menyatakan bahwa setiap orang yang dengan sengaja menyelenggarakan Rumah Sakit tidak memiliki izin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 ayat satu dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan denda paling banyak Rp. 5.000.000.000,00- (lima milyar rupiah). Dalam Pasal 63 Undang Undang No 44 Tahun 2009 Tentang Rumah sakit

- 1) Jika melakukan tindak pidana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 62 dilakukan oleh perusahaan, selain pidana penjara dan denda terhadap pengelolanya, pidana yang dapat dijatuhkan terhadap perusahaan berupa pidana denda dengan pemberatan 3 (tiga) kali dari pidana denda sebagaimana dimaksud dalam Pasal 62.
- 2) Disamping itu pidana denda sebagaimana dimaksud pada ayat satu, perusahaan dapat dijatuhi pidana tambahan berupa:
 - a) Dicabutnya izin usaha, dan/atau
 - b) Dicabutnya status bad

d. Klasifikasi Rumah Sakit

Rumah sakit dapat diklasifikasikan sebagai berikut (Kemenkes RI, 2018).

- 1) Klasifikasi rumah sakit umum terdiri atas:
 - a) Rumah sakit umum kelas A, merupakan Rumah Sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 250 (dua ratus lima puluh) buah.
 - b) Rumah sakit umum kelas B, merupakan Rumah Sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 200 (dua ratus) buah.
 - c) Rumah sakit umum kelas C, merupakan Rumah Sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 100 (seratus) buah.
 - d) Rumah sakit umum kelas D, merupakan Rumah Sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 50 (lima puluh) buah.
- 2) Klasifikasi rumah sakit khusus terdiri atas:

- a) Rumah sakit khusus kelas A, merupakan Rumah Sakit khusus yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 100 (seratus) buah.
- b) Rumah sakit khusus kelas B, merupakan Rumah Sakit khusus yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 75 (tujuh puluh lima) buah.
- c) Rumah sakit khusus kelas C, merupakan Rumah Sakit khusus yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 25 (dua puluh lima) buah.

2. Rumah Sakit Pendidikan (PP, 2015)

a. Definisi

Rumah Sakit Pendidikan adalah rumah sakit yang mempunyai fungsi sebagai tempat pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan secara terpadu dalam bidang pendidikan kedokteran dan/atau kedokteran gigi, pendidikan berkelanjutan, dan pendidikan kesehatan lainnya secara multiprofesi.

b. Fungsi dan tugas rumah sakit pendidikan

- 1) Fungsi: Rumah Sakit Pendidikan memiliki fungsi pelayanan, pendidikan, dan penelitian bidang kedokteran, kedokteran gigi, dan kesehatan lain.
- 2) Tugas: Rumah Sakit Pendidikan memiliki peran dalam melaksanakan pelayanan kesehatan terintegrasi dengan menekankan pelaksanaan tata kelola klinis yang baik, menerapkan setiap perkembangan ilmu dan teknologi dibidang kedokteran, bidang kedokteran gigi, dan ilmu kesehatan lain berbasis bukti dengan memperhatikan aspek legal etika profesi dan hukum kesehatan sesuai ketentuan yang berlaku.

c. Jenis Rumah Sakit Pendidikan

5) Rumah Sakit Pendidikan utama

Rumah Sakit Pendidikan utama berupa:

- a) Rumah sakit umum yang digunakan fakultas kedokteran dan/atau fakultas kedokteran gigi untuk memenuhi seluruh atau sebagian besar kurikulum guna mencapai kompetensi di bidang kedokteran atau kedokteran gigi

- b) Rumah sakit khusus gigi dan mulut yang digunakan fakultas kedokteran gigi untuk memenuhi seluruh atau sebagian besar kurikulum dalam rangka mencapai kompetensi di bidang kedokteran gigi.

Rumah Sakit Pendidikan utama disamping itu merupakan tempat penyelenggaraan pendidikan tenaga kesehatan bagi profesi dibidang kesehatan lainnya. Rumah Sakit Pendidikan utama bersama Institusi Pendidikan tenaga kesehatan wajib membina Rumah Sakit Pendidikan satelit dan juga menyiapkan fasilitas pelayanan kesehatan lain sebagai jejaring Rumah Sakit Pendidikan yang akan digunakan oleh peserta didik. Rumah sakit hanya dapat dijadikan sebagai Rumah Sakit Pendidikan utama bagi 1 (satu) fakultas kedokteran atau fakultas kedokteran gigi. Fakultas kedokteran atau fakultas kedokteran gigi ditekankan hanya dapat bekerja sama dengan 1 (satu) rumah sakit yang akan dijadikan sebagai Rumah Sakit Pendidikan utama bagi pelaksanaan proses pembelajaran peserta didik

Rumah Sakit Pendidikan memungkinkan untuk dijadikan sebagai Rumah Sakit Pendidikan afiliasi atau Rumah Sakit Pendidikan satelit bagi fakultas kedokteran atau fakultas kedokteran gigi lain sebagai wahana praktik bagi mahasiswa kedokteran atau kedokteran gigi. Penyelenggaraan program dokter layanan primer, dokter spesialis-subspesialis atau dokter gigi spesialis-subspesialis, serta fakultas kedokteran atau fakultas kedokteran gigi hanya dapat bekerja sama dengan paling banyak 2 (dua) rumah sakit yang dijadikan sebagai Rumah Sakit Pendidikan utama. Rumah Sakit Pendidikan utama diwajibkan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan primer, serta pelayanan kesehatan sekunder, dan pelayanan kesehatan tersier dimasyarakat.

Dalam upaya pemberian pelayanan kesehatan maka Rumah Sakit Pendidikan utama dapat membentuk jejaring Rumah Sakit Pendidikan. Jejaring Rumah Sakit Pendidikan terdiri atas Rumah Sakit Pendidikan afiliasi, Rumah Sakit Pendidikan satelit, dan/atau fasilitas pelayanan kesehatan lain.

- 6) Rumah Sakit Pendidikan afiliasi

Rumah Sakit Pendidikan afiliasi merupakan rumah sakit khusus atau rumah sakit umum dengan unggulan pelayanan kedokteran dan kesehatan tertentu yang digunakan oleh Institusi Pendidikan untuk memenuhi kurikulum dalam rangka mencapai kompetensi spesialis.

Rumah Sakit Pendidikan afiliasi dapat menjadi Rumah Sakit Pendidikan satelit bagi Institusi Pendidikan.

7) Rumah Sakit Pendidikan satelit.

Rumah Sakit Pendidikan satelit merupakan rumah sakit umum yang digunakan Institusi Pendidikan guna mencapai kompetensi tenaga kesehatan di bidang kedokteran, kedokteran gigi, dan/atau kesehatan lain.

d. Persyaratan

Syarat Rumah Sakit Pendidikan paling sedikit meliputi:

- v) Telah menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan mampu menyediakan pasien/klien dengan variasi kasus dan jumlah yang sesuai dengan kebutuhan pendidikan;
- w) Memiliki izin operasional yang masih berlaku;
- x) Terakreditasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- y) Memiliki dokumen perjanjian kerja sama dengan Institusi Pendidikan;
- z) Memiliki sumber daya manusia yang memenuhi kualifikasi sebagai dosen kedokteran, kedokteran gigi, dan kesehatan lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- aa) Memiliki teknologi kedokteran dan/atau kesehatan yang sesuai dengan standar nasional pendidikan tenaga kesehatan;
- bb) Memiliki program penelitian secara rutin;
- cc) Membuat pernyataan kesediaan menjadi Rumah Sakit Pendidikan dari pemilik rumah sakit; dan
- dd) Memenuhi standar Rumah Sakit Pendidikan.

e. Standar

Standar Rumah Sakit Pendidikan meliputi standar:

- 2) Visi, misi, dan komitmen rumah sakit di bidang pendidikan
- 3) Manajemen dan administrasi pendidikan;
- 4) Sumber daya manusia yang akan bekerja;
- 5) Sarana penunjang pendidikan yang memadai
- 6) Perancangan, perencanaan serta pelaksanaan program pendidikan klinik yang berkualitas bagi peserta didik

BAB III

INDIVIDU, TIM DAN ORGANISASI SEBAGAI FAKTOR UTAMA PELAKSANAAN INTERPROFESSIONAL COLLABORATION

Kesalahan yang terjadi di pelayanan kesehatan diakibatkan oleh buruknya komunikasi dan kurangnya pemahaman anggota tim adalah sebanyak 70-80%. Kolaborasi tim yang baik dapat mengurangi masalah *patient safety* (Vermeir *et al.*, 2015). Dibeberapa rumah sakit besar di wilayah Indonesia belum terlihat adanya kolaborasi tim yang setara dan kemitraan masih sekedar dan hanya sebanyak 15% responden beranggapan kualitas *patient safety* berdasarkan pelayanan dan komunikasi petugas kesehatan dinilai baik berdasar penelitian yang dilakukan di 40 rumah sakit di Indonesia. Hal ini dapat terlihat dari tingginya jumlah medication error di Indonesia, seperti penelitian yang dilakukan di Jogjakarta terdapat 226 kasus medication error dalam dua bulan (Citraningtyas, Angkoauwa and Maalangen, 2020). Tingginya kesalahan dalam pembuatan resep di Indonesia (sebanyak 98,69%) kesalahan penulisan copy resep, kejadian lupa memberikan obat kepada pasien, kesalahan etiket/label, kejadian salah peracikan, kesalahan membaca resep LASA, kesalahan jumlah obat yang diberikan, kesalahan pemberian bentuk sediaan.(Megawati, Suwantara and Cahyaningsih, 2021)

Kejadian malapraktik dari tahun 2006 sampai 2015, berjumlah 317 kasus yang dilaporkan ke Konsil Kedokteran Indonesia (KKI). Penelitian lain menunjukkan belum terlaksana kolaborasi antar tenaga kesehatan serta masih melekatnya *stereotyping* kolaborasi secara tradisional dimana masih banyak yang beranggapan bahwa dokter adalah *leader* dan *decision making* atau pelaksana adalah profesi perawat, profesi bidan, dan profesi farmasi dan masih kurangnya komunikasi antarprofesi. WHO (2010) telah merilis *patient safety* dengan strategi *Interprofessional collaboration* (IPC) untuk menekan insiden yang merugikan pasien. WHO meminta tenaga kesehatan profesional untuk bekerja sama dalam IPC untuk meningkatkan pelayanan kesehatan bagi pasien. IPC yang tidak baik akan memberikan dampak yang tidak baik pula bagi pihak Rumah Sakit, staf, dan pasien serta keluarganya sebagai penerima pelayanan, juga akan

semakin meningkatnya ketidakpuasan hingga maraknya tuntutan pasien atau keluarga pasien. Maraknya kejadian buruk yang terjadi dalam tataran praktik kolaboratif pada umumnya disebabkan karena kegagalan dalam mengkomunikasikan informasi-informasi krusial antar tenaga kesehatan terutama dokter dan perawat (WHO, 2015b)

WHO mengakui kolaborasi interprofesional sebagai sebuah strategi inovatif saat mengatasi krisis profesional kesehatan. Praktiknya, kolaborasi interprofesional bukan tanpa kendala. Belum efektifnya kolaborasi interprofesional dilaporkan masih terjadi diberbagai fasilitas pelayanan kesehatan. Perbedaan status antarprofesi, Masih adanya komunikasi tidak efektif, stereotyping, adanya perasaan superior dan inferior, serta banyaknya tindakan yang bersifat instruksi dari profesi lain masih mendominasi praktik kolaborasi menjadi indikator belum terlaksananya kemitraan yang setara pada profesional kesehatan, sehingga perlunya kesepakatan (Fitriyani, 2016).

Unsur praktik kolaboratif meliputi tanggung jawab, akuntabilitas, koordinasi, komunikasi, kerjasama, ketegasan, otonomi, saling percaya, dan rasa hormat (Sullivan *et al.*, 2015). Faktor utama yang menghambat pelaksanaan kolaborasi interprofesi adalah karena buruknya komunikasi antarprofesi (Utami, 2018). Komunikasi yang gagal diantara anggota tim merupakan kejadian terbanyak dalam kematian yang tidak diinginkan dalam area perawatan kesehatan (Van Dongen *et al.*, 2016). Perawat dilevel manapun termasuk dalam perawat dilevel klinik harus mampu untuk melaksanakan kolaborasi secara efektif dan efisien dengan tim kesehatan lain untuk meningkatkan keamanan dan juga peningkatan pelayanan pasien (Penney, 2015)

Kolaborasi seyogyanya berjalan dengan baik apabila setiap anggota tim saling menghargai dan memahami peran, tugas dan tanggung jawab masing-masing profesi yang ada, memiliki tujuan yang sama, mengakui keahlian masing-masing profesi kesehatan, saling bertukar informasi dengan terbuka, memiliki kemampuan untuk mengelola, merencanakan dan melaksanakan tugas baik secara person maupun bersama dalam kelompok atau tim (Rosen *et al.*, 2018). Kolaborasi perawat dengan dokter serta tenaga kesehatan yang lain merupakan suatu

interaksi yang bertautan antara semua kelompok profesional yang berbeda. Praktik kolaborasi perawat dengan dokter dan tenaga kesehatan yang lain dapat berjalan dengan baik apabila dari kedua profesi saling mendukung, menghormati dan menghargai satu dengan yang lain. Kerjasama tim tercipta jika semua profesi saling mengerti dan memahami tugasnya satu sama lain. Pengalaman belajar bersama antar tenaga kesehatan pada tahap awal akan membantu memudahkan dalam melakukan praktik kolaborasi untuk perawatan kesehatan pada masa yang akan datang demi peningkatan mutu pelayanan. Kepedulian terhadap penyembuhan pasien akan memotivasi semua tenaga professional kesehatan untuk ikut berpartisipasi dalam pengambilan keputusan terhadap perawatan pasien sehingga nantinya praktik kolaborasi dapat berjalan dengan baik dan bermutu (Golom and Schreck, 2018)

Praktik kolaborasi dapat berjalan dengan baik ketika peran masing-masing profesi saling melengkapi tidak terdapat tumpang tindih antara peran perawat dengan peran dokter. Pemecahan masalah terkait tumpang tindih peran antara perawat dan dokter dapat diatasi dengan belajar pada profesi masing-masing. Dampak positif dengan belajar tentang peran, tugas dan tanggung jawab dari profesi mereka, maka anggota tim tentu maksimal memahami antara satu profesi dengan profesi lain, sehingga nantinya akan tercipta kerja sama yang baik dalam perawatan pasien dan keluarganya. Berbagai riset menunjukkan bahwa tim pelayanan kesehatan dengan tingkat konflik yang tinggi akan memiliki tingkat pergantian, dan stresor staf serta ketidakpuasan kerja yang tinggi, serta memiliki produktivitas yang rendah dibandingkan dengan tim pelayanan kesehatan yang memiliki frekuensi konflik yang rendah. Konflik dalam organisasi perawatan kesehatan muncul dalam berbagai bentuk meliputi konflik peran, konflik komunikasi, konflik sasaran, konflik kepribadian serta konflik nilai dalam organisasi tersebut. Bentuk konflik ini erat kaitannya dengan kontrol emosi dan hubungan antar anggota tim pada suatu organisasi (Yusra, Findyartini and Soemantri, 2019)

Relasi yang terjalin antar anggota tim tenaga kesehatan berperan penting dalam penyebab dan penyelesaian konflik yang efektif.

Hubungan adalah sumber utama kesenangan dan memberikan pertahanan melawan stres dan karena kebaikan hubungan, individu menerima bantuan aktif untuk tugas-tugas sulit dan tantangan dalam pekerjaan, dukungan emosional dalam kehidupan sehari-hari mereka, dan persahabatan dalam kegiatan bersama. Di sisi lain jika tidak ada hubungan yang jelas, akan timbul konflik dan hasilnya akan menyebabkan lingkungan kerja menjadi tidak efektif (Shah, 2017). Untuk mengenali tantangan terkait dengan konflik yang dihadapi oleh perawat profesional, dan bahwa konflik interpersonal adalah tipe yang paling sering dialami di tempat kerja.

Interprofesional Collaboration menurut *Institute of Medicine (IOM)* memiliki peranan utama dalam perbaikan sistem organisasi yaitu tim bekerjasama efektif dalam memberikan pelayanan berfokus pada pasien, karena lebih aman, efektif, dan efisien. Untuk memecahkan masalah pasien, seluruh profesi dalam tim harus terlibat dan bekerja bersama, merupakan hakikat teamwork. Individu harus saling menghormati satu sama lain dan menghormati antar profesi serta bersedia untuk bekerja sama, maka kompetensi ini dapat tercapai. Bekerja sama sebagai tim mendorong petugas kesehatan untuk belajar tentang peran dan tanggung jawab satu sama lain, berbagi pengetahuan, dan bekerja menuju tujuan bersama (Brandt, 2015).

1. Faktor Individu

a) Definisi

- 1) Faktor individu adalah minat, sikap dan kebutuhan yang dibawa seseorang didalam situasi kerja. Karakteristik individu adalah orang yang memandang berbagai hal secara berbeda akan berperilaku secara berbeda, orang yang memiliki sikap yang berbeda akan memberikan respon yang berbeda terhadap perintah, orang yang memiliki kepribadian yang berbeda berinteraksi dengan cara yang berbeda dengan atasan, rekan kerja dan bawahan. Setiap individu memiliki ciri dan sifat atau karakteristik bawaan (heredity) dan karakteristik yang memperoleh dari pengaruh lingkungan (Bleidorn, Kandler and Caspi, 2014)
- 2) Karakteristik bawaan merupakan karakteristik keturunan yang dimiliki sejak lahir, baik yang menyangkut faktor biologis maupun faktor sosial psikologis. Karakteristik individu adalah perilaku atau karakter yang ada pada diri seorang individu baik yang bersifat positif maupun negative. Karakteristik individu adalah ciri-ciri khusus, sifat-

sifat kejiwaan, akhlak atau budi pekerti yang dimiliki seseorang yang membedakannya dengan orang lain. Karakteristik individu merupakan sifat pembawaan seseorang yang dapat diubah dengan lingkungan atau pendidikan (Bleidorn, Kandler and Caspi, 2014)

b) Karakteristik Faktor Individu

a. Isolasi

Isolasi adalah sebagai ketidaksediaan tenaga kesehatan dalam berbagi *pendapat*, mendiskusikan praktik baru dan menghormati satu sama lain. *Their internal procedures and systems have usually been developed in isolation*. Isolasi merupakan aktivitas dimana pelaksanaan prosedur dan system dalam profesi kesehatan dilakukan terpisah dengan profesi lain (Leathard, 2013).

Mempertimbangkan tujuan dan hasil kerja secara bersama merupakan persyaratan mutlak dalam mencapai kolaborasi yang baik antar tenaga professional kesehatan. Layanan harus dilakukan secara komprehensif dan disatukan pada tingkat strategis. Perencanaan dalam implementasi IPC harus mempertimbangkan:

- 1) Koordinasi
- 2) Kolaborasi
- 3) Tingkat dan keseimbangan sumber daya,
- 4) Prioritasnya sumber daya yang tersedia

Kenyataannya individu dan kelompok sering bekerja dalam isolasi atau informasi tentang berbagai hal mengenai pasien tidak dibagikan kepada tenaga kesehatan lain, untuk itu maka harus dikembangkan sikap saling kepercayaan dalam proses pemberian layanan kesehatan secara terintegrasi, untuk mencapai kolaborasi yang baik.

Lebih jauh lagi, di mana kesehatan mental dan organisasi layanan sosial gagal membangun kemitraan bersama yang efektif, atau jika ada inspeksi atau tinjauan bersama menunjukkan bahwa layanan gagal, pemerintah dapat mengambil kekuasaan untuk membangun pengaturan layanan terintegrasi melalui inovasi perawatan baru. Perubahan ini akan menghilangkan hambatan kelembagaan yang sudah ketinggalan zaman antara layanan kesehatan dan layanan sosial yang telah mencegah orang mendapatkan perawatan yang mereka butuhkan dan saat mereka membutuhkannya. Namun, manajemen dan kontrol atas beragam organisasi kesehatan menjadi sulit karena organisasi tidak terbiasa bekerja sama dalam cara yang terkoordinasi.

Organisasi-organisasi ini telah mengembangkan dan mempertahankan kebijakan dan prosedur itu melayani budaya dan kepentingan mereka sendiri. Prosedur dan sistem internal mereka biasanya dikembangkan secara terpisah (isolasi).

Penelitian lain menunjukkan bahwa koordinasi tersebut dicapai dalam Pendekatan Perencanaan Perawatan sangat tamal sulam. Beberapa alasan terkait dengan tidak memadainya koordinasi dan integrasi layanan kesehatan, evaluasi Pendekatan Perencanaan Perawatan yang digunakan mungkin mendapat manfaat dari analisis berikut: untuk menguji sejauh mana organisasi masing-masing diselaraskan dengan kebutuhan pengguna, pengasuh, dan profesional yang terlibat, kemampuan organisasi untuk membahas konsep pengguna terlebih dahulu dan untuk mematuhi tujuan organisasi serta kemampuan untuk bisa bekerjasama dengan kata lain bahwa:

1. Prosedur dan sistem internal pelayanan kesehatan dan sosial telah dikembangkan secara terpisah, tetap ada kebutuhan untuk organisasi yang terlibat menunjukkan bukti penyelarasan prosedural.
2. Perbedaan budaya antara organisasi dalam prosedur,
3. Praktik dan administrasi bersama dengan sistem teknologi informasi yang digunakan.

Kesimpulannya adalah bahwa latar belakang yang menyebabkan tidak terintegrasinya layanan kesehatan jika prosedur dan sistem internal dikembangkan secara terpisah (Leathard, 2013)

b. Komunikasi

Komunikasi adalah keterampilan klinis mendasar yang harus dilakukan secara kompeten dan efisien untuk memfasilitasi pembentukan hubungan kepercayaan antara staf medis dan pasien (Chichirez dan Purcare, 2018). Untuk melakukan kolaborasi yang baik dibutuhkan komunikasi secara efektif dengan tim kesehatan lain, pengembangan hubungan dokter-pasien, yang memfasilitasi berbagi informasi, kepatuhan dengan pengobatan dan kepuasan pasien secara keseluruhan (Ross, Jennings, Gosling, dan Williams, 2018), sehingga dapat melakukan tindakan pelayanan kesehatan yang aman dan efektif. Hal ini juga diatur dalam Permenkes 1691/MENKES/PER/VIII/2011 yang menyebutkan bahwa salah satu dari sasaran keselamatan pasien adalah komunikasi yang efektif. Melalui kerjasama yang baik antarprofesi kesehatan dalam pelayanan

kesehatan, maka pasien akan ditangani secara holistik sehingga outcome perawatan dan kepuasan pasien akan meningkat.

Komunikasi adalah suatu proses pertukaran informasi individual antara tenaga kesehatan agar terjalin kerjasama dan kolaborasi terkait pelaksanaan *interprofessional collaboration* di rumah sakit. Daniel Vardiansyah menyebutkan “Komunikasi adalah suatu proses melalui mana seseorang (komunikator) menyampaikan stimulus (biasanya dalam bentuk kata-kata) dengan tujuan mengubah atau membentuk perilaku orang lainnya (khalayak)”. Komunikasi merupakan suatu kemampuan yang memungkinkan individu berhubungan dengan orang lain, dalam komunikasi terjadi proses penyampaian suatu pesan oleh seseorang kepada orang lain untuk memberikan informasi baik langsung secara lisan maupun non lisan. Komunikasi dapat berfungsi sebagai *public information*, *public education*, *public persuasion* dan sebagai *public entertainment* (Removed, Request and Publisher, 2016)

Komunikasi bisa dikatakan berhasil jika pengirim pesan mendapatkan feedback atau timbal-balik dari lawan bicara atau penerima pesan. Timbal balik dalam komunikasi dapat diklasifikasikan menjadi 5 hal (Fewster-Thuente and Batterson, 2018) yaitu;

- 1) Evaluasi yaitu terdapat respon dengan melakukan penilaian tentang isi pembicaraan dapat berupa kritikan maupun sanggahan
- 2) Interpretasi yaitu penerima pesan cenderung lebih mengamati pernyataan dan kemudian memberikan respon dengan meninterpretasikan pesan menurut versinya,
- 3) Dukungan yang nampak dari sorot mata, gerak tubuh dan ucapan dari penerima pesan,
- 4) Tambahan informasi
- 5) Pengertian yang berujung pada kesimpulan.

c. Gaya Kepribadian

Gaya kepribadian adalah perilaku yang ditampakkan oleh terkait apa, mengapa dan bagaimana seorang tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugas dan tanggungjawabnya di rumah sakit. Kepribadian menurut GW. Allport adalah suatu organisasi yang dinamis dari sistem psikofisis individu yang menentukan tingkah laku dan pemikiran individu secara khas. Kepribadian juga merupakan jumlah total kecenderungan bawaan atau hereditas dengan berbagai pengaruh dari lingkungan serta pendidikan, yang membentuk kondisi kejiwaan seseorang dan

mempengaruhi sikapnya terhadap kehidupan (Archie B. Carroll; Ann K. Buchholtz;, 2015)

Istilah kepribadian atau personality berasal dari kata “persona” yang berarti topeng atau kedok, yang maksudnya untuk menggambarkan perilaku, watak, atau pribadi seseorang. Menurut Agus Sujanto, menyatakan bahwa kepribadian adalah suatu totalitas psikofisis yang kompleks dari individu, sehingga nampak dalam tingkah lakunya yang unik. Personality sebagai susunan sistem-sistem psikofisik yang dinamis dalam diri individu, yang menentukan penyesuaian yang unik terhadap lingkungan. Sistem psikofisik yang dimaksud Allport meliputi

- a) Kebiasaan
- b) Sikap
- c) Nilai
- d) Keyakinan
- e) Keadaan emosional
- f) Perasaan
- g) Motif yang bersifat psikologis tetapi mempunyai dasar fisik dalam kelenjar, saraf, dan keadaan fisik anak secara umum.

Kepribadian mengandung pengertian yang sangat kompleks, sehingga dalam kenyataannya tidak ada definisi yang digunakan secara konsisten oleh semua orang. Kepribadian itu mencakup berbagai aspek dan sifat-sifat fisis maupun psikis dari seorang individu. (Archie B. Carroll; Ann K. Buchholtz;, 2015)

Kepribadian adalah faktor internal dari individu yang akan berpengaruh terhadap bentuk perilaku seseorang ketika berhadapan dengan berbagai situasi dan kondisi. Seorang Psikolog dari Amerika melakukan penelitian terhadap berbagai gaya perilaku manusia dengan menggunakan kerangka pikir Jung. Jung mengembangkan tipologi kepribadian ekstrovert dan introvert, yang mana keduanya mengandung aspek sense dan intuition serta thingking dan feeling.

Berdasarkan teori kepribadian sebelumnya, ditemukan empat elemen kepribadian manusia (Bale, 2020) yaitu:

a. Dominan (*Dominance*)

Orang-orang yang memiliki sikap dominan, cenderung mengutarakan segala hal secara langsung, memiliki pengaruh yang kuat untuk menentukan sesuatu. Tidak hanya itu, mereka memiliki kekuatan ego yang tinggi. Meskipun begitu, mereka adalah pemecah masalah yang ulung, berani mengambil risiko, dan pemula yang mandiri.

Nilai yang dibawa untuk tim yaitu bahwa orang yang dominan adalah seseorang yang dapat mengambil kesimpulan dari segala hal, mereka sangat menghargai segala yang selesai dengan tepat waktu, menantang status quo dan orang-orang yang sangat berinovatif. Kemungkinan kelemahan setiap manusia pasti memiliki kekurangan, tidak terkecuali orang-orang yang bersifat dominan ini. Mereka memiliki sikap yang terlalu sering berargumentasi, terlalu melebihi otoritas yang mereka miliki, sangat tidak menyukai rutinitas, dan terlalu menyusahkan diri dengan melakukan banyak hal secara sekaligus.

Ketakutan terbesar pada gaya kepribadian ini sangat takut untuk dimanfaatkan. Hal yang dapat memotivasi para dominan sangat termotivasi oleh tantangan baru, sangat suka menghadapi sesuatu yang terdiri dari kekuasaan dan wewenang untuk mengambil risiko, serta membuat keputusan. Orang-orang dominan sangat menyukai peranan dalam menyelesaikan masalah, menaklukkan situasi yang menantang, memberikan sebuah dampak dan mereka sangat suka dengan cara kerja yang memiliki kecepatan tinggi dengan fokus pada hasil yang cepat dan tindakan secara langsung.

b. Memiliki pengaruh yang tinggi (*Influence*),

Tipe *Influencing* ini senang berteman, suka menghibur orang lain dan bersifat sosial. Dalam penyelesaian masalah atau mengerjakan sesuatu, tipe ini banyak mengandalkan keterampilan sosial. Orang yang bersifat interpersonal ini senang berpartisipasi dalam kelompok dan suka bekerja sama dengan yang lain. Keterbukaan sikap membuat orang lain memandang dirinya sebagai pribadi yang gampang bergaul dan ramah. Biasanya pribadi seperti ini memiliki banyak teman, tipe ini adalah tipe orang yang emosional karena mereka mudah mengungkapkan emosi kepada orang lain. Emosional disini bukan mudah marah, tetapi mudah mengungkapkan isi hatinya. Mereka lebih merasa lebih nyaman berurusan dengan emosi daripada hal lain. Orang-orang yang berkepribadian *influence (I)* atau yang biasa dikenal sebagai seorang yang berpengaruh, biasanya memiliki karakteristik umum seperti, antusias, memiliki kepercayaan diri yang tinggi, selalu optimis, banyak bicara, impulsif, emosional dan persuasif atau mudah mempengaruhi orang lain.

Nilai yang dibawa untuk tim biasanya sangat handal dalam memecahkan masalah, selalu memberi semangat yang besar kepada orang-orang di sekitarnya, memotivasi orang lain untuk mencapai tujuan,

memiliki humor yang positif dan baik, hebat dalam bernegosiasi terutama saat terjadi konflik, sehingga mereka berperan aktif dalam menciptakan perdamaian.

Kekurangan dari tipe ini, mereka adalah orang-orang yang lebih mementingkan popularitas daripada hasil yang nyata, tidak suka memperhatikan segala sesuatu secara detail, ekspresif (gerakan tubuh dan ekspresi wajah yang diberikan sangat berlebihan) dan cenderung ingin mendengarkan sesuatu yang membuat mereka nyaman dan bahagia. Apabila yang didengarkan hal negatif bagi mereka, maka mereka akan mengabaikannya begitu saja. Ketakutan akan penolakankarena mereka menganggap semua orang akan menerima dan menyukai mereka.

Para Influencer akan sangat termotivasi jika ada yang memuji dan menyanjung diri mereka, popularitas dan sebuah penerimaan adalah harta karun yang berharga bagi para influencer. Mereka cenderung menyukai lingkungan yang ramah, bebas dari aturan dan regulasi yang menyesakkan serta mempersilahkan orang lain untuk memperhatikan sesuatu secara rinci.

c. Stabil (*Steadiness*)

Tipe ini adalah orang yang berkeras hati, gigih, dan sabar mendekati dan menjalani kehidupan dengan memanfaatkan standar yang terukur dan stabil. Umumnya tidak begitu suka kejutan, pribadi steadiness ini tidak banyak menuntut dan bersifat akomodatif. Sangat ramah dan memperlihatkan kesetiannya kepada orang yang ada disekitarnya. Sangat menghargai ketulusan, jujur dan mengatakan apa adanya dan berharap orang lain melakukan hal yang sama. Orang lain memandang sebagai orang yang tenang, berhati-hati dan konsisten dalam cara menjalani kehidupan. Memiliki tingkat ketabahan yang luar biasa, dapat mempertahankan fokus dan kepentingan dalam jangka waktu yang lama dibandingkan orang lain yang mampu melakukan.

Tipe ini yang memiliki kepribadian ini adalah seorang pendengar yang baik, pemain tim yang unggul, seorang yang posesif dan menenangkan. Mudah untuk ditebak dan sangat ramah serta selalu berusaha memahami orang lain. Nilai atau kelebihan yang mereka miliki adalah dapat diandalkan, pekerja tim yang sangat setia, patuh terhadap pihak manajemen atau orang-orang yang memiliki otoritas, penyabar, memiliki empati tinggi dan sangat handal dalam mendamaikan konflik.

Kekurangan mereka sering menolak perubahan, sehingga membutuhkan waktu yang cukup lama untuk menyesuaikan diri dengan

lingkungan baru. Memiliki sifat pendendam, peka terhadap kritik dan kesulitan untuk menetapkan prioritas. Mereka takut kehilangan rasa aman. Hal yang dapat memotivasi yaitu sangat termotivasi oleh pengakuan untuk kesetiaan dan ketergantungan, sangat menyukai keselamatan dan keamanan. Jadi, dimana ada situasi yang aman, disanalah mereka akan bertahan lama, akan sangat termotivasi untuk berada di lingkungan yang tidak memiliki perubahan secara mendadak, baik dalam prosedur atau gaya hidup serta sangat menyukai hal-hal yang mudah untuk dikerjakan.

d. Patuh (*Compliance*).

Teliti, begitu sebutan untuk tipe orang ini. Tipe teliti ini sangat tertarik pada presisi (ketelitian dan kecermatan) dan juga dengan akurasi (kecepatan). Mereka menyukai segalanya serba teratur dan jelas. Dan mereka sangat fokus terhadap fakta, menginginkan adanya bukti. Orang tipe *compliance* ini sangat menghargai peraturan, mereka tidak suka melanggar peraturan. Dalam beraktivitas pun begitu, menggunakan sistematis dan aturan-aturan agar semuanya terkelola dengan baik. Mengatasi konflik secara tidak langsung. Dihadapan orang lain, mereka dipandang pasif dan selalu mengalah. Orang-orang yang sangat akurat dan seorang yang analitis sehingga mereka sangat cermat dan teliti, segalanya harus berdasarkan fakta dan tepat pada sasaran serta memiliki standar yang tinggi dan sangat sistematis.

Sikapnya yang sangat analitis, memiliki ketelitian yang sangat mendalam pada semua kegiatan. Suka mendefinisikan situasi, mengumpulkan data, mengkritik dan menguji kebenaran dari informasi-informasi yang didapatkan, kekurangannya adalah memerlukan batasan yang jelas dari setiap tindakan yang diperbuat, terlalu terikat oleh prosedur dan metode yang ada, sering mandek dalam hal-hal yang rinci, tidak suka mengungkapkan perasaan secara verbal, tidak suka berdebat. Hal paling ditakutkan oleh mereka adalah kritik, sangat termotivasi oleh standar kualitas yang tinggi, sangat menyukai interaksi sosial yang terbatas, mencintai tugas yang terperinci dan organisasi yang memiliki informasi-informasi yang logis.

d) Faktor Tim

Tim adalah sekumpulan individu yang berhubungan satu sama lain yang memiliki tujuan bersama dan adanya organisasi atau struktur diantara mereka. Struktur tim adalah pemanfaatan tim sebagai perangkat sentral untuk mengkoordinasikan kegiatan-kegiatan kerja. Karakteristik

utama struktur tim adalah bahwa struktur tim memusatkan pengambilan keputusan ke tingkat tim kerja. Struktur tim mengacu pada komposisi tim individual dari sebuah sistem multi tim. Struktur tim merupakan bagian integral dari proses teamwork (Patrick, 2017)

Tim perawatan pasien jika terstruktur dengan baik akan menghasilkan kerjasama yang efektif. Tim berbeda dari kelompok, sebuah kelompok dapat mencapai tujuannya melalui kontribusi individu secara independen dan koordinasi tugas antar individu tidak diperlukan. Sedangkan, sebuah tim terdiri dari dua atau lebih orang yang berinteraksi secara dinamis, interdependen dan mengacu pada tujuan yang sama serta dalam tim memiliki peran atau fungsi tertentu. (Brock *et al.*, 2013).

a. Kerjasama

Kerjasama adalah pengelompokan yang terjadi di antara makhlukmahluk hidup yang kita kenal. Kerja sama atau belajar bersama adalah proses beregu (berkelompok) di mana anggota-anggotanya mendukung dan saling mengandalkan untuk mencapai suatu hasil mufakat. Ruang kelas suatu tempat yang sangat baik untuk membangun kemampuan kelompok (tim), yang anda butuhkan kemudian di dalam kehidupan. (Thomas and Johnson, 2014)

Kerjasama adalah kegiatan atau usaha yang dilakukan oleh beberapa orang (lembaga, pemerintah, dan sebagainya) untuk mencapai tujuan bersama. *Teamwork* merupakan seperangkat nilai yang mendorong perilaku seperti mendengarkan dan konstruktif menanggapi sudut pandang diungkapkan oleh orang lain, memberi orang lain manfaat dari keraguan, memberikan dukungan kepada mereka yang membutuhkannya, dan mengakui kepentingan dan prestasi orang lain. Penelitian di universitas Aston di Inggris menjelaskan tiga kondisi yang diperlukan untuk teamwork: (16)

- a. Memiliki tujuan yang jelas yang diketahui semua anggota
 - b. Anggota tim bekerja sama untuk mencapai tujuan tersebut
 - c. Ada pertemuan rutin untuk meninjau efektivitas tim dan mendiskusikan bagaimana hal itu dapat ditingkatkan.
- b. Komunikasi

Komunikasi tim adalah pembagian informasi antar anggota tim untuk mencapai pemahaman bersama. Pertemuan terjadwal yang dilakukan antar anggota tim produksi untuk mendiskusikan kemajuan tim dan memastikan anggota berkomunikasi dan kebergantungan dalam bekerja untuk mencapai tujuan. Komunikasi merupakan suatu

kemampuan yang memungkinkan individu berhubungan dengan orang lain, dalam komunikasi terjadi proses penyampaian suatu pesan oleh seseorang kepada orang lain untuk memberikan informasi baik langsung secara lisan maupun non lisan. Komunikasi dapat berfungsi sebagai *public information, public education, public persuasion* dan sebagai *public entertainment* (Kauffeld and Lehmann-Willenbrock, 2015)

Komunikasi bisa dikatakan berhasil jika pengirim pesan mendapatkan feedback atau timbal-balik dari lawan bicara atau penerima pesan. Timbal balik dalam komunikasi dapat diklasifikasikan menjadi 5 hal yaitu; 1) Evaluasi yaitu terdapat respon dengan melakukan penilaian tentang isi pembicaraan dapat berupa kritikan maupun sanggahan, 2) Interpretasi yaitu penerima pesan cenderung lebih mengamati pernyataan dan kemudian memberikan respon dengan meninterpretasikan pesan menurut versinya, 3) Dukungan yang nampak dari sorot mata, gerak tubuh dan ucapan dari penerima pesan, 4) Tambahan informasi dan 5) Pengertian yang berujung pada kesimpulan (Kauffeld and Lehmann-Willenbrock, 2015)

c. Dukungan sosial

Dukungan sosial adalah informasi atau umpan balik dari orang lain yang menunjukkan bahwa seseorang dicintai dan diperhatikan, dihargai dan dihormati, dan dilibatkan dalam jaringan komunikasi dan kewajiban yang timbal balik. (Laura, 2012)

Mutual support merupakan hal yang penting dalam kerjasama tim. Dukungan timbal balik yang melibatkan anggota tim dapat membantu satu sama lain dengan memberikan dan menerima dukungan, menggerakkan perilaku asertif dan advokasi saat keselamatan pasien terancam, contohnya di lingkungan perawatan kesehatan, ada satu anggota tim yang bekerja memiliki kelebihan beban dapat berakibat fatal baik bagi pasien maupun pada petugas kesehatan itu sendiri. Dukungan kelompok dapat membantu mencegah kesalahan yang akan terjadi, meningkatkan efektivitas, dan meminimalkan ketegangan yang disebabkan oleh beban kerja yang berlebihan. Dukungan kelompok dapat menimbulkan kemampuan adaptasi tim, kepercayaan, dan orientasi tim (Men, n.d. 2012)

Dukungan kelompok dalam kerjasama interprofesi mampu memberikan dukungan dalam menyelesaikan masalah yang ada. Dukungan yang diberikan dapat mengarahkan kelompok sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai oleh tim. Dukungan kelompok terdiri dari;

antar anggota tim memberikan dukungannya terkait tugas, pemberian advokasi pada pasien, anggota tim asertif, mampu mengkomunikasikan apa yang diinginkan, dirasakan, dan dipikirkan kepada tim lain atau pasien namun dengan tetap menjaga dan menghargai hak-hak serta perasaan pihak lain, dan kerjasama dengan anggota lain dan pasien (Shrader & Zoller, n.d.2012)

e) Faktor Organisasi

Faktor organisasi adalah hal (keadaan, peristiwa) yang ikut menyebabkan (mempengaruhi) terjadinya perpaduan secara sistematis daripada bagian-bagian yang saling ketergantungan atau berkaitan untuk membentuk suatu kesatuan yang bulat mengenai kewenangan, koordinasi dan pengawasan dalam usaha mencapai tujuan yang telah ditentukan.

