

Tesis

**ANALISIS IMPLEMENTASI INTERPROFESSIONAL COLLABORATION
DALAM PELAYANAN REHABILITASI MEDIK
DI RUMAH SAKIT**



ANSHORY SAHLAN

K 022 191 032

**PROGRAM STUDI MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
2021**

**ANALISIS IMPLEMENTASI INTERPROFESSIONAL COLLABORATION
DALAM PELAYANAN REHABILITASI MEDIK
DI RUMAH SAKIT**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister

**Program Studi
Magister Administrasi Rumah Sakit**

Disusun dan diajukan oleh

ANSHORY SAHLAN

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2021

LEMBAR PENGESAHAN

ANALISIS IMPLEMENTASI *INTERPROFESSIONAL COLLABORATION* DALAM PELAYANAN REHABILITASI MEDIK DI RUMAH SAKIT

Disusun dan diajukan oleh

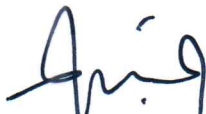
Anshory Sahlan
NOMOR POKOK K022191032

Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 17 Januari 2022 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan.

Menyetujui,

Pembimbing Utama,

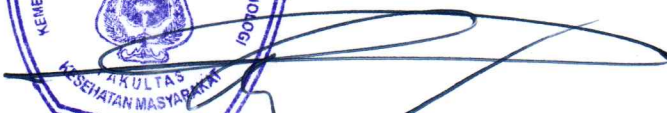
Pembimbing Pendamping,



Dr. Fridawaty Rivai, SKM.,M.Kes
NIP. 19731016 199702 2 001


Prof. Dr. dr. M. Alimin Maidin, MPH.
NIP. 19550414 198601 1 00 1

Dekan Fakultas
Kesehatan Masyarakat

Ketua Program Studi S2
Administrasi Rumah Sakit


Dr. Aminuddin Syam, SKM.,M.Kes.,M.Med.Ed
NIP. 19670617 199903 1 001


Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS.
NIP. 19650210 199103 1 00 6

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Anshory Sahlan

Nomor mahasiswa : K 022 191 032

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 20 Desember 2021

Yang menyatakan,



Anshory Sahlan

PRAKATA

Segala puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penelitian dengan judul **Analisis Implementasi *Interprofessional Collaboration* Dalam Pelayanan Rehabilitasi Medik di Rumah Sakit** dapat Penulis selesaikan. Terima kasih yang tak terhingga Penulis sampaikan kepada **Dr. Fridawaty Rivai, SKM, MARS** selaku pembimbing I dan **Prof. Dr. dr. M. Alimin Maidin, MPH** selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan dan motivasi sehingga penulisan tesis ini dapat selesai. Dalam proses penyusunan hingga terwujudnya tesis ini, tidak terlepas dari bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis juga ingin mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA. selaku Rektor Universitas Hasanuddin Makassar.
2. Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes. M.Med.Ed selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
3. Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS selaku ketua Program Studi Magister Administrasi Rumah Sakit Universitas Hasanuddin
4. Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS., Prof. Yahya Thamrin, SKM., M.Kes, MOHS, Ph.D., dan Dr. dr. Khalid Saleh, Sp.PD(K), FINASIM., M.Kes selaku dewan penguji atas bimbingan, saran dan masukannya.

5. Seluruh dosen dan pegawai di lingkungan kampus Pascasarjana Magister Administrasi Rumah Sakit Universitas Hasanuddin yang telah banyak memberikan pengetahuan, informasi, dan bantuan selama penulis mengikuti pendidikan.
6. Rumah sakit tempat penulis melakukan penelitian:
 - a. Direktur dan seluruh anggota tim Rehabilitasi Medik RSUP dr. Moh. Hoesin - Palembang
 - b. Direktur dan seluruh anggota tim Rehabilitasi Medik RSUP H. Adam Malik – Medan
 - c. Direktur dan seluruh anggota tim Rehabilitasi Medik RSUP dr. Cipto Mangunkusumo – Jakarta
 - d. Direktur dan seluruh anggota tim Rehabilitasi Medik RSUP dr. Hasan Sadikin – Bandung
 - e. Direktur dan seluruh anggota tim Rehabilitasi Medik RSUD dr. Soetomo – Surabaya
 - f. Direktur dan seluruh anggota tim Rehabilitasi Medik RSUP dr. Kariadi – Semarang
 - g. Direktur dan seluruh anggota tim Rehabilitasi Medik RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo – Makassar
 - h. Direktur dan seluruh anggota tim Rehabilitasi Medik RSUP dr. Sardjito – Yogyakarta
 - i. Direktur dan seluruh anggota tim Rehabilitasi Medik RSUP Prof. R. D. Kandou - Manado

7. Teman-teman mahasiswa Pascasarjana Magister Administrasi Rumah Sakit Angkatan XX (MARS XX) yang telah memberikan dukungan selama pendidikan dan penyusunan tesis ini.

Tesis ini Penulis persembahkan kepada Ayah tercinta (Sunardi Nurdin), Mama tersayang (Yamang), Saudara-saudaraku (Silva Sari dan Wana Sari), dan terkhusus untuk Istri (Aussie Fitriani Ghaznawie) dan kedua Anak tercinta (Arzhanka Alfarizi Anshory dan Arkhanza Athayya Anshory). Terima kasih untuk semua cinta, doa, semangat dan dukungan yang diberikan sejak awal penulis kuliah hingga penyelesaian tesis ini. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penyusunan tesis ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis mohon saran dan kritik untuk perbaikan dimasa yang akan datang.

Makassar, 20 Desember 2021

Penulis

Anshory Sahlan

ABSTRAK

ANSHORY SAHLAN. Analisis Implementasi *Interprofessional Collaboration* dalam Pelayanan Rehabilitasi Medik di Rumah Sakit. (dibimbing oleh **Fridawaty Rivai** dan **Alimin Maidin**).

Rehabilitasi merupakan salah satu kunci penting dalam strategi kesehatan abad ke-21. Untuk mencapai pelayanan rehabilitasi optimal diperlukan sinergi dan kerjasama harmonis antara tenaga kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk menilai implementasi *interprofessional collaboration* (IPC) dalam pelayanan rehabilitasi medik di rumah sakit rujukan nasional menggunakan kuesioner *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale* (AITCS)-II, serta menganalisis perspektif profesional pemberi asuhan (PPA) dan faktor-faktor yang mempengaruhinya.

Penelitian ini merupakan penelitian *mixed method* dengan desain *sequential explanatory*. Tahap pertama dilakukan analisis deskriptif dan analisis hubungan data kuantitatif, dilanjutkan tahap kedua menggunakan metode kualitatif untuk menganalisis perspektif PPA dan faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi IPC.

Didapatkan rata-rata skor AITCS-II seluruh responden adalah 99,88 \pm 11,80 dari nilai maksimal 115. Didapatkan hubungan yang bermakna pada kelompok tingkat pendidikan ($p=0,028$) dengan perbedaan yang signifikan antara tingkat pendidikan Diploma dan Profesi ($p=0,093$), dan antara tingkat pendidikan Diploma dan Spesialis ($p=0,008$). Sebagian besar PPA dalam tim rehabilitasi medik di rumah sakit rujukan nasional menilai implementasi praktik IPC cukup baik. Faktor-faktor yang dapat memengaruhi implementasi IPC yaitu komunikasi dalam tim, sikap egosentris, kesamaan visi-misi, waktu untuk berkumpul bersama secara rutin, pengetahuan dasar setiap anggota, faktor teknis dan lingkungan fisik, faktor sejarah lahirnya profesi, organisasi profesi, dan regulasi nasional. Kepada profesional pemberi asuhan agar memperhatikan faktor-faktor yang memengaruhi implementasi IPC tersebut untuk meningkatkan praktik IPC dalam tim rehabilitasi medik.

Kata Kunci: *Interprofessional Collaboration*, Kerja Sama Tim, Pelayanan Rehabilitasi Medik, Rumah Sakit, AITCS-II



ABSTRACT

ANSHORY SAHLAN. *Analysis of Interprofessional Collaboration Implementation in Medical Rehabilitation Services in Hospitals.* (supervised by **Fridawaty Rivai** and **Alimin Maidin**).

Rehabilitation is one of the important keys in the 21st century health strategy. To achieve optimal rehabilitation services, synergy and harmonious cooperation are needed between health workers. This study aims to assess the implementation of interprofessional collaboration (IPC) in medical rehabilitation services at national referral hospitals using the Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS)-II questionnaire, as well as analyze the professional perspective of care givers (PPA) and the factors that influence it.

This research is a mixed method research with sequential explanatory design. The first stage is descriptive analysis and quantitative data relationship analysis, followed by the second stage using qualitative methods to analyze the PPA perspective and the factors that influence the implementation of IPC.

The average AITCS-II score of all respondents was 99.88 ± 11.80 from a maximum score of 115. There was a significant relationship in the education level group ($p = 0.028$) with a significant difference between Diploma and Professional education levels ($p = 0.093$), and between Diploma and Specialist education levels ($p=0.008$). Most of the PPA in the medical rehabilitation team at the national referral hospital assessed that the implementation of IPC practices was quite good. Factors that can affect the implementation of IPC are communication within the team, egocentric attitude, shared vision and mission, time to gather together regularly, basic knowledge of each member, technical factors and the physical environment, historical factors of the birth of the profession, professional organizations, and national regulations. . Caregivers should pay attention to the factors that influence the implementation of the IPC in order to improve the practice of IPC in the medical rehabilitation team.

Keywords: Interprofessional Collaboration, Teamwork, Medical Rehabilitation Services, Hospital, AITCS-II



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PRAKATA	iv
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR SINGKATAN	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Kajian Masalah	5
1.3 Rumusan Masalah	9
1.4 Tujuan Penelitian	9
1.5 Manfaat Penelitian	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	13
2.1 Tinjauan umum praktek kolaborasi interprofesional	13
2.1.1 Definisi	13
2.1.2 Penentu Kolaborasi	18
2.1.3 Hambatan praktik kolaborasi interdisiplin	23
2.1.4 Keterampilan dan kompetensi dalam kolaborasi interprofesional 26	26
2.1.5 Manfaat praktik kolaborasi interprofesional	29
2.1.6 Pengukuran Praktik Kolaborasi Interprofesional.....	31
2.1.7 <i>The Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale</i> (AITCS).....	32
2.3 Pelayanan Rehabilitasi Medik	41
2.4 Kerangka Teori dan Kerangka Konsep	47
2.4.1 Kerangka Teori	47
2.4.2 Kerangka Konsep	48
2.5 Definisi Operasional	50
BAB III METODE PENELITIAN	55
3.1 Desain Penelitian	55
3.2 Pengelolaan Peran Peneliti	55
3.3 Waktu dan Lokasi Penelitian	57

3.4	Sampel Penelitian	57
3.5	Unit Analisis dan Sumber Data	61
3.6	Teknik Pengumpulan Data	61
3.7	Teknis Analisis Data	64
3.8	Alur Penelitian	66
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN		67
4.1	Hasil Penelitian	67
4.1.1	Karakteristik Responden dan Penilaian IPC dalam Pelayanan Rehabilitasi Medik di Rumah Sakit Rujukan Nasional Berdasarkan Data Kuesioner AITCS-II	67
4.1.2	Analisis Hubungan Jenis Profesi, Usia, Jenis Kelamin, dan Lama Bekerja dengan Implementasi IPC dalam Pelayanan Rehabilitasi Medik di Rumah Sakit Rujukan Nasional berdasarkan data kuesioner AITCS-II.	70
4.1.3	Analisis Perspektif Profesional Pemberi Asuhan dalam Tim Rehabilitasi Medik terhadap Implementasi Praktik IPC dan Faktor-Faktor yang Memengaruhinya di Rumah Sakit Rujukan Nasional.....	72
4.2	Pembahasan	114
4.2.1	Penilaian IPC dalam Pelayanan Rehabilitasi Medik di Rumah Sakit Rujukan Nasional Berdasarkan Data Kuesioner AITCS-II	114
4.2.2	Hubungan Faktor Personal (Jenis Profesi, Usia, Jenis Kelamin, Lama Bekerja dan Tingkat Pendidikan) dengan Implementasi IPC dalam Pelayanan Rehabilitasi Medik di Rumah Sakit Rujukan Nasional berdasarkan data kuesioner AITCS-II	116
4.2.3	Perspektif Profesional Pemberi Asuhan dalam Tim Rehabilitasi Medik terhadap Implementasi Praktik IPC dan Faktor-faktor yang Memengaruhinya	120
4.3	Implikasi Manajerial	135
4.4	Keterbatasan Penelitian	136
BAB V SIMPULAN DAN SARAN		137
5.1	Simpulan	137
5.2	Saran	138
DAFTAR PUSTAKA		140
LAMPIRAN		146