Rumah sakit sebagai organisasi di Indonesia telah diatur dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia No 77 Tahun 2015, pengaturan pedoman organisasi Rumah Sakit bertujuan untuk mewujudkan organisasi Rumah Sakit yang efektif, efisien, dan akuntabel dalam rangka mencapai visi dan misi Rumah Sakit sesuai tata kelola perusahaan yang baik (*Good Corporate Governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*) (Perpres, 2015).

Organisasi Rumah Sakit disesuaikan dengan besarnya kegiatan dan beban kerja Rumah Sakit. Struktur organisasi Rumah Sakit harus membagi habis seluruh tugas dan fungsi Rumah Sakit. Setiap pimpinan organisasi di lingkungan Rumah Sakit wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, simplifikasi, sinkronisasi dan mekanisasi di dalam lingkungannya masing-masing serta dengan unit-unit lainnya. Organisasi Rumah Sakit paling sedikit terdiri atas:

- a. Kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit
- b. Unsur pelayanan medis
- c. Unsur keperawatan
- d. Unsur penunjang medis
- e. Unsur administrasi umum dan keuangan
- f. Komite medis
- g. Satuan pemeriksaan internal.

Unsur organisasi Rumah Sakit selain kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit dapat berupa direktorat, departemen, divisi, instalasi, unit kerja, komite dan/atau satuan sesuai dengan kebutuhan dan beban kerja Rumah Sakit. Unsur organisasi Rumah Sakit tersebut dapat

digabungkan sesuai kebutuhan, beban kerja, dan/atau klasifikasi Rumah Sakit (Perpres, 2015)

a. Lingkungan organisasi

Lingkungan organisasi adalah segala sesuatu yang berada di lingkungan yang dapat mempengaruhi baik secara langsung maupun tidak langsung seseorang atau sekelompok orang di dalam melaksanakan aktivitasnya.

Lingkungan organisasi adalah: “...sesuatu yang memberikan energi penyaluran dan penerimaan organisasi yang berada di sekitar organisasi dan memberikan pengaruh pada kelangsungan organisasi tersebut” (Masmuh, 2010).

Faktor lingkungan yang berpengaruh terhadap pelayanan rumah sakit teridentifikasi sebagai berikut (Pourmohammadi *et al.*, 2020):

- ee) Lingkungan mikro adalah resep berlebih, ketimpangan dalam distribusi layanan kesehatan, tingginya tuntutan masyarakat akan peningkatan kualitas layanan
- ff) Lingkungan makro terkait dengan perubahan pola penyakit, rumah sakit yang tidak tepat anggaran, sanksi ekonomi, korupsi pemerintah dan sentralisasi perawatan kesehatan.

b. Domain organisasi

Domain organisasi adalah kondisi dimana tenaga kesehatan memilih bidang tindakan sesuai dengan tanggungjawabnya, bagian dari lingkungan yang mereka pilih untuk menjadi tujuan bagi tugas dan tanggungjawab tersebut, jadi jika bagian itu berubah, mereka harus siap untuk mengalami perubahan dan masing-masing tenaga kesehatan memahami hukum dan peraturan dalam menjalankan tugas dan tanggungjawab tersebut.

Domain dalam pelaksanaan IPC mempunyai karakteristik:

- 1) Hukum dan peraturan secara relatif dipahami oleh para profesional di dalam kelompok interprofesional
 - 2) Mengetahui bidang tanggung jawab masing-masing
 - 3) Mengetahui bidang tanggung jawab para profesional lainnya
 - 4) Saling menyampaikan tentang bidang tanggung jawab masing-masing
- c. Tujuan organisasi

Tujuan organisasi adalah pedoman bagi landasan kegiatan pada manajemen rumah sakit serta sumber legitimasi yang membenarkan setiap kegiatan dan eksistensi rumah sakit.

Setiap orang memiliki kepentingan dan tujuan yang berbeda-beda, hal tersebut menjadi sebab adanya tujuan dalam organisasi, dengan menyatukan kepentingan dan tujuan yang berbeda-beda untuk menjadi kepentingan dan tujuan yang sama. Tujuan organisasi berpengaruh dalam mengembangkan organisasi baik dalam perekrutan anggota, dan pencapaian apa yang akan dilakukan dalam berjalannya organisasi tersebut. Tujuan-tujuan organisasi yaitu antara lain (Rahmadani, 2016):

- 1) Mengatasi terbatasnya kemampuan, kemandirian dan sumber daya yang dimilikinya dalam mencapai tujuan
- 2) Sebagai tempat mencapai tujuan dengan selektif dan efisien karena melakukan secara bersama-sama
- 3) Sebagai tempat mendapatkan jabatan dan pembagian kerja
- 4) Tempat mencari keuntungan bersama-sama
- 5) Sebagai tempat mengelola dalam lingkungan bersama-sama
- 6) Sebagai tempat mendapatkan penghargaan
- 7) Sebagai tempat dalam mendapatkan kekuasaan dan pengawasan
- 8) Sebagai tempat menambat pergaulan dan memanfaatkan waktu luang

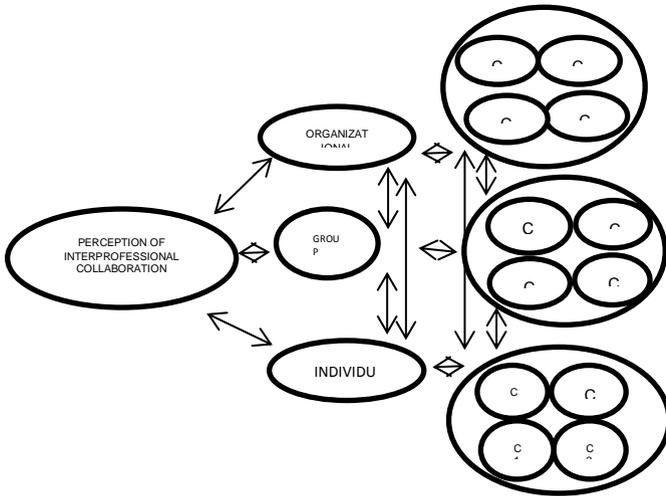
Tujuan organisasi dan karyawan sering kali seiring yaitu melakukan pekerjaan dengan baik dan naik pangkat. Langkah anggota organisasi berupa konsistensi mendukung tujuan organisasi yaitu meningkatkan produktivitas dan meningkatkan pendapatan. Tugas mewujudkan sasaran organisasi berada pada orang-orang di tingkat paling bawah dari organisasi. Struktur organisasi tidak boleh diabaikan karena para anggota posisi level bawahlah yang menentukan keberlangsungan dan tercapainya tujuan organisasi (Golom and Schreck, 2018).

Tujuan atau sasaran akhir organisasi umumnya diformulasikan secara lebih umum dan masih terkesan kurang jelas sedangkan sasaran atau target sebagai tujuan-tujuan kecil yang harus dicapai untuk menyelesaikan tujuan akhir secara bertahap lebih jelas dan dapat diukur keberhasilannya. Pada umumnya tujuan akhir organisasi tercantum dalam visi dan misi organisasi sedangkan sasaran atau tujuan tujuan kecil dibahas dalam rapat organisasi. Tujuan akhir dari sebagian besar orang adalah memperoleh penghasilan. Para anggota organisasi memiliki tujuan mengerjakan pekerjaan dengan baik, naik pangkat, berinteraksi dengan anggota organisasi lain dalam suasana yang menyenangkan atau menjalin hubungan persahabatan (Golom and Schreck, 2018).

BAB IV

MODEL PELAKSANAAN *INTERPROFESSIONAL COLLABORATION*

Pada bab ini akan dibahas mengenai pengembangan model pelaksanaan *interprofessional collaboration* pada rumah sakit, berdasarkan penelitian yang dilakukan pada tahun 2020 oleh penulis. Model teori utama yang digunakan pada penelitian ini adalah *Perception of Interprofessional Collaboration Model* (PINCOM), gambar model sebagai berikut:



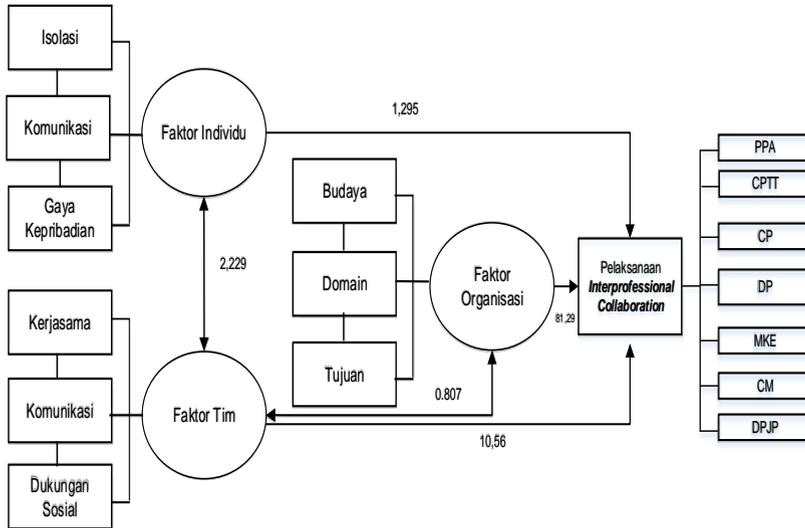
Gambar 4.1. *Perception of Interprofessional Collaboration Model*

Pada Gambar 4.1 tampak Model IPC yang ditemukan oleh Oedegard (2006), dimana dapat terlihat adanya 3 faktor yang saling berpengaruh antara satu faktor dan faktor lainnya yaitu:

- a. Faktor individu berpengaruh pada faktor persepsi IPC, faktor organisasi dan faktor tim. Faktor Individu dipengaruhi oleh subvariabel: *motivation, role expectancy, personality style, dan professional*

- b. Faktor tim berpengaruh terhadap persepsi IPC, faktor organisasi dan faktor individu. Faktor Tim, yang dipengaruhi oleh subvariabel: group leadership, coping mechanism, communication, dan social support
- c. Faktor organisasi berpengaruh terhadap persepsi individu dan faktor tim. Faktor Organisasi, yang dipengaruhi oleh: *organizational culture*, *organizational goal*, *organizational domain* dan *organizational environment*.

Berdasarkan model diatas maka dikembangkanlah Model IPC pada rumah sakit. Pengembangan model pada ini dibangun berdasarkan penggabungan model IPC sebelumnya (PINCOM) sehingga menghasilkan suatu model yang lebih komprehensif dan adaptif dapat digunakan pada rumah sakit. Pengembangan ini didasarkan pada Pengukuran pelaksanaan IPC sebagai variabel dependen pada penelitian ini mengacu pada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia sehingga secara tidak langsung mampu mengukur pelaksanaan nilai Akreditasi Rumah Sakit. Penulis menemukan bahwa data *fit* dengan model yang dibentuk sebelumnya. Perbedaan yang mendasar antara *Exploratory Factor Analysis* (EFA) dan *Confirmatory Factor Analysis* (CFA) yaitu pada CFA peneliti sudah memiliki asumsi awal bahwa indikator-indikator masuk ke dalam variabel laten tertentu. Di awal, peneliti telah mengembangkan model hipotesis berdasarkan kerangka teoritis atau penelitian sebelumnya yang dijadikan acuan. Uji hipotesis yang dilakukan dalam penelitian ini adalah CFA yang dilanjutkan dengan uji *Structural Equation Modeling* (SEM). Model yang dihasilkan berdasarkan hasil uji statistic dan uji SEM Nampak pada gambar berikut:



Gambar 4.3 New Model IPC pada Rumah Sakit Pendidikan

Berdasarkan model pengembangan IPC pada Rumah Sakit dapat dijelaskan bahwa pelaksanaan IPC sangat dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu:

1. Faktor individu yang terdiri dari isolasi, komunikasi individu dan gaya kepribadian;
2. Faktor tim yang terdiri dari kerjasama tim, komunikasi tim dan dukungan social;
3. Faktor organisasi yang terdiri dari budaya organisasi, domain organisasi dan tujuan organisasi.

Dari ketiga faktor ini, yang paling dominan pengaruhnya terhadap pelaksanaan IPC adalah faktor organisasi, kemudian faktor tim lalu faktor individu. Selain itu, faktor individu berpengaruh terhadap faktor tim dan begitu pula sebaliknya. Secara detail pada hasil uji kelayakan model juga terlihat adanya pengaruh indikator variabel independen terhadap indikator pelaksanaan IPC, yaitu komunikasi individu dan komunikasi kelompok berpengaruh langsung terhadap Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP).

Berbagai komponen yang disesuaikan adalah

1. Faktor individu dalam IPC meliputi isolasi, komunikasi, gaya kepribadian dan kekuatan profesi yang merupakan penggabungan dari indikator ICS dan PINCOM-Q Individu;
2. Faktor tim meliputi kemitraan, kerjasama, mekanisme koping, komunikasi dan dukungan sosial yang merupakan penggabungan dari indikator PINCOM-Q kelompok dan AITCS.

Pengembangan Model IPC pada rumah sakit diyakini telah memberi input bagi pengembangan selanjutnya, dan menggambarkan bahwa hubungan antar faktor-faktor pada model dapat diterima. Pengembangan model IPC pada Rumah Sakit ini dapat disebut sebagai model konseptual dan model teoritik. Adapun penjelasan terkait model yang terdapat pada gambar 4.10 adalah sebagai berikut:

- a. Faktor individu berpengaruh langsung terhadap pelaksanaan IPC dan faktor tim tetapi faktor individu tidak berpengaruh terhadap faktor organisasi

Model ini menunjukkan bahwa jika indikator-indikator pada faktor individu dapat ditingkatkan maka akan dapat berpengaruh positif terhadap pelaksanaan IPC. Faktor individu adalah minat, sikap dan kebutuhan yang dibawa seseorang didalam situasi kerja. Faktor individu yang dimaksud adalah aspek diri yang terdiri dari isolasi, komunikasi, dan gaya kepribadian yang dibawa oleh seorang tenaga kesehatan didalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Indikator yang dikaitkan dalam uji hipotesis faktor individu adalah penggabungan ICS dan PINCOM-Q yang telah memenuhi syarat uji validitas dengan jumlah item sebanyak 24 pernyataan dan membentuk 3 indikator.

Terdapat perbedaan yang signifikan untuk isolasi, akomodasi dan komunikasi antara dokter dan semua tenaga kesehatan lain dalam menggunakan skala kolaborasi interprofesional (Babur and Liaqat, 2017). Penelitian yang sejalan lainnya melaporkan bahwa kolaborasi para profesional kesehatan melaporkan tingkat komunikasi yang tinggi di antara tim, akomodasi juga tinggi, dan isolasi profesional yang rendah (Kimble and Brommelsiek, 2013). Konsep yang mendukung dicetuskan oleh Kenaszchuk et al (Kenzaszchuk *et al.*, 2010) telah menyusun faktor dalam skala kolaborasi interprofesional dan melabeli komunikasi, akomodasi dan Isolasi sebagai salah satu indikatornya.

Penulis berpendapat bahwa faktor individu merupakan faktor utama dalam terlaksananya IPC yang efektif. Hal tersebut dibuktikan dari hasil penelitian ini, faktor individu dan indikatornya yaitu: isolasi, komunikasi, dan gaya kepribadian berpengaruh secara simultan dan parsial terhadap pelaksanaan IPC. Indikator-indikator dalam faktor individu hendaknya dapat dimodifikasi dan diintervensi oleh pihak manajemen rumah sakit agar dapat meminimalisir hambatan-hambatan dalam pelaksanaan IPC. Intervensi yang dapat dilakukan oleh pihak rumah sakit antara lain dengan memberikan pelatihan-pelatihan yang dapat memperkuat terlaksananya IPC. Sejauh ini pelatihan-pelatihan mengenai IPC masih sangat rendah pelaksanaannya disemua rumah sakit.

IPC merupakan wadah kolaborasi yang efektif untuk meningkatkan pelayanan kesehatan kepada pasien dimana didalamnya terdapat profesi tenaga kesehatan yang saling bekerjasama meliputi dokter, perawat, farmasi, ahli gizi, dan fisioterapi (Health Professional Education Quality (HPEQ), 2011). Hambatan dalam kolaborasi antar petugas kesehatan terutama antara dokter dan perawat menjadi penyebab kejadian yang akan menimbulkan kerugian dan bahaya, bahkan dapat mengancam jiwa pasien. Hambatan dalam kolaborasi dapat menjadi penyebab utama terjadinya medical error, nursing error atau kejadian tidak diharapkan (KTD) (World Health Organization, 2010)

Model menjelaskan bahwa tidak terdapat pengaruh langsung faktor individu terhadap faktor organisasi, hal tersebut disebabkan karena penelitian ini berada pada analisis level individu yang banyak dipengaruhi oleh banyak faktor antara lain persepsi individu. Persepsi berarti analisis mengenai cara mengintegrasikan penerapan kita terhadap hal-hal di sekeliling individu dengan kesan-kesan atau konsep yang sudah ada, dan selanjutnya mengenali benda tersebut. Dari pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa pengertian persepsi merupakan suatu proses penginderaan, stimulus yang diterima oleh individu melalui alat indera yang kemudian diinterpretasikan sehingga individu dapat memahami dan mengerti tentang stimulus yang diterimanya tersebut. Proses menginterpretasikan stimulus ini biasanya dipengaruhi pula oleh pengalaman dan proses belajar individu.

- b. Faktor tim berpengaruh langsung terhadap pelaksanaan IPC, faktor tim berpengaruh terhadap faktor individu dan faktor tim berpengaruh terhadap faktor organisasi

Pada model nampak bahwa faktor tim berpengaruh langsung terhadap pelaksanaan IPC ini bermakna bahwa jika faktor tim baik akan memberikan efek yang baik yaitu terjadi peningkatan pelaksanaan IPC. Tim adalah sekumpulan individu yang berhubungan satu sama lain yang memiliki tujuan bersama dan adanya organisasi atau struktur diantara mereka (Zoltan, 2015). Faktor tim dalam penelitian ini yaitu hubungan dua atau lebih tenaga kesehatan dalam satu profesi yang bekerja secara ketergantungan untuk menyediakan pelayanan kepada pasien dirumah sakit pendidikan.

Pembentukan tim terjadi karena diasumsikan bahwa kerja tim dapat mengungguli kerja individu terkhusus dalam beberapa tugas perawatan yang cukup rumit (Holland, Gaston and Gomes, 2017). Elemen kunci kerja tim adalah adanya anggota yang dapat bekerjasama, adanya tugas yang saling bergantung, adanya tanggung jawab bersama untuk mencapai tujuan dan komitmen terhadap pendekatan bersama (Franklin *et al.*, 2015).

Berbagai hasil penelitian lainnya juga menemukan bahwa faktor tim erat kaitannya pelaksanaan IPC. Struktur tim, fasilitas tim dan proses tim menjadi faktor kunci yang berkontribusi pada kualitas kolaborasi interprofesional. Jumlah individu dalam tim yang terdiri dari keragaman profesi juga mempengaruhi pekerjaan interprofesional (Rousseau *et al.*, 2017). Stabilitas kelompok berkontribusi pada kerja tim yang efektif. IPC juga erat kaitannya dengan lama dan seringnya kontak antara tim perawatan primer dan sumber daya manusia lainnya karena berefek pada rasa saling menghargai sehingga perawatan kolaborasi menjadi lebih baik (Nadeau, Rousseau and Measham, 2012)

Hasil penelitian lain mengungkapkan bahwa pelayanan kesehatan melibatkan partisipasi pasien, keluarga, dan tim yang beragam yang terdiri dari berbagai profesi kesehatan. Keterlibatan semua anggota tim dalam kolaborasi dan koordinasi sangat penting untuk memberikan perawatan terbaik. Pendekatan untuk mengukur dan mempelajari kolaborasi dan bukti yang menunjukkan manfaat kolaborasi disajikan. Kegiatan kolaborasi sangat ditentukan oleh faktor struktural, psikologis, dan pendidikan (Morley & Cashell, 2017)

Model juga menjelaskan bahwa faktor tim berpengaruh terhadap faktor individu. Sistem pelayanan kesehatan dimasa depan tergantung pada bagaimana tenaga profesional kesehatan merumuskan kembali cara

untuk bekerjasama. Model multidisiplin tidak lagi dapat mendukung kebutuhan pasien akan pelayanan kesehatan yang semakin kompleks, karena tidak satupun profesi kesehatan yang mempunyai semua pengetahuan yang dibutuhkan oleh pasien secara utuh. Praktik interdisiplin atau IPC merupakan kerjasama kemitraan dalam tim kesehatan yang melibatkan profesi kesehatan dan pasien, melalui koordinasi dan kolaborasi untuk pengambilan keputusan bersama seputar masalah-masalah kesehatan. Pendekatan interdisiplin sangat bermanfaat untuk menjembatani tumpang tindihnya peran para praktisi kesehatan dalam menyelesaikan masalah pasien (Schot, Tummers and Noordegraaf, 2020).

Berbagai literature mengidentifikasi bahwa 70–80% kesalahan (error) dalam pelayanan kesehatan disebabkan oleh buruknya komunikasi dan pemahaman didalam tim, kerjasama tim yang baik dapat membantu mengurangi masalah patient safety. Tim pelayanan interdisiplin diperlukan untuk menyelesaikan masalah pasien yang kompleks, serta meningkatkan efisiensi dan kontinuitas asuhan pasien. Proses kerja sama interdisiplin akan berdampak positif mengurangi duplikasi dan meningkatkan kualitas asuhan pasien, melalui tugas dan tanggung jawab serta ketrampilan secara komplementer (Gilbert, Yan and Hoffman, 2010)

Tim pelayanan interdisiplin menekankan penggunaan pendekatan holistik, bekerja secara interdependen, menggunakan komunikasi secara efektif untuk memastikan bahwa berbagai kebutuhan pasien akan pelayanan kesehatan diperhatikan dan dilayani secara terintegrasi. Untuk model kolaborasi interprofesional seperti ini dibutuhkan tatanan dan kultur yang dapat mengakomodasi agar para profesional kesehatan dapat tumbuh dan belajar dalam situasi yang memungkinkan untuk saling percaya, berbagi peran secara kolaboratif dalam pengambilan keputusan, serta saling melibatkan pasien dan keluarganya.

Pengembangan Model Praktik Kolaborasi Interprofesional Pelayanan kesehatan (MPKIPK) merupakan tatanan pelayanan yang dirancang untuk menyelaraskan berbagai profesi yang terlibat (antara lain dokter, perawat, farmasi, dan gizi) dalam memberikan pelayanan kepada pasien yang menjalani hospitalisasi. Model ini salah satu pembanding dari hasil penelitian ini yang terdiri dari 4 komponen yaitu alur klinis pengelolaan pasien (integrated care pathway), pengelolaan pasien secara

tim, dokumentasi asuhan terpadu dan penyelesaian masalah bersama melalui diskusi kasus secara interprofesional (Susilaningih, 2011)

Teori lain mengatakan bahwa essensi dasar praktik interdisiplin diadopsi dari penggunaan informasi secara bersama (information sharing), perhatian terhadap tumpang tindihnya peran dan tanggung jawab (attention to overlapped responsibility), rentang kendali (sense of control) dan kepastian siapa melakukan apa (structuring intervention). Keempat key elements dari praktik interdisiplin ini diintegrasikan nilai-nilainya pada empat komponen model. Praktik interdisiplin dalam pelayanan kesehatan yang menekankan pentingnya kultur kolektif untuk mewujudkan iklim kemitraan (partnership) (Bauw, 2019)

Kohesifitas kelompok yang kuat akan mendukung fungsi dan performa kelompok dalam mencapai tujuan bersama. Kohesi adalah suatu tingkatan kebersamaan dari anggota kelompok sebagai satu kesatuan untuk mencapai tujuan bersama. Anggota kelompok dari suatu grup yang kohesif akan merasa sebagai bagian dari keutuhan, bukan hanya bagian dari sekumpulan orang. Dalam grup yang kohesif, keberadaan anggota direkatkan oleh suatu kultur kolektif, dimana mereka saling mendengar, saling percaya dan saling menghargai pandangan meskipun ada perbedaan pendapat. Produktifitas kelompok berhubungan erat dengan kohesifitas. Kohesifitas kelompok secara signifikan berkorelasi positif dengan performa kelompok secara keseluruhan. Kohesifitas tim diukur dari self assessment terhadap kecenderungan orientasi profesional kesehatan dalam bekerja secara interprofesional, apakah berorientasi pada kultur kolektif atau kultur individu. Kohesifitas tim terwujud bila secara kelompok, kultur kolektif lebih besar dari kultur individu (Shuangjie Ma & Stella Njera, 2016)

c. Faktor organisasi berpengaruh langsung terhadap pelaksanaan IPC dan Faktor tim, tetapi faktor organisasi tidak berpengaruh terhadap faktor individu.

Faktor organisasi adalah faktor yang paling kuat pengaruhnya terhadap pelaksanaan IPC karena dapat meningkatkan pelaksanaan IPC sebesar 81,92 kali. Sehingga hambatan dan tantangan utama dalam pelaksanaan IPC adalah kurangnya kesadaran organisasi akan nilai dan pentingnya IPC (Kaini, 2012; Van dongen et al, 2016).

Faktor Organisasi secara teori adalah hal (keadaan, peristiwa) yang ikut menyebabkan (mempengaruhi) terjadinya perpaduan secara sistematis daripada bagian-bagian yang saling ketergantungan/berkaitan untuk membentuk suatu kesatuan yang bulat mengenai kewenangan, koordinasi dan pengawasan dalam usaha mencapai tujuan yang telah ditentukan. Dalam penelitian ini, faktor organisasi didefinisikan sebagai semua kebijakan, kewenangan, koordinasi dan pengawasan lini organisasi di Rumah Sakiit Pendidikan dalam usaha mencapai pelaksanaan IPC yang efektif. Indikator yang dikaitkan dalam uji hipotesis faktor organisasi 4 indikator organisasi meliputi: 1) budaya organisasi 2) tujuan organisasi 3) domain organisasi dan 4) lingkungan organisasi.

Pengembangan model IPC pada penelitian ini menunjukkan terdapat pengaruh faktor organisasi terhadap faktor tim, beberapa temuan menjelaskan pentingnya faktor organisasi saat menjelaskan masalah tim. Para profesional di seluruh dunia telah setuju bahwa ada banyak potensi kesulitan dalam mencapai hubungan kerja yang efektif dari sebuah organisasi. Misalnya, perbedaan gaya manajemen mempengaruhi upaya untuk berkolaborasi antara layanan kesehatan dan sosial dan elemen persaingan yang tertanam dalam hubungan antara organisasi dan profesi (Rousseau *et al.*, 2017).

Faktor organisasi menjadi salah satu faktor pemicu terciptanya konektivitas, keselarasan dan kolaborasi dalam dan antara sektor pelayanan kesehatan. Sangat sedikit penelitian yang menyelidiki pengaruh organisasional dan interaksional pada kolaborasi antarprofesional dan menemukan rata-rata artikel yang lebih banyak menggunakan pendekatan konseptual dibandingkan pendekatan empiris (Karam *et al.*, 2018).

Gambar pada pengembangan Model IPC pada penelitian ini juga menjelaskan tidak terdapat pengaruh antara faktor organisasi terhadap faktor individu, hal tersebut bertentangan dengan temuan pada PINCOM dan teori organisasi dasar, yaitu terdapat pengaruh secara langsung faktor organisasi dengan faktor individu. Hal tersebut dapat disebabkan karena penelitian ini berada pada analisis level individu, sehingga penelitian ini tidak menjelaskan pengaruh faktor organisasi terhadap faktor individu. Hal ini dapat juga disebabkan karena adanya perbedaan karakteristik responden pada Negara berkembang dan Negara maju dan juga perbedaan terletak pada jumlah sampel pada penelitian sebelumnya yang lebih besar dari penelitian ini.

Organisasi pelayanan kesehatan di Indonesia dibentuk berdasarkan landasan hukum yang terdiri dari: UU No 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan, UU No 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, UU No 25 tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik. Organisasi dicirikan oleh keinginan untuk bekerja secara interprofesional, dengan demikian maka asumsi lain peneliti bahwa para pimpinan dirumah sakit pada lokasi penelitian cukup menyadari pentingnya sebuah kolaborasi, namun belum mampu menjelaskan wujud konkrit dari IPC itu sendiri, pemahaman yang baik mengenai IPC masih minim, dari temuan hasil wawancara pada penelitian ini hal tersebut antara lain dapat disebabkan latar belakang keilmuan para pimpinan rumah sakit sebagian bukan berasal dari bidang kesehatan, serta dipengaruhi pula oleh lama kerja dan pengalaman pada jabatan yang ditempatinya saat ini. Visi misi dan tujuan organisasi rumah sakit juga sangat menentukan komitmen para interprofesional yang terlibat dalam sebuah kolaborasi dalam menangani masalah kesehatan pasien.

Hasil penelitian lain sebagai pembanding pada penelitian ini menyebutkan bahwa model konseptual PINCOM-Q sebelumnya telah diuji pada para profesional dalam kolaborasi Coordination of Local Crime Preventive enterprises (CLCP) di Norwegia data diolah dengan menggunakan SEM melalui EFA, dan CFA (Strype *et al.*, 2014). Hasil penelitian menunjukkan ada 2 faktor IPC yang berpengaruh yaitu aspek kelompok (komunikasi kelompok yang mendukung, distribusi pengaruh kelompok yang sama) dan aspek individu. Hasil pada penelitian ini berbeda dengan temuan peneliti dimana pada penelitian ini ditemukan ada 3 faktor yang berpengaruh yaitu faktor individu, faktor tim dan faktor organisasi.

Kerangka konseptual terdiri dari pemikiran peneliti tentang identifikasi topik penelitian, masalah yang akan diselidiki, pertanyaan yang akan ditanyakan, literatur yang akan ditinjau, teori yang akan diterapkan, metodologi yang akan Anda gunakan, metode, prosedur dan instrumen, analisis data dan interpretasi temuan, rekomendasi dan kesimpulan yang akan Anda buat (Ravitch & Riggan, 2017).

Jadi, kerangka konseptualnya adalah yang logis konseptualisasi seluruh proyek penelitian seorang peneliti. Konseptualisasi yang logis berarti konseptual kerangka kerja adalah elemen metakognitif, reflektif dan operasional dari seluruh proses penelitian. Hal ini berarti bahwa

kerangka konseptual melibatkan pertimbangan tingkat tinggi dari pertanyaan dan / atau masalah tentang penelitian yang dilakukan oleh seorang peneliti.

Mayoritas rumah sakit di Indonesia belum menjalankan praktik IPC secara terstruktur hal tersebut disebabkan oleh beberapa hal antara lain belum terpapar secara konseptual tentang kolaborasi interprofesional, proses penyiapan, mekanisme implementasi dan belum adanya kajian awal atau data dasar tentang kesiapan faktor individu, faktor tim dan faktor organisasi Rumah Sakit. Di samping itu, diperlukan kajian dan data dasar mengenai penataan pengelolaan pasien secara terintegrasi melalui model IPC pada pelayanan kesehatan sehingga praktik kolaborasi dapat diinisiasi dengan tertata, potensi permasalahan terkait dengan proses implementasi dapat diantisipasi dan dikelola sehingga pelayanan kesehatan yang terintegrasi dan utuh dapat diwujudkan.

Penelitian yang dijalankan untuk mencapai tujuan utama, yaitu: praktisi dari berbagai disiplin kesehatan dan pengelola pelayanan pasien di rumah sakit memperoleh informasi tentang esensi praktik IPC perlu terus dikembangkan sehingga akan diperoleh Model IPC di rumah sakit serta diharapkan Rumah sakit mempunyai data awal tentang kecenderungan faktor yang berpengaruh terhadap pelaksanaan IPC (faktor individu, faktor tim dan faktor organisasi) sebagai basis tindak lanjut dalam pengembangan iklim IPC.

Teori adalah sekumpulan konstruk (konsep), definisi, dan proposisi yang saling terkait yang menyajikan pandangan sistematis fenomena dengan menentukan hubungan antar variabel, dengan tujuan menjelaskan dan memprediksi fenomena. Definisi ini menjelaskan tiga hal:

1. Teori adalah sekumpulan proposisi yang terdiri dari yang didefinisikan dan konstruksi yang saling terkait,
2. Teori menetapkan keterkaitan antara satu set variabel (konstruksi) dengan variabel lain, atau menyajikan pandangan sistematis dari fenomena yang dijelaskan oleh variabel, dan
3. Sebuah teori menjelaskan fenomena, menentukan variabel mana yang terkait dengan variabel mana dan bagaimana keterkaitan variabel-variabel tersebut, sehingga memungkinkan peneliti untuk memprediksi dari variabel tertentu ke variabel tertentu variabel lain (Kivunja, 2018)

Hal ini diperkuat oleh Glanz, (2017) yang menjelaskan bahwa teori, riset, dan praktik adalah bagian tak terpisahkan untuk memahami faktor penentu perilaku, menguji strategi untuk melakukan sebuah perubahan, dan menentukan intervensi yang efektif dari suatu fenomena. Ketiganya saling terkait erat dimana teori memungkinkan peneliti untuk menyebutkan apa yang peneliti amati, untuk memahami dan menjelaskan hubungan dan memahami interaksi manusia. Pemahaman yang baik akan meningkatkan pemahaman yang baik dilapangan dan memberikan dasar untuk pengembangan teori lebih lanjut dan riset selanjutnya (Glanz, 2017). Hal ini berarti bahwa dari model yang dihasilkan ini diharapkan pihak pimpinan organisasi, tim, dan individu tenaga kesehatan akan mampu memahami hal-hal yang harus dilakukan untuk meningkatkan pelaksanaan IPC dirumah sakit pendidikan serta menjadi dasar penelitian selanjutnya untuk menemukan model IPC yang bersifat case based yaitu berdasarkan kasus-kasus yang umum dijumpai dirumah sakit dan kasus-kasus dengan *cost* pembiayaan yang tinggi.

1. Pengaruh faktor individu (isolasi, komunikasi, dan gaya kepribadian) terhadap pelaksanaan *Interprofessional Collaboration* pada Rumah Sakit Pendidikan di Sulawesi Selatan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor individu berpengaruh secara simultan terhadap pelaksanaan IPC dengan. Indikator faktor individu yang berpengaruh signifikan terhadap pelaksanaan IPC adalah komunikasi, isolasi dan gaya kepribadian.

Pengembangan model IPC yang dihasilkan dari penelitian ini menjelaskan bahwa jika indikator-indikator pada faktor individu dapat ditingkatkan maka akan dapat berpengaruh positif terhadap pelaksanaan IPC. Faktor individu adalah minat, sikap dan kebutuhan yang dibawa seseorang didalam situasi kerja. Dalam penelitian ini faktor individu yang dimaksud adalah aspek diri yang terdiri dari isolasi, komunikasi, dan gaya kepribadian yang dibawa oleh seorang tenaga kesehatan didalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Indikator yang dikaitkan dalam uji hipotesis faktor individu adalah penggabungan ICS dan PINCOM-Q yang telah memenuhi syarat uji validitas dengan jumlah item sebanyak 24 pernyataan dan membentuk 3 indikator.

Hasil penelitian ini sejalan dengan temuan bahwa ada perbedaan yang signifikan untuk isolasi, akomodasi dan komunikasi antara dokter dan semua tenaga kesehatan lain dalam menggunakan skala kolaborasi

interprofesional (Babur and Liaqat, 2017). Penelitian yang sejalan lainnya melaporkan bahwa kolaborasi para profesional kesehatan melaporkan tingkat komunikasi yang tinggi di antara tim, akomodasi juga tinggi, dan isolasi profesional yang rendah (Kimble and Brommelsiek, 2013). Konsep yang mendukung dicetuskan oleh Kenaszchuk et al (Kenzaszchuk *et al.*, 2010) telah menyusun faktor dalam skala kolaborasi interprofesional dan melabeli komunikasi, akomodasi dan Isolasi sebagai salah satu indikatornya.

Faktor individu merupakan faktor utama dalam terlaksananya IPC yang efektif. Hal tersebut dibuktikan dari hasil temuan, faktor individu dan indikatornya yaitu: isolasi, komunikasi, dan gaya kepribadian berpengaruh terhadap pelaksanaan IPC. Indikator-indikator dalam faktor individu hendaknya dapat dimodifikasi dan diintervensi oleh pihak manajemen rumah sakit agar dapat meminimalisir hambatan-hambatan dalam pelaksanaan IPC. Intervensi yang dapat dilakukan oleh pihak rumah sakit antara lain dengan memberikan pelatihan-pelatihan yang dapat memperkuat terlaksananya IPC. Sejauh ini pelatihan-pelatihan mengenai IPC masih sangat rendah pelaksanaannya disemua rumah sakit.

IPC merupakan wadah kolaborasi yang efektif untuk meningkatkan pelayanan kesehatan kepada pasien dimana didalamnya terdapat profesi tenaga kesehatan yang saling bekerjasama meliputi dokter, perawat, farmasi, ahli gizi, dan fisioterapi (Health Professional Education Quality (HPEQ), 2011). Hambatan dalam kolaborasi antar petugas kesehatan terutama antara dokter dan perawat menjadi penyebab kejadian yang akan menimbulkan kerugian dan bahaya, bahkan dapat mengancam jiwa pasien. Hambatan dalam kolaborasi dapat menjadi penyebab utama terjadinya *medical error*, *nursing error* atau kejadian tidak diharapkan (KTD) (World Health Organization, 2010)

a. Isolasi

Isolasi berpengaruh signifikan terhadap pelaksanaan IPC dengan asumsi bahwa apabila isolasi menurun maka pelaksanaan IPC dapat ditingkatkan. Isolasi didefinisikan sebagai ketidaksediaan tenaga kesehatan dalam berbagi pendapat, mendiskusikan praktik baru dan menghormati satu sama lain.