DAFTAR SINGKATAN

AITCS	: <i>Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale</i>
FT	: Fisioterapis
IPE	: <i>Interprofessional education</i>
IPC	: <i>Interprofessional Collaboration</i>
IPCP	: <i>Interprofesional collaborative practice</i>
JKN	: Jaminan kesehatan nasional
KFR	: Dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi
OP	: Ortotis prostetis
OT	: Terapis okupasi
PB Perdosri	: Pengurus besar perhimpunan dokter spesialis kedokteran fisik dan Rehabilitasi
PPA	: Profesional Pemberi Asuhan
RSUD	: Rumah sakit umum daerah
RSUP	: Rumah sakit umum pusat
SMART	: <i>Specific, Measurable, Achievable, Relevant and Time- limited)</i>
TW	: Terapis wicara
WHO	: <i>World health organization</i>

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Ketersediaan dan jumlah jenis profesi kesehatan tim rehabilitasi medik di rumah sakit rujukan nasional (Sumber data : PB PERDOSRI, data per April 2021)	8
Tabel 2. Konsistensi internal (Cronbach's <i>coefficient alpha</i>) subskala (elemen) dalam AITCS (Orchard et al., 2012)	34
Tabel 3. Perbandingan nilai <i>internal consistency</i> AITCS II versi 23 butir dengan AITCS versi 37 butir (Orchard et al., 2018)	35
Tabel 4. Analisis faktor konfirmasi AITCS-II, 23 butir pernyataan (Orchard et al., 2018)	35
Tabel 5. Definisi Operasional	50
Tabel 6. Matriks pengumpulan data pada penelitian	63
Tabel 7. Karakteristik Subyek Penelitian (Anggota Tim Rehabilitasi Medik di 9 rumah sakit rujukan nasional, Agustus 2021)	69
Tabel 8. Karakteristik Variabel Numerik (Skor <i>Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale</i> (AITCS)-II di 9 rumah sakit rujukan nasional, Agustus 2021)	70
Tabel 9. Skor AITCS-II responden berdasarkan jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, lama bekerja, dan profesi di 9 rumah sakit rujukan nasional (Agustus 2021)	71
Tabel 10. Hasil Uji Post-Hoc Kelompok Tingkat Pendidikan di 9 rumah sakit rujukan nasional (Agustus 2021)	72
Tabel 11. Daftar ruangan dalam Gedung Rehabilitasi Medik RSUP dr. Cipto Mangunkusumo (November 2021)	95
Tabel 12. Jawaban responden mengenai kriteria pemimpin yang ideal dalam tim rehabilitasi medik (November 2021)	83
Tabel 13. Jawaban responden terkait faktor-faktor yang mendukung kolaborasi antarprofesi dalam tim rehabilitasi medik di rumah sakit rujukan nasional (November 2021)	108
Tabel 14. Jawaban responden terkait faktor-faktor yang menghambat kolaborasi antarprofesi dalam tim rehabilitasi medik di rumah sakit rujukan nasional (November 2021)	109
Tabel 15. Jawaban responden mengenai saran/harapan responden untuk praktik IPC dalam pelayanan rehabilitasi medik di rumah sakit rujukan nasional (November 2021)	110

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kajian Masalah Penelitian Implementasi IPC Tim Rehabilitasi Medik rumah sakit di Indonesia.	6
Gambar 2. Model konseptual Praktik Kolaborasi Interprofesional yang berpusat kepada pasien (Orchard et al., 2005)	24
Gambar 3. Struktur tim multidisipliner	38
Gambar 4. Model Tim Interdisipliner (King et al., 2010).....	40
Gambar 5. Kerangka Teori.....	48
Gambar 6. Kerangka Konsep.....	49
Gambar 7. <i>Content analysis</i> pertanyaan 1; pengertian interprofessional collaboration (IPC)	75
Gambar 8. <i>Content analysis</i> pertanyaan 2; sumber pengetahuan dasar terkait interprofessional collaboration.	78
Gambar 9. <i>Content analysis</i> pertanyaan 3; bentuk pembelajaran terkait IPC	80
Gambar 10. <i>Content analysis</i> pertanyaan 4; penilaian implementasi interprofessional collaboration.	101
Gambar 11. <i>Content analysis</i> pertanyaan 5; model kerjasama tim yang ideal.	107
Gambar 12. <i>Content analysis</i> pertanyaan 6; cara komunikasi dalam tim rehabilitasi medik.	94
Gambar 13. <i>Content analysis</i> pertanyaan 7; keterlibatan pasien dan keluarga.	98
Gambar 14. <i>Content analysis</i> pertanyaan 8; adanya konflik atau masalah dalam tim rehabilitasi medik serta jenis konfliknya.	86
Gambar 15. <i>Content analysis</i> pertanyaan 9; metode penyelesaian konflik atau masalah dalam tim rehabilitasi medik.	90
Gambar 16. <i>Content analysis</i> pertanyaan 10; kepemimpinan dalam tim rehabilitasi medik.	82
Gambar 17. <i>Content analysis</i> pertanyaan 12; Besaran gaji.....	102
Gambar 18. <i>Content analysis</i> pertanyaan 13; pengaruh besaran gaji terhadap kolaborasi dalam tim rehabilitasi medik.....	104

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rehabilitasi telah menjadi salah satu kunci dalam strategi kesehatan abad ke-21. Pergeseran tren demografi dan epidemiologi ke peningkatan angka harapan hidup dan meningkatnya jumlah penyakit tidak menular kronis menciptakan kebutuhan rehabilitasi yang semakin meningkat. Rehabilitasi merupakan pelayanan pencegahan tersier yang berupaya mengurangi dampak penyakit yang sudah ada dengan menghilangkan atau mengurangi kecacatan, meminimalkan penderitaan; dan memaksimalkan kualitas hidup pasien (Outwater et al., 2017).

Pada tahun 2017 WHO telah membuat strategi untuk meningkatkan kesadaran dan advokasi dalam upaya rehabilitasi yang lebih besar, serta meningkatkan investasi tenaga kerja dan infrastruktur dalam bidang rehabilitasi yang dikenal dengan "*Rehabilitation 2030: A Call for Action*" (WHO, 2017). Oleh karena itu, negara-negara terpanggil untuk berkoordinasi dan menggalang aksi global untuk memperkuat pelayanan rehabilitasi medik dalam sistem kesehatan, termasuk di Indonesia.

Indonesia, dengan populasi 262 juta orang yang tersebar di 17.744 pulau, menghadirkan tantangan unik bagi sistem kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sistem JKN baru yang diperkenalkan pada tahun 2014, difokuskan pada peningkatan pemerataan kesehatan dan

akses pelayanan, yang dikelola oleh badan publik bernama Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Rehabilitasi medik adalah pelayanan kesehatan yang dijamin dalam JKN di Indonesia. Akses dan pemanfaatan layanan rehabilitasi merupakan salah satu dari 5 pelayanan tertinggi dalam JKN (Sahlan, 2018). Strategi untuk menjaga kualitas pelayanan dan efisiensi biaya pelayanan merupakan hal yang penting dalam sistem kesehatan nasional termasuk pelayanan rehabilitasi medik.

Pencapaian pelayanan rehabilitasi yang optimal diketahui memerlukan beberapa komponen. Salah satu komponen penting adalah sinergitas antara tenaga kesehatan profesional yang ada dengan berbagai keterampilan dan keahlian klinis. Tidak ada satu profesional yang memiliki semua keterampilan atau mampu melakukan semua tindakan yang dibutuhkan pasien, sehingga para profesional pemberi asuhan ini perlu bekerja secara bersama-sama sebagai sebuah tim (Singh, 2018). Namun upaya yang hanya sekedar membuat para tenaga profesional ini bekerja bersama tidak selalu menyiratkan bahwa mereka akan bekerja sama dan bekerja secara efektif sebagai sebuah tim (Hewit, 2014). Para profesional pemberi asuhan ini tidak hanya harus bekerjasama secara harmonis, namun juga secara efektif sebagai tim untuk mencapai tujuan rehabilitasi yang optimal bagi pasien dan keluarga (Singh, 2018).

Peningkatan praktik interprofesional telah diadvokasi sebagai solusi untuk tantangan dalam perbaikan kualitas, biaya, dan pengalaman

pasien dalam pelayanan kesehatan (*Institute of Medicine; World Health Organization*). Pada tahun 2010, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengeluarkan seruan yang jelas berjudul: “*Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*” (WHO, 2010). Kerangka kerja WHO muncul empat puluh tahun setelah *interprofessional education* (IPE) dan *interprofessional Collaboration* (IPC) diperkenalkan (Brandt et al., 2014).

IPC mewakili interaksi antara para profesional dari berbagai disiplin ilmu yang memiliki tujuan yang sama dengan aksi kolektif (D’Amour, D & Oandson, 2005). Kolaborasi Kesehatan Interprofesional Kanada (*Canadian Interprofessional Health Collaborative*) menggambarkan IPC sebagai proses mengembangkan dan memelihara hubungan kerja yang efektif untuk mendapatkan hasil kesehatan yang optimal (*Canadian Interprofessional Health Collaborative*, 2010).

Setiap anggota tim memiliki seperangkat keterampilan khusus yang dapat mengoptimalkan asuhan pasien. Kombinasi keterampilan yang terpisah ini memungkinkan akses ke berbagai tingkat pengetahuan dalam diagnosis dan penilaian masalah pasien, serta pengukuran keterbatasan aktifitas yang menyertai. Hal ini dapat mengarahkan penetapan tujuan asuhan dan pemilihan terapi yang sesuai (Playford, 2009).

Pengkajian kompleksitas cara kerja tim interprofesional sangat penting untuk memahami praktik interprofesional dan merancang intervensi yang diperlukan untuk meningkatkan hasil asuhan (Deborah, 2018).

Perkembangan struktur tim yang tepat dan kerjasama tim berasal dari keyakinan bahwa dinamika antara anggota tim dapat memberikan hasil yang lebih besar daripada jumlah hasil kerja dari tiap individu. Terminologi “dinamika kelompok” yang dicetuskan oleh Lewin pada tahun 1947, menggambarkan kekuatan positif dan negatif dalam kelompok serta proses yang mendasari terbentuknya hubungan antara anggota dan tujuan yang mengarahkan tim (Singh, 2018). Teori yang berkembang selanjutnya menggambarkan langkah-langkah bagaimana sebuah tim berevolusi menjadi sebuah model kerjasama. Telah dibuktikan bahwa pengambilan keputusan tim (team decision-making) lebih baik dan lebih konsisten daripada keputusan individual dan sinergitas aktifitas kelompok seharusnya (secara teori) memberikan hasil yang lebih baik untuk pasien (Bokhour, 2006). Kolaborasi interprofesional dipraktikkan untuk memastikan bahwa profesional pelayanan kesehatan dapat menyelesaikan tugas perawatan atau kombinasi tugas yang tidak dapat dicapai secara efektif bila dilakukan sendiri (Reeves et al., 2010).

Hustoft dkk melakukan investigasi bagaimana perubahan status kesehatan dan disabilitas pasien dari awal sampai setelah mendapatkan pelayanan rehabilitasi dikaitkan dengan komunikasi dan hubungan dalam tim rehabilitasi serta kesinambungan pelayanan. Hustoft dkk mendapatkan bahwa personal, tim dan sistem kesinambungan pelayanan yang lebih baik berhubungan dengan status kesehatan pasien yang lebih baik setelah mendapatkan pelayanan rehabilitasi (evaluasi setelah 1 tahun) (Hustoft et