Berdasarkan olah data dapat disimpulkan bahwa jika tenaga kesehatan mengisolasi diri dalam berinteraksi dengan profesi lain maka akan mengakibatkan terhambatnya proses pelaksanaan IPC. Hal ini

tergambar dari jawaban responden yang dominan menyatakan bahwa tenaga kesehatan lain tidak terbiasa meminta pendapat pasien dan profesi lain (57%) sedangkan jawaban responden yang paling minim adalah tenaga kesehatan tidak bersedia membahas praktik medis yang baru bersama pasien dan tenaga kesehatan lain (54%).

Profesi lain dalam pelaksanaan IPC di rumah sakit cenderung melaksanakan tugas secara sendiri-sendiri, profesi lain tidak terbiasa meminta pendapat pasien terutama mengenai kondisi terbaru yang dialami oleh pasien maupun sharing pendapat mengenai rencana pengobatan dan perawatan pasien. Profesi tertentu terbiasa menerima instruksi satu arah dari profesi lain, dimana kondisi ini tidak sesuai dengan prinsip-prinsip pelaksanaan IPC.

Penjabaran diatas sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Homeyer dkk (Homeyer *et al.*, 2018) menyatakan bahwa pendidikan interprofesional bagi mahasiswa kedokteran dan kesehatan sangat berpengaruh terhadap keberhasilan kolaborasi tenaga kesehatan di masa depan. Hal tersebut diliat dengan model IPE mempromosikan kerjasama interprofesional antara medis dan profesi keperawatan. (Homeyer *et al.*, 2018).

Perawat adalah satu-satunya profesi tenaga kesehatan yang berada 24 jam bersama dengan pasien. Perawat idealnya mengetahui dengan baik perubahan-perubahan respon pasien terhadap kondisi kesehatannya, dan mencatat dengan baik setiap perubahan kondisi pasien dalam lembar CPTT. Diskusi bersama semua tenaga kesehatan mengenai praktik medis terbaru penting dilakukan, agar pengobatan dan perawatan penyakit pasien berbasis ilmu pengetahuan terbaru.

Informasi yang didapatkan dari rumah sakit pendidikan bahwa telah ada upaya tim untuk melakukan diskusi tentang penyakit pasien dalam bentuk diskusi refleksi kasus, namun dalam pelaksanaannya banyak menemui hambatan, antara lain terbatasnya fasilitas ruang pertemuan, serta keterbatasan waktu yang disiapkan oleh profesi tenaga kesehatan tertentu. DPJP sebagai leader hendaknya menjadi pioneer terlaksananya kegiatan diskusi ini, sehingga diharapkan isolasi yang menjadi penghambat pelaksanaan IPC dapat diminimalisir. Perbedaan tingkat pengetahuan terutama tingkat pendidikan tenaga kesehatan baik intra maupun inter tim profesi menjadi salah satu faktor diskusi tentang pengobatan dan perawatan pasien tidak berjalan dengan baik dan berimbang.

Rendahnya SDMK diakibatkan kurangnya penguasaan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK), Dalam kerangka globalisasi, penyiapan pendidikan perlu juga disinergikan dengan tuntutan kompetensi karena itu dimensi daya saing dalam SDMK semakin menjadi faktor penting sehingga upaya memacu kualitas SDMK melalui pendidikan merupakan tuntutan yang harus dikedepankan. Pihak pimpinan rumah sakit mengatakan sangat mendorong keinginan tenaga kesehatan untuk melanjutkan pendidikan kejenjang yang lebih tinggi. Meskipun hambatan terbesar adalah minimnya biaya pendidikan yang disiapkan oleh pemerintah bagi tenaga kesehatan yang ingin melanjutkan pendidikannya.

Pelibatan pasien dalam diskusi mengenai penyakitnya sangat penting, mengingat pentingnya informasi data primer yang didapatkan langsung dari pasien dan keluarganya dalam menunjang pengobatan dan perawatan yang akan direncanakan. Keterbukaan semua tim dan pasien menjadi kunci utama terlaksananya kolaborasi dan kerjasama dalam IPC di rumah sakit pendidikan.

b. Komunikasi

Komunikasi adalah keterampilan klinis mendasar yang harus dilakukan secara kompeten dan efisien untuk memfasilitasi pembentukan hubungan kepercayaan antara staf medis dan pasien (Chichirez dan Purcarea, 2018). Untuk melakukan kolaborasi yang baik dibutuhkan komunikasi secara efektif dengan tim kesehatan lain, pengembangan hubungan dokter-pasien, yang memfasilitasi berbagi informasi, kepatuhan dengan pengobatan dan kepuasan pasien secara keseluruhan (Ross, Jennings, Gosling, dan Williams, 2018), sehingga dapat melakukan tindakan pelayanan kesehatan yang aman dan efektif. Hal ini juga diatur dalam Permenkes 1691/MENKES/PER/VIII/2011 yang menyebutkan bahwa salah satu dari sasaran keselamatan pasien adalah komunikasi yang efektif

Komunikasi akan berjalan efektif jika pesan yang disampaikan oleh komunikator diterima dan dapat dipahami dengan baik oleh komunikan. Itu sesuai dengan umpan balik mereka tentang pesan tersebut. Komunikasi sangat diperlukan untuk mendukung suatu kerjasama. Kolaborasi yang terjadi antar profesi kesehatan merupakan suatu keharusan. Tidak mungkin seorang pasien ditangani oleh satu profesi saja. Kemampuan berkomunikasi secara

efektif merupakan keterampilan dasar yang harus dimiliki oleh setiap profesi kesehatan. Penelitian Kusumaningrum dan Anggorowati (2018) yang menyatakan perlunya upaya pengembangan komunikasi antar profesi untuk mempersiapkan calon perawat agar mampu berkomunikasi dalam sebuah tim.

Pelaksanaan IPE di Indonesia baru tahap awal sehingga membutuhkan kerjasama dari berbagai pihak. Selain itu adanya isu ego profesi dimana sebuah profesi lebih penting dan memiliki derajat dan hak yang lebih superior dibandingkan profesi lain yang kenyataannya sampai sekarang sebagian masih bertahan dengan pola pikir tersebut. Komunikasi efektif merupakan kunci bagi perawat dan tenaga kesehatan lainnya untuk mencapai keselamatan pasien. Komunikasi yang efektif, tepat waktu, akurat, lengkap, jelas dan dipahami oleh penerima, akan mengurangi kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien (Kemenkes RI, 2018). Kolaborasi interprofesi meningkatkan efektifitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien, dengan didasarkan pada beberapa hal terjalin komunikasi dan koordinasi yang baik dan pada saat ada masalah pada pasien, diputuskan secara bersama oleh profesional kesehatan dalam Tim. (Agreli, Peduzzi and Bailey, 2017)

Salah satu faktor yang menghambat pelaksanaan kolaborasi interprofesi adalah karena buruknya komunikasi antarprofesi. Di pelayanan kesehatan sering terjadi miskomunikasi antara tenaga medis dengan pasien dan antarprofesi. Oleh sebab itu, keterampilan komunikasi interpersonal sangat penting karena memungkinkan untuk pengembangan hubungan dokter-pasien, yang memfasilitasi berbagi informasi, kepatuhan dengan pengobatan dan kepuasan pasien secara keseluruhan (Ross, Jennings, Gosling, dan Williams, 2018). Sebagai perawat diharapkan untuk berkomunikasi secara efektif dengan pasien (Ivy Oandasan, G. Ross Baker, Keegan Barker and Danielle D'Amour Linda Jones, 2006) (San Martín-Rodríguez *et al.*, 2005)

Menurut The American Nurses Association (ANA, 2010), komunikasi menjadi standar dalam praktek keperawatan profesional. Komunikasi interprofesi menjadi kompetensi inti dalam praktek kolaborasi interprofesi. Untuk melakukan kolaborasi yang baik dibutuhkan komunikasi secara efektif dengan tim kesehatan lain, sehingga dapat melakukan tindakan pelayanan kesehatan yang aman dan efektif. Kemampuan tenaga kesehatan untuk berkomunikasi secara

efektif, termasuk mengamati, mendengarkan, menjelaskan, dan berempati, secara signifikan memengaruhi hasil layanan kesehatan dan persepsi kepuasan pasien. Dengan demikian pembelajaran antarprofesi dianggap sebagai modalitas pembelajaran yang berhasil untuk meningkatkan keterampilan komunikasi tingkat lanjut dan dapat diintegrasikan ke dalam kurikulum . Komunikasi yang efektif antar perawat dan tenaga kesehatan dapat memberikan efek yang baik bagi keselamatan pasien. Komunikasi yang efektif dapat mempermudah perawat untuk bertukar pikiran dengan tenaga kesehatan lainnya dalam melaksanakan pelayanan kesehatan kepada pasien. Komunikasi efektif merupakan bagian penting dari strategi koordinasi yang diterapkan oleh setiap tenaga dan staf kesehatan dalam pengaturan pelayanan keperawatan di rumah sakit, komunikasi efektif antar tim profesi kesehatan dinilai sebagai kunci yang dapat meningkatkan kerjasama yang baik dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien maupun masyarakat.(Gardner, 2005)

Indicator komunikasi pada penelitian ini merupakan indikator terkuat pengaruhnya terhadap pelaksanaan IPC hal ini bermakna apabila komunikasi dapat ditingkatkan pelaksanaannya maka pelaksanaan IPC dapat meningkat. Komunikasi adalah suatu proses pertukaran informasi individual antara tenaga kesehatan agar terjalin kerjasama dan kolaborasi terkait pelaksanaan IPC di rumah sakit.

Dalam penelitian ini dapat disimpulkan bahwa jika komunikasi berjalan dengan baik maka akan dapat meningkatkan proses pelaksanaan IPC. Pengaruh komunikasi terhadap pelaksanaan IPC diperkuat oleh jawaban responden yang mayoritas mengatakan bahwa perawat dengan tenaga kesehatan selain dokter memiliki pemahaman yang baik terkait tanggung jawab mereka masing-masing (88%).

Perawat dengan dokter memiliki pemahaman yang baik tentang tanggung jawab masing-masing (47%) adalah merupakan jawaban yang diberikan oleh responden pada penelitian ini dengan presentasi yang masih rendah. Perlu ada upaya-upaya dari pihak organisasi rumah sakit agar setiap profesi dapat memahami dengan baik tanggungjawabnya masing-masing. Pemahaman yang kurang baik akan tugas dan tanggungjawab masing-masing dapat mengakibatkan tumpang tindihnya tugas tenaga kesehatan dan berdampak kepada terhambatnya proses penanganan masalah kesehatan pasien.

Adanya rapat rutin yang dilakukan, akan menjadi media bagi tenaga kesehatan untuk saling menyampaikan informasi terkait pasien, terselesainya kesepakatan antara sesama tenaga kesehatan. Diperlukan pula adanya diskusi khusus antara sesama tenaga kesehatan untuk membahas mengenai pengobatan dan perawatan pasien terutama pada kasus-kasus kompleks yang sering dijumpai.

Hasil observasi memperlihatkan bahwa tenaga kesehatan berupaya menggunakan media sosial online sebagai salah satu alternatif komunikasi tenaga kesehatan. Memanfaatkan media sosial online juga menjadi salah satu upaya meningkatkan komunikasi antar sesama profesi. Respon cepat dan tanggap dimedia sosial online sangat dibutuhkan sebagai upaya menjaga terciptanya komunikasi yang baik, karena tidak jarang dijumpai adanya tenaga kesehatan yang kurang dapat memanfaatkan dengan baik media sosial online sebagai salah satu alat komunikasi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Van Dongen et al (2016) yang menyimpulkan bahwa kompetensi individu dalam hal komunikasi menjadi faktor yang mempengaruhi proses kolaborasi. Namun dalam praktiknya, tenaga kesehatan tampaknya memiliki kesadaran yang kurang tentang peran satu sama lain sehingga menyebabkan ketidakpastian dan gangguan dalam komunikasi (Van Dongen *et al.*, 2016). Pelaksanaan komunikasi dalam IPC sejalan pula dengan penelitian yang dilakukan oleh fox et al (Fox *et al.*, 2021) menjelaskan bahwa ada tiga manfaat komunikasi dalam IPC yakni pekerjaan akan terencana dengan baik, saling mengingatkan dalam hal pekerjaan dan saling memahami dalam menjalankan kerjasama tim (Fox *et al.*, 2021).

c. Gaya kepribadian

Gaya kepribadian berpengaruh signifikan terhadap pelaksanaan IPC, yang bermakna bahwa apabila gaya kepribadian tenaga kesehatan baik maka pelaksanaan IPC dapat ikut membaik. Gaya kepribadian adalah perilaku yang ditunjukkan oleh terkait apa, mengapa dan bagaimana seorang tenaga kesehatan melaksanakan IPC di rumah sakit.

Indikator gaya kepribadian pada penelitian ini berpengaruh signifikan terhadap pelaksanaan IPC berarti bahwa apabila gaya kepribadian tenaga kesehatan baik, maka dapat meningkatkan proses pelaksanaan IPC. Hal ini tergambar pada distribusi jawaban responden

yang mayoritas mengatakan bahwa jika tenaga kesehatan memiliki wawasan lebih baik, kolaborasi akan lebih mudah (83%). Pendapat responden yang mengatakan bahwa beberapa tenaga kesehatan melakukan tindakan yang kurang tepat sehingga menyulitkan terjadinya kolaborasi interprofesional (73%) adalah jawaban terendah dari indikator gaya kepribadian ini.

Gaya kepribadian tenaga kesehatan pada rumah sakit pendidikan yang cenderung melakukan tindakan yang kurang tepat sehingga menyulitkan terjadinya IPC, serta tenaga kesehatan kurang memiliki keterbukaan dan tidak banyak berpartisipasi dalam kelompok interprofesional. Hasil penelitian ini ditunjang oleh konsep kepribadian yang menyatakan bahwa kepribadian adalah faktor internal dari individu yang akan berpengaruh terhadap bentuk perilaku seseorang ketika berhadapan dengan berbagai situasi dan kondisi.

Seorang Psikolog dari Amerika melakukan penelitian terhadap berbagai gaya perilaku manusia dengan menggunakan kerangka pikir Jung. Jung mengembangkan tipologi kepribadian ekstrovert dan introvert, yang mana keduanya mengandung aspek sense dan intuition serta *thingking* dan *feeling*. (Bale, 2020). Lebih jauh lagi dinyatakan bahwa kolaborasi interprofesional membutuhkan keterbukaan pikiran dan tidak semua tenaga kesehatan dapat memenuhi itu. Gaya kepribadian dalam pelaksanaan IPC juga sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Somoray et al (Somoray, Shakespeare-Finch and Armstrong, 2017) yang menjabarkan bahwa gaya kepribadian, (keramahan dan kesadaran) dan keterkaitan dengan tempat kerja merupakan factor penting dalam meningkatkan kualitas mental tenaga kesehatan (Somoray, Shakespeare-Finch and Armstrong, 2017)

2. Pengaruh faktor tim (Kerjasama, komunikasi dan dukungan sosial) terhadap pelaksanaan *IPC* pada Rumah Sakit Pendidikan di Sulawesi Selatan.

Pada penelitian ini faktor tim berpengaruh signifikan terhadap pelaksanaan IPC, yang bermakna bahwa apabila faktor tim ditingkatkan maka pelaksanaan IPC dapat meningkat. Tim adalah sekumpulan individu yang berhubungan satu sama lain yang memiliki tujuan bersama dan adanya organisasi atau struktur diantara mereka (Zoltan, 2015).

Penelitian ini bermakna bahwa jika faktor tim baik akan memberikan efek yang baik yaitu terjadi peningkatan pelaksanaan IPC.

Faktor tim dalam penelitian ini yaitu hubungan dua atau lebih tenaga kesehatan dalam satu profesi yang bekerja secara ketergantungan untuk menyediakan pelayanan kepada pasien dirumah sakit pendidikan.

Indikator yang dikaitkan dalam uji hipotesis faktor tim adalah penggabungan PINCOM-Q kelompok dan AITCS yang telah memenuhi syarat uji validitas dengan jumlah item sebanyak 41 pernyataan dan membentuk 5 indikator meliputi: 1) Kemitraan, 2) Kerjasama, 3) Mekanisme koping, 4) Komunikasi tim, dan 5) Dukungan sosial. Indikator faktor tim yang berpengaruh signifikan terhadap pelaksanaan IPC secara berurut adalah komunikasi, dukungan social dan kerjasama.

Hasil penelitian yang diperoleh dari wawancara terhadap pimpinan rumah sakit, diperoleh data adanya 4 subtema dari faktor tim yang mempengaruhi pelaksanaan IPC, tema tersebut adalah: kerjasama, kolaborasi, komunikasi, dan pelayanan. Subtema kerjasama disimpulkan berdasarkan 3 indikator yang ditemukan yaitu kerjasama antara satu unit dan unit lain sudah berjalan baik (coverage 3,13%), kehadiran DPJP dalam melakukan visite ke pasien masih sangat kurang (coverage 2,29 %), dan Kerjasama antarprofesi masih perlu ditingkatkan (coverage 0.95 %). Dengan demikian disimpulkan bahwa ditemukan kerjasama yang dilakukan oleh semua unit dalam rumah sakit sudah dinilai berjalan dengan baik oleh pimpinan rumah sakit, namun kerjasama antar profesi masih perlu ditingkatkan. Model tim yang digunakan oleh perawat pada umumnya diketiga rumah sakit menggunakan metode tim. Pihak pimpinan rumah sakit mengakui bahwa kehadiran DPJP setiap hari untuk melakukan visite ke pasien masih sangat kurang. DPJP adalah leader dari tim tenaga kesehatan, kehadiran DPJP sangat menentukan keberhasilan kolaborasi dan kerjasama tim.

Data wawancara pada subtema kolaborasi disimpulkan berdasarkan 3 indikator yang ditemukan yaitu Konsultasi ke dokter dan DPJP berusaha untuk dimaksimalkan (coverage 11.45%), Keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan intervensi medis dan non medis belum berjalan dengan baik (coverage 3.40 %), dan rumah sakit mendorong pelaksanaan CPTT dengan baik (coverage 3.13 %). Pihak pimpinan rumah sakit memahahi bahwa dokter dan DPJP merupakan salah satu tenaga kesehatan yang berperan sangat besar dalam pemberian pelayanan dirumah sakit, konsultasi pasien kedokter dan DPJP idealnya dilakukan setiap hari. Pimpinan sudah mengupayakan peningkatan pelayanan kesehatan, salah satunya dengan menambah jumlah dokter dan

DPJP yang bertugas sebagai leader dalam sebuah tim interprofessional yang selama ini dinilai jumlahnya masih kurang dan tidak berbanding dengan jumlah pasien.

Saat ini tercatat jumlah dokter di RS Unhas, RS Haji dan RS Ibnu Sina jumlahnya berkisar 480 orang, namun jumlah tersebut tidak seluruhnya tenaga medis yang purna waktu dirumah sakit tersebut. Secara global juga diketahui bahwa rasio jumlah dokter di Indonesia menempati posisi terendah ke dua didunia yaitu 0,4:1000, ditambah lagi distribusi tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia yang belum merata, sebagian besar berada pada daerah padat penduduk yaitu Jawa dan Sumatera (Kemenkes, 2019)

Data wawancara pada subtema pelayanan disimpulkan berdasarkan 3 indikator yang ditemukan yaitu tenaga kesehatan telah berusaha memberikan pelayanan komprehensif kepada pasien (coverage 5.68 %), tenaga kesehatan telah memberikan pelayanan lebih maksimal kepada pasien (coverage 2.33 %), dan tenaga kesehatan berusaha memberikan pelayanan terintegrasi namun kendala masih banyak antara lain perawat yang masih tidak percaya diri berdiskusi dengan dokter (coverage 0.21 %). Para pimpinan rumah sakit dilokasi penelitian menyatakan bahwa mereka juga berupaya memberikan pelayanan komprehensif yakni pelayanan menyeluruh bio psiko social dan kultural dari semua tenaga kesehatan sesuai tugasnya masing-masing. Disamping itu berupaya pula meningkatkan kemudahan pelayanan administrasi bagi pasien, agar pasien mendapatkan kenyamanan dan kepuasan. Pelayanan terintegrasi dari semua tenaga kesehatan diharapkan bisa semaksimal mungkin berjalan, untuk itu pihak rumah sakit berupaya memenuhi standar-standar pelayanan rumah sakit, termasuk upaya untuk meningkatkan fungsi tim profesi tenaga kesehatan yang ada dirumah sakit.

Sebuah tim didefinisikan sebagai sekelompok orang yang bekerja bersama untuk mencapai tujuan bersama yang mereka anggap dapat dipertanggungjawabkan secara bersama. Pembentukan tim terjadi karena diasumsikan bahwa kerja tim dapat mengungguli kerja individu terkhusus dalam beberapa tugas perawatan yang cukup rumit (Holland, Gaston and Gomes, 2017). Elemen kunci kerja tim adalah adanya anggota yang dapat bekerjasama, adanya tugas yang saling bergantung, adanya tanggung jawab bersama untuk mencapai tujuan dan komitmen terhadap pendekatan bersama (Franklin *et al.*, 2015).

Berbagai hasil penelitian lainnya juga menemukan bahwa faktor tim erat kaitannya pelaksanaan IPC. Struktur tim, fasilitas tim dan proses tim menjadi faktor kunci yang berkontribusi pada kualitas kolaborasi interprofesional. Jumlah individu dalam tim yang terdiri dari keragaman profesi juga mempengaruhi pekerjaan interprofesional (Rousseau *et al.*, 2017). Stabilitas kelompok berkontribusi pada kerja tim yang efektif. IPC juga erat kaitannya dengan lama dan seringnya kontak antara tim perawatan primer dan sumber daya manusia lainnya karena berefek pada rasa saling menghargai sehingga perawatan kolaborasi menjadi lebih baik (Nadeau, Rousseau and Measham, 2012)

Membandingkan hasil penelitian ini dengan beberapa kajian terdahulu, maka peneliti berasumsi bahwa faktor tim sangatlah penting dalam suatu proses IPC pada rumah sakit dimana efektivitas organisasi akan tercapai secara maksimal apabila menerapkan kerjasama tim dan dinamika tim yang merupakan wujud perilaku organisasi yang dinamis. Masing-masing profesi dalam sebuah tim hendaknya memperhatikan prinsip-prinsip dasar kerjasama antar profesi yaitu: 1) menetapkan tujuan tim yang jelas; 2) memiliki suatu ciri atau identitas tim bersama; 3) memiliki komitmen tim bersama; 4) peran yang jelas pada setiap profesi; 5) adanya konsep saling ketergantungan (*interdependece*); 6) adanya intergrasi diantara anggota tim.

Hasil penelitian lain mengungkapkan bahwa pelayanan kesehatan melibatkan partisipasi pasien, keluarga, dan tim yang beragam yang terdiri dari berbagai profesi kesehatan. Keterlibatan semua anggota tim dalam kolaborasi dan koordinasi sangat penting untuk memberikan perawatan terbaik. Pendekatan untuk mengukur dan mempelajari kolaborasi dan bukti yang menunjukkan manfaat kolaborasi disajikan. Kegiatan kolaborasi sangat ditentukan oleh faktor struktural, psikologis, dan pendidikan (Morley & Cashell, 2017)

a. Kerjasama

Cooperation atau kerjasama didefinisikan sebagai pekerjaan yang dilakukan oleh dua orang atau lebih, bekerja sama antar profesi agar dapat mencapai tujuan yang sebelumnya sudah direncanakan dan disepakati bersama. Di rumah sakit kerjasama tim sudah menjadi suatu kebutuhan untuk bisa mewujudkan keberhasilan dalam mencapai tujuan (Ivy Oandasan, G. Ross Baker, Keegan Barker and Danielle D'Amour Linda Jones, 2006). *Coordination* atau koordinasi adalah suatu

kegiatan yang dilakukan oleh berbagai pihak yang sederajat untuk bersama mengatur atau menyepakati sesuatu dan saling memberikan informasi, sehingga proses pelaksanaan tugas dan keberhasilan pihak yang satu tidak mengganggu pihak yang lainnya (WHO, 2015a). Shared decision-making atau pengambilan keputusan bersama adalah proses pengambilan keputusan tentang tindakan asuhan pasien berdasarkan kesepakatan bersama (Orchard *et al.*, 2018).

Karakteristik pengambilan keputusan bersama (Reeves *et al.*, 2011) meliputi:

- 1) Dua atau lebih peserta terlibat
- 2) Semua pihak bekerja sama untuk mencapai kesepakatan tentang perawatan yang tersedia
- 3) Informasi dibagi antara semua individu yang terlibat; dan
- 4) Kesepakatan kolaboratif tercapai untuk perawatan yang akan dilakukan dan diimplementasikan oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA).

Bekerjasama dalam suatu kegiatan dapat memfasilitasi kolaborasi yang baik. Kerjasama mencerminkan proses koordinasi pekerjaan agar tujuan atau target yang telah ditentukan tercapai. Hal yang diperlukan dalam teamwork perawatan kesehatan (Thistlethwaite, Jackson and Moran, 2013) yaitu:

- 1) Menyetujui aturan-aturan dasar dan proses untuk bekerja sama,
- 2) Pemahaman tentang nilai-nilai, pengetahuan dan keterampilan anggota tim, partisipasi aktif oleh semua anggota,
- 3) Upaya menyingkirkan stereotip dan hambatan
- 4) Waktu yang teratur untuk mengembangkan kerjasama tim bekerja jauh dari praktek,
- 5) Komunikasi yang baik
- 6) Pemahaman masing-masing peran
- 7) Pertemuan tim yang efektif
- 8) Anggota tim menghargai dan menghormati satu sama lain,
- 9) Mempertahankan hubungan profesional
- 10) Manajemen kinerja yang baik.

Indikator kerjasama pada penelitian ini berpengaruh signifikan terhadap pelaksanaan IPC yang bermakna bahwa apabila indikator

kerjasama naik maka pelaksanaan IPC dapat meningkat. Kerjasama adalah proses berkelompok dimana anggota-anggotanya mendukung dan saling mengandalkan untuk mencapai suatu hasil mufakat dalam mengatasi masalah pasien pada pelaksanaan IPC.

Berdasarkan uraian diatas maka disimpulkan bahwa jika kerjasama berjalan dengan baik maka pelaksanaan IPC akan berjalan dengan baik pula. Jawaban responden mayoritas mengatakan bahwa fokus kerja tim secara konsisten adalah pasien (90%), hal ini bermakna sangat positif dimana tenaga kesehatan pada penelitian ini sudah memahami bahwa pasien adalah *centred care* dalam suatu layanan kesehatan. Semua tenaga kesehatan menjadikan pasien sebagai tujuan dari setiap aktifitas yang dilakukannya sehingga akan tercipta proses kerjasama yang baik diantara semua tenaga kesehatan.

Mendorong dan mendukung komunikasi terbuka, melibatkan/mengikutsertakan pasien dalam pertemuan tim (74%) masih perlu ditingkatkan sesuai dengan jawaban responden. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa keterlibatan pasien dalam setiap pertemuan tim masih jarang ditemukan. Kerjasama dalam suatu kolaborasi tidak hanya terjadi antar sesama tenaga kesehatan, namun juga berbagai riset menunjukkan bahwa kerjasama dengan pasien akan meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien.

Berbagai literatur menuliskan bahwa kerjasama tim berkontribusi dalam meningkatkan pengetahuan, memperkuat hubungan interpersonal dan pada akhirnya meningkatkan kolaborasi interprofesional (Rousseau et al., 2017). Penelitian lain menunjukkan bahwa kerjasama dan kolaborasi tim interprofesional meningkatkan kesembuhan pasien dan memudahkan pasien dalam mengakses perawatan kesehatan. Tenaga kesehatan yang menjadi bagian dari tim, bekerja lebih efektif dan memiliki kepuasan kerja yang lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang tidak terlibat dalam tim (Raab et al., 2013; Franklin et al., 2015).

b. Komunikasi

Dalam memberikan asuhan kesehatan professional pemberi asuhan harus mampu berkomunikasi yang baik dan tepat dengan tenaga dan staf kesehatan lainnya. Hal ini dikarenakan komunikasi merupakan modal utama dalam pelaksanaan kolaborasi antar tenaga kesehatan. Dengan melaksanakan *interprofessional collaboration* untuk meningkatkan pelaksanaan standar sasaran keselamatan pasien di rumah sakit,

diharapkan akan meminimalkan berbagai risiko dalam pemberian layanan kesehatan. *Interprofessional collaboration* dimaksudkan untuk mencapai tujuan dan memberi manfaat bersama bagi semua yang terlibat. *Interprofesional collaboration* untuk meningkatkan keselamatan pasien dapat dilakukan dengan melaksanakan komunikasi yang efektif antarpetugas kesehatan dan staf di rumah sakit. Kolaborasi ini dapat diwujudkan dengan melaksanakan komunikasi yang efektif (Green and Johnson, 2015)

Pelayanan yang tumpang tindih antarprofesi terjadi karena kurangnya komunikasi antar tenaga kesehatan dalam kerja sama tim. Artinya bahwa petugas kesehatan yang mempunyai tindakan kurang baik dan tidak adanya kerja sama tim yang baik maka pelayanan kesehatan akan terganggu sehingga diperlukan interprofesional collaboration agar dapat memaksimalkan pelayanan yang memberikan kepuasan kepada pengguna jasa kesehatan. Komunikasi akan berjalan efektif jika pesan yang disampaikan oleh komunikator diterima dan dapat dipahami dengan baik oleh komunikan. Itu sesuai dengan umpan balik mereka tentang pesan tersebut. Komunikasi sangat diperlukan untuk mendukung suatu kerjasama. Kolaborasi yang terjadi antar profesi kesehatan merupakan suatu keharusan. Tidak mungkin seorang pasien ditangani oleh satu profesi saja. Kemampuan berkomunikasi secara efektif merupakan keterampilan dasar yang harus dimiliki oleh setiap profesi kesehatan.

Perlunya upaya pengembangan komunikasi antar profesi untuk mempersiapkan calon perawat agar mampu berkomunikasi dalam sebuah tim. Pelaksanann IPE di Indonesia baru tahap awal sehingga membutuhkan kerjasama dari berbagai pihak. Selain itu pola pikir serta isu ego profesi dimana sebuah profesi lebih penting dan memiliki derajat dan hak yang lebih superior dibandingkan profesi lain yang kenyataannya sampai sekarang sebagian masih bertahan pemikiran tersebut. Komunikasi efektif merupakan kunci bagi perawat serta tenaga kesehatan lainnya untuk mencapai keselamatan pasien. Komunikasi yang efektif, tepat waktu, akurat, lengkap, dan jelas serta dipahami oleh penerima, tentunya akan mengurangi kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien (Bainbridge et al., 2010)

Kolaborasi interprofesi meningkatkan efektifitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien, dengan didasarkan pada beberapa hal terjalin komunikasi dan koordinasi yang baik dan pada saat ada masalah pada pasien, diputuskan secara bersama oleh profesional kesehatan

dalam Tim. Salah satu faktor yang menghambat pelaksanaan kolaborasi interprofesi adalah karena buruknya komunikasi antarprofesi. Di pelayanan kesehatan sering terjadi miskomunikasi antara tenaga medis dengan pasien dan antarprofesi. Oleh sebab itu, keterampilan komunikasi interpersonal sangat penting karena memungkinkan untuk pengembangan hubungan dokter-pasien, yang memfasilitasi berbagi informasi, kepatuhan dengan pengobatan dan kepuasan pasien secara keseluruhan. Sebagai perawat diharapkan untuk berkomunikasi secara efektif dengan pasien (Schroder *et al.*, 2011)

Komunikasi menjadi standar dalam praktek keperawatan profesional. Komunikasi interprofesi adalah kompetensi inti dalam praktek kolaborasi interprofesi. Kolaborasi bisa berjalan dengan baik jika terjadi komunikasi secara efektif dengan tim kesehatan lain, sehingga dapat melakukan tindakan pelayanan kesehatan yang aman dan efektif. Kemampuan tenaga kesehatan untuk berkomunikasi secara efektif, termasuk mengamati, mendengarkan, menjelaskan, dan berempati, secara signifikan akan memengaruhi hasil layanan kesehatan dan persepsi kepuasan pasien. Dengan demikian pembelajaran antarprofesi dianggap menjadi modalitas pembelajaran yang berhasil untuk meningkatkan keterampilan komunikasi tingkat lanjut dan dapat diintegrasikan ke dalam kurikulum (Sullivan *et al.*, 2015)

Komunikasi yang efektif antar tenaga kesehatan dapat memberikan efek yang baik bagi keselamatan pasien. Komunikasi yang efektif dapat mempermudah tenaga kesehatan untuk bertukar pikiran dengan tenaga kesehatan lainnya dalam melaksanakan pelayanan kesehatan kepada pasien. Komunikasi efektif merupakan bagian penting dari strategi koordinasi yang diterapkan oleh setiap tenaga kesehatan dan staf dalam pengaturan pelayanan keperawatan di rumah sakit, komunikasi efektif antar tim profesi tenaga kesehatan dinilai sebagai kunci yang dapat meningkatkan kerjasama yang baik dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien maupun masyarakat secara umum.

Indikator berikutnya dari faktor tim yang berpengaruh paling signifikan terhadap pelaksanaan IPC adalah komunikasi yang bermakna apabila komunikasi tim naik maka pelaksanaan IPC dapat meningkat. Komunikasi tim yaitu interaksi tenaga kesehatan pada pelaksanaan IPC secara tatap muka antara tiga orang atau lebih, dengan tujuan yang telah diketahui, seperti berbagai informasi, menjaga diri, dan pemecahan

masalah pasien, yang mana anggota anggotanya dapat mengingat karakteristik pribadi anggota-anggota yang lain secara tepat.

Hasil penelitian ini secara umum bermakna bahwa jika komunikasi tim berjalan dengan baik maka akan dapat meningkatkan pelaksanaan IPC. Hal ini tercermin dari disitribusi jawaban responden yang mayoritas mengatakan bahwa selalu ada komunikasi yang baik dalam kelompok interprofesional (90%) dan responden dengan jawaban paling rendah adalah bahwa tenaga kesehatan mendapatkan umpan balik yang relevan tentang kontribusinya di dalam kelompok interprofesional yang diikutinya (88%).

Jawaban terbanyak diatas secara garis besar, mengandung arti bahwa komunikasi dalam IPC pada penelitian ini telah berjalan efektif, mayoritas responden selalu melakukan komunikasi dengan baik dalam kelompok *interprofesional* bahkan para professional berbagi informasi satu sama lain tentang cara mereka bekerja. Komunikasi adalah landasan dalam membangun kolaborasi interprofesional (Rousseau *et al.*, 2017). Kolaborasi menjadi lebih baik jika dalam pelayanan terintegrasi sebuah saluran komunikasi yang efektif dan jika terjadi peningkatan komunikasi (lebih banyak berbagi informasi) maka hubungan interpersonal menjadi semakin baik (Foronda, MacWilliams and McArthur, 2016)

Data dari hasil wawancara ditemukan subtema komunikasi disimpulkan berdasarkan 2 indikator yang ditemukan yaitu komunikasi perawat dan dokter yang tidak berjalan efektif (*coverage* 10.05 %), dan komunikasi melalui media sosial online telah dilakukan dan sangat membantu pelaksanaan IPC dalam tim, tetapi antar tim pemanfaatan media sosial online maupun media lain belum berjalan baik (*coverage* 1.50 %). Tim yang terbentuk pada rumah sakit pendidikan saat ini hendaknya mampu memberi umpan balik yang relevan tentang kontribusi anggota tim dalam kelompok interprofesional yang diikutinya. Setiap informasi yang berhubungan dengan pasien yang diberikan oleh anggota tim, maupun informasi dari tim profesi satu ke tim profesi yang lain hendaknya direspon dengan cepat demi peningkatan kecepatan dan ketepatan pengambilan keputusan klinik dalam mengatasi masalah kesehatan pasien. Informasi sekecil apapun yang berhubungan dengan perubahan status kesehatan pasien akan sangat menentukan implikasi intervensi medis dan non medic yang akan diberikan.

Kolaborasi tim interprofesional menjadi sangat efektif apabila ada komunikasi yang baik disertai dengan penghargaan terhadap beragam

pendapat diantara anggota tim. Hal ini sesuai dengan definisi dari kolaborasi interprofesional yaitu kesepakatan yang dinegosiasikan antara para profesional yang menghargai keahlian dan kontribusi yang dibawa oleh berbagai profesional perawatan kesehatan ke dalam perawatan pasien (Buscemi, Steglitz and Spring, 2012).

Komunikasi yang efektif antara petugas kesehatan dan pasien ternyata menjadi kunci utama pelayanan kesehatan. Tingginya angka kunjungan pasien dari Indonesia berobat keluar negeri menjadi catatan bagi sistem kesehatan di Indonesia padahal bahkan hampir disemua rumah sakit di Malaysia dan Singapura ada pekerja kesehatan dari Indonesia, baik dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya. Fasilitas kesehatan yang ada diluar negeri dengan fasilitas yang saat ini ada di Indonesia relatif sama. Namun yang perbedaan dasar karena diluar negeri sana ditemukan adanya kepastian pelayanan dan tarif pelayanan (bahkan bisa diakses secara online), pelayanan yang ramah (dengan tehnik komunikasi terapeutik) dengan prosedur yang tidak rumit (dokter dan perawat bisa diajak berkomunikasi langsung bahkan bisa lewat telpon). Ternyata juga biaya berobat diluar negeri itu tidak selalu mahal dibandingkan di Indonesia. Akibatnya potensi kerugian devisa negara akibat banyaknya pasien Indonesia yang berobat ke luar negeri sebanyak Rp100 triliun per tahun (Alsharif, Labonté and Lu, 2020) (Kesehatan and Indonesia, 2021)

Dalam upaya merespon tuntutan masyarakat akan peningkatan layanan kesehatan yang semakin berkualitas maka RS Unhas telah membuka layanan pendaftaran online poliklinik rawat jalan bagi pasien-pasien yang akan berobat. Layanan berbasis online sistem ini dibuka sejak bulan juli 2020. Hal ini merupakan langkah terobosan baru dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan pendaftaran, meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga, serta efektifitas dan efisiensi pelayanan pasien rawat jalan/poliklinik. Layanan ini masih terus dievaluasi kelebihan dan kelemahannya, untuk menjadi dasar penyempurnaan layanan ini.

Merespon kondisi diatas RS Unhas telah menjadi pionir pengembangan telemedisin di Indonesia dengan brand “Telemedika Nusantara”(http://tele.kemkes.go.id/). Sejak 2014 pengembangan tele-EKG oleh RS Unhas telah menghasilkan 60.000 transmisi EKG mencakup 46 puskesmas dan 2 klinik swasta di Kota Makassar. Pemanfaatan teleEKG telah mempercepat pelayanan dan

meningkatkan efisiensi rujukan (dari seluruh kasus hanya 10 % kasus yang harus dirujuk) dan digunakan sebagai pohon penelitian telemedisin di Bagian Kardiologi Fakultas Kedokteran Unhas. Pada tahun 2016, desain aplikasi telemedisin RS Unhas telah digunakan pada Program Telemedisin Nasional Kemenkes RI (TeleEKG dan tele USG obstetri, yang difungsikan pada 46 puskesmas di Kota Makassar dan beberapa Puskesmas di Kabupaten Sinjai dan beberapa daerah kepulauan di Sulsel, Sumatera Utara, Aceh, Jawa Barat, Kalimantan Barat dan Nusa Tenggara Timur (RS, 2019)

c. Dukungan sosial

Indikator lain dari faktor tim adalah dukungan sosial yang berpengaruh signifikan terhadap pelaksanaan IPC, artinya apabila dukungan sosial meningkat maka pelaksanaan IPC dapat meningkat pula. Dukungan sosial adalah sesuatu keadaan yang bermanfaat bagi tenaga kesehatan yang diperoleh dari orang lain yang dapat dipercaya dan dari keadaan tersebut individu akan mengetahui bahwa orang lain memperhatikan, menghargai dan mencintainya dalam pelaksanaan IPC pada rumah sakit.