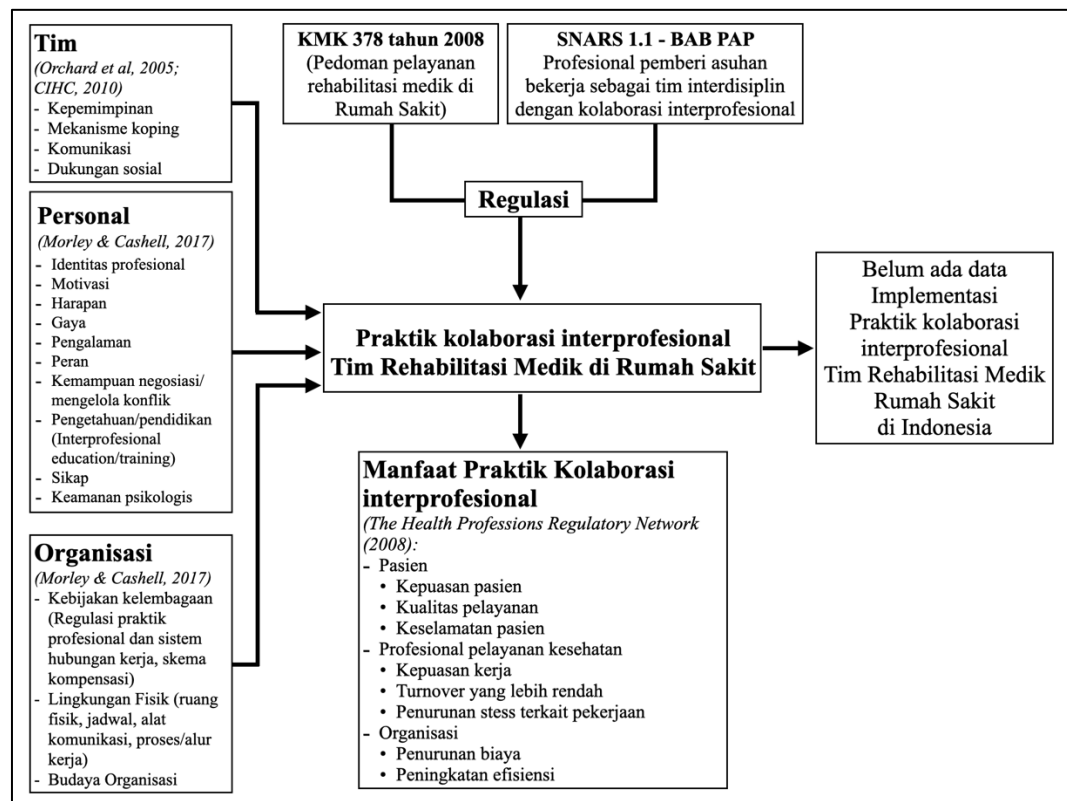
al., 2019). Pelayanan tim rehabilitasi medik di rumah sakit dengan prinsip *interprofessional collaboration* diharapkan dapat memberikan pelayanan yang lebih optimal kepada pasien dengan gangguan fungsional.

1.2 Kajian Masalah

Pelayanan rehabilitasi medik di rumah sakit melibatkan berbagai profesional pemberi asuhan yang meliputi dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi, perawat rehabilitasi medik, fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara, ortotis-protetis, dan psikologi klinis. Selain itu juga melibatkan tenaga non kesehatan meliputi petugas sosial medik dan rohaniawan. Hubungan kerja dalam pelayanan ini memerlukan kerjasama tim secara terpadu yang bekerja di Instalasi/Unit/Departemen Rehabilitasi Medik. (KMK 378 Tahun 2008). Tim multiprofesional ini dan kebutuhannya bekerjasama dengan disiplin lain, menjadikan pelayanan rehabilitasi medik berbeda dengan bidang spesialisasi lainnya (Hewit, 2014).

Pelayanan Rehabilitasi Medik di rumah sakit dilaksanakan melalui pendekatan sistem pelayanan satu pintu (*one gate system*), artinya setiap pasien yang memerlukan pelayanan Rehabilitasi Medik harus menjalani pemeriksaan/penilaian/asesmen oleh Dokter Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi untuk menegakkan diagnosis medis dan Fungsional serta prognosis untuk mengarahkan/menetapkan program terapi yang dibutuhkan (KMK 378 Tahun 2008).

Model kerjasama antar tim rehabilitasi medik di rumah sakit yang ada di Indonesia kemungkinan besar adalah model tim multidisiplin, dimana dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi medik sebagai dokter penanggung jawab pasien. Kolaborasi yang baik antara professional pemberi asuhan dalam pelayanan sangat mempengaruhi hasil pelayanan, termasuk dalam pelayanan oleh tim rehabilitasi medik di rumah sakit. Namun sejauh pencarian dan pengetahuan dari peneliti belum ada laporan bagaimana kondisi faktual model kerjasama dan bagaimana implementasi *interprofessional collaboration* pada tim rehabilitasi medik di rumah sakit di Indonesia.



Gambar 1. Kajian Masalah Penelitian Implementasi IPC Tim Rehabilitasi Medik Rumah Sakit di Indonesia.

Data dari sistem informasi rumah sakit Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (per April 2021) didapatkan jumlah total 3.047 rumah sakit dengan klasifikasi tipe rumah sakit; 60 rumah sakit tipe A, 439 rumah sakit tipe B, 1569 rumah sakit tipe C, 833 rumah sakit tipe D, 52 rumah sakit tipe D pratama, dan 94 rumah sakit yang belum ditetapkan kelasnya (Kemenkes RI, 2021).

Sumber data dari direktori Pengurus Besar Perhimpunan spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi (PB Perdosri) didapatkan 481 RS Pemerintah dari 925 RS Pemerintah yang ada di Indonesia (per Februari 2021) yang telah memiliki Dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi dan minimal salah satu jenis tim rehabilitasi medik lainnya. Dari data tersebut tidak disebutkan ketersediaan dan jumlah dari setiap jenis profesi kesehatan yang bekerja dalam tim rehabilitasi medik.

Sebagai dasar untuk mengetahui bagaimana implementasi kolaborasi interprofesional dalam pelayanan rehabilitasi medik di rumah sakit diperlukan penelitian di rumah sakit yang kemungkinan besar memiliki jenis profesi kesehatan dalam tim rehabilitasi yang lebih lengkap (minimal memiliki dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi, fisioterapis, terapis wicara, terapis okupasi, dan ortotis prostetis), karena tidak semua rumah sakit memiliki seluruh jenis kesehatan tersebut. Berdasarkan sistem rujukan rumah sakit yang ada di Indonesia, rumah sakit pemerintah dibagi menjadi rumah sakit rujukan nasional, rumah sakit rujukan regional, dan rumah sakit kota/kabupaten. Dari klasifikasi rumah sakit rujukan, rumah

sakit yang paling besar kemungkinan memiliki jumlah dan jenis profesi kesehatan yang paling lengkap adalah rumah sakit rujukan nasional.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/390/2014 tentang pedoman penetapan rumah sakit rujukan nasional, ditetapkan 14 rumah sakit. Dari penelitian awal yang dilakukan peneliti didapatkan ketersediaan dan jumlah jenis profesi kesehatan tim rehabilitasi medik di rumah sakit tersebut (Tabel 1).

Tabel 1. Ketersediaan dan jumlah jenis professional pemberi asuhan tim rehabilitasi medik di Rumah Sakit Rujukan Nasional, 2021

No.	Nama Rumah Sakit	Lokasi	KFR	FT	OT	TW	OP
1	RSUP H. Adam Malik	Medan	2	21	2	2	2
2	RSUP dr. Djamil	Padang	1	10	2	2	0
3	RSUP dr. Hoesin	Palembang	3	20	3	4	3
4	RSUP dr Cipto Mangunkusumo	Jakarta	12	23	4	5	5
5	RSUP dr. Hasan Sadikin	Bandung	15	15	4	3	3
6	RSUP dr. Sarjito	Yogyakarta	6	22	8	8	3
7	RSUP dr. Kariadi	Semarang	8	29	9	10	4
8	RS Soetomo	Surabaya	26	30	5	6	6
9	RSUP Sanglah Denpasar	Denpasar	4	16	3	5	1
10	RSUD dr. Soedarso	Pontianak	1	9	1	1	1
11	RSUD Abdul Wahab Sjahrinie	Samarinda	1	17	4	3	1
12	RSUP dr Wahidin Sudirohusodo	Makassar	4	23	3	5	2
13	RSUP Prof. R. D. Kandou	Manado	9	21	7	3	4
14	RSUD Dok II Jayapura	Jayapura	2	12	1	1	0
Total			94	268	56	58	35

Sumber data : PB PERDOSRI

Keterangan :

KFR : Dokter Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi

FT : Fisioterapis

OT : Terapis Okupasi

TW : Terapis Wicara

OP : Ortotis Prostetis

Dari 14 rumah sakit yang ditetapkan sebagai rujukan nasional, semua memiliki jenis profesi kesehatan tim rehabilitasi medik, kecuali

RSUP dr. Djamil dan RSUD Dok II Jayapura yang tidak memiliki tenaga kesehatan ortotist prostetis. Kami belum mendapatkan penelitian yang menilai bagaimana implementasi *interprofessional collaboration* tim rehabilitasi medik di rumah sakit yang ada di Indonesia termasuk rumah sakit Rujukan Nasional. Hal ini mendasari peneliti untuk menilai bagaimana implementasi *interprofessional collaboration* pada tim rehabilitasi medik di rumah sakit rujukan nasional yang ada di Indonesia.

1.3 Rumusan Masalah

1. Bagaimana implementasi *interprofessional collaboration* dalam pelayanan rehabilitasi medik di rumah sakit rujukan nasional?
2. Bagaimana hubungan antara faktor-faktor personal (jenis profesi, usia, jenis kelamin, lama bekerja, dan tingkat pendidikan) dengan implementasi *interprofessional collaboration* dalam pelayanan rehabilitasi medik di rumah sakit rujukan nasional?
3. Bagaimana perspektif profesional pemberi asuhan dalam tim rehabilitasi medik terhadap implementasi praktik *interprofessional collaboration* dan faktor-faktor yang mempengaruhinya di rumah sakit rujukan nasional?

1.4 Tujuan Penelitian

1. Menilai implementasi *interprofessional collaboration* dalam pelayanan rehabilitasi medik di rumah sakit rujukan nasional

menggunakan kuesioner *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale* (AITCS)-II.

2. Menganalisis hubungan antara faktor-faktor personal (jenis profesi, usia, jenis kelamin, lama bekerja, dan tingkat pendidikan) dengan implementasi *Interprofessional Collaboration* (IPC) dalam pelayanan rehabilitasi medik di rumah sakit rujukan nasional berdasarkan data kuesioner *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale* (AITCS)-II.
3. Menganalisis perspektif profesional pemberi asuhan dalam tim rehabilitasi medik terhadap implementasi praktik *interprofessional collaboration* dan faktor-faktor yang mempengaruhinya di rumah sakit rujukan nasional.

1.5 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan manfaat sebagai berikut :

a. Manfaat bagi pengembangan Ilmu

- 1) Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi dokumen akademik yang dapat menambah keilmuan terkait perilaku organisasi dan manajemen sumber daya manusia kesehatan di rumah sakit serta dijadikan acuan bagi para akademisi yang ingin melakukan kajian implementasi kolaborasi interprofesional dalam pelayanan rehabilitasi medik atau pelayanan lainnya dari perspektif lain.

2) Mengingat kurangnya penelitian yang terkait dengan implementasi kolaborasi interprofesional dalam pelayanan rehabilitasi medik khususnya di Indonesia, maka penelitian ini diharapkan dapat memperkaya referensi hasil penelitian tentang hal tersebut.

b. Manfaat bagi Institusi/Rumah Sakit

1) Diharapkan dari hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran tentang tingkat implementasi kolaborasi interprofesional dalam pelayanan rehabilitasi medik di organisasi/rumah sakit mereka.

2) Hasil penelitian ini juga diharapkan mampu menjadi dasar dalam melakukan pengembangan manajemen sumber daya profesional pemberi asuhan untuk peningkatan upaya kolaborasi interprofesional dalam pelayanan rehabilitasi medik di rumah sakit.

3) Menjadi masukan bagi pihak manajemen untuk melakukan penguatan-penguatan pada faktor yang berpengaruh terhadap implementasi kolaborasi interprofesional dalam pelayanan rehabilitasi medik di rumah sakit

c. Manfaat bagi Peneliti

Bagi peneliti, manfaat praktis yang diharapkan adalah bahwa dari semua tahapan penelitian yang dilakukan serta dari hasil penelitian yang diperoleh dapat memperluas wawasan serta pengetahuan empirik penulis terhadap bidang ilmu kesehatan

masyarakat pada umumnya dan khususnya dalam bidang manajemen pelayanan kesehatan di rumah sakit.

d. Manfaat bagi Penelitian lain

- 1) Dari hasil penelitian ini diharapkan mampu memberikan gambaran implementasi kolaborasi interprofesional dalam pelayanan rehabilitasi medik di Indonesia.
- 2) Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat memberikan informasi dan data untuk pengembangan penelitian lanjutan terkait kolaborasi interprofesional secara umum dan secara khusus dalam pelayanan rehabilitasi medik di rumah sakit

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan umum praktek kolaborasi interprofesional

2.1.1 Definisi

Praktik kolaborasi interprofesional, *Interprofesional collaborative practice* (IPCP) diartikan sebagai kemitraan (*partnership*) diantara tim profesional kesehatan dan klien dalam pendekatan partisipasi, kolaborasi, dan koordinasi untuk pengambilan keputusan bersama terkait masalah kesehatan dan sosial (Orchard et al., 2012).

Menurut WHO, praktik kolaboratif dalam pelayanan kesehatan terjadi ketika banyak petugas kesehatan dari latar belakang profesional yang berbeda memberikan pelayanan komprehensif dengan bekerja bersama pasien, keluarga, dan komunitas untuk memberikan kualitas pelayanan tertinggi (Green & Johnson, 2015).