Hasil penelitian ini bermakna jika dukungan sosial meningkat maka akan dapat meningkatkan pelaksanaan IPC dirumah sakit pendidikan. Dari data tergambar bahwa secara umum dukungan sosial yang didapatkan responden pada penelitian ini bernilai positif, hal ini ditunjang dari jawaban responden yang mayoritas mengatakan bahwa responden merasa dihargai oleh para profesional lain di dalam kelompok interprofesional yang diikutinya (90%)

Jawaban responden yang paling minim adalah hampir tidak pernah menjumpai profesional lain tidak memahami apa yang coba ungkapkan dan/atau laporkan (88%) hal ini bermakna bahwa perlu adanya saling kesepahaman antara profesi tenaga kesehatan yang ada. Dukungan sosial dapat diperoleh dari orang-orang disekitarnya antara lain keluarga, orang tua, teman, rekan kerja, dan lingkungan. Dukungan sosial dapat berupa informasi atau nasehat verbal maupun non verbal, bantuan nyata atau tindakan yang diberikan oleh petugas kesehatan lain , kehadiran mereka yang mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi penerima.

Dukungan sosial memiliki peranan penting untuk mencegah dari ancaman kesehatan mental. Individu yang memiliki dukungan sosial yang lebih kecil, lebih memungkinkan mengalami konsekuensi psikis yang

negatif. Keuntungan individu yang memperoleh dukungan sosial yang tinggi akan menjadi individu lebih optimis dalam menghadapi kehidupan saat ini maupun masa yang akan datang, lebih terampil dalam memenuhi kebutuhan psikologi dan memiliki sistem yang lebih tinggi, serta tingkat kecemasan yang lebih rendah, meningkatkan keterampilan interpersonal, memiliki kemampuan untuk mencapai apa yang diinginkan dan lebih dapat membimbing individu untuk beradaptasi dengan stres.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan di The London School of Medicine and Dentistry University, London yang melaporkan bahwa penyebab umum stres kerja antara lain tuntutan yang tidak realistis dari pihak manajemen, kurangnya dukungan sosial, perlakuan tidak adil, kurangnya kebebasan mengambil keputusan, kurangnya penghargaan, ketidakseimbangan upaya-penghargaan, peran yang saling bertentangan, kurangnya transparansi dan komunikasi yang buruk. Intervensi organisasi dianggap efektif jika mereka meningkatkan gaya manajemen, dan termasuk latihan fisik, istirahat dan memastikan waktu yang cukup untuk merencanakan tugas kerja. Intervensi pribadi yang digunakan di luar pekerjaan penting untuk mencegah dan memperbaiki stress (Bhui *et al.*, 2016)

3. Pengaruh faktor organisasi (budaya organisasi, tujuan organisasi, domain organisasi dan lingkungan organisasi) terhadap pelaksanaan IPC pada Rumah Sakit Pendidikan di Sulawesi Selatan.

Diantara ketiga faktor yang berpengaruh pada penelitian ini, faktor organisasi merupakan faktor paling berpengaruh signifikan terhadap pelaksanaan IPC yang bermakna bahwa apabila faktor organisasi meningkat angka maka pelaksanaan IPC dapat pula. Faktor Organisasi secara teori adalah hal (keadaan, peristiwa) yang ikut menyebabkan (mempengaruhi) terjadinya perpaduan secara sistematis daripada bagian-bagian yang saling ketergantungan/berkaitan untuk membentuk suatu kesatuan yang bulat mengenai kewenangan, koordinasi dan pengawasan dalam usaha mencapai tujuan yang telah ditentukan dalam proses pelaksanaan IPC.

Dalam penelitian ini, faktor organisasi didefinisikan sebagai semua kebijakan, kewenangan, koordinasi dan pengawasan lini organisasi di Rumah Sakiit Pendidikan dalam usaha mencapai pelaksanaan IPC yang efektif. Indikator yang dikaitkan dalam uji hipotesis faktor organisasi 4 indikator organisasi meliputi: 1) budaya organisasi 2) tujuan organisasi 3) domain organisasi dan 4) lingkungan organisasi. Hasil penelitian

menunjukkan bahwa faktor organisasi berpengaruh secara simultan terhadap pelaksanaan IPC. Secara berurut indikator faktor organisasi yang berpengaruh signifikan secara parsial terhadap pelaksanaan IPC adalah domain organisasi, tujuan organisasi, dan budaya organisasi.

Rumah sakit Universitas Hasanuddin sebagai rumah sakit pendidikan bagi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin menjalankan fungsi Rumah sakit pendidikan sejak tahun 2011 dikelol oleh Direktorat Pendidikan Pelatihan dan Penelitian. Struktur organisasi RSUD Haji Makassar Provinsi berdasar Pergub Sulsel No.72 Tahun 2011 tentang Tupoksi dan rincian tugas jabatan structural RSUD Haji, yaitu: direktur, Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan, Wakil Direktur Penunjang Medik, Diklat, & Litbang, dan Wakil Direktur Umum dan Keuangan. Struktur organisasi Rumah Sakit "Ibnu Sina" YW-UMI berada di bawah naungan Yayasan Wakaf UMI terdiri dari : Penasehat Rumah Sakit "Ibnu Sina" UMI, Direksi Rumah Sakit terdiri dari : Direktur Utama, Direktur Pelayanan Medik , Direktur Umum dan Operasional, Direktur Keuangan, Direktur SDM dan Pendidikan

Hasil penelitian yang diperoleh dari wawancara terhadap pimpinan rumah sakit, diperoleh data adanya 4 subtema dari faktor organisasi yang mempengaruhi pelaksanaan IPC, tema tersebut adalah:

h. Kebijakan

Kebijakan diartikan sebagai sejumlah keputusan yang dibuat oleh pihak yang bertanggungjawab dalam bidang kebijakan kesehatan untuk membuat keputusan atau bertindak atas suatu permasalahan yang ada. Kebijakan atau "policy" secara umum digunakan untuk menunjukkan perilaku seorang aktor dari munculnya kebijakan dalam hal ini kepala rumah sakit yang seharusnya mampu memprioritaskan untuk menyusun regulasi yang pro terhadap pelaksanaan *interprofessional collaboration*.

Organisasi rumah sakit memegang peran dalam implementasi *interprofessional collaboration*. Kebijakan ini menjadi salah satu acuan bagi penyelenggaraan pelayanan kesehatan terutama dalam implementasi *interprofessional collaboration*. Tenaga kesehatan dirumah sakit pada umumnya belum merasakan bahwa implementasi *interprofessional collaboration* bisa berjalan dengan baik karena masih minimnya kebijakan organisasi mengenai pelaksanaan *interprofessional collaboration*.

Temuan penulis dalam penelitiannya yaitu: subtema kebijakan disimpulkan berdasarkan 2 indikator yang ditemukan yaitu

- 1) IPC belum tertuang dalam visi misi dan tujuan rumah sakit (coverage 2.45%)
- 2) Rumah sakit membuat surat pelimpahan wewenang dari DPJP ke DPJP, tetapi tidak ada surat pelimpahan wewenang dari dokter ketenaga kesehatan lain (coverage 2.45 %).

Rumah sakit hendaknya mencantumkan *interprofessional collaboration* sebagai bagian dari visi misi rumah sakit, agar program-program kerja serta standar penerapan *interprofessional collaboration* dapat menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari tujuan rumah sakit itu sendiri.

i. Kepuasan

Kepuasan pasien adalah cerminan kualitas pelayanan kesehatan kepada pasien dan masyarakat. Kepuasan pasien ialah suatu tingkat perasaan pasien yang timbul sebagai akibat dari kinerja pelayanan kesehatan yang diperoleh setelah pasien membandingkannya dengan apa yang diharapkannya. Bila pasien tidak menemukan kepuasan dari kualitas pelayanan yang diberikan maka pasien cenderung mengambil keputusan tidak melakukan kunjungan ulang pada rumah sakit tersebut. Kepuasan pasien sebagai pengguna jasa merupakan salah satu indikator dalam menilai mutu pelayanan di rumah sakit. Mutu pelayanan kesehatan merujuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien. Makin sempurna kepuasan tersebut, makin baik pula mutu pelayanan kesehatan. Mutu pelayanan yang baik tidak hanya diukur dari kemewahan fasilitas, kelengkapan teknologi dan penampilan fisik akan tetapi dari sikap dan perilaku karyawan harus mencerminkan profesionalisme dan mempunyai komitmen tinggi. Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan diharapkan dapat memberikan pelayanan yang bermutu. Masalah yang sering dihadapi secara umum oleh rumah sakit yakni belum mampu memberikan pelayanan yang maksimal yang benar-benar diharapkan oleh pengguna jasa/ pasien.

Pengukuran tingkat kepuasan pasien sudah menjadi kegiatan yang tidak dapat dipisahkan dari pengukuran mutu pelayanan kesehatan. Kepuasan pasien adalah bagian integral dan menyeluruh dari kegiatan penjaminan mutu pelayanan kesehatan dirumah sakit. Dimensi kepuasan pasien menjadi salah satu dimensi mutu pelayanan kesehatan yang penting. Pasien yang masuk pada pelayanan rawat inap dirumah sakit akan mendapatkan beberapa pelayanan yaitu pelayanan dokter,

pelayanan perawat, pelayanan fasilitas penunjang medik, lingkungan langsung pasien serta pelayanan administrasi. Pasien seharusnya mendapatkan kepuasan dalam semua layanan tersebut. Kepuasan pasien dirumah sakit terhadap pelayanan kesehatan diukur dengan menggunakan dimensi kualitas pelayanan kesehatan.

Dari penelitian yang dilakukan oleh penulis diperoleh hasil bahwa subtema kepuasan disimpulkan berdasarkan 3 indikator yaitu:

- 1) Survei kepuasan secara umum rutin tiga bulan sekali, tetapi survey pelaksanaan IPC tidak pernah dilakukan (coverage 8.23%)
- 2) Saran dari pasien tidak ditindaklanjuti oleh pihak manajemen rumah sakit (coverage 1.09%)
- 3) Rumah sakit menyiapkan kotak saran untuk menampung keluhan dari pasien (coverage 0.48%)

Dalam pelaksanaan pengukuran kepuasan pasien hendaknya pelaksanaan *interprofessional collaboration* menjadi salah satu dimensi pengukuran kepuasan pasien, agar dapat terukur dengan rutin mengenai mutu pelaksanaan *interprofessional collaboration*

j. Pelatihan

Pelatihan merupakan suatu kegiatan yang dilakukan oleh pihak organisasi dalam hal ini rumah sakit yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan atau kompetensi atau pengetahuan tenaga kesehatan. Secara rutin rumah sakit hendaknya mengadakan kegiatan pelatihan karena ini merupakan salah satu cara untuk meningkatkan kinerja tenaga kesehatan. Terutama jika kegiatan pelatihan ini berjalan dengan baik maka akan berdampak positif terhadap kompetensi tenaga kesehatan. Pelatihan merupakan suatu proses yang akan menghasilkan suatu perubahan perilaku sasaran pelatihan yang mencakup aspek kognitif, afektif dan psikomotorik. Demikian halnya jika pihak rumah sakit menginginkan adanya peningkatan pelaksanaan *interprofessional collaboration* maka hendaknya rumah sakit wajib memberikan pelatihan mengenai *interprofessional collaboration* kepada seluruh tenaga kesehatan baik dokter, perawat, bidan, apoteker dan seluruh tenaga kesehatan yang ada dirumah sakit.

Bila dilihat dari pendekatan sistem pelatihan itu terdiri dari Input (sasaran pelatihan), output (perubahan perilaku), dan juga faktor yang mempengaruhi proses tersebut. Pelatihan adalah suatu metode pendidikan yang dilakukan dengan cara mengajarkan keahlian dan

keterampilan kerja tertentu kepada pegawai. Pelatihan merupakan suatu kegiatan untuk memperbaiki penguasaan berbagai ketrampilan dan kemampuan pelaksanaan kerja tertentu, terinci dan rutin. Maka dapat diartikan bahwa pelatihan merupakan suatu kegiatan yang dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan tenaga kesehatan agar setiap individu dapat mengerjakan pekerjaannya dengan baik.

Penulis dalam penelitiannya menemukan bahwa sub tema pelatihan disimpulkan berdasarkan 4 indikator yang ditemukan yaitu:

- 1) Perlunya peningkatan kompetensi mengenai IPC pada tenaga kesehatan (coverage 2.56%)
- 2) Pelatihan IPC masih sangat kurang dilaksanakan (coverage 2.01%)
- 3) Pelatihan secara umum sesuai permintaan akreditasi telah dilaksanakan (coverage 2.01%)
- 4) Kurangnya pelatihan kepemimpinan kepada pejabat yang tidak sesuai dengan bidang kelimuannya (coverage 1,01 %).

k. Reward.

Reward merupakan sebagai bentuk apresiasi usaha untuk mendapatkan tenaga kerja yang profesional sesuai dengan tuntutan jabatan. Untuk itu diperlukan suatu pembinaan yang berkeselimbangan, yaitu suatu usaha kegiatan perencanaan, pengorganisasian, penggunaan, dan pemeliharaan tenaga kerja agar mampu melaksanakan tugas dengan efektif dan efisien. Reward merupakan adalah salah satu alat untuk meningkatkan motivasi kinerja para tenaga kesehatan dirumah sakit. Metode ini bisa mengasosiasikan perbuatan dan kelakuan individu dengan perasaan bahagia, senang dan biasanya akan membuat mereka melakukan suatu perbuatan baik secara berulang-ulang.

Reward bertujuan agar tenaga kesehatan dirumah sakit menjadi semakin giat dalam usaha memperbaiki atau meningkatkan prestasi yang telah dicapainya. Kecenderungan bahwa manusia selalu mempunyai cita-cita, harapan dan keinginan. Inilah yang menjadi dasar metode pemberian reward. Dengan metode ini, diharapkan seseorang mengerjakan perbuatan baik atau mencapai suatu prestasi tentunya akan diberikan reward yang menarik sebagai imbalan. Reward merupakan alat pendidikan yang mudah dilaksanakan dan sangat menyenangkan para karyawan dalam hal ini tenaga kesehatan. Untuk itu reward dalam suatu proses pekerjaan sangat dibutuhkan keberadaannya guna memotivasi dalam peningkatkan kinerja para professional pemberi asuhan dirumah sakit. Maksud dari pemberian reward kepada adalah agar tenaga

kesehatan menjadi lebih giat lagi kerjanya untuk memperbaiki atau mempertinggi prestasi kerja yang telah dicapainya, dengan kata lain menjadi lebih keras kemauannya untuk meningkatkan kinerjanya.

Reward adalah penilaian yang bersifat positif terhadap individu. Setiap individu atau kelompok yang memiliki kinerja yang tinggi perlu mendapatkan penghargaan. Beberapa fungsi reward, sebagai berikut:

- 1) Memperkuat motivasi untuk memacu diri agar mencapai prestasi.
- 2) Memberikan tanda bagi seseorang yang memiliki kemampuan lebih.
- 3) Bersifat universal.
- 4) Mempertahankan karyawan yang ada agar tetap mau bekerja di perusahaan.
- 5) Memberi lebih banyak dorongan agar para karyawan tetap berprestasi.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis: sub tema reward kebijakan disimpulkan berdasarkan 2 indikator yang ditemukan yaitu:

- 1) Reward yang diberikan untuk tenaga kesehatan yang patuh melaksanakan IPC berupa terima kasih (secara lisan) (coverage 8.00 %)
- 2) Pimpinan sudah berusaha memberikan motivasi kepada tenaga kesehatan agar IPC dapat dilaksanakan dengan baik (coverage 5.17 %).

Prosedur dan tata cara pelimpahan wewenang petugas kesehatan sangat penting untuk diatur demi kelancaran pelimpahan tugas dan tanggungjawab karena hal tersebut mengandung aspek hukum yang perlu diantisipasi oleh semua pihak. Prosedur dan tata cara pembuatan pelimpahan wewenang tenaga kesehatan di Rumah Sakit Unhas diatur dalam Peraturan Direktur Utama Rumah Sakit Unhas No 1/UN4.26/2019 Tentang Pedoman Tata Naskah Dinas di Lingkup Rumah Sakit Unhas. Surat pelimpahan wewenang merupakan naskah dinas yang berisi penugasan dari pejabat yang berwenang kepada pejabat satu tingkat di bawahnya untuk melaksanakan tugas yang dilimpahkan. Pada Rumah Sakit Haji dan Rumah Sakit Ibnu Sina prosedur dan tata cara pembuatan pelimpahan wewenang belum dituangkan dalam bentuk surat keputusan direktur. Pelimpahan wewenang dari DPJP ke DPJP lain diatur berdasarkan hasil rapat pimpinan rumah sakit.

Hasil penelitian menyampaikan bahwa pelimpahan wewenang Dokter kepada profesi perawat dalam tindakan medis dari perspektif hukum penting untuk dikaji dimana perawat adalah seseorang berperan

dalam merawat dan membantu seseorang dengan melindunginya dari sakit, luka dan proses penuaan. Hal tersebut tidak sesuai dengan peraturan UU No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan Pasal 32 ayat (1) dan Permenkes No. 2052 Tahun 2011 Pasal 23 ayat (1). Hal yang sifatnya tindakan memberikan diagnosa medis serta penentuan terapi medis tidak boleh didelegasikan kepada perawat. Kedua payung hukum tersebut tentunya bisa menjadikan pemahaman dan perlindungan perawat dalam menjalankan tugas mediknya (Vitrianingsih and Budiarsih, 2019) dan juga sebagai upaya meningkatkan komitmen petugas dalam mencapai tujuan organisasi (Saleh, Wirawan and Tamar, 2020)

Pengukuran tingkat kepuasan pasien sangat diperlukan untuk mengukur sejauh mana kepuasan pasien terhadap pelaksanaan IPC dirumah sakit. RS Unhas, RS Haji dan RS Ibnu Sina telah melakukan survey kepuasan pasien secara rutin. Terutama menjelang akreditasi rumah sakit, hal ini disadari harus ditingkatkan, pengukuran kepuasan dilakukan dengan tujuan sebagai dasar penentuan kebijakan rumah sakit. Namun survey kepuasan petugas kesehatan ataupun petugas non kesehatan pada ketiga rumah sakit belum terlaksanan secara rutin.

Hasil survey kepuasan pelanggan instalasi rawat inap yang dilakukan oleh seksi humas RSUD Haji Makassar. Capaian indikator kepuasan pasien rawat inap dari bulan januari sampai dengan juni 2018 terus mengalami tren perbaikan meskipun masih belum mencapai standar, ini disebabkan karena adanya renovasi gedung perawatan pada RSUD Haji Makassar sehingga sedikit mengganggu pelayanan. Kepuasan pegawai adalah pernyataan puas oleh pegawai terhadap kepemimpinan, motivasi dan kesejahteraan yang ditetapkan Rumah Sakit. Tujuan pengukuran indikator ini adalah untuk mengetahui gambaran persepsi pegawai terhadap elemen “Kepemimpinan, motivasi dan kesejahteraan. Target capaian indikator ini adalah sebesar $> 80\%$. Frekuensi pengumpulan dan pengolahan data indikator ini adalah setiap tahun. Data capaian indikator tahun 2018 adalah sebesar $86,71\%$ (RSUD Haji Makassar, 2019)

Hasil penelitian ini diperkuat dengan penelitian yang dilakukan dengan metode *literature review* dimana bahwa dari 142 artikel diambil untuk skrining teks lengkap, 21 artikel penelitian memenuhi kriteria inklusi. Secara keseluruhan, 57% studi mengidentifikasi terjadi peningkatan secara signifikan kepuasan pasien yang dilakukan dengan perawatan berbasis tim. Tingkat kepuasan pasien lebih besar dengan tim

yang memiliki lebih dari dua profesi dan model berbasis tim yang lebih komprehensif, kesimpulan penelitian ini bahwa pelayanan kesehatan berbasis tim dapat mempengaruhi kepuasan pasien secara positif. Komposisi tim dan jenis tim intervensi tampaknya mempengaruhi kekuatan hubungan. Peningkatan kepuasan tidak secara konsisten disertai dengan peningkatan hasil lainnya (Will, Johnson and Lamb, 2019)

Pada dasarnya rumah sakit telah berusaha memperbaiki kompetensi tenaga kesehatan dalam melaksanakan kolaborasi, dan kerjasama tim dengan memfasilitasi pelaksanaan pelatihan tim profesi. Profesi perawat ditiga rumah sakit telah melaksanakan pelatihan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP), namun rumah sakit belum pernah melaksanakan pelatihan kolaborasi yang melibatkan semua profesi tenaga kesehatan dalam satu pelatihan kolaborasi. Hasil penelitian melaporkan bahwa keikutsertaan perawat dalam pelatihan mempunyai hubungan yang paling kuat dengan pemahaman peran perawat dalam tim pada MPKP. Berdasarkan hasil penelitian tersebut maka rumah sakit perlu memberikan kesempatan kepada perawat untuk mengikuti pelatihan-pelatihan yang berhubungan dengan MPKP. Selain itu rumah sakit harus sering mengadakan pelatihan-pelatihan MPKP (Asmuji and Indriyani, 2016)

Penelitian lain menemukan bahwa setelah diberikan intervensi pelatihan selama 4 minggu terjadi peningkatan terkait penerapan MPKP, karena itu penelitian ini merekomendasikan pelatihan MPKP pada semua kepala ruang, katim dan perawat pelaksanaan sosialisasi atau update terkini penerapan MPKP secara kontinue oleh rumah sakit (Perawat and Kotamobagu, 2020). Sejauh ini dari ketiga rumah sakit yang diteliti, para informan mengatakan bahwa belum ada kebijakan dari pihak rumah sakit untuk memberikan reward dalam bentuk finansial bagi tenaga kesehatan yang melaksanakan IPC. Reward yang diberikan hanya dalam bentuk support dan motivasi secara verbal yaitu pujian kepada para tenaga kesehatan

Beberapa temuan menjelaskan pentingnya faktor organisasi saat menjelaskan masalah tim. Para profesional di seluruh dunia telah setuju bahwa ada banyak potensi kesulitan dalam mencapai hubungan kerja yang efektif dari sebuah organisasi. Misalnya, perbedaan gaya manajemen mempengaruhi upaya untuk berkolaborasi antara layanan kesehatan dan sosial dan elemen persaingan yang tertanam dalam hubungan antara organisasi dan profesi (Rousseau *et al.*, 2017).

Faktor organisasi menjadi salah satu faktor pemicu terciptanya konektivitas, keselarasan dan kolaborasi dalam dan antara sektor pelayanan kesehatan. Sangat sedikit penelitian yang menyelidiki pengaruh organisasional dan interaksional pada kolaborasi antarprofesional dan menemukan rata-rata artikel yang lebih banyak menggunakan pendekatan konseptual dibandingkan pendekatan empiris (Karam *et al.*, 2018).

Organisasi pelayanan kesehatan di Indonesia dibentuk berdasarkan landasan hukum yang terdiri dari: UU No 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan, UU No 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, UU No 25 tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik. Organisasi dicirikan oleh keinginan untuk bekerja secara interprofesional, dengan demikian maka asumsi lain peneliti bahwa para pimpinan dirumah sakit pada lokasi penelitian cukup menyadari pentingnya sebuah kolaborasi, namun belum mampu menjelaskan wujud konkret dari IPC itu sendiri, pemahaman yang baik mengenai IPC masih minim, dari temuan hasil wawancara pada penelitian ini hal tersebut antara lain dapat disebabkan latar belakang keilmuan para pimpinan rumah sakit sebagian bukan berasal dari bidang kesehatan, serta dipengaruhi pula oleh lama kerja dan pengalaman pada jabatan yang ditempatinya saat ini. Visi misi dan tujuan organisasi rumah sakit juga sangat menentukan komitmen para interprofesional yang terlibat dalam sebuah kolaborasi dalam menangani masalah kesehatan pasien.

a. Tujuan organisasi

Indikator tujuan organisasi berpengaruh signifikan terhadap pelaksanaan IPC, yang berarti apabila tujuan organisasi naik maka pelaksanaan IPC dapat meningkat. Tujuan organisasi adalah pedoman bagi landasan kegiatan pada manajemen rumah sakit serta sumber legitimasi yang membenarkan setiap kegiatan dan eksistensi rumah sakit, terutama dalam pelaksanaan IPC.

Makna dari hasil penelitian pada indikator tujuan organisasi adalah bahwa semakin jelas tujuan organisasi dalam hal kolaborasi maka akan semakin dapat meningkatkan pelaksanaan IPC dirumah sakit pendidikan. Berdasarkan data yang tersaji pada indikator tujuan organisasi dapat disimpulkan bahwa organisasi sudah memiliki tujuan yang jelas yang mencakup IPC. Hal ini tergambar dari hasil jawaban responden yang dominan menyatakan setuju bahwa kolaborasi interprofesional dijelaskan dengan baik dalam organisasi tenaga kesehatan (95%). Namun dari telaah

Profil Rumah Sakit didua rumah sakit yaitu RS Haji dan RS Ibnu Sina, visi misi yang menjadi lokasi penelitian ini belum tergambar keinginan dari organisasi untuk meningkatkan IPC. Sedangkan RS Unhas telah memasukkan IPC sebagai tujuan organisasi yang Nampak pada visi misi dan tujuan RS Unhas.

Program kerja pada Rumah Sakit Unhas yang menunjang terlaksananya IPC Nampak pada program praktik terintegrasi (*Interprofessioal education*), serta *Continuing Professional Education Trainings*. Untuk dapat menunjang seluruh pelayanan ini, RS Unhas telah didukung 853 sumber daya manusia yang handal terdiri dari 487 tenaga medis dan 366 tenaga non medis yang terdistribusikan secara proporsional ke seluruh unit-unit pelayanan (RS, 2019)

RS Haji telah mencantumkan salah satu tujuan RS sebagai penjabaran visi misi RS Haji yaitu: terbinanya tim kerjasama professional yang solid dengan perbaikan mutu kinerja berkesinambungan, dengan ditetapkannya tujuan rumah sakit yang mengarah kepeningkatan kerjasama professional maka diharapkan kedepan program-program IPC sudah semakin konkrit. Tetapi dari perencanaan kegiatan tahunan rumah sakit belum ada kegiatan yang secara langsung merupakan wujud dari upaya peningkatan IPC.

Namun dari jawaban responden hal yang masih perlu ditingkatkan adalah layanan lain atau unit lain hendaknya memiliki tujuan yang tepat dan jelas pula terkait kolaborasi interprofesional (89%), semua unit layanan dalam lingkup rumah sakit hendaknya dapat memahami tujuan dari pelaksanaan IPC. Kolaborasi diperlukan untuk memastikan koherensi strategis dari tujuan dan prioritas organisasi. (Terwindt and Rajan, 2016)

b. Domain organisasi

Domain organisasi berpengaruh paling signifikan terhadap pelaksanaan IPC dengan yang bermakna apabila domain organisasi naik 1 angka maka pelaksanaan IPC dapat meningkat. Domain organisasi adalah kondisi dimana tenaga kesehatan memilih bidang tindakan sesuai dengan tanggungjawabnya, bagian dari lingkungan yang mereka pilih untuk menjadi tujuan bagi tugas dan tanggungjawab tersebut, jadi jika bagian itu berubah, mereka harus siap untuk mengalami perubahan dan masing-masing tenaga kesehatan memahami hukum dan peraturan dalam menjalankan tugas dan tanggungjawab tersebut.

Domain organisasi yang dipetakan dengan baik dan jelas oleh pihak manajemen rumah sakit akan memberi dampak positif terhadap peningkatan pelaksanaan IPC. Pada dasarnya dari hasil penelitian ini tergambar bahwa domain organisasi pada lokasi penelitian ini agar dipetakan dengan baik dan jelas, hal tersebut tercermin dari jawaban mayoritas responden bahwa setiap orang mengetahui bidang tanggung jawab mereka (95%).

Mayoritas responden setuju hukum dan peraturan secara relatif dipahami oleh para profesional di dalam kelompok interprofesional (92%) hal ini dinyatakan oleh responden dari disitribusi jawaban yang tersaji pada hasil penelitian. Namun dari telaah dokumen belum ada regulasi yang mengatur secara jelas bidang dan tanggungjawab masing-masing tenaga kesehatan. *Clinical Pathway* (CP) yang memuat tugas dan tanggungjawab masing-masing tenaga kesehatan sudah ada diketiga rumah sakit, disusun berdasarkan 5 penyakit terbanyak. Namun CP ini belum tersosialisasi dengan baik disemua tenaga kesehatan, sehingga pelaksanaannya belum maksimal.

Asumsi penulis bahwa IPC dapat terwujud jika rumah sakit sebagai wadah organisasi bagi berbagai tenaga kesehatan di Sulawesi Selatan dijalankan berdasarkan hukum dan aturan yang berlaku. Hukum dan peraturan tersebut secara relatif dipahami oleh para profesional di dalam kelompok interprofesional. Setiap orang mengetahui bidang tanggung jawab mereka, mengetahui bidang tanggung jawab para profesional lainnya serta menyadari pentingnya saling menyampaikan tentang bidang tanggung jawab masing-masing profesi. Kelompok interprofesional terdiri dari para profesional yang sangat dipengaruhi oleh budaya organisasi dimana mereka bekerja. Karena itu pimpinan rumah sakit sangat penting menetapkan standar kompetensi setiap tenaga kesehatan.

RS Unhas memandang SDM sebagai asset yang sangat penting dan berupaya meningkatkan kompetensi masing-masing tenaga kesehatan sehingga program pengembangan karyawan senantiasa mendapatkan perhatian besar dibuktikan alokasi anggaran pengembangan karyawan rata-rata sebesar 15% setiap tahun dari pendapatan. Pelatihan *Fire Fighting* RS Unhas Bidang Adminsitrasi Umum dan SDM menyusun pengembangan SDM berdasarkan analisis gap kompetensi untuk lima tahun dan memberikan kesempatan kepada semua SDM baik PNS maupun Non PNS untuk mengikuti program-program kompetensi seperti studi lanjut, pelatihan, workshop, studi banding dan sebagainya.

Hasil penelitian ini didukung oleh beberapa penelitian sebelumnya yaitu penetapan standar kompetensi inti dan kerangka kerja tenaga kesehatan penting untuk mengatasi kesenjangan masalah kesehatan dan memaksimalkan efektivitas tenaga kesehatan (Covert *et al.*, 2019) (Langins and Borgermans, 2016)

c. Budaya Organisasi

Hubungan kolaborasi perawat, dokter dan tenaga kesehatan lainnya adalah suatu bentuk hubungan interaksi yang telah cukup lama dikenal ketika memberikan bantuan kepada pasien. Perspektif tenaga kesehatan yang berbeda dalam memandang pasien, dalam praktiknya menyebabkan munculnya hambatan-hambatan tehnik dalam melakukan proses kolaborasi. Kendala psikologi keilmuan masing-masing profesi dan individual, faktor sosial, serta budaya menempatkan kedua profesi ini memunculkan kebutuhan akan upaya kolaborasi yang dapat menjadikan keduanya lebih solid dengan semangat kepentingan pasien. Hambatan kolaborasi perawat dengan dokter sering dijumpai pada tingkat profesional dan institusional/organisasi rumah sakit.

Berdasarkan *National Health and Medical Research Council* (NHMRC) rendahnya kepercayaan antar anggota tim terbukti merupakan hambatan utama dalam keberhasilan kolaborasi, sehingga untuk menciptakan lingkungan yang kolaboratif, budaya dalam bidang pelayanan juga perlu dirubah. Hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis menemukan bahwa indikator budaya organisasi berpengaruh signifikan terhadap pelaksanaan IPC yang berarti bahwa apabila lingkungan organisasi meningkat maka pelaksanaan IPC dapat meningkat pula. Budaya organisasi adalah sebuah lingkungan yang kolaboratif di mana staf klinis memperlakukan satu sama lain dengan hormat, dengan melibatkan dan memberdayakan pasien dan keluarga.

Hasil penelitian ini menunjukkan pula bahwa budaya organisasi yang baik akan dapat meningkatkan pelaksanaan IPC dirumah sakit pendidikan. Distribusi jawaban responden secara umum mengatakan bahwa kelompok interprofesional terdiri dari para profesional yang sangat dipengaruhi oleh budaya organisasi dimana mereka bekerja (92%). Tingkat profesionalisme tenaga kesehatan dalam melakukan tindakan dipengaruhi oleh kuatnya budaya organisasi rumah sakit. Sehingga tenaga kesehatan dapat menumbuhkan sikap loyalitas, mengerti tujuan organisasi serta mengerti perilaku mana yang dipandang baik dan tidak

baik. Akan tetapi tidak semua rumah sakit memiliki budaya yang kuat dan kekuatan budaya disuatu rumah sakit bisa berbeda-beda.

Budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim antara lain akan mengakibatkan terjadinya salah lokasi, salah prosedur, dan salah pasien yang menjalani tindakan serta prosedur merupakan kejadian sangat mengkhawatirkan dan dapat terjadi. Dalam mengembangkan komunikasi dan koordinasi yang baik, rumah sakit perlu mengatur pertemuan di setiap tingkat rumah sakit, misalnya pertemuan direksi, pertemuan para kepala bidang/divisi, dan pertemuan antarunit pelayanan. Selain itu, perlu juga pertemuan antartingkat, misalnya pertemuan direksi dengan para kepala bidang/divisi dengan Kepala Unit Pelayanan. Di sisi lain, rumah sakit juga perlu mengembangkan pertemuan antara profesi, misalnya pertemuan dokter, perawat, dan PPA lainnya dalam membahas pengembangan pelayanan, update ilmu pengetahuan, dan lain sebagainya. (SNARS, 2018)

Hasil wawancara yang didapatkan rumah sakit telah melakukan rapat pimpinan yang diadakan sekali sebulan dan tapi tidak membahas IPC (coverage 9,99%). Direktur Rumah Sakit, para kepala bidang/divisi, serta kepala unit dan departemen di rumah sakit: berupaya mendorong pelaksanaan budaya mutu dan keselamatan (quality and safety culture); serta melaksanakan pengukuran budaya keselamatan secara rutin agar peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat berjalan baik. Budaya keselamatan merupakan salah satu focus area standar tata kelola rumah sakit. Guna mewujudkan Visi dan Misi, Nilai dasar dan Budaya Kerja tersebut, RS Unhas Menerapkan Motto: “Tulus Melayani”. Maksudnya adalah semua pihak dalam lingkup rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan tanpa mengutamakan mengharapkan imbalan jasa dari pasien dan tanpa diskriminasi. Budaya Kerja RS Unhas: cepat tanggap, cerdas berinovasi, cermat menilai, ceria melayani, cekatan bertindak, anggih teknologi, dan curahan hati pelanggan.

Direktur Rumah Sakit mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta mengajukan persetujuan program kepada representasi pemilik, dan melalui misi rumah sakit serta dukungan pemilik rumah sakit membentuk suatu budaya mutu di rumah sakit. Pengukuran mutu prioritas tersebut dilakukan menggunakan indikator-indikator mutu antara lain: Indikator mutu Sasaran Keselamatan Pasien yaitu indikator mutu yang mengukur kepatuhan staf dalam penerapan sasaran keselamatan pasien dan budaya keselamatan.

Struktur organisasi ketiga rumah sakit telah mendukung proses budaya keselamatan di rumah sakit dan komunikasi antarprofesi. Selain terdapat pimpinan klinis, rumah sakit juga perlu membentuk Komite Medik dan Komite Keperawatan dengan tujuan dapat menjaga mutu, kompetensi, etik, dan disiplin para staf profesional tersebut. Rumah sakit agar menetapkan lingkup pelayanan yang dikoordinasikan oleh pimpinan pelayanan medis, lingkup pelayanan yang dikoordinasikan oleh pimpinan pelayanan keperawatan, dan lingkup pelayanan yang dikoordinasikan oleh pimpinan penunjang medik. Kepala unit pelayanan dengan staf klinisnya mempunyai tanggung jawab khusus terhadap pasien di rumah sakit. Staf klinis yang ditempatkan di unit-unit pelayanan secara fungsi dikoordinasikan oleh para pimpinan pelayanan (kepala bidang/divisi).

Dalam melakukan koordinasi pimpinan pelayanan medis juga melakukan koordinasi dengan komite medis dan pimpinan keperawatan serta melakukan koordinasi dengan komite keperawatan sehingga unit pelayanan di bawah koordinasi para pimpinan klinis (kepala bidang/divisi pelayanan klinis) dapat mempunyai fungsi: 1) mendorong agar antarstaf profesional terjalin komunikasi yang baik; 2) membuat rencana bersama dan menyusun kebijakan, panduan praktik klinik dan protokol, pathways, serta ketentuan sebagai panduan memberikan layanan klinik; 3) menetapkan etik dan melaksanakan sesuai dengan profesinya masing-masing; 4) mengawasi mutu asuhan pasien 5) kepala unit pelayanan menetapkan struktur organisasi unit pelayanan untuk dapat melaksanakan tanggung jawabnya.

Perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan adalah: 1) perilaku yang tidak layak (inappropriate) seperti kata-kata atau bahasa tubuh yang merendahkan atau menyinggung perasaan sesama staf, misalnya mengumpat dan memaki 2) perilaku yang mengganggu (*disruptive*) antara lain perilaku tidak layak yang dilakukan secara berulang, bentuk tindakan verbal atau nonverbal yang membahayakan atau mengintimidasi staf lain, dan “celetukan maut” adalah komentar sembrono di depan pasien yang berdampak menurunkan kredibilitas staf klinis lain. Contoh mengomentari negatif hasil tindakan atau pengobatan staf lain di depan pasien, misalnya “obatnya ini salah, tamatan mana dia...?”, melarang perawat untuk membuat laporan tentang kejadian tidak diharapkan, memarahi staf klinis lainnya di depan pasien, kemarahan yang ditunjukkan dengan melempar alat bedah di kamar operasi, serta membuang rekam medis di ruang rawat 3) perilaku yang melecehkan

(harassment) terkait dengan ras, agama, dan suku termasuk gender dan 4) pelecehan seksual.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa atribut budaya organisasi mempengaruhi-koordinasi pelayanan terintegrasi, hubungan dan komunikasi dalam tim, kerja tim, pengelolaan konflik, serta kewenangan dan otonomi tim (Runtu, Novicastari and Handayani, 2019). Budaya organisasi terkait dengan persepsi dan observasi kualitas perawatan pada unit (van Beek and Gerritsen, 2010)

BAB IV

ASUHAN PASIEN TERINTEGRASI BERPUSAT PADA PASIEN

Asuhan pasien di rumah sakit diberikan dan dilaksanakan dengan pola pelayanan berfokus pada pasien (*Patient/Person Centered Care–PCC*). Pola ini dipayungi oleh konsep WHO: *Conceptual framework integrated people-centred health services*. Pelayanan berfokus pada pasien diterapkan dalam bentuk Asuhan Pasien Terintegrasi yang bersifat integrasi horizontal dan vertikal. Pada integrasi horizontal kontribusi profesi tiap-tiap profesional pemberi asuhan (PPA) adalah sama pentingnya atau sederajat. Pada integrasi vertikal pelayanan berjenjang oleh/melalui berbagai unit pelayanan ke tingkat pelayanan yang berbeda maka peranan manajer pelayanan pasien (MPP) penting untuk integrasi tersebut dengan komunikasi yang memadai terhadap profesional pemberi asuhan (PPA). Pelaksanaan asuhan pasien terintegrasi berpusat pada pasien dan mencakup elemen sebagai berikut:

1. Keterlibatan dan pemberdayaan pasien dan keluarga.
2. Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) sebagai Ketua tim asuhan pasien oleh profesional pemberi asuhan (PPA) (Clinical Leader)
3. Profesional pemberi asuhan (PPA) bekerja sebagai tim interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional dibantu antara lain oleh:
 - a. Panduan Praktik Klinis (PPK)
 - b. Panduan Asuhan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya
 - c. Alur Klinis/Clinical Pathway terintegrasi
 - d. Algoritme
 - e. Protokol, Prosedur, Standing Order
 - f. CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi)
4. Perencanaan pemulangan pasien (P3)/Discharge Planning terintegrasi;
5. Asuhan gizi terintegrasi
6. Manajer pelayanan pasien/case manager.

Berdasarkan hasil pengukuran persepsi tenaga kesehatan pada pelaksanaan IPC ditemukan (Patima, 2020):

1. IPC sudah berjalan tetapi pelaksanaannya tidak maksimal

2. Rumah Sakit memberikan kesempatan dan motivasi kepada tenaga kesehatan untuk melanjutkan pendidikan tetapi dukungan dana masih terbatas
3. Pimpinan rumah sakit menilai bahwa IPC pada rumah sakit sudah diterapkan, tetapi mereka kadang tidak memahami bahwa kegiatan yang mereka laksanakan sudah mengarah ke pelaksanaan IPC
4. Latar belakang pendidikan tenaga kesehatan pada profesi tertentu masih relative masih rendah
5. Rapat pimpinan rumah sakit tidak pernah membahas IPC
6. Rumah sakit menyiapkan layanan Wait side system (layanan pengaduan) namun pengaduan pasien tidak dibahas pada rapat dan tidak ditindaklanjuti
7. Rapat tim dirumah sakit sudah dijalankan secara rutin, tetapi rapat tim yang berjalan hanya dilaksanakan oleh tim internal profesi, sangat jarang mereka melakukan rapat tim dengan seluruh profesi yang menangani kasus pasien yang dirawat.

Pihak rumah sakit telah menjalankan pengukuran kepuasan pasien karena pengukuran kepuasan pasien adalah standar yang ditetapkan oleh akreditasi rumah sakit, namun tindak lanjut dari pengukuran tingkat kepuasan belum dilaksanakan secara maksimal. Evaluasi lama rawat pasien telah dilakukan secara berkala dibagian rekam medic. Audit indicator mutu telah dilaksanakan secara berkala antaralain: BOR, ALOS, TOI, angka kematian dan angka infeksi oleh PPI rumah sakit, tetapi pelaporan hasil audit mutu diakui masih belum maksimal dan kontrol kegiatan IPC diakui masih sangat kurang pelaksanaannya.

Banyak intervensi medis yang bisa ditempuh untuk mengatasi masalah pasien secara cepat dan tepat dan rapat tim akan terlaksana, jika DPJP dapat hadir setiap hari. Minimnya pelatihan tentang IPC menjadi indicator yang disebut oleh pimpinan rumah sakit sehingga pelaksanaan IPC tidak efektif.

Pelaksanaan asuhan pasien terintegrasi berpusat pada pasien dan mencakup elemen sebagai berikut (SNARS, 2018):

1. Keterlibatan dan pemberdayaan pasien dan keluarga
2. DPJP sebagai Ketua tim asuhan pasien oleh profesional pemberi asuhan (PPA) (Clinical Leader)
3. PPA bekerja sebagai tim interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional dibantu antara lain oleh Panduan Praktik Klinis

- (PPK), Panduan Asuhan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya,
4. Alur Klinis/Clinical Pathway terintegrasi, Algoritme, Protokol, Prosedur,
 5. Standing Order dan CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi);
 6. Perencanaan pemulangan pasien (P3)/DP terintegrasi;
 7. Asuhan gizi terintegrasi
 8. Manajer pelayanan pasien/*case manager*

Pengukuran IPC pada hasil-hasil penelitian dinegara-negara maju selalu dilaksanakan bersamaan dengan pengukuran IPE. Pada konseptual WHO dijelaskan bahwa IPE dan IPC adalah dua program yang harus dilaksanakan secara tidak terpisahkan. Namun hal ini masih belum dapat terlaksana pada rumah sakit-rumah sakit di Indonesia terutama rumah sakit pendidikan di Sulawesi Selatan mengingat bahwa pelaksanaan IPE pada institusi pendidikan belum terlaksana karena berbagai faktor penghambat. Hal ini merupakan masalah utama yang membutuhkan penanganan-penanganan serius dari semua pihak.

1. Profesional Pemberi Asuhan (PPA)

Rumah sakit seharusnya mempertimbangkan bahwa asuhan di rumah sakit merupakan bagian dari suatu sistem pelayanan yang terintegrasi dengan para profesional pemberi asuhan dan tingkat pelayanan yang akan membangun suatu kontinuitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Profesional Pemberi Asuhan adalah staf klinis profesional yang langsung memberikan asuhan kepada pasien, misalnya staf medis, keperawatan, farmasi, gizi, staf psikologi klinis, dan lain-lain, serta memiliki kompetensi dan kewenangan. Asuhan pasien diberikan oleh para profesional pemberi asuhan (PPA) yang bekerja sebagai tim interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional dan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) berperan sebagai ketua tim asuhan pasien oleh profesional pemberi asuhan (PPA) atau disebut *clinical leader*.

Hasil penelitian yang dilakukan penulis menemukan bahwa mayoritas informasi dikumpulkan melalui: anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostic / lain (84 %). Data yang juga menyatakan hasil atau kesimpulan rapat dari tim asuhan atau diskusi lain ttg kerjasama dicatat dalam rekam medis pasien (81 %). Rencana asuhan diintegrasikan dan dikoordinasikan di antara berbagai unit kerja dan pelayanan.

Pemberian asuhan diintegrasikan dan dikoordinasikan di berbagai unit kerja dan pelayanan. Data dan informasi asesmen pasien dianalisis dan diintegrasikan. PPA membuat Rencana Pelayanan / *Plan of Care*, pelaksanaan rencana, beserta monitoringnya untuk memenuhi kebutuhan pelayanan pasien.

Tujuan Pelayanan berfokus Pasien: Meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien, Memberikan perlindungan kepada pasien agar memperoleh asuhan yang terbaik, Memberikan panduan dan kejelasan tentang mekanisme koordinasi, kolaborasi interprofesional dan kerjasama tim dalam memberikan asuhan kepada pasien

PPA bekerja sebagai tim interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional, menggunakan alur klinis/clinical pathway, perencanaan pemulangan pasien terintegrasi/integrated discharge planning. Masing-masing PPA memberikan asuhan melalui tugas mandiri, delegatif dan kolaboratif dengan pola IAR. Kolaborasi interprofesional Meningkatkan kompetensi untuk praktik kolaborasi interprofesional dalam 4 ranah yaitu:

- l. Nilai dan etika praktik interprofesional
- m. Peran dan tanggung jawab
- n. Komunikasi interprofesional
- o. Kerjasama dalam tim klinis/ interdisiplin edukasi untuk kolaborasi interprofesi

PPA melaksanakan asuhan pasien dalam 2 proses yaitu: asesmen pasien dan Implementasi rencana termasuk monitoring. Asesmen pasien terdiri dari 3 langkah (IAR) yaitu:

1. Informasi dikumpulkan, antara lain anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan lain / penunjang dan sebagainya
2. Analisis informasi, menghasilkan kesimpulan antara lain masalah, kondisi, diagnosis, untuk mengidentifikasi kebutuhan pelayanan pasien;
3. Rencana pelayanan/*Care Plan* dirumuskan, untuk memenuhi kebutuhan pelayanan pasien. Implementasi rencana serta monitoring adalah pemberian pelayanannya. Pencatatannya dilakukan dengan metode SOAP pada Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi

Rumah sakit pendidikan telah melaksanakan pelayanan gizi rawat inap dan rawat jalan. Pelayanan gizi rawat inap merupakan pelayanan gizi

yang dimulai dari proses pengkajian gizi, diagnosis gizi, intervensi gizi meliputi perencanaan, penyediaan makanan, penyuluhan/edukasi, dan konseling gizi, serta monitoring dan evaluasi gizi. Asuhan gizi rawat jalan atau konseling gizi dan dietetik atau edukasi/penyuluhan gizi. DPJP akan merujuk pasien kepada Dietisien untuk mendapatkan konseling gizi, dengan menyertakan formulir permintaan konseling.

Terdapat bukti pemberian terapi gizi terintegrasi pada pasien risiko nutrisi. Asuhan gizi terintegrasi mencakup rencana, pemberian, dan monitor terapi gizi.. *Nutrisionis Dietisien* merupakan PPA, yang mempunyai tanggung jawab mengimplementasi dan mengembangkan pelayanan asuhan gizi. *Nutrisionis Dietisien* melaksanakan asuhan gizi sesuai konsep pelayanan berfokus pasien melalui proses asuhan gizi terstandar. Pelayanan/asuhan berfokus pada pasien (*patient centered care*) merupakan elemen penting dan sentral dalam asuhan pasien. Asuhan gizi terintegrasi mencakup rencana, pemberian, dan monitor terapi gizi. Ada bukti pemberian terapi gizi terintegrasi pada pasien risiko nutrisi. Respons pasien terhadap terapi gizi dipantau dan dicatat dalam rekam medisnya. Pasien dengan risiko nutrisi menerima terapi gizi terintegrasi.

Asuhan gizi adalah serangkaian kegiatan yang terorganisir/terstruktur yang memungkinkan untuk identifikasi kebutuhan gizi dan penyediaan asuhan untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Komunikasi antar disiplin ilmu sangat diperlukan untuk memberikan asuhan yang terbaik bagi pasien. Sebagai bagian dari tim pelayanan kesehatan, dietisien harus berkolaborasi dengan dokter, perawat, farmasi dan tenaga kesehatan lainnya yang terkait dalam memberikan pelayanan asuhan gizi.(Kemenkes RI, 2013)

Pelayanan gizi di rumah sakit diberikan sesuai dengan keadaan pasien yang berdasar pada keadaan klinis pasien, status gizi dan status metabolisme tubuhnya.Keadaan gizi pasien sangat berpengaruh pada proses penyembuhan penyakit, sehingga perlu diperhatikan jenis makanan sesuai dengan keadaannya (RSUD Haji Makassar, 2019). Pendokumentasian AGT menggunakan Pola IAR dan penulisan SOAP/ADIME.

2. Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPTT)

Catatan perkembangan pasien terintegrasi adalah catatan perubahan subjektif dan objektif sesuai kondisi pasien serta pengkajian selanjutnya

yang berdasarkan prinsip *cost effectiveness*. CPPT juga merupakan hasil asuhan pelayanan medik pasien atau kesimpulan rapat dari tim asuhan atau diskusi lain tentang kolaborasi terhadap pelayanan pasien yang dicatat dalam rekam medis pasien dilembar catatan terintegrasi pasien. Penulisan dalam CPPT ini mempunyai sistematika model *Subyektif, Obyektif, Assesmen* dan *Plan* (SOAP)

Tujuan dilakukannya CPPT adalah:

- i. Memudahkan pemberi pelayanan kesehatan dalam mengikuti pemberian pelayanan dan pengobatan pasien sehingga mempermudah mengetahui perkembangan kondisi pasien.
- ii. CPPT sebagai acuan dalam menuliskan asuhan pelayanan pasien pada catatan terintegrasi agar terjadi keseragaman dalam penulisan di lembar CPPT dalam rekam medis pasien.

Prosedu dilakukannya CPPT yaitu:

- a. Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) membuat perencanaan asuhan pelayanan pada pasien dalam waktu 24 jam sesudah pasien masuk rawat inap.
- b. DPJP membuat rencana asuhan pasien secara individu dan direview serta diverifikasi dengan mencatat kemajuan dan perkembangannya dalam catatan terintegrasi.
- c. Bila asuhan sudah sesuai dengan rencana dan pencapaian sasaran, DPJP melakukan verifikasi CPPT dengan memberikan paraf dan cap nama, gelar serta SIP DPJP pada pojok kanan bawah tiap lembar CPPT.
- d. Dokter membuat hasil asuhan pelayanan medik pasien atau kesimpulan rapat dari tim asuhan/professional pemberi asuhan atau diskusi lain tentang kolaborasi dalam rekam medis pasien didalam catatan terintegrasi.
- e. Dokter, perawat, bidan, ahli gizi dan fisioterapi (professional pemberi asuhan) dalam membuat asuhan yang diberikan kepada pasien haruslah terintegrasi dan terkoordinasi, yaitu:
 - 1) Asuhan yang diberikan untuk setiap pasien direncanakan oleh dokter penanggung jawab dalam waktu 24 jam setelah terbit struk rawat inap tercetak.
 - 2) Rencana asuhan pasien harus dilakukan secara individual dan berdasarkan data pengkajian awal pasien.

- 3) Rencana asuhan yang dibuat dicatat direkam medis dalam bentuk kemajuan terukur pencapaian sasaran.
 - 4) Dokter dan perawat mencatat atau merevisi kemajuan pasien sesuai kebutuhan pasien berdasarkan hasil pengkajian ulang yang dilakukan.
 - 5) DPJP mereview dan melakukan verifikasi rencana asuhan dan mencatat kemajuannya dalam catatan terintegrasi pasien.
- f. Pemberi pelayanan kesehatan yang diizinkan memberikan instruksi atau menuliskan instruksi dalam rekam medis pasien di lokasi seragam adalah dokter, perawat, bidan, ahli gizi, fisioterapist yang memberikan asuhan pada pasien.
 - g. Dokter Anestesi juga menulis instruksi post anestesi-sedasi pada formulir laporan anestesi-sedasi dan pada catatan terintegrasi dengan cara menuliskan “instruksi post operasi lihat pada laporan operasi”.
 - h. Perintah yang harus tertulis adalah
 - 1) Pemberian oksigen
 - 2) Pemberian terapi obat-obatan
 - 3) Pemeriksaan penunjang yang diperlukan
 - 4) Pemberian diet
 - 5) Pemberian fisioterapi dan konsultasi.
 - i. DPJP membuat permintaan pemeriksaan diagnostik *imaging* dan laboratorium klinis atas indikasi klinis dan alasan pemeriksaan yang rasional agar mendapatkan interpretasi yang diperlukan kecuali di pelayanan khusus seperti diruang IGD dan Unit *Critical Care* (HCU dan Perinatologi) yang memerlukan pemeriksaan cito dapat dilakukan oleh dokter jaga IGD dan dokter jaga ruangan.
 - j. Tindakan diagnostik ataupun tindakan lain yang dilakukan termasuk hasilnya dicatat dalam rekam medis pasien.
 - k. Pasien dan keluarga diberitahu tentang hasil asuhan yang diberikan dan pengobatan termasuk kejadian tidak diharapkan dari hasil asuhan dan pengobatan tersebut diatas oleh pemberi pelayanan kesehatan yang berwenang.
 - l. Penulisan di catatan terintegrasi, dokter menggunakan bolpoint warna biru, selain dokter menggunakan tinta warna hitam.
 - m. Cara penulisan data pada lembar catatan perkembangan pasien terintegrasi dengan format problem oriented dikenal dengan konsep SOAP. Konsep SOAP terdiri dari 4 bagian:
 - 1) *Subjective* (DataSubjektif)
Berisikan keluhan yang dirasakan oleh pasien sekarang / saat ini.

- 2) *Objective (DataObjektif)*
Berisikan hasil pemeriksaan fisik pasien dan pemeriksaan penunjang.
- 3) *Assessment (Pengkajian)*
Kesimpulan dalam bentuk suatu diagnosis kerja, diagnosis *differensial*, atau suatu penilaian keadaan berdasarkan hasil data subjektif dan data objektif pasien.
- 4) *Plan (Rencana)*
Tuliskan rencana diagnostik, rencana terapi atau tindakan, rencana monitoring dan rencana edukasi, dan kolaborasi
 - a) Semua petugas kesehatan menulis SOAP lurus ke bawah dikolom hasil pemeriksaan, analisis, dan rencana penatalaksanaan pasien.
 - b) Kolom penatalaksanaan (SOAP) oleh tenaga kesehatan adalah semua rencana tindakan yang dilakukan pada pasien.
 - c) Konsul yang dilakukan oleh perawat, bidan dan petugas tenaga kesehatan lainnya ke dokter umum atau dokter spesialis maka instruksi dokter umum atau dokter spesialis ditulis dikolom instruksi tenaga kesehatan di sebelah kanan.
 - d) Konsul yang dilakukan oleh dokter umum ke DPJP atau dokter spesialis maka instruksi DPJP tetap ditulis pada kolom penatalaksanaan sebagai bagian dari Plan (SOAP).
- 6) Tanggal dan Jam pelaksanaan
Semua petugas kesehatan menulis waktu pelaksanaan pencatatan yaitu tanggal, bulan, tahun serta jam dalam WIB/WITA.
- 7) Nama dan Paraf petugas
Setiap petugas kesehatan menulis CPPT dilengkapi paraf serta cap nama dan gelar petugas kesehatan
- 8) Catatan
Berisi catatan dari DPJP untuk perhatian kepada semua petugas kesehatan.

Asesmen ulang yang dilakukan oleh semua profesional pemberi asuhan (PPA) merupakan faktor penting untuk evaluasi terhadap keputusan tentang asuhannya sudah benar dan efektif. Asesmen ulang dilakukan dengan interval waktu yang didasarkan atas kebutuhan dan rencana asuhan, dan digunakan sebagai dasar rencana pulang pasien sesuai dengan regulasi rumah sakit. Hasil asesmen ulang dicatat di rekam medik pasien atau CPPT sebagai informasi untuk di gunakan oleh semua profesional pemberi asuhan (PPA).

Asesmen ulang yang dilakukan oleh dokter penanggung jawab pemberi pelayanan (DPJP) memperhitungkan asuhan pasien selanjutnya. Dokter penanggung jawab pemberi pelayanan (DPJP) melakukan asesmen terhadap pasien akut sekurangkurangnya sekali setiap hari, termasuk di akhir minggu /libur, dan jika ada perubahan penting sesuai kondisi pasien.

Asesmen ulang dilakukan dan dicatat di CPPT dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- iii. Interval sepanjang asuhan pasien (contoh, perawat mencatat secara tetap, tanda-tanda vital (TTV), asesmen nyeri, detak jantung dan suara paru, sesuai kondisi pasien)
- iv. Setiap hari oleh dokter penanggung jawab pemberi pelayanan (DPJP) terhadap pasien
- v. Sebagai respons terhadap perubahan penting kondisi pasien.
- vi. Jika diagnosis pasien berubah dan dibutuhkan perubahan rencana asuhan
- vii. Menentukan apakah pengobatan dan tindakan lain berhasil dan pasien dapat dipindah atau pulang Temuan pada asesmen digunakan sepanjang proses pelayanan untuk mengevaluasi kemajuan pasien dan untuk memahami kebutuhan untuk asesmen ulang.

Penting untuk diingat bahwa asesmen medis, keperawatan dan asesmen profesional pemberi asuhan (PPA) lain yang berarti, dicatat dan didokumentasikan dengan baik dan dapat dengan cepat dan mudah ditemukan kembali dalam rekam medis atau dari lokasi lain yang ditentukan standar dan digunakan oleh staf yang melayani pasien

Hasil penelitian menemukan bahwa mayoritas responden memberikan jawaban bahwa setiap petugas kesehatan menulis CPPT dilengkapi paraf dan cap nama dan gelar petugas kesehatan (84%). Hal tersebut sudah sesuai dengan standar akreditasi. Standar akreditasi yang harus ditaati oleh tenaga kesehatan yang berhubungan dengan pelaksanaan CPTT antara lain: pemberi pelayanan kesehatan yang diizinkan memberikan instruksi atau menuliskan instruksi dalam rekam medis pasien adalah dokter, perawat, bidan, ahli gizi, fisioterapist yang memberikan asuhan kepada pasien. Perintah yang harus tertulis pada CPTT adalah:

- a. Pemberian oksigen

- b. Pemberian terapi obat-obatan
- c. Pemeriksaan penunjang yang diperlukan
- d. Pemberian diet
- e. Pemberian fisioterapi
- f. Konsultasi.
- g. Tindakan diagnostik dan tindakan lain yang dilakukan termasuk hasilnya dicatat dalam rekam medis pasien.

Cara penulisan data di lembar CPTT dengan format *problem oriented* dikenal dengan konsep Subyektif Obyektif Analisis Planning (SOAP). Semua petugas kesehatan menulis waktu pelaksanaan pencatatan yaitu tanggal, bulan, tahun dan jam dalam WIT (SNARS, 2018)

Hasil penelitian juga menyebutkan bahwa untuk penulisan di catatan terintegrasi, dokter menggunakan bolpoint berwarna lain (78%). Hal ini masih perlu ditingkatkan pelaksanaannya pada ketiga rumah sakit. Aspek legalitasnya adalah penggunaan bolpoint berwarna lain (selain hitam) pada lembar CPTT yang masih sering dijumpai kadang menyulitkan anggota tim untuk bisa terbaca dengan baik. Pada komponen CPTT dan pemecahan masalah bersama melalui diskusi interprofesional, masih perlu ditingkatkan pada ketiga rumah sakit pendidikan. Hal ini kemungkinan terkait dengan pola kerja sehari-hari, bahwa proses mendokumentasikan asuhan masih berbasis pada lingkup disiplinnya masing-masing, sedangkan diskusi kasus secara interprofesional belum berjalan. Dua komponen yang terakhir ini perlu menjadi perhatian penting pada proses pendampingan implementasi model kolaborasi interprofesional kedepan, sehingga mekanisme dan sarana untuk mewujudkan pelayanan pasien yang terintegrasi menjadi kedepan.

Mencantumkan paraf, cap nama dan gelar petugas kesehatan disetiap catatan yang dituliskan pada lembar CPTT menjadi aspek legalitas sangat penting. CPTT merupakan salah satu alat komunikasi dan kolaborasi secara tertulis yang sangat penting oleh seluruh tim profesi dalam menyampaikan pesan mengenai segala informasi tentang pasien, olehnya itu aspek-aspek legal dalam penulisan pesan didalamnya harus dipatuhi dengan baik oleh semua tim. Legalitas penulisan yang tidak ditaati akan dapat berimplikasi secara hukum kedepan. Kesalahan penulisan pesan dalam CPTT dapat berakibat fatal bagi kesembuhan penyakit pasien.

Rekam Medis yang lengkap adalah rekam medis yang lengkap diisi oleh staf medis yang meliputi : identitas pasien, riwayat keluar masuk, resume dan instruksi dokter (dinyatakan lengkap/tidak lengkap oleh petugas IRM). Rekam Medis harus disetor ke IRM selambat-lambatnya 2 x 24 jam setelah selesai pelayanan rawat inap. Tujuan pengukuran indikator ini adalah tergambarinya kepatuhan DPJP dalam melengkapi berkas rekam medis pasien. Target pencapaian indikator ini adalah 0 %. Dari data triwulan I dan Triwulan II yaitu bulan januari – juni 2018 menunjukkan bahwa kepatuhan DPJP terhadap pengisian berkas rekam medis sudah menunjukkan tren perbaikan. Hal ini terlihat dari data capaian indikator bulan januari – september masing – masing 47,82%, 45,45%, 44%, 42,33%, 38,46%, 35%, 40,21%, 34,00% dan 32.91 % dari target sebesar 0 %. Komite PMKP (Sub komite peningkatan mutu) sudah berkoordinasi dengan komite medik dan wadir pelayanan medik, agar DPJP dapat lebih memperhatikan kelengkapan pengisian berkas rekam medis sehingga dapat mencapai standar (RSUD Haji Makassar, 2019)

3. *Integrated Clinical Pathway* (ICP)

Clinical pathway (CP) atau alur klinis adalah suatu regimen (rangkain) pengobatan yang disepakati yang meliputi semua elemen (unsur) asuhan dengan mengorganisasikan, mengurutkan dan menjadwalkan intervensi-intervensi utama oleh para PPA dan staf lainnya (SNARS, 2018)

Dalam implementasi CP dapat berupa pakem (*template*) asuhan atau daftar tilik (*checklist*). CP juga dikenal sebagai *critical paths* (alur utama, alur kritis) dan *care maps* (peta asuhan). Agar kesinambungan asuhan pasien tidak terputus, rumah sakit harus menciptakan proses untuk melaksanakan kesinambungan dan koordinasi pelayanan di antara profesional pemberi asuhan (PPA), manajer pelayanan pasien (MPP), pimpinan unit, dan staf lain sesuai dengan regulasi rumah sakit di beberapa tempat. Proses koordinasi dan kesinambungan pelayanan dibantu oleh penunjang lain seperti panduan praktik klinis, alur klinis/clinical pathways, rencana asuhan, format rujukan, daftar tilik/check list lain, dan sebagainya. Profesional Pemberi Asuhan bekerja sebagai tim intra- dan inter-disiplin dengan kolaborasi interprofesional, dibantu antara lain dengan Panduan Praktik Klinis (PPK), Panduan

Asuhan PPA lainnya, Alur Klinis/CP terintegrasi, Algoritme, Protokol, Prosedur, Standing Order dan CPPT.

Evaluasi proses pada pelaksanaan panduan praktik klinik, alur klinis (clinical pathway), dan/atau protokol klinis, dan/atau prosedur, dan/atau standing order di prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis sangat penting dilakukan secara berkala. Penerapan panduan praktik klinis dan CP dipilih oleh tiap-tiap kelompok staf medis adalah di unit-unit pelayanan di tempat DPJP memberikan asuhan. Mengacu pada prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi maka selain ditetapkan indikator mutu, juga diperlukan standarisasi proses asuhan klinis pada prioritas pengukuran mutu di rumah sakit. Karena itu, pimpinan medis bersama-sama dengan komite medis dan kelompok staf medis agar memilih dan menetapkan 5 (lima) panduan praktik klinis, alur klinis (clinical pathway), dan/atau protokol klinis, dan/atau prosedur, dan/atau standing order yang dipergunakan untuk pengukuran mutu prioritas rumah sakit dengan mengacu pada panduan praktik klinis dan alur klinis yang sudah diterapkan oleh kelompok staf medis di unit-unit pelayanan.

Sesuai peraturan perundangan panduan praktik klinis (PPK) adalah istilah teknis sebagai pengganti standar prosedur operasional (SPO) yang merupakan istilah administratif. Penggantian ini perlu untuk menghindari kesalahpahaman yang mungkin terjadi bahwa “standar” merupakan hal yang harus dilakukan pada semua keadaan. Jadi secara teknis SPO dibuat berupa PPK yang dapat berupa atau disertai dengan salah satu atau lebih: alur klinis (clinical pathway), protokol, prosedur, algoritme, dan standing order. Dalam PPK mungkin terdapat hal-hal yang memerlukan rincian langkah demi langkah. Untuk ini, sesuai dengan karakteristik permasalahan serta kebutuhan dapat dibuat clinical pathway (alur klinis), algoritme, protokol, prosedur, maupun standing order

Hasil penelitian pada pelaksanaan ICP yang ditemukan penulis pada rumah sakit ditemukan bahwa jawaban terbanyak yang responden berikan pada pelaksanaan ICP adalah telah terdapat asuhan panduan kefarmasian (82 %). Data dari ketiga rumah sakit pendidikan didapatkan telah tersusun panduan praktik klinis, asuhan keperawatan, asuhan panduan gizi serta panduan kefarmasian, namun sosialisasi ketenaga kesehatan mengenai panduan-panduan tersebut masih perlu ditingkatkan

karena PPA dalam memberi asuhan kepada seluruh pasien harus sesuai dengan *Clinical Pathway* (CP) yang ada.

Selanjutnya data yang diperoleh dari jawaban responden berdasarkan kuesioner yang paling minim pada pelaksanaan ICP yaitu menetapkan prioritas CP berdasarkan data tahun lalu (81 %). Penyusunan CP di rumah sakit pendidikan dalam penelitian ini diprioritaskan berdasarkan variasi penyakit terbanyak, cost penyakit terbanyak, dan kasus kompleks yang terjadi.

Hasil penelitian lain menunjukkan korelasi positif yang signifikan dalam Pengembangan dan penerapan *clinical pathway* terhadap pengendalian risiko dan peningkatan kualitas layanan di rumah sakit. Hal ini terbukti dapat meningkatkan komunikasi intra dan antar multidisiplin, kerja tim yang baik dan perencanaan perawatan yang efisien. Selain itu juga secara otomatis akan meningkatkan hasil output pasien, meningkatkan keamanan pasien serta memberikan kepuasan pasien terkait kualitas pelayanan. Beberapa pengembangan *clinical pathway* yang dilakukan di beberapa negara membuktikan bahwa pengembangan dan implementasi alur klinis berdampak langsung pada kualitas perawatan pasien, dan peningkatan dalam perawatan di rumah sakit serta berkontribusi terhadap memperpendek hari rawat, mengurangi biaya dan meningkatkan kualitas layanan yang disediakan (Hadira, Syahrul, S., Rahmawaty, 2020) selanjutnya hasil penelitian lain menjelaskan masa rawat inap rata-rata di rumah sakit setelah pankreatektomi menurun dari 10 menjadi 6 hari setelah penerapan jalur klinis pankreatektomi bertingkat risiko (Denbo *et al.*, 2020)

Hasil penelitian ini bertentangan dengan hasil penelitian yang menemukan bahwa kepatuhan *clinical pathway* tidak berdampak pada pengurangan lama perawatan. Banyak faktor yang dapat dikaitkan dengan lama rawat inap terutama kondisi pasien itu sendiri (Siswanto and Chalidyanto, 2020). Perlu adanya penelitian lebih jauh mengenai faktor-faktor lain yang dapat berpengaruh untuk dapat menurunkan lama rawat inap disamping penerapan *Integrated clinical pathway*.

4. *Integrated Discharge Planning* (IDP)

Proses menyiapkan pasien untuk kembali ke rumah dikenal dengan *discharge planning* (DP). DP adalah suatu proses yang kompleks dan bertujuan untuk menyiapkan pasien dalam masa transisi di rumah sakit

sampai pasien tersebut kembali ke rumahnya. *Discharge planning* yang baik harus mengandung unsur: penilaian pasien, pengembangan rencana yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien, penyediaan layanan, termasuk pendidikan keluarga dan layanan rujukan, serta tindak lanjut berupa evaluasi atau follow up. Kebijakan discharge planning selama ini yang dijalankan di rumah sakit terlihat masih terpisah-pisah, berdiri sendiri, dan tidak terintegrasi sampai pasien kembali rumah atau sebatas dilakukan hanya saat pasien pulang. Konsep *discharge planning*, perawatan transisi, koordinasi perawatan, dan kontinuitas perawatan harus menjadi kebijakan yang dijalankan secara utuh tanpa terpisah. Uraian tersebut sudah seharusnya menuntun kita untuk membentuk sistem yang mendukung discharge planning terstruktur dan terintegrasi. (Tage, Novieastari and Suhendri, 2018)

Kesinambungan asuhan pasien setelah dirawat inap memerlukan persiapan dan pertimbangan khusus bagi sebagian pasien seperti perencanaan pemulangan pasien (P3) atau *discharge planning*. Penyusunan *discharge planning* diawali saat proses asesmen awal rawat inap dan membutuhkan waktu agak panjang, termasuk pemutakhiran/updating. Untuk identifikasi pasien yang membutuhkan *discharge planning* maka rumah sakit menetapkan mekanisme dan kriteria, misalnya antara lain usia, tidak ada mobilitas, perlu bantuan medis dan keperawatan terus menerus, serta bantuan melakukan kegiatan sehari-hari

Kesinambungan asuhan pascarawat inap akan berhasil bila penyusunan *discharge planning* dilakukan secara terintegrasi antarprofesional pemberi asuhan (PPA) terkait/relevan dan difasilitasi manajer pelayanan pasien (MPP) (manajer pelayanan pasien). Ringkasan pasien pulang memberikan gambaran tentang pasien yang tinggal di rumah sakit. Ringkasan dapat digunakan oleh praktisi yang bertanggung jawab memberikan tindak lanjut asuhan. Ringkasan memuat hal

- a. Indikasi pasien masuk dirawat, diagnosis, dan komorbiditas lain;
- b. Temuan fisik penting dan temuan-temuan lain
- c. Tindakan diagnostik dan prosedur terapi yang telah dikerjakan
- d. Obat yang diberikan selama dirawat inap dengan potensi akibat efek residual setelah obat tidak diteruskan dan semua obat yang harus digunakan di rumah
- e. Kondisi pasien (status present)

- f. Ringkasan memuat instruksi tindak lanjut agar dihindari istilah anjuran. Ringkasan pasien pulang dijelaskan dan ditandatangani oleh pasien/keluarga karena memuat instruksi.

Data yang didapatkan dari penelitian ini tentang pelaksanaan IDP yaitu mayoritas responden berpendapat bahwa salinan ringkasan *Discharge Planning* (DP) yang lengkap telah ditempatkan di rekam medis pasien (84 %) Ringkasan pulang memuat instruksi tindak lanjut dan dijelaskan kepada pasien dan keluarga (82 %). Hasil temuan pada penelitian ini bahwa DP dibuat oleh DPJP sebelum pasien pulang, dengan memuat riwayat kesehatan, pemeriksaan fisis, dan pemeriksaan diagnostic indikasi pasien dirawat inap, diagnosis, dan komorbiditas lain, prosedur terapi dan tindakan yang telah dikerjakan, obat yang diberikan termasuk obat setelah pasien keluar rumah sakit, kondisi kesehatan pasien (status present) saat akan pulang dari rumah sakit, serta instruksi tindak lanjut dan dijelaskan kepada pasien dan keluarga. Namun pada kenyataannya *discharge planning* yang dibuat tidak dijelaskan dengan baik kepada pasien dan keluarga. Temuan lain pada penelitian ini pembuatan *discharge planning* belum terintegrasi dengan semua profesi yang terlibat dalam tim IPC. Pembuatan *discharge planning* sepenuhnya masih disusun oleh DPJP. Tuntutan pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi menjadi fokus penting dalam era reformasi sistem perawatan kesehatan.

Kesinambungan asuhan pasien setelah dirawat inap memerlukan persiapan dan pertimbangan khusus bagi sebagian pasien seperti perencanaan pemulangan pasien *discharge planning*. Penyusunan *discharge planning* diawali saat proses *assesmen* awal rawat inap dan membutuhkan waktu agak panjang, termasuk pemutakhiran/updating. Untuk identifikasi pasien yang membutuhkan *discharge planning* maka rumah sakit menetapkan mekanisme dan kriteria, misalnya antara lain:

- a. Usia
- b. Tidak ada mobilitas
- c. Perlu bantuan medis dan keperawatan terus menerus
- d. Bantuan melakukan kegiatan sehari-hari.

Rencana pulang termasuk pendidikan/pelatihan khusus yang mungkin dibutuhkan pasien dan keluarga untuk kontinuitas (kesinambungan) asuhan di luar rumah sakit. Kesinambungan asuhan pascarawat inap akan berhasil bila penyusunan *discharge planning* dilakukan secara terintegrasi antarprofesional pemberi asuhan (PPA)

terkait/relevan dan difasilitasi manajer pelayanan pasien (MPP) (manajer pelayanan pasien)

Hasil penelitian ini diperkuat dengan penelitian yang mengungkapkan bahwa salah satu masalah penting dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah pelaksanaan dan pendokumentasian *discharge planning*. Rendahnya peran perawat yang disebabkan pemahaman dan pengetahuan dalam pelaksanaan *discharge planning* menjadi tidak optimal dilakukan. Selain itu, kurangnya motivasi dan komunikasi yang tidak baik antar tenaga kesehatan menjadi faktor pendukung ketidakefektifan pelaksanaan *discharge planning*, sehingga berdampak pada peningkatan readmission dan rerata lama rawat, menurunnya tingkat kepuasan dan loyalitas pasien, serta meningkatkan cost efektif RS program pelatihan secara khusus kepada PPA dalam meningkatkan pelaksanaan dan pendokumentasian *discharge planning* di ruangan secara optimal. (HARIANJA, 2020)

5. Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE)

Kegiatan promosi kesehatan atau pendidikan kesehatan kepada pasien dan atau keluarga baik secara individu maupun kelompok telah dilaksanakan di seluruh Instalasi/ unit RS Unhas. Penyuluhan diruang tunggu rawat jalan oleh bagian SMF dilaksanakan setiap hari jumat, seminar awam, serta *peer education* kerjasama dengan Komunitas Cancer, serta disiapkan media-media edukasi secara tertulis pada lokasi tertentu di rumah sakit.

Memberikan asuhan pasien merupakan upaya yang kompleks dan sangat bergantung pada komunikasi dari informasi. Komunikasi tersebut adalah kepada dan dengan komunitas, pasien dan keluarganya, serta antarstaf klinis, terutama PPA. Kegagalan dalam berkomunikasi merupakan salah satu akar masalah yang paling sering menyebabkan insiden keselamatan pasien. Komunikasi dapat efektif apabila pesan diterima dan dimengerti sebagaimana dimaksud oleh pengirim pesan/komunikator, pesan ditindaklanjuti dengan sebuah perbuatan oleh penerima pesan/komunikasikan, dan tidak ada hambatan untuk hal itu.

Komunikasi efektif sebagai dasar untuk memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga agar mereka memahami kondisi kesehatannya sehingga pasien berpartisipasi lebih baik dalam asuhan yang diberikan dan mendapat informasi dalam mengambil keputusan tentang asuhannya. Edukasi kepada pasien dan keluarga diberikan oleh staf klinis

terutama PPA yang sudah terlatih (dokter, perawat, nutrisionis, apoteker, dan lain-lain). Mengingat banyak profesi yang terlibat dalam edukasi pasien dan keluarganya maka perlu koordinasi kegiatan dan fokus pada kebutuhan edukasi pasien. Edukasi yang efektif diawali dengan asesmen kebutuhan edukasi pasien dan keluarganya.

Asesmen bukan hanya kebutuhan akan pembelajaran, tetapi juga proses edukasi dapat dilaksanakan dengan baik. Edukasi paling efektif apabila sesuai dengan pilihan pembelajaran yang tepat dan mempertimbangkan agama, nilai budaya, juga kemampuan membaca serta bahasa. Edukasi akan berdampak positif bila diberikan selama proses asuhan. Edukasi termasuk pengetahuan yang diperlukan selama proses asuhan maupun pengetahuan yang dibutuhkan setelah pasien dipulangkan (discharged) ke pelayanan kesehatan lain atau ke rumah. Dengan demikian, edukasi dapat mencakup informasi sumber-sumber di komunitas untuk tambahan pelayanan dan tindak lanjut pelayanan apabila diperlukan, serta bagaimana akses ke pelayanan emergensi bila dibutuhkan. Edukasi yang efektif dalam suatu rumah sakit hendaknya menggunakan format visual dan elektronik, serta berbagai edukasi jarak jauh dan teknik lainnya.