Kunci utama dalam praktik kolaborasi interprofesional adalah bagaimana setiap anggota dalam tim dapat berkolaborasi dengan baik. Beberapa definisi dalam literatur menunjukkan bahwa kolaborasi (Morley & Cashell, 2017) :

- a. Melibatkan banyak orang yang berinteraksi untuk mencapai tujuan bersama
- b. Terdiri dari input sosial dan input tugas

- c. Merupakan kemitraan aktif dan berkelanjutan antara profesional dan institusi dengan beragam latar belakang dan mandat yang bekerja sama untuk memberikan pelayanan
- d. Merupakan proses yang melibatkan kerjasama, komunikasi, negosiasi, kepercayaan, rasa hormat, dan pemahaman untuk membangun aliansi sinergis yang memaksimalkan kontribusi setiap peserta
- e. Melibatkan membangun tindakan kolektif untuk menangani kebutuhan pasien yang kompleks dan hubungan tim interprofesional yang melibatkan rasa hormat dan kepercayaan
- f. Merupakan sebuah proses bekerja sama, menegosiasikan kesepakatan dan mengelola konflik, serta menghargai dan memahami satu sama lain
- g. Melibatkan bekerja bersama, berbagi perencanaan dari waktu ke waktu, berfungsi secara kooperatif sebagai rekan kerja dan sederajat dengan rasa hormat dan pandangan untuk mencari solusi bersama

Secara umum dari beberapa definisi diatas menunjukkan bahwa kolaborasi adalah integrasi kegiatan dan pengetahuan yang membutuhkan kemitraan otoritas dan tanggung jawab bersama (Morley & Cashell, 2017)

Empat elemen penting yang dijelaskan oleh Sullivan memberikan penjabaran tentang perilaku dan sikap yang bersama-

sama dapat membentuk praktik kolaboratif dalam pelayanan kesehatan (Morley & Cashell, 2017), yaitu :

a. Koordinasi (bekerja untuk mencapai tujuan bersama)

Koordinasi adalah kemampuan untuk bekerja sama untuk mencapai tujuan bersama dan mengarah kolaborasi tim, dimana komunikasi yang tepat dan efektif di antara anggota tim tersedia; serta akses ke peralatan, persediaan, sumber daya manusia, informasi, dan teknologi yang diperlukan untuk memenuhi tujuan mereka tersedia (Orchard et al., 2012).

b. Kerjasama (berkontribusi pada tim, memahami dan menghargai kontribusi anggota tim lainnya)

Kerjasama diartikan sebagai “ mengakui dan menghormati pendapat dan sudut pandang lain sambil mempertahankan kesediaan untuk memeriksa dan mengubah keyakinan pribadi dan perspektif “. Sampson dan Marthas mengidentifikasi 9 (sembilan) atribut kunci kooperatif (Sampson dan Marthas, 1977), yaitu :

1. Jelas mendefinisikan tujuan,
2. Prioritas,
3. Peran dan tanggung jawab,
4. Dukungan untuk refleksi diri dan kesadaran diri,
5. Kepemimpinan,
6. Dinamika kelompok,

7. Komunikasi

8. Pedoman, dan

9. Proses perawatan.

Kerjasama terjadi ketika sekelompok penyedia layanan kesehatan bekerja sama dalam lingkungan dimana keterampilan, pengetahuan, dan keahlian setiap orang dihargai dan dicari, sehingga pelayanan yang diberikan dapat mencapai tingkat hasil kesehatan tertinggi dan sesuai dengan kebutuhan pasien (Orchard et al., 2012).

c. Pengambilan keputusan bersama (mengandalkan negosiasi, komunikasi, keterbukaan, kepercayaan, dan keseimbangan kekuatan yang saling menghormati)

Pengambilan keputusan bersama adalah proses dimana pasien dan penyedia layanan mempertimbangkan kemungkinan hasil dan preferensi pasien untuk mencapai keputusan pelayanan kesehatan berdasarkan kesepakatan bersama. "Pendapat ahli" yaitu pasien merupakan elemen penting dalam proses ini. Menurut Coulter, karakteristik pengambilan keputusan bersama meliputi (Coulter, 1997):

1. Dua atau lebih peserta yang terlibat;
2. Semua pihak bekerja sama untuk mencapai kesepakatan tentang pengobatan yang tersedia;
3. Informasi dibagikan di antara semua individu yang terlibat; dan

4. Kesepakatan kolaboratif dicapai untuk perencanaan perawatan yang akan dilaksanakan.

Pengadopsian pengambilan keputusan bersama dapat ditentang oleh dokter karena persepsi bertambahnya waktu yang dibutuhkan untuk mencapai keputusan, keyakinan bahwa pasien tidak ingin dilibatkan dalam perencanaan perawatan mereka sendiri, dan kekhawatiran tentang kemampuan pasien untuk mendapatkan informasi yang cukup tentang risiko terkait dengan berbagai pilihan (Lown et al., 2011). Weinstein melaporkan bahwa pasien berharap untuk diberi tahu, memiliki pilihan, dan memiliki kendali atas keputusan yang dibuat untuk kesehatan mereka (Weinstein, 2000).

Pengambilan keputusan bersama melibatkan proses di mana semua pihak bekerja sama dalam mengeksplorasi pilihan untuk perawatan pasien dengan berkonsultasi satu sama lain, termasuk dengan pasien dan anggota keluarga untuk memutuskan rencana perawatan. Pengambilan keputusan bersama melibatkan negosiasi seputar masukan bersama dari perspektif masing-masing anggota tim, yang mengarah pada keputusan yang disepakati bersama (Orchard et al., 2012).

- d. Kemitraan (terbuka, hubungan saling menghormati yang terbentuk dari waktu ke waktu dimana semua anggota bekerja secara adil bersama)

Kemitraan dalam praktik kolaboratif mengakui dan menghormati peran dan kontribusi pasien dan keluarga mereka sebagai mitra dalam perawatan (Orchard et al., 2011). Kemitraan yang efektif membutuhkan komunikasi yang terbuka dan jujur, rasa saling percaya dan saling menghormati, serta kesadaran dan penghargaan atas pekerjaan, pengalaman, dan perspektif semua pihak (Orchard et al., 2012).

Legare dan rekannya mengusulkan model pengambilan keputusan bersama dimana pertukaran informasi terjadi antara dan di antara pasien, keluarga mereka, dan profesi pelayanan kesehatan (Malone & Crowston, 1994).