Pemberian pendidikan dan informasi kepada pasien adalah merupakan salah satu tugas dan tanggungjawab tenaga kesehatan yang berarti menjadi hak pasien untuk mendapatkan informasi tentang kondisi, diagnosis pasti, rencana asuhan, dan dapat berpartisipasi dalam pengambilan keputusan serta diberitahu tentang hasil asuhan termasuk kemungkinan hasil yang tidak terduga, regulasi mengenai hak pasien telah ada dan dibuat dalam bentuk surat keputusan pimpinan rumah sakit. Rumah sakit sudah berupaya mensosialisasikan hak dan kewajiban pasien dengan memasang dalam bentuk gambar pada lokasi-lokasi strategis yang gampang dibaca oleh pasien dan keluarganya.

Rumah sakit juga telah mengadakan regulasi tentang persetujuan umum dan pendokumentasiannya dalam rekam medis pasien di luar tindakan yang membutuhkan persetujuan khusus (*informed consent*) tersendiri Persetujuan umum (*general consent*) diminta saat pertama kali pasien masuk rawat jalan atau setiap masuk rawat inap Pasien dan atau keluarga diminta untuk membaca, lalu menandatangani persetujuan umum (*general consent*) Pasien dapat memberikan/menolak persetujuan khusus (*informed consent*)

Pasien dan keluarga membutuhkan informasi lengkap mengenai asuhan dan pelayanan yang disediakan oleh rumah sakit, serta bagaimana untuk mengakses pelayanan tersebut. Memberikan informasi ini penting untuk membangun komunikasi yang terbuka dan terpercaya antara pasien, keluarga, dan rumah sakit. Informasi tersebut membantu mencocokkan harapan pasien dengan kemampuan rumah sakit. Informasi sumber alternatif asuhan dan pelayanan diberikan jika rumah sakit tidak dapat menyediakan asuhan serta pelayanan yang dibutuhkan pasien di luar misi dan kemampuan rumah sakit

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rumah sakit telah menyiapkan informasi untuk pasien dan keluarga tentang asuhan dan pelayanan yang disediakan oleh rumah sakit dalam bentuk *website* atau brosur. Informasi untuk pasien dan keluarga juga menjelaskan akses terhadap pelayanan yang disediakan oleh rumah sakit. Rumah sakit menyediakan informasi alternatif asuhan dan pelayanan di tempat lain apabila rumah sakit tidak dapat menyediakan asuhan dan pelayanan yang dibutuhkan pasien. Sesuai dengan demografi komunitas dan populasi, komunikasi dan edukasi pasien serta keluarga menggunakan format yang praktis dan mudah dipahami. Materi komunikasi dan edukasi pasien serta keluarga diberikan dalam bahasa yang dimengerti.

Seyogyanya pada rumah sakit terdapat komunikasi efektif untuk menyampaikan informasi yang akurat dan tepat waktu di seluruh rumah sakit termasuk yang “*urgent*”. Ada kalanya di rumah sakit memerlukan penyampaian informasi yang akurat dan tepat waktu, khususnya keadaan yang *urgent* seperti *code blue*, *code red*, dan perintah evakuasi. Rumah sakit menetapkan informasi yang harus disampaikan secara akurat dan tepat waktu ke seluruh rumah sakit. Dalam *sif* atau antar *sif* penting untuk berjalan mulusnya proses asuhan. Informasi penting dapat dikomunikasikan dengan cara lisan, tertulis, atau elektronik. Setiap rumah sakit menentukan informasi yang akan dikomunikasikan dengan cara dan informasi tersebut sering dikomunikasikan dari satu staf klinis kepada staf klinis lainnya, meliputi: 1) status kesehatan pasien antara lain catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPI) 2) ringkasan asuhan yang diberikan (ringkasan pulang dan ringkasan rawat jalan) 3) informasi klinis pasien saat ditransfer dan rujukan; serta 4) serah terima.

Rumah sakit melaksanakan edukasi terhadap pasien dan keluarganya sehingga mereka mendapat pengetahuan serta keterampilan untuk

berpartisipasi dalam proses dan pengambilan keputusan asuhan pasien. Rumah sakit mengembangkan/memasukkan edukasi ke dalam proses asuhan sesuai dengan misi, jenis pelayanan yang diberikan, dan populasi pasien. Edukasi direncanakan untuk menjamin bahwa setiap pasien diberikan edukasi sesuai dengan kebutuhannya. Rumah sakit menetapkan pengorganisasian sumber daya edukasi secara efektif dan efisien. Oleh karena itu, rumah sakit perlu menetapkan organisasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS), menciptakan pelayanan edukasi, dan mengatur penugasan seluruh staf yang memberikan edukasi secara terkoordinasi.

PPA yang dapat dibantu oleh staf klinis lainnya yang memberi asuhan memahami kontribusinya masing-masing dalam pemberian edukasi pasien. Informasi yang diterima pasien dan keluarga adalah komprehensif, konsisten, dan efektif. Pelatihan komunikasi efektif penting untuk dilaksanakan agar PPA mampu memberikan edukasi secara efektif. Pengetahuan tentang materi yang diberikan dan kemampuan berkomunikasi secara efektif adalah pertimbangan penting dalam edukasi yang efektif.

Edukasi difokuskan pada pengetahuan dan keterampilan spesifik yang dibutuhkan pasien dalam rangka memberdayakan pasien dalam proses asuhan dengan memahami diagnosis dan perkembangan kondisi kesehatannya, ikut terlibat dalam pembuatan keputusan dan berpartisipasi dalam asuhannya, serta dapat melanjutkan asuhan di rumah. Edukasi yang diberikan sebagai bagian dari proses memperoleh informed consent untuk pengobatan (misalnya pembedahan dan anestesi) didokumentasikan di rekam medis pasien. Pasien dan keluarga secara langsung berpartisipasi dalam pemberian pelayanan (contoh: mengganti balutan, menyuapi pasien, memberikan obat, dan tindakan pengobatan) sebagai bagian dari proses edukasi.

Hasil penelitian ini menunjukkan tenaga kesehatan setuju bahwa pasien memahami informasi tindakan yang memerlukan persetujuan khusus (*informed consent*) melalui cara dan bahasa yang dimengerti oleh pasien (84 %). DPJP, PPJA, dan PPA lainnya harus memperkenalkan diri saat pertama kali bertemu pasien (78 %).

6. Manajer Pelayanan Pasien (MPP) atau Case Manajer (CM)

Manajer Pelayanan Pasien/Case Manager menjaga kesinambungan pelayanan, keterlibatan serta pemberdayaan pasien dan keluarga dalam

asuhan bersama. Pelayanan berfokus pada pasien diterapkan dalam bentuk Asuhan Pasien Terintegrasi yang bersifat integrasi horizontal dan vertikal. Pada integrasi horizontal kontribusi profesi tiap-tiap profesional pemberi asuhan (PPA) adalah sama pentingnya atau sederajat. Pada integrasi vertikal pelayanan berjenjang oleh/melalui berbagai unit pelayanan ke tingkat pelayanan yang berbeda maka peranan manajer pelayanan pasien (MPP) penting untuk integrasi tersebut dengan komunikasi yang memadai terhadap profesional pemberi asuhan (PPA). Manajer Pelayanan Pasien (MPP) bukan merupakan profesional pemberi asuhan (PPA) aktif dan dalam menjalankan manajemen pelayanan pasien mempunyai peran minimal adalah sebagai berikut

- a. Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan asuhan pasien
- b. Mengoptimalkan terlaksananya pelayanan berfokus pada pasien;
- c. Mengoptimalkan proses reimbursemen; dan dengan fungsi sebagai berikut
- d. Asesmen untuk manajemen pelayanan pasien
- e. Perencanaan untuk manajemen pelayanan pasien;
- f. Komunikasi dan koordinasi
- g. Edukasi dan advokasi
- h. Kendali mutu dan biaya pelayanan pasien;

Kesinambungan asuhan pasien tidak boleh terputus, olehnya rumah sakit harus menciptakan proses untuk melaksanakan kesinambungan dan koordinasi pelayanan, untuk tujuan tersebut MPP sesuai dengan regulasi rumah sakit berada di beberapa tempat. 1) pelayanan darurat dan penerimaan rawat inap 2) pelayanan diagnostik dan tindakan 3) pelayanan bedah dan nonbedah 4) pelayanan rawat jalan 5) organisasi lain atau bentuk pelayanan lainnya.

Selama dirawat inap di rumah sakit, pasien mungkin dipindah dari satu pelayanan atau dari satu unit rawat inap ke berbagai unit pelayanan lain atau unit rawat inap lain. Jika profesional pemberi asuhan (PPA) berubah akibat perpindahan ini maka informasi penting terkait asuhan harus mengikuti pasien. Pemberian obat dan tindakan lain dapat berlangsung tanpa halangan dan kondisi pasien dapat dimonitor. Untuk memastikan setiap tim asuhan menerima informasi yang diperlukan maka rekam medis pasien ikut pindah atau ringkasan informasi yang ada di rekam medis disertakan waktu pasien pindah dan menyerahkan kepada tim asuhan yang menerima pasien. Ringkasan memuat sebab pasien

masuk dirawat, temuan penting, diagnosis, prosedur atau tindakan, obat yang diberikan, dan keadaan pasien waktu pindah. Bila pasien dalam pengelolaan manajer pelayanan pasien (MPP) maka kesinambungan proses tersebut di atas dipantau, diikuti, dan transfernya disupervisi oleh manajer pelayanan pasien (MPP).

Mungkin juga, pasien membutuhkan pelayanan dukungan dan pelayanan kesehatan pada waktu pasien keluar dari rumah sakit (*discharge*). Misalnya, pasien mungkin membutuhkan bantuan sosial, nutrisi, keuangan, psikologi, atau bantuan lain pada waktu pasien keluar rumah sakit. Proses perencanaan pemulangan pasien (DP) dilakukan secara terintegrasi melibatkan semua PPA terkait serta difasilitasi oleh MPP memuat bentuk bantuan pelayanan yang dibutuhkan dan ketersediaan bantuan yang dimaksud.

Dibutuhkan perencanaan untuk mengatur tindak lanjut pemulangan pasien ke praktisi kesehatan atau organisasi lain yang dapat memenuhi kebutuhan kesinambungan asuhan pasien. Rumah sakit yang berada di komunitas tempat praktisi kesehatan juga berada di dalamnya membuat kerja sama formal dan informal. Jika pasien berasal dari komunitas/daerah lain maka rumah sakit akan merujuk pasien ke praktisi kesehatan yang berasal dari komunitas tempat pasien tinggal. Mungkin juga, pasien membutuhkan pelayanan dukungan dan pelayanan kesehatan pada waktu pasien keluar dari rumah sakit (*discharge*). Misalnya, pasien mungkin membutuhkan bantuan sosial, nutrisi, keuangan, psikologi, atau bantuan lain pada waktu pasien keluar rumah sakit. Proses perencanaan pemulangan pasien (*discharge planning*) dilakukan secara terintegrasi melibatkan semua profesional pemberi asuhan (PPA) terkait serta difasilitasi oleh manajer pelayanan pasien (MPP) memuat bentuk bantuan pelayanan yang dibutuhkan dan ketersediaan bantuan yang dimaksud

Discharge planning dimulai sejak awal pasien masuk rawat inap melibatkan semua PPA terkait serta difasilitasi oleh MPP, untuk kesinambungan asuhan sesuai dengan kondisi kesehatan dan kebutuhan pelayanan pasien. Pada tindak lanjut pemulangan pasien bila diperlukan dapat ditujukan kepada fasilitas kesehatan baik perorangan ataupun institusi yang berada di komunitas dimana pasien berada yang bertujuan untuk memberikan bantuan pelayanan

Ringkasan pasien pulang dibuat sebelum pasien keluar dari rumah sakit oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP). Satu salinan/copy dari ringkasan diberikan kepada tenaga kesehatan yang

bertanggung jawab memberikan tindak lanjut asuhan kepada pasien. Satu salinan diberikan kepada pasien sesuai dengan regulasi rumah sakit yang mengacu pada peraturan perundangan yang berlaku. Satu salinan diberikan kepada penjamin. Salinan ringkasan berada di rekam medis pasien.

Data yang diperoleh dari hasil pengisian kuesioner responden didapatkan bahwa mayoritas mengatakan pasien diskriminasi untuk kebutuhan pelayanan manajemen pelayanan pasien (84 %) dan terdapat regulasi tentang proses dan pelaksanaan untuk mendukung kesinambungan dan koordinasi asuhan (81 %)

7. Dokter Penanggungjawab Pelayanan (DPJP)

Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) adalah merupakan dokter yang bertanggung jawab terhadap asuhan pasien sejak pasien masuk sampai pulang dan mempunyai kompetensi dan kewenangan klinis sesuai surat penugasan klinisnya. Asuhan pasien diberikan oleh PPA yang bekerja sebagai tim *interdisiplin* dengan kolaborasi interprofesional dan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) berperan sebagai ketua tim asuhan pasien oleh PPA (*clinical leader*), untuk mengatur kesinambungan asuhan selama pasien berada di rumah sakit, harus ada DPJP sebagai individu yang bertanggung jawab mengelola pasien sesuai dengan kewenangan klinisnya, serta melakukan koordinasi dan kesinambungan asuhan. DPJP yang ditunjuk ini tercatat namanya di rekam medis pasien. Para DPJP memberikan keseluruhan asuhan selama pasien berada di RS dapat meningkatkan antara lain kesinambungan, koordinasi, kepuasan pasien, mutu, keselamatan, dan termasuk hasil asuhan. Individu ini membutuhkan kolaborasi dan komunikasi dengan PPA lainnya.

Bila seorang pasien dikelola oleh lebih satu DPJP maka harus ditetapkan DPJP utama. Sebagai tambahan, rumah sakit menetapkan kebijakan dan proses perpindahan tanggung jawab dari satu dokter DPJP ke DPJP lain. Untuk itu harus ada regulasi tentang DPJP yang bertanggung jawab melakukan koordinasi asuhan dan bertugas dalam seluruh fase asuhan rawat inap pasien serta teridentifikasi dalam rekam medis pasien. Regulasi juga menetapkan proses pengaturan perpindahan tanggung jawab koordinasi asuhan pasien dari satu DPJP ke DPJP lain, termasuk bila terjadi perubahan DPJP utama. DPJP yang ditetapkan telah memenuhi proses kredensial yang sesuai dengan peraturan

perundangan. Bila dilaksanakan rawat bersama ditetapkan DPJP utama sebagai koordinator asuhan pasien.

Faktor organisasi berpengaruh secara langsung terhadap DPJP. Faktor tim juga berpengaruh secara langsung terhadap indikator pelaksanaan IPC yaitu kerjasama kelompok berpengaruh langsung terhadap DPJP sebagai pimpinan klinis/ketua tim PPA (*clinical leader*). Data yang diperoleh dari hasil pengisian kuesioner responden didapatkan bahwa mayoritas mengatakan bila dilaksanakan rawat bersama ditetapkan DPJP utama sebagai koordinator asuhan pasien (85 %) sedangkan responden mengatakan DPJP rutin ronde tiap pagi (67 %). Pelaksanaan asuhan pasien terintegrasi berpusat pada pasien dan mencakup elemen sebagai berikut: Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) sebagai Ketua tim asuhan pasien oleh PPA atau *Clinical Leader*.

BAB V

Alat Ukur Interprofessional Collaboration

Pada bab ini akan disajikan alat pengukuran *Interprofessional Collaboration*, dimana kita ketahui bahwa kendala utama dalam pengukuran *Interprofessional Collaboration* adalah terbatasnya alat ukur yang menjadi penting dalam proses penelitian *Interprofessional Collaboration*

1. Instrument Pengukuran *Interprofessional Collaboration*
 - a. Kuesioner *Interprofessional Collaboration*

Kuesioner untuk mengukur variabel independen terdiri dari: PINCOM-Q, AITCS dan ICS. Pemilihan jenis kuesioner ini untuk mengukur faktor individu, faktor tim dan faktor organisasi pada pelaksanaan IPC. Kuesioner didapatkan dengan melakukan proses terjemahan dan adaptasi instrument melalui 6 langkah adaptasi dan translasi versi WHO (2020). Tujuan dari proses ini adalah untuk mencapai versi bahasa yang berbeda dari instrumen bahasa Inggris yang secara konsep setara di masing-masing negara/ budaya sasaran, artinya instrumen tersebut harus sama-sama alami dan dapat diterima serta harus dilakukan secara praktis dengan cara yang sama. Fokusnya adalah pada lintas budaya dan konseptual, bukan pada kesetaraan linguistik / literal.

Metode yang mapan untuk mencapai tujuan ini adalah menggunakan terjemahan maju dan terjemahan balik. Metode ini telah disempurnakan dalam beberapa riset yang dilakukan oleh WHO untuk menghasilkan pedoman adaptasi dan translasi instrument penelitian. Implementasi metode ini mencakup langkah-langkah berikut:

- 1) Terjemahan lanjutan (translate dari versi berbahasa Inggris ke versi berbahasa Indonesia)

Proses adaptasi alat ukur dapat dilakukan sesuai dengan tahapan dan kriteria dalam prosedur adaptasi lintas budaya (Beaton dkk., 2000; Saosa & Rojjanasrirat, 2010). Pada tahap 1 dipenelitian ini, penerjemah dapat memenuhi kriteria penerjemah yaitu memahami bahasa asli (dibuktikan dengan nilai kemampuan bahasa Inggris pada TOEFL minimal skor 550 atau IELTS minimal skor 7.0), menguasai bahasa Indonesia sebagai bahasa sehari-hari (dibuktikan dengan status WNI yang tinggal di Indonesia), mempunyai pengetahuan mengenai budaya bahasa target dibuktikan dengan pengalaman mengajar bahasa Inggris

pada salah satu perguruan tinggi di Makassar serta awam konstruksi alat ukur dibidang kesehatan dengan latar belakang pendidikan non kesehatan dan memahami konstruksi alat ukur secara umum

2) Expert Panel (Panel ahli)

Tahap kedua peneliti memutuskan untuk melibatkan pihak ketiga dalam hal ini dilakukan oleh tiga (3) orang dosen dari bidang kesehatan pada Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar. Panel pakar bilingual tersebut menguasai bahasa Inggris dan bahasa target (bahasa Indonesia), untuk penerjemahan dilakukan oleh kepala editor yang ditunjuk. Tujuan pada bagian ini untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan ekspresi/konsep terjemahan yang tidak memadai, serta setiap perbedaan antara terjemahan maju dan versi sebelumnya dari pertanyaan yang ada atau yang sebanding jika ada.

Panel pakar mempertanyakan beberapa kata atau ungkapan yang kurang sesuai dan menyarankan jenis kata alternatif. Secara umum, panel ini menyertakan penerjemah asli, pakar kesehatan, serta pakar yang berpengalaman dalam pengembangan dan penerjemahan instrumen. Hasil dari proses ini menghasilkan versi kuesioner yang diterjemahkan secara lengkap (terlampir).

3) Penerjemahan balik (translate dari versi berbahasa Indonesia ke versi berbahasa Inggris)

Tahap ini merupakan proses terjemahan balik dilakukan pada lembaga bahasa disalah satu perguruan tinggi di Kota Makassar. Melalui pendekatan yang sama seperti yang diuraikan pada langkah pertama, kuesioner kemudian diterjemahkan kembali ke bahasa Inggris oleh penerjemah independen, yang tidak memiliki pengetahuan tentang kuesioner. Seperti dalam terjemahan awal, penekanan pada terjemahan balik ketiga kuesioner ini mengacu pada kesetaraan konseptual dan budaya dan bukan kesetaraan linguistik. Perbedaan yang ditemukan dengan versi awal telah didiskusikan oleh panel ahli, terutama kata-kata atau frasa bermasalah yang tidak sepenuhnya sesuai konsep yang ada pada item asli.

4) Uji kuesioner

Prosedur yang dilakukan pada tahap ini yaitu Uji keterbacaan dan uji validitas reliabilitas dilakukan pada tenaga kesehatan (dokter, perawat, farmasi dan tenaga gizi) yang bekerja di beberapa rumah sakit di kota Makassar. Tujuan uji keterbacaan untuk mengidentifikasi kata dan kalimat yang tidak difahami, serta kata dan kalimat yang menyinggung

perasaan mereka. Setelah itu mereka diminta untuk memberikan alternative kata atau kalimat yang dapat menggantikan kata atau kalimat yang tidak difahami dan kata atau kalimat yang menyinggung perasaan mereka.

Peneliti melakukan uji keterbacaan versi pra-akhir sebelum melakukan uji coba. Adapun alasan bagi peneliti melakukan uji keterbacaan terlebih dahulu sebelum uji coba yaitu untuk mengetahui sejauh mana sampel partisipan mampu memahami item-item hasil terjemahan, dan meminta masukan apabila terdapat item-item yang sulit dipahami oleh partisipan. Uji keterbacaan tersebut diberikan kepada lima partisipan dengan kriteria sesuai sampel partisipan. Berdasarkan hasil uji keterbacaan, peneliti mendiskusikan ulang item-item dan melakukan beberapa perbaikan berdasarkan masukan partisipan. Perbaikan dilakukan terhadap beberapa item setelah uji keterbacaan, akan tetapi perbaikan hanya sebatas mengubah padanan kata atau mengubah struktur kalimat tanpa mengubah makna yang signifikan.

Tahap selanjutnya dilakukan uji validitas dan reabilitas pada kuesioner dengan melibatkan sebanyak 20 responden dalam proses uji coba alat ukur yang dilakukan secara daring. Proses tersebut berjalan sesuai dengan prosedur dan tidak menemui kendala. Hasil uji validitas dan reabilitas pada aspek individu, aspek kelompok dan aspek organisasi menunjukkan dari semua pertanyaan dengan nilai t hitung pada Corrected Item-Total Correlation lebih besar dari r Tabel pada alfa 5 % ($r = 0.683$) sehingga semua pertanyaan dinyatakan valid dan dinyatakan realibel. Jika Valid Dan Nilai Cronbach's Alpha If Item Deleted Lebih Besar 0,6. Sehingga 16 pernyataan pada aspek individu, aspek kelompok dan aspek organisasi dapat dinyatakan valid dan realibel.

5) Versi final

Tahapan ini dilakukan dengan menyimpulkan kuesioner dalam bahasa Indonesia dan merupakan hasil dari semua literasi yang dijelaskan pada semua tahapan sebelumnya.

6) Dokumentasi

Peneliti menyusun laporan sesuai hasil proses adaptasi yang dilakukan. Tahap akhir ini dilakukan dengan melakukan kesimpulan akhir pada kuesioner yang dapat digunakan. Semua tahapan pada proses adaptasi dan translasi ini didokumentasikan yang terdiri dari: Versi terjemahan tahap pertama, ringkasan rekomendasi oleh panel ahli, versi

terjemahan balik, ringkasan masalah yang ditemukan selama pra-pengujian instrumen dan kesimpulan kuesioner berbahasa Indonesia.

b. Kuesioner

Kuesioner ini disusun untuk mengukur variabel dependen yaitu pelaksanaan IPC dirumah sakit pendidikan. Variabel pelaksanaan IPC terdiri dari 9 variabel manifest. Variabel manifest merupakan variabel yang dapat diukur secara langsung dan mengukur variabel laten. Variabel ini disebut juga *observed variables*. Dalam penelitian ini, setiap indikator yang menjelaskan variabel dependen dan independen, merupakan variabel manifes, yaitu indikator patient engagement and empowermen (PEE), DPJP sebagai clinical leader, PPA sebagai tim kolaborasi interprofesional, CPTT, manajemen komunikasi efektif (MKE), manager pelayanan pasien/Case Manager (CM), *integrated clinical pathway* (ICP), dan *Integrated Discharge Planning* (IDP).

2. Kuesioner Pengembangan Model *Interprofessional Collaboration* (Ipc) Pada Rumah Sakit Pendidikan Di Sulawesi Selatan

IDENTITAS RESPONDEN		
A1	Nama	
A2	Jenis Kelamin	1= Laki 2=Perempuan
	Status pernikahan	1= nikah 2=belum nikah 3=janda/duda
A3	Satus Kepegawaian	1=PNS 2=Non PNS 3=Kontrak
A4	Tanggal Lahir	1= <40 tahun 2= 40 – 45 tahun 3= 45– 50 tahun 4= >50 tahun

A5	Lama bekerja	1= <1 tahun 2=1 – 3 tahun 3= 3 – 5 tahun 4=> 5 tahun
A6	Tahun Bersama Tim Anda Saat ini	
A7	STR/Tahun	
A8	Pendidikan	Diploma III Diploma IV S1/Sarjana Profesi (dokter,ners,apoteker) Gelar Master S3
A9	Profesi	Perawat: kepala ruangan (1) Ketua Tim (2) Perawat pelaksana (3) Dokter dokter umum (4) DPJP ((5) Farmasi assisten apoteker (6) apoteker (7) Gizi (8) Manager Case (9)
A10	Nomor telp/HP	
A11	Alamat	
A12	Nama Rumah Sakit	RS Universitas Hasanuddin (1) RS Haji Makassar (2) RS Ibnu Sina (3)

Catatan: Beberapa istilah digunakan untuk orang yang merupakan penerima layanan kesehatan dan sosial. Untuk tujuan penilaian ini, istilah 'pasien' akan digunakan. Meskipun istilah lain seperti 'klien' dan 'konsumen' lebih digunakan dalam beberapa disiplin ilmu. Silahkan baca setiap pernyataan dan lingkari nilai yang paling mencerminkan Anda saat ini terhadap tim Anda dan Anda sebagai anggota tim bekerja atau bertindak.

-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----

1	2	3	4	5
Tidak pernah	Jarang	Kadang-kadang		Sering Selalu

KUESIONER *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS)*

B. KEMITRAAN

B1	Menerapkan <i>praktik kolaborasi Interprofessional</i> di dalam lingkungan kerja	1 5	2	3	4
B2	Berbagi peran	1 5	2	3	4
B3	Sangat kompak	1 5	2	3	4
B4	Merasa nyaman bekerja satu sama lain	1 5	2	3	4
B5	Saling membantu dan mendukung satu sama lain	1 5	2	3	4

B6	Memiliki kemampuan berkomunikasi yang sangat baik dengan anggota tim lain, pasien dan keluarga pasien	1 5	2	3	4
B7	Saling menghormati dan saling percaya satu sama lain	1 5	2	3	4
B8	Bersikap terbuka dan jujur satu sama lain	1 5	2	3	4
B9	Perbedaan pendapat yang ada dinegosiasikan	1 5	2	3	4
B10	Mendorong satu sama lain dan pasien serta keluarga pasien untuk menggunakan pengetahuan dan keterampilan yang dapat mengembangkan rencana perawatan	1 5	2	3	4
B11	Bersifat protektif terhadap isu-isu yang dapat merusak kepentingan tim kami	1 5	2	3	4
B12	Membuat kesepakatan tentang tujuan untuk setiap pasien yang dirawat	1 5	2	3	4
B13	Rasa memiliki terhadap tim	1 5	2	3	4
B14	Berusaha keras untuk mencapai penyelesaian yang saling memuaskan bila terdapat perbedaan pendapat	1 5	2	3	4
C. KERJASAMA					
C1	Melibatkan para pasien dalam menetapkan tujuan perawatan mereka	1 5	2	3	4

C2	Memilih pemimpin untuk tim kami	1 5	2	3	4
C3	Memikul tanggung jawab dalam perawatan di lingkup praktik mereka	1 5	2	3	4
C4	Mendengarkan keinginan pasien saat tim menentukan proses perawatan yang dipilih oleh tim	1 5	2	3	4
C5	Mendorong dan mendukung komunikasi terbuka, melibatkan/ mengikutsertakan pasien dalam pertemuan tim	1 5	2	3	4
C6	Merasa puas dengan hasil dari manajemen konflik	1 5	2	3	4
C7	Memahami batas-batas apa yang dapat dilakukan oleh setiap anggota tim	1 5	2	3	4
C8	Memahami perlunya berbagi pengetahuan dan keterampilan antar berbagai profesi kesehatan	1 5	2	3	4
C9	Memberikan prioritas utama pada keinginan/ kebutuhan pasien	1 5	2	3	4
C10	Mendengarkan dan mempertimbangkan suara dan pendapat / pandangan anggota lain terkait proses rencana perawatan individu	1 5	2	3	4
C11	Menciptakan suasana kooperatif diantara anggota saat menangani pasien	1 5	2	3	4
C12	Fokus kerja tim secara konsisten adalah pasien	1 5	2	3	4

C13	Menyelesaikan tugas sebagai kontribusi pada kekompakan tim	1 5	2	3	4
C14	Bekerja sama dengan klien dan kerabat dalam menyesuaikan rencana perawatan	1 5	2	3	4
C15	Secara terbuka saling membahas peran masing-masing profesi	1 5	2	3	4
D. KOORDINASI					
D1	Anggota tim bertemu dan mendiskusikan perawatan pasien secara teratur	1 5	2	3	4
D3	Mendapatkan dukungan dari organisasi untuk kerja tim	1 5	2	3	4
D4	Sistem menyediakan peralatan dan persediaan yang diperlukan untuk mendukung rencana perawatan tim	1 5	2	3	4
D5	Anggota tim mengkoordinasikan layanan kesehatan dan sosial (misalnya. Keuangan, pekerjaan, perumahan, jaringan komunitas, spiritual) berdasarkan kebutuhan perawatan pasien	1 5	2	3	4
D5	Anggota tim menetapkan tenggat waktu untuk langkah-langkah dan hasil terkait perawatan pasien	1 5	2	3	4
D6	Anggota tim menggunakan berbagai sarana komunikasi (misalnya. Pesan tertulis, email, catatan elektronik pasien, telepon, diskusi informal, dll.)	1 5	2	3	4

D7	Berkomunikasi secara konsisten dengan anggota tim untuk membahas perawatan pasien	1 5	2	3	4
----	---	--------	---	---	---

KUESIONER *INTERPROFESSIONAL COLLABORATIF SCALE* (ICS)

ISILAH BAGIAN INI JIKA ANDA SEORANG PERAWAT					
Sebagai seorang perawat Anda bekerja dengan dokter dan profesional kesehatan seperti terapis kerja, fisik, dan pernapasan, dan lain-lain. Silakan mengevaluasi hubungan kerja antara perawat, dokter, dan profesional kesehatan di klinik / departemen tempat Anda bekerja sekarang. Baca pernyataan di bawah ini. Lingkari satu jawaban yang paling menggambarkan pendapat anda.					
No	Pilih tanggapan Anda dari rentang angka ini	STS 1	TS 2	S 3	ST 4
1	Perawat dengan dokter memiliki pemahaman yang baik tentang tanggung jawab masing-masing.	1	2	3	4
2	Dokter biasanya memikirkan kenyamanan Perawat saat merencanakan pekerjaan mereka.	1	2	3	4
3	Saya merasa perawat dan dokter tidak terbiasa membahas pengobatan dan perawatan pasien.	1	2	3	4
4	Perawat dan tenaga medis bertukar gagasan tentang cara merawat pasien.	1	2	3	4
5	Dokter bersedia untuk membahas isu - isu keperawatan.	1	2	3	4
6	Tenaga medis bekerja sama dengan cara kami dalam menyelenggarakan tindakan keperawatan.	1	2	3	4
7	Tenaga medis bersedia bekerja sama terkait tindakan keperawatan baru.	1	2	3	4
8	Tenaga medis jarang meminta pendapat perawat.	1	2	3	4
9	Tenaga medis mengantisipasi ketika perawat akan membutuhkan bantuan.	1	2	3	4
10	Informasi penting selalu disampaikan diantara	1	2	3	4

	perawat dan para dokter.				
11	Ketidaksepakatan dengan dokter sering tidak terselesaikan.	1	2	3	4
12	Dokter menganggap pekerjaan mereka lebih penting dari pekerjaan perawat.	1	2	3	4
13	Dokter tidak bersedia membahas praktik medisnya yang baru mereka bersama perawat.	1	2	3	4
14	Perawat dengan tenaga kesehatan memiliki pemahaman yang baik terkait tanggung jawab mereka masing-masing.	1	2	3	4
15	Tenaga professional kesehatan biasanya memikirkan kenyamanan perawat saat merencanakan pekerjaan mereka.	1	2	3	4
16	Saya merasa perawat dan Tenaga professional kesehatan jarang membahas pengobatan dan perawatan pasien.	1	2	3	4
17	Perawat dan Tenaga professional kesehatan bertukar gagasan tentang cara merawat pasien.	1	2	3	4
18	Tenaga professional kesehatan bersedia untuk membahas masalah keperawatan.	1	2	3	4
19	Profesional kesehatan mau bekerjasama dengan kami terkait manajemen tindakan keperawatan.	1	2	3	4
20	Tenaga professional kesehatan bersedia bekerjasama dalam keperawatan yang baru.	1	2	3	4
21	Tenaga professional kesehatan tidak terbiasa meminta pendapat perawat.	1	2	3	4
22	Tenaga professional kesehatan sigap ketika perawat akan membutuhkan bantuan.	1	2	3	4
23	Informasi penting selalu disampaikan diantara perawat dan professional kesehatan.	1	2	3	4
24	Ketidaksepakatan dengan para profesional kesehatan sering tidak terselesaikan.	1	2	3	4
25	Tenaga professional kesehatan menganggap pekerjaan mereka lebih penting dari pekerjaan perawat.	1	2	3	4
26	Profesional kesehatan tidak bersedia membahas praktik terbarunya bersama	1	2	3	4

perawat.					
----------	--	--	--	--	--

KUESIONER *PERCEPTION OF INTERPROFESIONAL COLLABORATION MODEL QUESTIONNAIRE (PINCOM-Q)*

No	Pernyataan	S	KS	RR	TS
ASPEK INDIVIDU					
1	1. (C 1) Saya merasa bekerja dalam kelompok interprofesional amat penting				
2	2. (C 1) Saya dapat menerapkan kreativitas dan imajinasi saya ketika saya bekerja dalam kelompok interprofesional				
3	3. (C 1) Penting untuk terlibat secara individu ketika berkolaborasi dalam kelompok interprofesional				
4	4. (C 1) Saya mampu mengembangkan diri ketika saya bekerja dalam kelompok interprofesional				
5	5. (C 2) Saya selalu memiliki tujuan yang jelas ketika saya bekerja berdasarkan pengalaman saya secara interprofesional				
6	6. (C 2) Saya mengalami bahwa tenaga kesehatan lain memiliki harapan yg berlawanan dengan saya ketika saya bekerja dalam kelompok interprofesional				
7	7. (C 2) Peran semua tenaga kesehatan selalu didefinisikan dengan jelas				
8	8. (C 2) Saya melihat bidang tanggung jawab saya didefinisikan dengan jelas ketika saya bekerja dalam kelompok interprofesional				
9	9. (C 3) Beberapa tenaga kesehatan melakukan tindakan yang kurang tepat sehingga menyulitkan terjadinya kolaborasi interprofesional				
10	10. (C 3) Jika beberapa tenaga kesehatan memiliki wawasan lebih baik, kolaborasi akan lebih mudah				

11	11. (C 3) Beberapa tenaga kesehatan kurang memiliki keterbukaan dan tidak banyak berpartisipasi dalam kelompok interprofesional				
12	12. (C 3) Kolaborasi interprofesional membutuhkan keterbukaan pikiran dan tidak semua tenaga kesehatan dapat memenuhi itu				
13	13. (C 4) Beberapa tenaga kesehatan mendominasi pertemuan interprofesional dengan sudut pandang profesional mereka				
14	14. (C 4) Beberapa tenaga kesehatan menyampaikan dasar pemikiran mereka dalam kelompok interprofesional				
15	15. (C 4) Kadang-kadang saya tidak dapat menyampaikan pendapat saya karena adanya tenaga kesehatan yang lebih tinggi jabatannya mendominasi pembicaraan.				
16	16. (C 4) Kadang-kadang kelompok interprofesional tidak berjalan/ berfungsi optimal karena beberapa tenaga kesehatan mendominasi pertemuan				
ASPEK KELOMPOK					
1	17. (C 5) Saya sering ikut dalam kelompok interprofesional efektif yang memiliki pemimpin yang jelas dan telah ditentukan/ dipilih				
2	18. (C 5) Penting bahwa pemimpin kelompok mengelola tugas-tugas yang membantu kelompok mencapai tujuan				
3	19. (C 5) Pemimpin kelompok jarang mencampuri tugas para tenaga kesehatan lainnya				
4	20. (C 5) Saya percaya bahwa pemimpin kelompok akan memastikan kepentingan kelompok				
5	21. (C 6) Kami selalu memecahkan prioritas masalah yang ditetapkan dalam kelompok interprofesional				

6	22. (C 6) Masalah kolaborasi di dalam kelompok interprofesional jarang terjadi				
7	23. (C 6) Di sebagian besar kelompok interprofesional yang saya ikuti, Kami sepakat tentang hal-hal yang perlu diprioritaskan				
8	24. (C 6) Para profesional di dalam kelompok interprofesional sering mengalami frustrasi satu sama lain				
9	25. (C 7) Saya mendapatkan umpan balik yang relevan tentang kontribusi saya di dalam kelompok interprofesional yang saya ikuti				
10	26. (C 7) Di dalam kelompok interprofesional yang saya ikuti, pertukaran informasi tidak pernah menjadi masalah				
11	27. (C 7) Selalu ada komunikasi yang baik dalam kelompok interprofesional				
12	28. (C 7) Para profesional suka berbagi informasi satu sama lain tentang cara mereka bekerja				
13	29. (C 8) Saya merasakan bantuan dan dukungan sosial dari para profesional lain dalam kelompok interprofesional yang saya ikuti				
14	30. (C 8) Saya menemukan bahwa para profesional lain di dalam kelompok kolaborasi interprofesional yang saya ikuti, selalu siap mendengarkan saya jika saya memiliki masalah				
15	31. (C 8) Saya menemukan bahwa dihargai oleh para profesional lain di dalam kelompok interprofesional yang saya ikuti				
16	32. (C 8) Saya hampir tidak pernah menjumpai profesional lain tidak memahami apa yang saya coba ungkapkan dan/atau laporkan				
ASPEK ORGANISASI					
1	33. (C 9) Hal yang lumrah/ wajar bahwa kolaborasi interprofesional sangat dihargai				
2	34. (C 9) Kelompok interprofesional terdiri				

	dari para profesional yang sangat dipengaruhi oleh budaya organisasi dimana mereka bekerja				
3	35. (C 9) Organisasi dicirikan oleh keinginan untuk bekerja secara interprofesional				
4	36. (C 9) Kami (sebagai tenaga kesehatan) didorong untuk mempromosikan cara-cara kerja baru di dalam kelompok interprofesional				
5	37. (C 10) Pekerjaan interprofesional adalah bidang prioritas di organisasi lain				
6	38. (C 10) Kolaborasi interprofesional dijelaskan dengan baik dalam organisasi para tenaga kesehatan				
7	39. (C 10) Saya memahami rencana organisasi lain				
8	40. (C 10) Layanan lain memiliki tujuan yang tepat dan jelas terkait kolaborasi interprofesional				
9	41. (C 11) Hukum dan peraturan secara relatif dipahami oleh para profesional di dalam kelompok interprofesional				
10	42. (C 11) Setiap orang mengetahui bidang tanggung jawab mereka				
11	43. (C 11) Setiap orang mengetahui bidang tanggung jawab para profesional lainnya				
12	44. (C 11) Kami perlu saling menyampaikan tentang bidang tanggung jawab kita				
13	45. (C 12) Kebutuhan klien sangatlah penting untuk itulah mengapa kami bekerja di dalam kelompok interprofesional				
14	46. (C 12) Kelompok interprofesional ada karena pemerintah telah memutuskan bahwa para profesional harus berkolaborasi				
15	47. (C 12) Kelompok interprofesional ada karena klien menginginkannya				
16	48. (C 12) Seringkali sulit untuk membuat kelompok interprofesional bekerja dengan				

	baik karena para profesional mewakili banyak kepentingan yang berbeda				
--	---	--	--	--	--

KUESIONER PELAKSANAAN *INTERPROFESSIONAL COLLABORATION* (IPC)

No	Pernyataan	SS	S	RR	TS	STS
Patient Engagement and Empowerment						
1	Asuhan untuk setiap pasien direncanakan oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP),					
2	Perawat dan pemberi pelayanan pelayanan kesehatan lain bertugas dalam waktu 24 jam sesudah pasien masuk rawat inap					
3	Rencana asuhan pasien harus bersifat individual dan berdasarkan data asesmen awal pasien.					
4	Rencana asuhan dicatat dalam rekam medis dalam bentuk kemajuan yang terukur pencapaian sasaran kemajuan					
5	Rencana asuhan untuk tiap pasien direview dan di verifikasi oleh DPJP dengan mencatat pada catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT)					
6	Rencana asuhan disediakan					
7	Asuhan yg diberikan kepada setiap pasien dicatat.					
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) sebagai Clinical Leder						
1	DPJP rutin ronde tiap pagi.					
2	DPJP membaca CPPT catatan semua professional pemberi asuhan (PPA) dalam 24 jam, terkait asuhan dan perkembangan pasien dan pelaksanaan pelayanan.					
3	DPJP juga membaca form lain					

	“Nurse’s note”, Form gizi, dan lain-lain					
4	DPJP melakukan review, interpretasi, sintesis dari rencana dan pelaksanaannya					
5	DPJP menyusun skala prioritas					
6	Bila pelaksanaan asuhan sudah sesuai rencana dan sasaran, maka DPJP cukup memberi paraf (= verifikasi) pada setiap lembar CPPT					
7	DPJP memberi paraf di pojok kanan bawah tiap lembar CPPT					
8	DPJP sebagai ketua tim PPA melakukan evaluasi/review berkala dan verifikasi harian untuk menjaga terlaksananya asuhan terintegrasi					
9	DPJP membuat notasi sesuai dengan kebutuhan pasien					
10	Rencana asuhan dibuat untuk setiap pasien dan dicatat oleh PPA yang memberikan asuhan di rekam medis pasien.					
11	Rencana asuhan pasien terintegrasi dibuat dengan sasaran berdasar atas data asesmen awal dan kebutuhan pasien.					
12	Rencana asuhan dievaluasi secara berkala sesuai dengan kondisi pasien, dimutakhirkan, atau direvisi oleh tim PPA berdasar atas asesmen ulang					
13	Perkembangan tiap pasien dievaluasi berkala dan dibuat notasi pada CPPT oleh DPJP sesuai dengan kebutuhan dan diverifikasi harian oleh DPJP					
14	Terdapat regulasi tentang dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) yang bertanggung jawab melakukan koordinasi asuhan dan bertugas dalam					

	seluruh fase asuhan rawat inap pasien serta teridentifikasi dalam rekam medis pasien.					
15	Regulasi juga menetapkan proses pengaturan perpindahan tanggung jawab koordinasi asuhan pasien dari satu dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) ke DPJP lain, termasuk bila terjadi perubahan DPJP utama					
16	DPJP yang ditetapkan telah memenuhi proses kredensial yang sesuai dengan peraturan perundangan.					
17	Bila dilaksanakan rawat bersama ditetapkan DPJP utama sebagai koordinator asuhan pasien.					
PPA sebagai tim, kolaborasi interprofesional						
1	Rencana asuhan diintegrasikan dan dikoordinasikan di antara berbagai unit kerja dan pelayanan					
2	Pemberian asuhan diintegrasikan dan dikoordinasikan di berbagai unit kerja dan pelayanan					
3	Hasil atau kesimpulan rapat dari tim asuhan atau diskusi lain ttg kerjasama dicatat dalam rekam medis pasien.					
4	Data dan informasi asesmen pasien dianalisis dan diintegrasikan.					
5	Informasi dikumpulkan melalui: anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostic / lain, dsb					
6	Analisis informasi menghasilkan kesimpulan: Diagnosis, Masalah, Risiko untuk mengidentifikasi kebutuhan pelayanan pasien					
7	PPA membuat Rencana Pelayanan / Plan of Care, pelaksanaan rencana, beserta monitoringnya untuk					

	memenuhi kebutuhan pelayanan pasien					
8	Rumah sakit menetapkan regulasi untuk terapi gizi terintegrasi					
9	Terdapat bukti pemberian terapi gizi terintegrasi pada pasien risiko nutrisi					
10	Asuhan gizi terintegrasi mencakup rencana, pemberian, dan monitor terapi gizi.					
11	Evaluasi dan monitoring terapi gizi dicatat di rekam medis pasien					
Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPTT)						
1	Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) membuat perencanaan asuhan pelayanan pasien dalam waktu 24 jam sesudah pasien masuk rawat inap.					
2	DPJP membuat rencana asuhan pasien secara individual dan diriview serta diverifikasi dengan mencatat kemajuannya dalam catatan terintegrasi.					
3	Bila asuhan sudah sesuai dengan rencana dan pencapaian sasaran, DPJP melakukan verifikasi dengan memberikan paraf dan cap nama, gelar serta SIP DPJP pada pojok kanan bawah tiap lembar CPPT.					
4	Dokter membuat hasil asuhan pelayanan medik pasien atau kesimpulan rapat dari tim asuhan atau diskusi lain tentang kolaborasi dalam rekam medis pasien didalam catatan terintegrasi.					
5	Dokter, perawat, bidan, ahli gizi dan fisioterapi dalam membuat asuhan yang diberikan kepada pasien haruslah terintegrasi dan terkoordinasi					
6	Pemberi pelayanan kesehatan yang diizinkan memberikan instruksi atau					

	menuliskan instruksi dalam rekam medis pasien di lokasi seragam adalah dokter, perawat, bidan, ahli gizi, fisioterapist yang memberikan asuhan kepada pasien.					
7	Dokter Anastesi menulis instruksi post anastesi-sedasi pada formulir laporan anastesi-sedasi dan pada catatan terintegrasi dengan menuliskan “instruksi post operasi lihat pada laporan operasi”.					
8	Perintah yang harus tertulis adalah pemberian oksigen, pemberian terapi obat-obatan, pemeriksaan penunjang yang diperlukan, pemberian diet, pemberian fisioterapi dan konsultasi.					
9	DPJP membuat permintaan pemeriksaan diagnostik imajing dan laboratorium klinis atas indikasi klinis dan alasan pemeriksaan yang rasional agar mendapatkan interpretasi yang diperlukan kecuali di pelayanan khusus seperti IGD dan Unit Critical Care (HCU dan Perinatologi) yang memerlukan pemeriksaan cito dapat dilakukan oleh dokter jaga IGD dan dokter jaga ruangan.					
10	Tindakan diagnostik dan tindakan lain yang dilakukan termasuk hasilnya dicatat dalam rekam medis pasien.					
11	Pasien dan keluarga diberitahu tentang hasil asuhan dan pengobatan termasuk kejadian tidak diharapkan dari hasil asuhan dan pengobatan tersebut diatas oleh pemberi pelayanan kesehatan yang berwenang.					
12	Untuk penulisan di catatan terintegrasi, dokter menggunakan bolpoint					

	berwarna lain					
13	Cara penulisan data di lembar catatan perkembangan pasien terintegrasi dengan format problem oriented dikenal dengan konsep SOAP.					
14	Semua petugas kesehatan menulis waktu pelaksanaan pencatatan yaitu tanggal, bulan, tahun dan jam dalam WIT.					
15	Setiap petugas kesehatan menulis CPPT dilengkapi paraf dan cap nama dan gelar petugas kesehatan.					
16	Berisi catatan dari DPJP untuk perhatian semua petugas kesehatan.					
Manajemen Komunikasi dan Edukasi						
1	Pasien dan keluarga diberikan informasi tentang hasil asuhan dan pengobatan					
2	Pasien dan keluarga diberikan informasi tentang hasil asuhan dan pengobatan yg tidak diharapkan					
3	Ada regulasi tentang hak pasien untuk mendapatkan informasi tentang kondisi, diagnosis pasti, rencana asuhan, dan dapat berpartisipasi dalam pengambilan keputusan serta diberitahu tentang hasil asuhan termasuk kemungkinan hasil yang tidak terduga					
4	Pasien diberi informasi tentang kondisi medis mereka dan diagnosis pasti					
5	Pasien diberi informasi tentang rencana asuhan dan tindakan yang akan dilakukan dan berpartisipasi dalam pengambilan keputusan					
6	Pasien diberi tahu bilamana “persetujuan tindakan” (informed consent) diperlukan dan bagaimana					

	proses memberikan persetujuan.					
7	Pasien dijelaskan dan memahami tentang hasil yang diharapkan dari proses asuhan dan pengobatan.					
8	Pasien dijelaskan dan memahami bila terjadi kemungkinan hasil yang tidak terduga					
9	Pasien serta keluarga dijelaskan dan memahami tentang haknya dalam berpartisipasi membuat keputusan terkait asuhan jika diinginkan					
10	Ada regulasi yang mengatur pelaksanaan proses untuk menjawab pertanyaan informasi kompetensi dan kewenangan dari PPA					
11	DPJP, PPJA, dan PPA lainnya harus memperkenalkan diri saat pertama kali bertemu pasien					
12	Ada regulasi tentang persetujuan umum dan pendokumentasiannya dalam rekam medis pasien di luar tindakan yang membutuhkan persetujuan khusus (<i>informed consent</i>) tersendiri					
13	Persetujuan umum (<i>general consent</i>) diminta saat pertama kali pasien masuk rawat jalan atau setiap masuk rawat inap					
14	Pasien dan atau keluarga diminta untuk membaca, lalu menandatangani persetujuan umum (<i>general consent</i>)					
15	Ada regulasi yang dijabarkan dengan jelas mengenai persetujuan khusus (<i>informed consent</i>)					
16	DPJP menjelaskan informasi tindakan yang akan diambil dan bila perlu dapat dibantu staf terlatih					
17	Pasien memahami informasi tindakan					

	yang memerlukan persetujuan khusus (informed consent) melalui cara dan bahasa yang dimengerti oleh pasien.					
18	Pasien dapat memberikan/menolak persetujuan khusus (informed consent)					
Manager Pelayanan Pasien (Case Manager)						
1	Terdapat regulasi tentang proses dan pelaksanaan untuk mendukung kesinambungan dan koordinasi asuhan					
2	Terdapat penunjukkan MPP dengan uraian tugas antara lain dalam konteks menjaga kesinambungan dan koordinasi pelayanan bagi individu pasien melalui komunikasi dan kerjasama dengan PPA dan pimpinan unit					
3	Pasien diskriminasi untuk kebutuhan pelayanan manajemen pelayanan pasien					
4	Pasien yang mendapat pelayanan MPP					
5	Pencatatannya dilakukan dalam Form MPP selalu diperbaharui untuk menjamin komunikasi dengan PPA					
6	Kesinambungan dan koordinasi proses pelayanan didukung dengan menggunakan perangkat pendukung, seperti rencana asuhan PPA, catatan MPP, panduan, atau perangkat lainnya					
7	Kesinambungan dan koordinasi dapat dibuktikan di semua tingkat/fase asuhan pasien.					
Integrated Clinical Pathway						
1	Terdapat panduan praktik klinis					
2	Terdapat asuhan keperawatan					
3	Terdapat asuhan panduan gizi					
4	Terdapat asuhan panduan kefarmasian					
5	Menetapkan prioritas Clinical Pathway berdasarkan data tahun lalu					

6	Menetapkan prioritas Clinical Pathway berdasarkan variasi penyakit terbanyak					
7	Menetapkan prioritas Clinical Pathway berdasarkan cost penyakit terbanyak					
8	Menetapkan prioritas Clinical Pathway berdasarkan kasus kompleks					
9	Profesional Pemberi Asuhan dalam memberi asuhan kepada seluruh pasien sesuai dengan Clinical Pathway yang ada					
Integrated Discharge Planning						
1	Ringkasan pulang memuat riwayat kesehatan, pemeriksaan fisis, dan pemeriksaan diagnostic					
2	Ringkasan pulang memuat indikasi pasien dirawat inap, diagnosis, dan komorbiditas lain					
3	Ringkasan pulang memuat prosedur terapi dan tindakan yang telah dikerjakan					
4	Ringkasan pulang memuat obat yang diberikan termasuk obat setelah pasien keluar rumah sakit					
5	Ringkasan pulang memuat kondisi kesehatan pasien (status present) saat akan pulang dari rumah sakit.					
6	Ringkasan pulang memuat instruksi tindak lanjut dan dijelaskan kepada pasien dan keluarga					
7	Ringkasan pulang dibuat oleh DPJP sebelum pasien pulang					
8	Satu salinan ringkasan diberikan kepada pasien dan bila diperlukan dapat diserahkan kepada tenaga kesehatan yang bertanggung jawab memberikan kelanjutan asuhan.					
9	Satu salinan ringkasan yang lengkap ditempatkan di rekam medis pasien.					

10	Satu salinan ringkasan diberikan kepada pihak penjamin pasien sesuai dengan regulasi rumah sakit					
----	--	--	--	--	--	--

DAFTAR PUSTAKA

- Agreli, H. F., Peduzzi, M. and Bailey, C. (2017) 'Contributions of team climate in the study of interprofessional collaboration: A conceptual analysis', *Journal of Interprofessional Care*, 31(6), pp. 679–684. doi: 10.1080/13561820.2017.1351425.
- Alsharif, M. J., Labonté, R. and Lu, Z. (2020) 'Patients beyond borders: A study of medical tourists in four countries', *Global Social Policy*, 10(3), pp. 315–335. doi: 10.1177/1468018110380003.
- Archie B. Carroll; Ann K. Buchholtz; (2015) 'Theories of Personality'. Available at: [https://rameliaz.github.io/files/course-materials/Theories of Personality.pdf](https://rameliaz.github.io/files/course-materials/Theories%20of%20Personality.pdf).
- Asmuji and Indriyani, D. (2016) 'Pemahaman perawat tentang MPKP tim dan faktor-faktor yang berhubungan di RSUD Balung Jember', *The Indonesian Journal of Health Science*, 6(2), pp. 170–178. Available at: <http://jurnal.unmuhjember.ac.id/index.php/TIJHS/article/download/135/81>.
- Babiker, A. *et al.* (2014) 'Health care professional development: Working as a team to improve patient care.', *Sudanese journal of paediatrics*, 14(2), pp. 9–16. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27493399> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4949805>.
- Babur, M. N. and Liaqat, M. (2017) 'Interprofessional collaboration among rehabilitation professionals', *Pakistan Armed Forces Medical Journal*. AsiaNet Pakistan (Pvt) Ltd., (6), pp. 908–913.
- Bainbridge, L. *et al.* (2010) 'Competencies for Interprofessional Collaboration', *Journal of Physical Therapy Education*, 24(1), pp. 6–11. doi: 10.1097/00001416-201010000-00003.
- Bale, E. (2020) "'A Forest or the Trees?' — A DISC Analysis of Mr . Ramsay from "To the Lighthouse"", (July), pp. 0–10.
- Barlian, U. C. (2018) 'Good Culture Cooperation in Organizations in Global Perspective', *Ijtima'iyya: Journal of Muslim Society Research*,

- 2(2), pp. 271–291. doi: 10.24090/ijtimaiyya.v2i2.1743.
- Bauw, J. F. (2019) ‘Sosialisasi Model Praktik Kolaborasi Interprofesional Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit’, 6(1), pp. 10–13. doi: 10.31219/osf.io/bfqup.
- van Beek, A. P. A. and Gerritsen, D. L. (2010) ‘The relationship between organizational culture of nursing staff and quality of care for residents with dementia: Questionnaire surveys and systematic observations in nursing homes’, *International Journal of Nursing Studies*, 47(10), pp. 1274–1282. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.02.010.
- Bender, M., Connelly, C. D. and Brown, C. (2013) ‘Interdisciplinary collaboration: The role of the clinical nurse leader’, *Journal of Nursing Management*. Wiley Online Library, 21(1), pp. 165–174.
- Bhui, K. *et al.* (2016) ‘Perceptions of work stress causes and effective interventions in employees working in public, private and non-governmental organisations: a qualitative study’, *BJPsych Bulletin*, 40(6), pp. 318–325. doi: 10.1192/pb.bp.115.050823.
- Bleidorn, W., Kandler, C. and Caspi, A. (2014) ‘The Behavioural Genetics of Personality Development in Adulthood—Classic, Contemporary, and Future Trends’, *European Journal of Personality*, 28(3), pp. 244–255. doi: 10.1002/per.1957.
- Brandt, B. F. (2015) ‘Interprofessional Education and Collaborative Practice: Welcome to the “New” Forty-Year Old Field’, *The Advisor*, (March), pp. 9–17.
- Brems, C. *et al.* (2006) ‘Barriers to healthcare as reported by rural and urban interprofessional providers’, *Journal of interprofessional care*. Taylor & Francis, 20(2), pp. 105–118.
- Brock, D. *et al.* (2013) ‘Interprofessional education in team communication: Working together to improve patient safety’, *Postgraduate Medical Journal*, 89(1057), pp. 642–651. doi: 10.1136/postgradmedj-2012-000952rep.
- Broers, T., Poth, C. and Medves, J. (2009) ‘What’s in a word? Understanding “interprofessional collaboration” from the students’ perspective’, *Journal of Research in Interprofessional Practice*

and Education, 1(1).

- Busari, J. O., Moll, F. M. and Duits, A. J. (2017) 'Understanding the impact of interprofessional collaboration on the quality of care: A case report from a small-scale resource limited health care environment', *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, pp. 227–234. doi: 10.2147/JMDH.S140042.
- Buscemi, J., Steglitz, J. and Spring, B. (2012) 'The impact of team science collaborations in health care: a synopsis and comment on "Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes"', *Translational behavioral medicine*. Oxford University Press, 2(4), pp. 378–379.
- Callaly, T. and Fletcher, A. (2005) 'Providing integrated mental health services: a policy and management perspective', *Australasian Psychiatry*. SAGE Publications Sage UK: London, England, 13(4), pp. 351–356.
- Citraningtyas, G., Angkoauwa, L. and Maalangen, T. (2020) 'Identifikasi Medication Error di Poli Interna Rumah Sakit X di Kota Manado', *Jurnal MIPA*, 9(1), p. 33. doi: 10.35799/jmuo.9.1.2020.27789.
- Collaborative, C. I. H. (2010) *A national interprofessional competency framework*. The Collaborative.
- Covert, H. *et al.* (2019) 'Core competencies and a workforce framework for community health workers: A model for advancing the profession', *American Journal of Public Health*, 109(2), pp. 320–327. doi: 10.2105/AJPH.2018.304737.
- D'amour, D. *et al.* (2008) 'A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations', *BMC health services research*. BioMed Central, 8(1), pp. 1–14.
- D'Amour, D. *et al.* (2005) 'The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks', *Journal of interprofessional care*. Taylor & Francis, 19(sup1), pp. 116–131.
- Darlington, Y. and Feeney, J. A. (2008) 'Collaboration between mental health and child protection services: Professionals' perceptions

- of best practice', *Children and Youth Services Review*. Elsevier, 30(2), pp. 187–198.
- Darlington, Y., Feeney, J. A. and Rixon, K. (2004) 'Complexity, conflict and uncertainty: Issues in collaboration between child protection and mental health services', *Children and Youth Services Review*. Elsevier, 26(12), pp. 1175–1192.
- Davidavičiene, V., Al Majzoub, K. and Meidute-Kavaliauskiene, I. (2020) 'Factors affecting knowledge sharing in virtual teams', *Sustainability (Switzerland)*, 12(17). doi: 10.3390/SU12176917.
- Denbo, J. W. *et al.* (2020) 'HHS Public Access', 164(3), pp. 424–431. doi: 10.1016/j.surg.2018.04.014.Risk-stratified.
- Depkes Sul-sel (2016) 'Profil Kesehatan Prov . Sulawesi Selatan Tahun 2016 Profil Kesehatan Prov . Sulawesi Selatan Tahun 2016', *Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan*. Available at: <http://dinkes.sulselprov.go.id/assets/dokumen/informasi/99cff42f874ab267bd3a6bbe6ca6cafad.pdf>.
- Dinkes (2015) 'Profil Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan 2014'.
- Dinkes (2018) 'Profile Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan', *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), pp. 1689–1699.
- Van Dongen, J. J. J. *et al.* (2016) 'Interprofessional collaboration regarding patients' care plans in primary care: A focus group study into influential factors', *BMC Family Practice*. BMC Family Practice, 17(1), pp. 1–11. doi: 10.1186/s12875-016-0456-5.
- Fewster-Thuente, L. and Batteson, T. J. (2018) 'Kolb's experiential learning theory as a theoretical underpinning for interprofessional education', *Journal of Allied Health*, 47(1), pp. 3–8.
- Fichtner, C. G. *et al.* (2001) 'A self-assessment program for multidisciplinary mental health teams', *Psychiatric Services*. Am Psychiatric Assoc, 52(10), pp. 1352–1357.
- Foronda, C., MacWilliams, B. and McArthur, E. (2016) 'Interprofessional communication in healthcare: An integrative review', *Nurse Education in Practice*. Elsevier Ltd, 19, pp. 36–40. doi: 10.1016/j.nepr.2016.04.005.

- Fox, S. *et al.* (2021) 'Communication and interprofessional collaboration in primary care: From ideal to reality in practice', *Health communication*. Taylor & Francis, 36(2), pp. 125–135.
- Franklin, C. M. *et al.* (2015) 'Interprofessional Teamwork and Collaboration Between Community Health Workers and Healthcare Teams', *Health Services Research and Managerial Epidemiology*, 2, p. 233339281557331. doi: 10.1177/2333392815573312.
- Fu, Y. *et al.* (2016) 'Patient-professional partnerships and chronic back pain self-management: A qualitative systematic review and synthesis', *Health and Social Care in the Community*, 24(3), pp. 247–259. doi: 10.1111/hsc.12223.
- Gannon-Leary, P., Baines, S. and Wilson, R. (2006) 'Collaboration and partnership: A review and reflections on a national project to join up local services in England', *Journal of Interprofessional Care*. Taylor & Francis, 20(6), pp. 665–674.
- Gardner, D. (2005) 'Ten lessons in collaboration', *Online journal of issues in nursing*. American Nurses Association, 10(1).
- Gibson, J., Ivancevich, J. and Konopaske, R. (2011) *Organizations: Behavior, structure, processes*. McGraw-Hill Higher Education.
- Gibson, J. L. (2012) *Organizations Behavior, Structure, Processes*. Available at: <http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf>.
- Gilbert, J. H. V., Yan, J. and Hoffman, S. J. (2010) 'A WHO report: Framework for action on interprofessional education and collaborative practice', *Journal of Allied Health*, 39(SUPPL. 1), pp. 196–197.
- Glanz, K. (2017) 'Health_Behavior_and_Health_Education__Theory'.16.pdf.
- Glasby, J. and Lester, H. (2004) 'Cases for change in mental health: partnership working in mental health services', *Journal of interprofessional care*. Taylor & Francis, 18(1), pp. 7–16.
- Golom, F. D. and Schreck, J. S. (2018) 'The Journey to Interprofessional Collaborative Practice: Are We There Yet?', *Pediatric Clinics of North America*. Elsevier Inc, 65(1), pp. 1–12. doi:

10.1016/j.pcl.2017.08.017.

- Green, B. N. and Johnson, C. D. (2015) 'Interprofessional collaboration in research, education, and clinical practice: working together for a better future', *Journal of Chiropractic Education*, 29(1), pp. 1–10. doi: 10.7899/jce-14-36.
- Hadira, Syahrul, S., Rahmawaty, R. (2020) 'Efektivitas Penerapan Integrated Clinical Pathway (ICP) Terkait Manajemen Risiko Terhadap Kualitas Pelayanan Di Rumah Sakit: Literatur Review', *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, pp. 97–106.
- Haedar, D., Arifin, A. and Darman, A. (2019) 'Organizational Culture Transformation At Civil Service And Human Resource Development Agency Of Biak Numfor Regency', 24(6), pp. 1–7. doi: 10.9790/0837-2406060107.
- HARIANJA, F. (2020) 'Optimalisasi Pelaksanaan Discharge Planning Secara Terintegrasi di Ruang Rawat Inap X RS Militer Jakarta', *The Journal of Hospital Accreditation*, 2(1), pp. 21–25. doi: 10.35727/jha.v2i1.56.
- Holland, S., Gaston, K. and Gomes, J. (2017) 'Critical success factors for cross-functional teamwork in new product development', *International Journal of Management Reviews*, 2(3), pp. 231–259. doi: 10.1111/1468-2370.00040.
- Homeyer, S. *et al.* (2018) 'Effects of interprofessional education for medical and nursing students: Enablers, barriers and expectations for optimizing future interprofessional collaboration - a qualitative study', *BMC Nursing*. BMC Nursing, 17(1), pp. 1–10. doi: 10.1186/s12912-018-0279-x.
- Irajpour, A. (2011) 'Inter-Professional Education: A Reflection on Education of Health Disciplines.', *Iranian Journal of Medical Education*, 10(4).
- Irajpour, A. *et al.* (2012) 'Challenges of interprofessional collaboration in Iranian mental health services: A qualitative investigation', *Iranian journal of nursing and midwifery research*. Wolters Kluwer--Medknow Publications, 17(2 Suppl1), p. S171.
- Ivy Oandasan, G. Ross Baker, Keegan Barker, C. B. and Danielle

- D'Amour Linda Jones, S. K. (2006) 'Teamwork in healthcare: promoting effective teamwork in healthcare in Canada', *Canadian Health Services Research Foundation*, (June), pp. 9–25. doi: 10.1017/S0963180100004394.
- Jefferies, H. and Chan, K. K. (2004) 'Multidisciplinary team working: is it both holistic and effective?', *International Journal of Gynecologic Cancer: BMJ Specialist Journals*, 14(2).
- Kaini, B. K. (2012) 'Interprofessional Team Collaboration (IPTC) in Hospitals'.
- Karam, M. *et al.* (2018) 'Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research', *International Journal of Nursing Studies*. Elsevier, 79(November), pp. 70–83. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002.
- Karthikeyan (2019) *Organisation culture, Galvanotechnnik*.
- Kates, N. *et al.* (2011) 'The evolution of collaborative mental health care in Canada: A shared vision for the future', *Canadian Journal of Psychiatry*. SAGE PUBLICATIONS, INC., 56(5), p. 11.
- Kauffeld, S. and Lehmann-Willenbrock, N. (2015) 'Meetings matter: Effects of team meetings on team and organizational success', *Small Group Research*, 43(2), pp. 130–158. doi: 10.1177/1046496411429599.
- Kebe, N. N. M. K. *et al.* (2020) 'Variables associated with interprofessional collaboration: a comparison between primary healthcare and specialized mental health teams', *BMC Family Practice*. Springer, 21(1), pp. 1–11.
- Keene, B. L. (2016) 'Patient-Centred Care: Improving Quality and Safety', *ASMS Jou*, (1), pp. 1–4. Available at: <https://www.mysciencework.com/publication/show/b93f71437904566794a45f1711d2928d>.
- Keleher, H. (2006) 'Community-based shared mental health care: a model of collaboration?', *Australian Journal of Primary Health*. CSIRO, 12(2), pp. 90–96.
- Kemenkes RI (2013) 'Pedoman-Pelayanan-Gizi-Rs-2013.Pdf', *Pedoman*

PGRS, pp. 1–165.

- Kemenkes RI (2018) ‘Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 31 Tahun 2018 Tentang Aplikasi Sarana, Prasarana, Dan Alat Kesehatan’, *Permenkes*, p. 3.
- Kenaszchuk, C. *et al.* (2010) ‘Validity and reliability of a multiple-group measurement scale for interprofessional collaboration’, *BMC Health Services Research*, 10. doi: 10.1186/1472-6963-10-83.
- Kesehatan, K. and Indonesia, R. (2021) ‘Menkes dorong rs kanker dharmais harus selalu berinovasi’, pp. 1–2.
- Kimble, S. J. and Brommelsiek, M. (2013) ‘Student Attitudes and Readiness Outcomes of a Community-Based Interprofessional Education (IPE) Program Focused on Practice Change Innovation, Year One’.
- Kivunja, C. (2018) ‘Distinguishing between theory, theoretical framework, and conceptual framework: A systematic review of lessons from the field’, *International Journal of Higher Education*, 7(6), pp. 44–53. doi: 10.5430/ijhe.v7n6p44.
- Langins, M. and Borgermans, L. (2016) ‘Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated/ integrated health services’, *International Journal of Integrated Care*, 16(6), p. 231. doi: 10.5334/ijic.2779.
- Laura, K. A. (2012) ‘Psikologi Umum: Sebuah Pandangan Apresiatif Buku 2’. Jakarta: Salemba Humanika.
- Lawson, H. A. (2004) ‘The logic of collaboration in education and the human services’, *Journal of interprofessional care*. Taylor & Francis, 18(3), pp. 225–237.
- Leathard, A. (2013) *Models for interprofessional collaboration, Social Work: A Reader*. doi: 10.4324/9780203420690_chapter_7.
- LI, T. (2015) ‘Organizational Culture & Employee Behavior: Case study’, *Labden Ammattikorkeakoulu Lahti University of Applied Science*, pp. 1–53.
- Luthans, F. (2011) *Organizational Behavior, Hospital Administration*. doi: 10.5005/jp/books/10358_23.

- Mahendradhata, Y. *et al.* (2017) *The Republic of Indonesia Health System Review*. Health Systems in Transition Vol. 7 No. 1.
- Masmuh, A. (2010) 'Komunikasi organisasi dalam perspektif teori dan praktek', *Malang: UPT Penerbitan Universitas Muhammadiyah Malang*.
- Megawati, F., Suwantara, I. P. T. and Cahyaningsih, E. (2021) 'Medication Error pada Tahapan Prescribing dan Dispensing di Apotek "X" Denpasar Periode Januari-Desember 2019', *Jurnal Ilmiah Medicamento*, 7(1), pp. 47–54. doi: 10.36733/medicamento.v7i1.1545.
- Men, H. (no date) 'Mutual support How measure?', *I Can*.
- Miller, R. *et al.* (2019) 'Inter-professional education and primary care: EFPC position paper', *Primary health care research & development*, 20, p. e138. doi: 10.1017/S1463423619000653.
- Mitchell, R. J., Parker, V. and Giles, M. (2011) 'When do interprofessional teams succeed? Investigating the moderating roles of team and professional identity in interprofessional effectiveness', *Human relations*. Sage Publications Sage UK: London, England, 64(10), pp. 1321–1343.
- Mohr, W. K. (2013) 'Psychiatric Mental-Health Nursing'. Lippincott, Williams, and Wilkins.
- Morley, L. and Cashell, A. (2017) 'Collaboration in Health Care', *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*. Elsevier Inc, 48(2), pp. 207–216. doi: 10.1016/j.jmir.2017.02.071.
- Muhyi, H. A. and Raharja, S. J. (2017) 'The Analysis of Organization Cultural Values of Local Government Company (Study in the Local Water Company of Bogor Regency)', *Review of Integrative Business and Economics Research*, 6(2), pp. 343–349. Available at: <https://search.proquest.com/docview/1917937748?accountid=31562>.
- Muller-Juge, V. *et al.* (2013) 'Interprofessional Collaboration on an Internal Medicine Ward: Role Perceptions and Expectations among Nurses and Residents', *PLoS ONE*, 8(2). doi: 10.1371/journal.pone.0057570.

- Murphy, J. E. *et al.* (2018) 'Interprofessional education: Principles and application. An update from the American College of Clinical Pharmacy', *JACCP Journal of the American College of Clinical Pharmacy*, 1(1), pp. e17–e28. doi: 10.1002/jac5.1025.
- Nadeau, L., Rousseau, C. and Measham, T. (2012) 'Integrated networks in child and youth mental health: A challenging role transformation for child psychiatrists and allied mental health professionals?', *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 21(2), p. 83.
- Ødegård, A. and Strype, J. (2009) 'Perceptions of interprofessional collaboration within child mental health care in Norway', *Journal of Interprofessional Care*. Taylor & Francis, 23(3), pp. 286–296.
- Orchard, C. *et al.* (2018) 'Assessment of Inter professional Team Collaboration Scale (AITCS): Further testing and instrument revision', *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 38(1), pp. 11–18. doi: 10.1097/CEH.000000000000193.
- Orchard, C. A. *et al.* (2012) 'Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Development and testing of the instrument', *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 32(1), pp. 58–67. doi: 10.1002/chp.21123.
- Panda, A. and Gupta, R. K. (2019) 'Understanding organizational culture: A perspective on roles for leaders', *Vikalpa*, 26(4), pp. 3–19. doi: 10.1177/0256090920010402.
- Pasal 1 UU NO. 44 (2009) 'Undang-Undang-tahun-2009-44-09', *Rumah Sakit*, pp. 1–28.
- Patima *et al.* (2020) 'AITCS as a Reliable Instrument for Evaluating IPC (Interprofessional Collaboration): A Systematic Review', *Systematic Reviews in Pharmacy*, 11(10), pp. 742–748. doi: 10.31838/srp.2020.10.111.
- Patrick, R. A. (2017) 'TeamSTEPPS Training and Vital Signs Chart to Improve Situational Monitoring for Clinical Deterioration', *Doctor of Nursing Practice Capstone Projects*. 22., p. Eastern Kentucky University.

- Penney, P. R. (2015) 'Collaborative practice: a grounded theory of connecting in community rehabilitation Collaborative practice: A grounded theory of connecting in community rehabilitation', (July). doi: 10.13140/RG.2.1.1171.0962.
- Perawat, K. and Kotamobagu, S. X. (2020) 'Pengaruh Pelatihan Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP) terhadap', 3(3), pp. 168–177.
- PERMENKES (2020) 'Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2019 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit perlu disesuaikan dengan perkembangan dan kebutuhan hukum', (3), pp. 1–80.
- Perpres (2012) 'PERATURAN PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 72 TAHUN 2012 TENTANG SISTEM KESEHATAN NASIONAL'.
- Perpres (2015) *Peraturan Presiden Republik Indonesia No 77 Tahun 2015*.
- Pomerantz, A. *et al.* (2008) 'Improving efficiency and access to mental health care: combining integrated care and advanced access', *General hospital psychiatry*. Elsevier, 30(6), pp. 546–551.
- Pourasghar, F. *et al.* (2008) 'What they fill in today, may not be useful tomorrow: Lessons learned from studying Medical Records at the Women hospital in Tabriz, Iran', *BMC Public Health*, 8, pp. 1–7. doi: 10.1186/1471-2458-8-139.
- Pourmohammadi, K. *et al.* (2020) 'A comprehensive environmental scanning and strategic analysis of Iranian Public Hospitals: A prospective approach', *BMC Research Notes*. BioMed Central, 13(1), pp. 1–7. doi: 10.1186/s13104-020-05002-8.
- PP (2015) 'Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No 93 Tahun 2015', *Nbk 技研*.
- Purden, M. (2005) 'Cultural considerations in interprofessional education and practice', *Journal of Interprofessional Care*. Taylor & Francis, 19(sup1), pp. 224–234.
- Raab, C. A. *et al.* (2013) 'The effect of collaboration on obstetric patient safety in three academic facilities', *Journal of Obstetric, Gynecologic*

- *Neonatal Nursing*. Elsevier, 42(5), pp. 606–616.
- Rahmadani, A. (2016) ‘Rumah Sakit Pemerintah Sebagai Sebuah Organisasi: Struktur’, *Research gate*, (January), p. Universitas Padjajaran.
- Reeves, S. *et al.* (2011) *Interprofessional teamwork for health and social care*. John Wiley & Sons.
- Removed, A., Request, A. T. and Publisher, O. F. O. (2016) ‘Communication in the Real World: An Introduction to Communication Studies’, *Communication in the Real World: An Introduction to Communication Studies*. doi: 10.24926/8668.0401.
- Robbins, S. P. and Judge, T. A. (2017) ‘Organizational Behavior, Seventeenth Edition, Global Edition’, *Pearson Education Limited*, p. 747.
- Rogers, T. (2004) ‘Managing in the interprofessional environment: A theory of action perspective’, *Journal of Interprofessional Care*. Taylor & Francis, 18(3), pp. 239–249.
- Rosa, E. M. (2018) *Patient Centered Care Di Rumah Sakit*.
- Rosen, A. and Callaly, T. (2005) ‘Interdisciplinary teamwork and leadership: issues for psychiatrists’, *Australasian Psychiatry*. SAGE Publications Sage UK: London, England, 13(3), pp. 234–240.
- Rosen, M. A. *et al.* (2018) ‘Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care’, *American Psychologist*, 73(4), pp. 433–450. doi: 10.1037/amp0000298.
- Rousseau, C. *et al.* (2017) ‘Perception of interprofessional collaboration and co-location of specialists and primary care teams in youth mental health’, *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26(3), p. 198.
- RS, U. (2019) ‘Buku Profil RS Unhas’.
- RSUD Haji Makassar (2019) ‘Profil RSUD HAJI MAKASSAR Provinsi Sulawesi Selatan’. Available at: file:///C:/Users/Acer/Downloads/Documents/b85f3bce6deff2e7056dc18c48037129.pdf.

- Runtu, T. M., Novieastari, E. and Handayani, H. (2019) 'How does organizational culture influence care coordination in hospitals? A systematic review', *Enfermeria Clinica*, 29, pp. 785–802. doi: 10.1016/j.enfcli.2019.04.119.
- Saleh, A., Wirawan, H. and Tamar, M. (2020) 'Improving health care service through healthy psychological capital and positive attitudes', *International Journal on Advanced Science, Engineering and Information Technology*, 10(4), pp. 1723–1730. doi: 10.18517/ijaseit.10.4.12429.
- San Martín-Rodríguez, L. *et al.* (2005) 'The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies', *Journal of interprofessional care*. Taylor & Francis, 19(sup1), pp. 132–147.
- Schot, E., Tummers, L. and Noordegraaf, M. (2020) 'Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration', *Journal of Interprofessional Care*. Taylor & Francis, 34(3), pp. 332–342. doi: 10.1080/13561820.2019.1636007.
- Schroder, C. *et al.* (2011) 'Development and pilot testing of the collaborative practice assessment tool', *Journal of Interprofessional Care*, 25(3), pp. 189–195. doi: 10.3109/13561820.2010.532620.
- Shrader, S. and Zoller, J. (2013) 'Interprofessional Teamwork Skills as Predictors of Clinical Outcomes in a Simulated Healthcare Setting', *Shrader S_ IP Teamwork Skills as predictors_J Allied Health*.
- Shuangjie Ma & Stellah Njera (2016) 'The Impact of Culture (Individualism and Collectivism) on Identified Multicultural Group Work Challenges'. Available at: <http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf>.
- Shuck, B., Reio, T. G. and Rocco, T. S. (2014) 'Employee engagement: An examination of antecedent and outcome variables', *Human Resource Development International*, 14(4), pp. 427–445. doi: 10.1080/13678868.2011.601587.
- Silow-Carroll, S., Ateras, T. and Stepnick, L. (2006) 'Patient-Centered Care for Underserved Populations', *Social Research*, 19(January).

- Siswanto, M. and Chalidyanto, D. (2020) 'Impact of Clinical Pathways Compliance for Reducing Length of Stay', *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 8(1), p. 79. doi: 10.20473/jaki.v8i1.2020.79-90.
- SNARS (2018) 'Standar Akreditasi Rumah Sakit', *Standar Akreditasi Rumah Sakit*, p. 421.
- Somoray, K., Shakespeare-Finch, J. and Armstrong, D. (2017) 'The impact of personality and workplace belongingness on mental health workers' professional quality of life', *Australian Psychologist*. Wiley Online Library, 52(1), pp. 52–60.
- Strype, J. *et al.* (2014) 'Perceptions of interprofessional collaboration', *Professions and Professionalism*, 4(3). doi: 10.7577/pp.806.
- Suhonen, R., Välimäki, M. and Leino-Kilpi, H. (2002) "'Individualised care" from patients', nurses' and relatives' perspective--a review of the literature.', *International journal of nursing studies*. England, 39(6), pp. 645–654. doi: 10.1016/s0020-7489(02)00004-4.
- Sullivan, M. *et al.* (2015) 'Interprofessional collaboration and education', *American Journal of Nursing*, 115(3), pp. 47–54. doi: 10.1097/01.NAJ.0000461822.40440.58.
- Sumiarsih, M. and Nurlinawati, I. (2020) 'Permasalahan dalam Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Kabupaten/Kota', *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, 3(3), pp. 182–192. doi: 10.22435/jpppk.v3i3.2657.
- Susilaningsih, F. S. (2011) 'Model Pelayanan Rawat Inap Terpadu (MPRIT) Sebagai Basis Integrasi Antar Profesi Dalam Pelayanan Kesehatan Di RS Pendidikan Dr Hasan Sadikin.[Disertasi]', *Universitas Gajah Mada*.
- Tage, P. K. S., Novieastari, E. and Suhendri, A. (2018) 'Optimalisasi Pelaksanaan Discharge Planning Terstruktur Dan Terintegrasi', *Chmk Nursing Scientific Journal*, 2(1), pp. 1–10.
- Terwindt, F. and Rajan, D. (2016) 'Strategic planning: transforming priorities into plans', *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*, p. 55. Available at: <http://www.who.int/healthsystems/publications/nhpsp->

handbook-ch5/en/.

- Thistlethwaite, J., Jackson, A. and Moran, M. (2013) 'Interprofessional collaborative practice: A deconstruction', *Journal of Interprofessional Care*, 27(1), pp. 50–56. doi: 10.3109/13561820.2012.730075.
- Thomas, L. and Johnson, E. B. (2014) 'Contextual Teaching Learning', *Jakarta: Kaifa*.
- Utami, L. C. (2018) 'GAMBARAN SIKAP KOLABORASI INTERPROFESI PERAWAT–DOKTER DI INSTALASI RAWAT INAP RSD dr. SOEBANDI JEMBER', *Repository.Unej.Ac.Id*. Available at: <http://repository.unej.ac.id/handle/123456789/88252>.
- Vermeir, P. *et al.* (2015) 'Communication in healthcare: A narrative review of the literature and practical recommendations', *International Journal of Clinical Practice*, 69(11), pp. 1257–1267. doi: 10.1111/ijcp.12686.
- Villeneuve Mary Hancock, Judith Wolf, Louise, R. G. H. (2001) 'Establishing process indicators for joint working in mental health: rationale and results from a national survey', *Journal of Interprofessional Care*. Taylor & Francis, 15(4), pp. 329–340.
- Vitrianiingsih, Y. and Budiarsih, B. (2019) 'Pelimpahan Wewenang Dokter Kepada Profesi Perawat Dalam Tindakan Medis Dari Perspektif Hukum', *Jurnal Hukum Magnum Opus*, 2(2), p. 185. doi: 10.30996/jhmo.v2i2.2545.
- Wartini, S. (2016) 'Strategi Manajemen Konflik Sebagai Upaya Meningkatkan Kinerja Teamwork Tenaga Kependidikan', *Jurnal Manajemen dan Organisasi*, 6(1), p. 64. doi: 10.29244/jmo.v6i1.12194.
- Weinberg, D. B., Miner, D. C. and Rivlin, L. (2009) "It depends": medical residents' perspectives on working with nurses', *AJN The American Journal of Nursing*. LWW, 109(7), pp. 34–43.
- WHO (2015a) 'Comprehensive Safe Hospital Framework', *Who*, pp. 1–12.
- WHO (2015b) 'Panduan Kurikulum Keselamatan Pasien : Edisi Multi Profesioanal', pp. 1–272. doi: 10.1037/0003-066X.57.3.165.

- Will, K. K., Johnson, M. L. and Lamb, G. (2019) 'Team-Based Care and Patient Satisfaction in the Hospital Setting: A Systematic Review', *Journal of Patient-Centered Research and Reviews*, 6(2), pp. 158–171. doi: 10.17294/2330-0698.1695.
- World Health Organization (2010) *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. World Health Organization.
- World Health Organization (2015) 'WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026 - Placing people and communities at the centre of health services', *Draft for consultation*, p. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/180984/1/>. doi:10.1890/08-1895.1.
- Xyrichis, A. and Lowton, K. (2008) 'What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review', *International journal of nursing studies*. Elsevier, 45(1), pp. 140–153.
- Yusra, R. Y., Findyartini, A. and Soemantri, D. (2019) 'Healthcare professionals' perceptions regarding interprofessional collaborative practice in Indonesia', *Journal of Interprofessional Education and Practice*. Elsevier Inc., 15(June), pp. 24–29. doi: 10.1016/j.xjep.2019.01.005.
- Zohar, D. M. and Hofmann, D. A. (2012) 'Organizational Culture and Climate', *The Oxford Handbook of Organizational Psychology*, 1. doi: 10.1093/oxfordhb/9780199928309.013.0020.
- Zoltan, R. (2015) 'Organizational Work Groups and Work Teams – Approaches and Differences', *EcoForum*, 4(1), p. 13.
- Agreli, H. F., Peduzzi, M. and Bailey, C. (2017) 'Contributions of team climate in the study of interprofessional collaboration: A conceptual analysis', *Journal of Interprofessional Care*, 31(6), pp. 679–684. doi: 10.1080/13561820.2017.1351425.
- Alsharif, M. J., Labonté, R. and Lu, Z. (2020) 'Patients beyond borders: A study of medical tourists in four countries', *Global Social Policy*, 10(3), pp. 315–335. doi: 10.1177/1468018110380003.
- Archie B. Carroll; Ann K. Buchholtz; (2015) 'Theories of Personality'.

- Available at: <https://rameliaz.github.io/files/course-materials/Theories of Personality.pdf>.
- Asmuji and Indriyani, D. (2016) 'Pemahaman perawat tentang MPKP tim dan faktor-faktor yang berhubungan di RSUD Balung Jember', *The Indonesian Journal of Health Science*, 6(2), pp. 170–178. Available at: <http://jurnal.unmuhjember.ac.id/index.php/TIJHS/article/download/135/81>.
- Babiker, A. *et al.* (2014) 'Health care professional development: Working as a team to improve patient care.', *Sudanese journal of paediatrics*, 14(2), pp. 9–16. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27493399>
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4949805>.
- Babur, M. N. and Liaqat, M. (2017) 'Interprofessional collaboration among rehabilitation professionals', *Pakistan Armed Forces Medical Journal*. AsiaNet Pakistan (Pvt) Ltd., (6), pp. 908–913.
- Bainbridge, L. *et al.* (2010) 'Competencies for Interprofessional Collaboration', *Journal of Physical Therapy Education*, 24(1), pp. 6–11. doi: 10.1097/00001416-201010000-00003.
- Bale, E. (2020) " " A Forest or the Trees ?" — A DISC Analysis of Mr . Ramsay from " To the Lighthouse " , (July), pp. 0–10.
- Barlian, U. C. (2018) 'Good Culture Cooperation in Organizations in Global Perspective', *Ijtima'iyya: Journal of Muslim Society Research*, 2(2), pp. 271–291. doi: 10.24090/ijtimaiyya.v2i2.1743.
- Bauw, J. F. (2019) 'Sosialisasi Model Praktik Kolaborasi Interprofesional Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit', 6(1), pp. 10–13. doi: 10.31219/osf.io/bfqup.
- van Beek, A. P. A. and Gerritsen, D. L. (2010) 'The relationship between organizational culture of nursing staff and quality of care for residents with dementia: Questionnaire surveys and systematic observations in nursing homes', *International Journal of Nursing Studies*, 47(10), pp. 1274–1282. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.02.010.

- Bender, M., Connelly, C. D. and Brown, C. (2013) 'Interdisciplinary collaboration: The role of the clinical nurse leader', *Journal of Nursing Management*. Wiley Online Library, 21(1), pp. 165–174.
- Bhui, K. *et al.* (2016) 'Perceptions of work stress causes and effective interventions in employees working in public, private and non-governmental organisations: a qualitative study', *BJPsych Bulletin*, 40(6), pp. 318–325. doi: 10.1192/pb.bp.115.050823.
- Bleidorn, W., Kandler, C. and Caspi, A. (2014) 'The Behavioural Genetics of Personality Development in Adulthood—Classic, Contemporary, and Future Trends', *European Journal of Personality*, 28(3), pp. 244–255. doi: 10.1002/per.1957.
- Brandt, B. F. (2015) 'Interprofessional Education and Collaborative Practice: Welcome to the “New” Forty-Year Old Field', *The Advisor*, (March), pp. 9–17.
- Brems, C. *et al.* (2006) 'Barriers to healthcare as reported by rural and urban interprofessional providers', *Journal of interprofessional care*. Taylor & Francis, 20(2), pp. 105–118.
- Brock, D. *et al.* (2013) 'Interprofessional education in team communication: Working together to improve patient safety', *Postgraduate Medical Journal*, 89(1057), pp. 642–651. doi: 10.1136/postgradmedj-2012-000952rep.
- Broers, T., Poth, C. and Medves, J. (2009) 'What's in a word? Understanding “interprofessional collaboration” from the students' perspective', *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 1(1).
- Busari, J. O., Moll, F. M. and Duits, A. J. (2017) 'Understanding the impact of interprofessional collaboration on the quality of care: A case report from a small-scale resource limited health care environment', *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, pp. 227–234. doi: 10.2147/JMDH.S140042.
- Buscemi, J., Steglitz, J. and Spring, B. (2012) 'The impact of team science collaborations in health care: a synopsis and comment on “Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes”', *Translational behavioral medicine*. Oxford University

- Press, 2(4), pp. 378–379.
- Callaly, T. and Fletcher, A. (2005) ‘Providing integrated mental health services: a policy and management perspective’, *Australasian Psychiatry*. SAGE Publications Sage UK: London, England, 13(4), pp. 351–356.
- Citrangingtyas, G., Angkoauwa, L. and Maalangen, T. (2020) ‘Identifikasi Medication Error di Poli Interna Rumah Sakit X di Kota Manado’, *Jurnal MIPA*, 9(1), p. 33. doi: 10.35799/jmuo.9.1.2020.27789.
- Collaborative, C. I. H. (2010) *A national interprofessional competency framework*. The Collaborative.
- Covert, H. *et al.* (2019) ‘Core competencies and a workforce framework for community health workers: A model for advancing the profession’, *American Journal of Public Health*, 109(2), pp. 320–327. doi: 10.2105/AJPH.2018.304737.
- D’amour, D. *et al.* (2008) ‘A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations’, *BMC health services research*. BioMed Central, 8(1), pp. 1–14.
- D’Amour, D. *et al.* (2005) ‘The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks’, *Journal of interprofessional care*. Taylor & Francis, 19(sup1), pp. 116–131.
- Darlington, Y. and Feeney, J. A. (2008) ‘Collaboration between mental health and child protection services: Professionals’ perceptions of best practice’, *Children and Youth Services Review*. Elsevier, 30(2), pp. 187–198.
- Darlington, Y., Feeney, J. A. and Rixon, K. (2004) ‘Complexity, conflict and uncertainty: Issues in collaboration between child protection and mental health services’, *Children and Youth Services Review*. Elsevier, 26(12), pp. 1175–1192.
- Davidavičiene, V., Al Majzoub, K. and Meidute-Kavaliauskiene, I. (2020) ‘Factors affecting knowledge sharing in virtual teams’, *Sustainability (Switzerland)*, 12(17). doi: 10.3390/SU12176917.
- Denbo, J. W. *et al.* (2020) ‘HHS Public Access’, 164(3), pp. 424–431. doi: 10.1016/j.surg.2018.04.014.Risk-stratified.

- Depkes Sul-sel (2016) 'Profil Kesehatan Prov . Sulawesi Selatan Tahun 2016 Profil Kesehatan Prov . Sulawesi Selatan Tahun 2016', *Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan*. Available at: <http://dinkes.sulselprov.go.id/assets/dokumen/informasi/99cff42f874ab267bd3a6bbeca6cafad.pdf>.
- Dinkes (2015) 'Profil Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan 2014'.
- Dinkes (2018) 'Profile Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan', *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), pp. 1689–1699.
- Van Dongen, J. J. J. *et al.* (2016) 'Interprofessional collaboration regarding patients' care plans in primary care: A focus group study into influential factors', *BMC Family Practice*. BMC Family Practice, 17(1), pp. 1–11. doi: 10.1186/s12875-016-0456-5.
- Fewster-Thuente, L. and Batteson, T. J. (2018) 'Kolb's experiential learning theory as a theoretical underpinning for interprofessional education', *Journal of Allied Health*, 47(1), pp. 3–8.
- Fichtner, C. G. *et al.* (2001) 'A self-assessment program for multidisciplinary mental health teams', *Psychiatric Services*. Am Psychiatric Assoc, 52(10), pp. 1352–1357.
- Foronda, C., MacWilliams, B. and McArthur, E. (2016) 'Interprofessional communication in healthcare: An integrative review', *Nurse Education in Practice*. Elsevier Ltd, 19, pp. 36–40. doi: 10.1016/j.nepr.2016.04.005.
- Fox, S. *et al.* (2021) 'Communication and interprofessional collaboration in primary care: From ideal to reality in practice', *Health communication*. Taylor & Francis, 36(2), pp. 125–135.
- Franklin, C. M. *et al.* (2015) 'Interprofessional Teamwork and Collaboration Between Community Health Workers and Healthcare Teams', *Health Services Research and Managerial Epidemiology*, 2, p. 233339281557331. doi: 10.1177/2333392815573312.
- Fu, Y. *et al.* (2016) 'Patient-professional partnerships and chronic back pain self-management: A qualitative systematic review and synthesis', *Health and Social Care in the Community*, 24(3), pp. 247–

259. doi: 10.1111/hsc.12223.

- Gannon-Leary, P., Baines, S. and Wilson, R. (2006) 'Collaboration and partnership: A review and reflections on a national project to join up local services in England', *Journal of Interprofessional Care*. Taylor & Francis, 20(6), pp. 665–674.
- Gardner, D. (2005) 'Ten lessons in collaboration', *Online journal of issues in nursing*. American Nurses Association, 10(1).
- Gibson, J., Ivancevich, J. and Konopaske, R. (2011) *Organizations: Behavior, structure, processes*. McGraw-Hill Higher Education.
- Gibson, J. L. (2012) *Organizations Behavior, Structure, Processes*. Available at: <http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf>.
- Gilbert, J. H. V., Yan, J. and Hoffman, S. J. (2010) 'A WHO report: Framework for action on interprofessional education and collaborative practice', *Journal of Allied Health*, 39(SUPPL. 1), pp. 196–197.
- Glanz, K. (2017) 'Health_Behavior_and_Health_Education__Theory,16.pdf'.
- Glasby, J. and Lester, H. (2004) 'Cases for change in mental health: partnership working in mental health services', *Journal of interprofessional care*. Taylor & Francis, 18(1), pp. 7–16.
- Golom, F. D. and Schreck, J. S. (2018) 'The Journey to Interprofessional Collaborative Practice: Are We There Yet?', *Pediatric Clinics of North America*. Elsevier Inc, 65(1), pp. 1–12. doi: 10.1016/j.pcl.2017.08.017.
- Green, B. N. and Johnson, C. D. (2015) 'Interprofessional collaboration in research, education, and clinical practice: working together for a better future', *Journal of Chiropractic Education*, 29(1), pp. 1–10. doi: 10.7899/jce-14-36.
- Hadira, Syahrul, S., Rahmawaty, R. (2020) 'Efektivitas Penerapan Integrated Clinical Pathway (ICP) Terkait Manajemen Risiko Terhadap Kualitas Pelayanan Di Rumah Sakit: Literatur Review', *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, pp. 97–106.
- Haedar, D., Arifin, A. and Darman, A. (2019) 'Organizational Culture

- Transformation At Civil Service And Human Resource Development Agency Of Biak Numfor Regency', 24(6), pp. 1–7. doi: 10.9790/0837-2406060107.
- HARIANJA, F. (2020) 'Optimalisasi Pelaksanaan Discharge Planning Secara Terintegrasi di Ruang Rawat Inap X RS Militer Jakarta', *The Journal of Hospital Accreditation*, 2(1), pp. 21–25. doi: 10.35727/jha.v2i1.56.
- Holland, S., Gaston, K. and Gomes, J. (2017) 'Critical success factors for cross-functional teamwork in new product development', *International Journal of Management Reviews*, 2(3), pp. 231–259. doi: 10.1111/1468-2370.00040.
- Homeyer, S. *et al.* (2018) 'Effects of interprofessional education for medical and nursing students: Enablers, barriers and expectations for optimizing future interprofessional collaboration - a qualitative study', *BMC Nursing*. BMC Nursing, 17(1), pp. 1–10. doi: 10.1186/s12912-018-0279-x.
- Irajpour, A. (2011) 'Inter-Professional Education: A Reflection on Education of Health Disciplines.', *Iranian Journal of Medical Education*, 10(4).
- Irajpour, A. *et al.* (2012) 'Challenges of interprofessional collaboration in Iranian mental health services: A qualitative investigation', *Iranian journal of nursing and midwifery research*. Wolters Kluwer--Medknow Publications, 17(2 Suppl1), p. S171.
- Ivy Oandasan, G. Ross Baker, Keegan Barker, C. B. and Danielle D'AmourLinda Jones, S. K. (2006) 'Teamwork in healthcare: promoting effective teamwork in healthcare in canada', *Canadian Health Services Research Foundation*, (June), pp. 9–25. doi: 10.1017/S0963180100004394.
- Jefferies, H. and Chan, K. K. (2004) 'Multidisciplinary team working: is it both holistic and effective?', *International Journal of Gynecologic Cancer*. BMJ Specialist Journals, 14(2).
- Kaini, B. K. (2012) 'Interprofessional Team Collaboration (IPTC) in Hospitals'.
- Karam, M. *et al.* (2018) 'Comparing interprofessional and

- interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research', *International Journal of Nursing Studies*. Elsevier, 79(November), pp. 70–83. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002.
- Karthikeyan (2019) *Organisation culture, Galvanotechnnik*.
- Kates, N. *et al.* (2011) 'The evolution of collaborative mental health care in Canada: A shared vision for the future', *Canadian Journal of Psychiatry*. SAGE PUBLICATIONS, INC., 56(5), p. 11.
- Kauffeld, S. and Lehmann-Willenbrock, N. (2015) 'Meetings matter: Effects of team meetings on team and organizational success', *Small Group Research*, 43(2), pp. 130–158. doi: 10.1177/1046496411429599.
- Kebe, N. N. M. K. *et al.* (2020) 'Variables associated with interprofessional collaboration: a comparison between primary healthcare and specialized mental health teams', *BMC Family Practice*. Springer, 21(1), pp. 1–11.
- Keene, B. L. (2016) 'Patient-Centred Care: Improving Quality and Safety', *ASMS Jou*, (1), pp. 1–4. Available at: <https://www.mysciencework.com/publication/show/b93f71437904566794a45f1711d2928d>.
- Keleher, H. (2006) 'Community-based shared mental health care: a model of collaboration?', *Australian Journal of Primary Health*. CSIRO, 12(2), pp. 90–96.
- Kemenkes RI (2013) 'Pedoman-Pelayanan-Gizi-Rs-2013.Pdf', *Pedoman PGRS*, pp. 1–165.
- Kemenkes RI (2018) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 31 Tahun 2018 Tentang Aplikasi Sarana, Prasarana, Dan Alat Kesehatan', *Permenkes*, p. 3.
- Kenaszchuk, C. *et al.* (2010) 'Validity and reliability of a multiple-group measurement scale for interprofessional collaboration', *BMC Health Services Research*, 10. doi: 10.1186/1472-6963-10-83.
- Kesehatan, K. and Indonesia, R. (2021) 'Menkes dorong rs kanker dharmais harus selalu berinovasi', pp. 1–2.

- Kimble, S. J. and Brommelsiek, M. (2013) 'Student Attitudes and Readiness Outcomes of a Community-Based Interprofessional Education (IPE) Program Focused on Practice Change Innovation, Year One'.
- Kivunja, C. (2018) 'Distinguishing between theory, theoretical framework, and conceptual framework: A systematic review of lessons from the field', *International Journal of Higher Education*, 7(6), pp. 44–53. doi: 10.5430/ijhe.v7n6p44.
- Langins, M. and Borgermans, L. (2016) 'Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated/ integrated health services', *International Journal of Integrated Care*, 16(6), p. 231. doi: 10.5334/ijic.2779.
- Laura, K. A. (2012) 'Psikologi Umum: Sebuah Pandangan Apresiatif Buku 2'. Jakarta: Salemba Humanika.
- Lawson, H. A. (2004) 'The logic of collaboration in education and the human services', *Journal of interprofessional care*. Taylor & Francis, 18(3), pp. 225–237.
- Leathard, A. (2013) *Models for interprofessional collaboration, Social Work: A Reader*. doi: 10.4324/9780203420690_chapter_7.
- LI, T. (2015) 'Organizational Culture & Employee Behavior: Case study', *Labden Ammattikorkeakoulu Labti University of Applied Science*, pp. 1–53.
- Luthans, F. (2011) *Organizational Behavior, Hospital Administration*. doi: 10.5005/jp/books/10358_23.
- Mahendradhata, Y. et al. (2017) *The Republic of Indonesia Health System Review*. Health Systems in Transition Vol. 7 No. 1.
- Masmuh, A. (2010) 'Komunikasi organisasi dalam perspektif teori dan praktek', Malang: UPT Penerbitan Universitas Muhammadiyah Malang.
- Megawati, F., Suwantara, I. P. T. and Cahyaningsih, E. (2021) 'Medication Error pada Tahapan Prescribing dan Dispensing di Apotek "X" Denpasar Periode Januari-Desember 2019', *Jurnal Ilmiah Medicamento*, 7(1), pp. 47–54. doi: 10.36733/medicamento.v7i1.1545.

- Men, H. (no date) 'Mutual support How measure?', *I Can*.
- Miller, R. *et al.* (2019) 'Inter-professional education and primary care: EFPC position paper', *Primary health care research & development*, 20, p. e138. doi: 10.1017/S1463423619000653.
- Mitchell, R. J., Parker, V. and Giles, M. (2011) 'When do interprofessional teams succeed? Investigating the moderating roles of team and professional identity in interprofessional effectiveness', *Human relations*. Sage Publications Sage UK: London, England, 64(10), pp. 1321–1343.
- Mohr, W. K. (2013) 'Psychiatric Mental-Health Nursing'. Lippincott, Williams, and Wilkins.
- Morley, L. and Cashell, A. (2017) 'Collaboration in Health Care', *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*. Elsevier Inc, 48(2), pp. 207–216. doi: 10.1016/j.jmir.2017.02.071.
- Muhyi, H. A. and Raharja, S. J. (2017) 'The Analysis of Organization Cultural Values of Local Government Company (Study in the Local Water Company of Bogor Regency)', *Review of Integrative Business and Economics Research*, 6(2), pp. 343–349. Available at: <https://search.proquest.com/docview/1917937748?accountid=31562>.
- Muller-Juge, V. *et al.* (2013) 'Interprofessional Collaboration on an Internal Medicine Ward: Role Perceptions and Expectations among Nurses and Residents', *PLoS ONE*, 8(2). doi: 10.1371/journal.pone.0057570.
- Murphy, J. E. *et al.* (2018) 'Interprofessional education: Principles and application. An update from the American College of Clinical Pharmacy', *JACCP Journal of the American College of Clinical Pharmacy*, 1(1), pp. e17–e28. doi: 10.1002/jac5.1025.
- Nadeau, L., Rousseau, C. and Measham, T. (2012) 'Integrated networks in child and youth mental health: A challenging role transformation for child psychiatrists and allied mental health professionals?', *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 21(2), p. 83.

- Ødegård, A. and Strype, J. (2009) 'Perceptions of interprofessional collaboration within child mental health care in Norway', *Journal of Interprofessional Care*, 23(3), pp. 286–296.
- Orchard, C. *et al.* (2018) 'Assessment of Inter professional Team Collaboration Scale (AITCS): Further testing and instrument revision', *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 38(1), pp. 11–18. doi: 10.1097/CEH.000000000000193.
- Orchard, C. A. *et al.* (2012) 'Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Development and testing of the instrument', *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 32(1), pp. 58–67. doi: 10.1002/chp.21123.
- Panda, A. and Gupta, R. K. (2019) 'Understanding organizational culture: A perspective on roles for leaders', *Vikalpa*, 26(4), pp. 3–19. doi: 10.1177/0256090920010402.
- Pasal 1 UU NO. 44 (2009) 'Undang-Undang-tahun-2009-44-09', *Rumah Sakit*, pp. 1–28.
- Patima *et al.* (2020) 'AITCS as a Reliable Instrument for Evaluating IPC (Interprofessional Collaboration): A Systematic Review', *Systematic Reviews in Pharmacy*, 11(10), pp. 742–748. doi: 10.31838/srp.2020.10.111.
- Patrick, R. A. (2017) 'TeamSTEPPS Training and Vital Signs Chart to Improve Situational Monitoring for Clinical Deterioration', *Doctor of Nursing Practice Capstone Projects*. 22., p. Eastern Kentucky University.
- Penney, P. R. (2015) 'Collaborative practice: a grounded theory of connecting in community rehabilitation Collaborative practice: A grounded theory of connecting in community rehabilitation', (July). doi: 10.13140/RG.2.1.1171.0962.
- Perawat, K. and Kotamobagu, S. X. (2020) 'Pengaruh Pelatihan Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP) terhadap', 3(3), pp. 168–177.
- PERMENKES (2020) 'Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2019 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit perlu disesuaikan dengan perkembangan dan kebutuhan hukum', (3),

- pp. 1–80.
- Perpres (2012) ‘PERATURAN PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 72 TAHUN 2012 TENTANG SISTEM KESEHATAN NASIONAL’.
- Perpres (2015) *Peraturan Presiden Republik Indonesia No 77 Tahun 2015*.
- Pomerantz, A. *et al.* (2008) ‘Improving efficiency and access to mental health care: combining integrated care and advanced access’, *General hospital psychiatry*. Elsevier, 30(6), pp. 546–551.
- Pourasghar, F. *et al.* (2008) ‘What they fill in today, may not be useful tomorrow: Lessons learned from studying Medical Records at the Women hospital in Tabriz, Iran’, *BMC Public Health*, 8, pp. 1–7. doi: 10.1186/1471-2458-8-139.
- Pourmohammadi, K. *et al.* (2020) ‘A comprehensive environmental scanning and strategic analysis of Iranian Public Hospitals: A prospective approach’, *BMC Research Notes*. BioMed Central, 13(1), pp. 1–7. doi: 10.1186/s13104-020-05002-8.
- PP (2015) ‘Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No 93 Tahun 2015’, *Nbk 技研*.
- Purden, M. (2005) ‘Cultural considerations in interprofessional education and practice’, *Journal of Interprofessional Care*. Taylor & Francis, 19(sup1), pp. 224–234.
- Raab, C. A. *et al.* (2013) ‘The effect of collaboration on obstetric patient safety in three academic facilities’, *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. Elsevier, 42(5), pp. 606–616.
- Rahmadani, A. (2016) ‘Rumah Sakit Pemerintah Sebagai Sebuah Organisasi: Struktur’, *Research gate*, (January), p. Universitas Padjajaran.
- Reeves, S. *et al.* (2011) *Interprofessional teamwork for health and social care*. John Wiley & Sons.
- Removed, A., Request, A. T. and Publisher, O. F. O. (2016) ‘Communication in the Real World: An Introduction to Communication Studies’, *Communication in the Real World: An Introduction to Communication Studies*. doi: 10.24926/8668.0401.

- Robbins, S. P. and Judge, T. A. (2017) 'Organizational Behavior, Seventeenth Edition, Global Edition', *Pearson Education Limited*, p. 747.
- Rogers, T. (2004) 'Managing in the interprofessional environment: A theory of action perspective', *Journal of Interprofessional Care*. Taylor & Francis, 18(3), pp. 239–249.
- Rosa, E. M. (2018) *Patient Centered Care Di Rumah Sakit*.
- Rosen, A. and Callaly, T. (2005) 'Interdisciplinary teamwork and leadership: issues for psychiatrists', *Australasian Psychiatry*. SAGE Publications Sage UK: London, England, 13(3), pp. 234–240.
- Rosen, M. A. *et al.* (2018) 'Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care', *American Psychologist*, 73(4), pp. 433–450. doi: 10.1037/amp0000298.
- Rousseau, C. *et al.* (2017) 'Perception of interprofessional collaboration and co-location of specialists and primary care teams in youth mental health', *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26(3), p. 198.
- RS, U. (2019) 'Buku Profil RS Unhas'.
- RSUD Haji Makassar (2019) 'Profil RSUD HAJI MAKASSAR Provinsi Sulawesi Selatan'. Available at: <file:///C:/Users/Acer/Downloads/Documents/b85f3bce6deff2e7056dc18c48037129.pdf>.
- Runtu, T. M., Novieastari, E. and Handayani, H. (2019) 'How does organizational culture influence care coordination in hospitals? A systematic review', *Enfermeria Clinica*, 29, pp. 785–802. doi: 10.1016/j.enfcli.2019.04.119.
- Saleh, A., Wirawan, H. and Tamar, M. (2020) 'Improving health care service through healthy psychological capital and positive attitudes', *International Journal on Advanced Science, Engineering and Information Technology*, 10(4), pp. 1723–1730. doi: 10.18517/ijaseit.10.4.12429.
- San Martín-Rodríguez, L. *et al.* (2005) 'The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies',

- Journal of interprofessional care*. Taylor & Francis, 19(sup1), pp. 132–147.
- Schot, E., Tummers, L. and Noordegraaf, M. (2020) ‘Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration’, *Journal of Interprofessional Care*. Taylor & Francis, 34(3), pp. 332–342. doi: 10.1080/13561820.2019.1636007.
- Schroder, C. *et al.* (2011) ‘Development and pilot testing of the collaborative practice assessment tool’, *Journal of Interprofessional Care*, 25(3), pp. 189–195. doi: 10.3109/13561820.2010.532620.
- Shrader, S. and Zoller, J. (2013) ‘Interprofessional Teamwork Skills as Predictors of Clinical Outcomes in a Simulated Healthcare Setting’, *Shrader S_ IP Teamwork Skills as predictors_J Allied Health*.
- Shuangjie Ma & Stellah Njera (2016) ‘The Impact of Culture (Individualism and Collectivism) on Identified Multicultural Group Work Challenges’. Available at: <http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf>.
- Shuck, B., Reio, T. G. and Rocco, T. S. (2014) ‘Employee engagement: An examination of antecedent and outcome variables’, *Human Resource Development International*, 14(4), pp. 427–445. doi: 10.1080/13678868.2011.601587.
- Silow-Carroll, S., Ateras, T. and Stepnick, L. (2006) ‘Patient-Centered Care for Underserved Populations’, *Social Research*, 19(January).
- Siswanto, M. and Chalidyanto, D. (2020) ‘Impact of Clinical Pathways Compliance for Reducing Length of Stay’, *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 8(1), p. 79. doi: 10.20473/jaki.v8i1.2020.79-90.
- SNARS (2018) ‘Standar Akreditasi Rumah Sakit’, *Standar Akreditasi Rumah Sakit*, p. 421.
- Somoray, K., Shakespeare-Finch, J. and Armstrong, D. (2017) ‘The impact of personality and workplace belongingness on mental health workers’ professional quality of life’, *Australian Psychologist*. Wiley Online Library, 52(1), pp. 52–60.
- Strype, J. *et al.* (2014) ‘Perceptions of interprofessional collaboration’,

Professions and Professionalism, 4(3). doi: 10.7577/pp.806.

- Suhonen, R., Välimäki, M. and Leino-Kilpi, H. (2002) “‘Individualised care’ from patients’, nurses’ and relatives’ perspective--a review of the literature.’, *International journal of nursing studies*. England, 39(6), pp. 645–654. doi: 10.1016/s0020-7489(02)00004-4.
- Sullivan, M. *et al.* (2015) ‘Interprofessional collaboration and education’, *American Journal of Nursing*, 115(3), pp. 47–54. doi: 10.1097/01.NAJ.0000461822.40440.58.
- Sumiarsih, M. and Nurlinawati, I. (2020) ‘Permasalahan dalam Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Kabupaten/Kota’, *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, 3(3), pp. 182–192. doi: 10.22435/jpppk.v3i3.2657.
- Susilaningsih, F. S. (2011) ‘Model Pelayanan Rawat Inap Terpadu (MPRIT) Sebagai Basis Integrasi Antar Profesi Dalam Pelayanan Kesehatan Di RS Pendidikan Dr Hasan Sadikin.[Disertasi]’, *Universitas Gajah Mada*.
- Tage, P. K. S., Novieastari, E. and Suhendri, A. (2018) ‘Optimalisasi Pelaksanaan Discharge Planning Terstruktur Dan Terintegrasi’, *Chmk Nursing Scientific Journal*, 2(1), pp. 1–10.
- Terwindt, F. and Rajan, D. (2016) ‘Strategic planning : transforming priorities into plans’, *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*, p. 55. Available at: <http://www.who.int/healthsystems/publications/nhpsp-handbook-ch5/en/>.
- Thistlethwaite, J., Jackson, A. and Moran, M. (2013) ‘Interprofessional collaborative practice: A deconstruction’, *Journal of Interprofessional Care*, 27(1), pp. 50–56. doi: 10.3109/13561820.2012.730075.
- Thomas, L. and Johnson, E. B. (2014) ‘Contextual Teaching Learning’, *Jakarta: Kaifa*.
- Utami, L. C. (2018) ‘GAMBARAN SIKAP KOLABORASI INTERPROFESI PERAWAT–DOKTER DI INSTALASI RAWAT INAP RSD dr. SOEBANDI JEMBER’, *Repository.Unej.Ac.Id*. Available at: <http://repository.unej.ac.id/handle/123456789/88252>.

- Vermeir, P. *et al.* (2015) ‘Communication in healthcare: A narrative review of the literature and practical recommendations’, *International Journal of Clinical Practice*, 69(11), pp. 1257–1267. doi: 10.1111/ijcp.12686.
- Villeneuve Mary Hancock, Judith Wolf, Louise, R. G. H. (2001) ‘Establishing process indicators for joint working in mental health: rationale and results from a national survey’, *Journal of Interprofessional Care*. Taylor & Francis, 15(4), pp. 329–340.
- Vitrianingsih, Y. and Budiarsih, B. (2019) ‘Pelimpahan Wewenang Dokter Kepada Profesi Perawat Dalam Tindakan Medis Dari Perspektif Hukum’, *Jurnal Hukum Magnum Opus*, 2(2), p. 185. doi: 10.30996/jhmo.v2i2.2545.
- Wartini, S. (2016) ‘Strategi Manajemen Konflik Sebagai Upaya Meningkatkan Kinerja Teamwork Tenaga Kependidikan’, *Jurnal Manajemen dan Organisasi*, 6(1), p. 64. doi: 10.29244/jmo.v6i1.12194.
- Weinberg, D. B., Miner, D. C. and Rivlin, L. (2009) “‘It depends’”: medical residents’ perspectives on working with nurses’, *AJN The American Journal of Nursing*. LWW, 109(7), pp. 34–43.
- WHO (2015a) ‘Comprehensive Safe Hospital Framework’, *Who*, pp. 1–12.
- WHO (2015b) ‘Panduan Kurikulum Keselamatan Pasien : Edisi Multi Profesioanal’, pp. 1–272. doi: 10.1037/0003-066X.57.3.165.
- Will, K. K., Johnson, M. L. and Lamb, G. (2019) ‘Team-Based Care and Patient Satisfaction in the Hospital Setting: A Systematic Review’, *Journal of Patient-Centered Research and Reviews*, 6(2), pp. 158–171. doi: 10.17294/2330-0698.1695.
- World Health Organization (2010) *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. World Health Organization.
- World Health Organization (2015) ‘WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026 - Placing people and communities at the centre of health services’, *Draft for consultation*, p. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/180984/1/>. doi: doi:10.1890/08-1895.1.

- Xyrichis, A. and Lowton, K. (2008) 'What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review', *International journal of nursing studies*. Elsevier, 45(1), pp. 140–153.
- Yusra, R. Y., Findyartini, A. and Soemantri, D. (2019) 'Healthcare professionals' perceptions regarding interprofessional collaborative practice in Indonesia', *Journal of Interprofessional Education and Practice*. Elsevier Inc., 15(June), pp. 24–29. doi: 10.1016/j.xjep.2019.01.005.
- Zohar, D. M. and Hofmann, D. A. (2012) 'Organizational Culture and Climate', *The Oxford Handbook of Organizational Psychology*, 1. doi: 10.1093/oxfordhb/9780199928309.013.0020.
- Zoltan, R. (2015) 'Organizational Work Groups and Work Teams – Approaches and Differences', *EcoForum*, 4(1), p. 13.

BIOGRAFI PENULIS



Dr. Patima, S.Kep, Ns, M.Kep adalah staf pengajar pada Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Makassar. Lahir di Makassar pada tanggal 08 Oktober 1977. Penulis menempuh pendidikan Program Studi D III Keperawatan Poltekes Tidung Makassar. Pada tahun 2002 menyelesaikan pendidikan pada Program D IV Perawat Pendidik Universitas Hasanuddin. Tahun 2005 menempuh pendidikan pada Program Studi Keperawatan dan Program Studi Ners. Tahapan pendidikan magister penulis selesaikan pada Program Studi Magister Manajemen Keperawatan Universitas Hasanuddin pada tahun 2013. Pada tahun 2021 penulis menyelesaikan pendidikan S-3 pada Program Studi S3 Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Saat ini penulis konsen meneliti pengembangan *Interprofessional Education* dan *Interprofessional Collaboration*.