Kemitraan ada ketika anggota tim, termasuk pasien dan keluarga, bekerja sama untuk merencanakan, menerapkan, dan menilai pelayanan dan hasilnya. Dalam kemitraan kolaboratif, semua pihak dipercaya dan sudut pandang serta pengalaman pribadi dan profesional mereka dihormati, didengarkan secara adil dan dihargai, apapun tingkat pendidikan atau pengalamannya (Orchard et al., 2012).

2.1.2 Penentu Kolaborasi

Penentu (atau 'pendorong') dari praktik kolaboratif meliputi konten, proses, dan perilaku tim. Konten mencakup visi dan strategi tim yang membantu tim menemukan kejelasan dan arah sebagai kelompok kohesif yang menghargai keragaman di antara anggotanya. Proses adalah struktur

organisasi tempat tim bekerja, termasuk alat, prosedur, kebijakan, dan pengaruh manajemen. Proses semacam itu dapat membuat interaksi tim lebih transparan, objektif, dan inklusif, serta tidak terlalu personal dan emosional. Kemudian yang terakhir, perilaku adalah tindakan dan interaksi yang didorong secara internal dari anggota tim (Morley & Cashell, 2017).

Studi literatur dalam bidang manajemen diidentifikasi banyak tantangan potensial dalam penganangan praktik kolaboratif. Skema kompensasi, regulasi praktik profesional, kebijakan kelembagaan, dan faktor lingkungan fisik adalah faktor penentu sistemik yang dapat menentukan apakah dan sejauh mana praktik kolaboratif dapat diterapkan yang mungkin berada di luar kendali tim (Reeves et al., 2011).

Di dalam tim, ada kemungkinan anggota memiliki minat, tujuan, harapan, gaya, dan pengalaman yang berbeda. Hal ini dapat berpotensi mempersulit komunikasi dan menimbulkan konflik. Pemimpin tim harus mengelola beragam kepentingan ini dan memanfaatkan kekuatan komposisi tim. Tim interprofesional juga dapat mencakup anggota dengan berbagai tingkat otoritas, *prestise*, gaji, dan faktor lain yang menambah tantangan lebih lanjut dalam pengelolaan dan pengaturan kekuatan negosiasi dalam tim (Morley & Cashell, 2017).

Seorang pemimpin tim dapat memfasilitasi dalam negosiasi wewenang dan tanggung jawab, masalah yang berakar pada interaksi tim yang kompleks. Semua tantangan ini berlaku dalam pelayanan kesehatan dimana disiplin profesional yang terlibat memiliki berbagai macam

pendidikan, peran, tanggung jawab, otoritas, prestise, gaji, dan struktur organisasi pendukung (Love & Roper, 2009).

Penentu utama kolaborasi dapat meliputi peluang, kemampuan, dan kemauan anggota tim untuk bekerja dengan tim secara kolaboratif. Ketiga elemen tersebut dijelaskan lebih rinci berikut ini (Morley & Cashell, 2017) :

a. Penentu Struktural (Peluang)

Lingkungan fisik dan organisasi tempat tim interdisipliner bekerja dapat mempengaruhi derajat dan sifat interaksi kolaboratif. Lingkungan dapat mencakup ruang fisik, pengaturan temporal, jadwal, proses, kegiatan terorganisir, dan alat komunikasi yang dapat mendorong atau mencegah kolaborasi tim yang efektif. Struktur organisasi dapat mencakup pertimbangan arsitektural (struktur fisik, fungsionalitas, dan estetika) dan pertimbangan manajemen (hubungan yang ditentukan antara anggota tim dan antar tim) dan memiliki bagian formal dan informal.

Sebagai contoh dari keperawatan menunjukkan bahwa kolaborasi dapat difasilitasi dengan merancang "ruang kerja yang imersif " yang menciptakan rasa kohesi tim, mendukung aktivitas fisik yang dilakukan oleh tim, dan meningkatkan pertimbangan waktu dan ruang yang mendorong interaksi antar staf. Jauh, virtual, dan asinkron adalah contoh jenis tim yang mungkin mengurangi kemampuan untuk berkolaborasi. Bahkan tim pelayanan kesehatan yang bekerja dalam satu gedung dapat dipisahkan oleh ruang (area kerja) dan waktu (jadwal); mereka mungkin

asynchronous dan virtual dengan adanya sistem komunikasi elektronik (seperti e-mail dan sistem lain).

b. Penentu Psikologis (Kemauan)

Mengingat bahwa interaksi manusia adalah komponen kunci dari kolaborasi, penentu kolaborasi mencakup sejumlah faktor psikologis. Istilah " lingkungan psikologis " digunakan untuk memasukkan budaya dalam arti yang luas (sikap dan perilaku) dan di semua tingkatan (organisasi, profesional, tim, dan individu). " Penentu interaksi " ini termasuk anggota tim :

- 1) Kesiapan untuk berkolaborasi (dipengaruhi oleh kohesi kelompok, keteguhan kelompok, pendidikan profesional, pengalaman sebelumnya, dan kedewasaan pribadi);
- 2) Saling percaya dan menghormati (dikembangkan dari waktu ke waktu dan dipengaruhi oleh pengalaman yang dirasakan, pendidikan, dan kompetensi baik dari diri sendiri maupun orang lain dalam tim);
- 3) Dan komunikasi (dipengaruhi oleh kemampuan untuk mengkomunikasikan peran seseorang, berkomunikasi secara efisien dan konstruktif, dan berkomunikasi dengan cara yang mengembangkan determinan kolaborasi lain seperti rasa hormat dan kepercayaan).

Dua tema dominan muncul dalam literatur yang melibatkan psikologi tim pelayanan kesehatan. Pertama, kelompok profesional

memiliki budaya yang berbeda karena adanya perbedaan dalam spesialisasi pendidikan atau pelatihan, identitas profesional, dan posisi serta peran mereka dalam sistem pelayanan kesehatan. Tema kedua adalah potensi kurangnya rasa hormat, kepercayaan, dan komunikasi yang buruk dimana konflik dan keamanan psikologis mungkin berperan.

Kedua tema ini dikemukakan dengan baik oleh seorang penulis: " salah satu ciri utama rumah sakit sebagai lingkungan organisasi yang kompleks adalah sifat tenaga kerja yang sangat profesional dan tersegmentasi dan pengaruh berkelanjutan dari profesi medis dalam kebijakan, politik, dan praktik " (Boyce, 2006).

c. Penentu Pendidikan (Kemampuan)

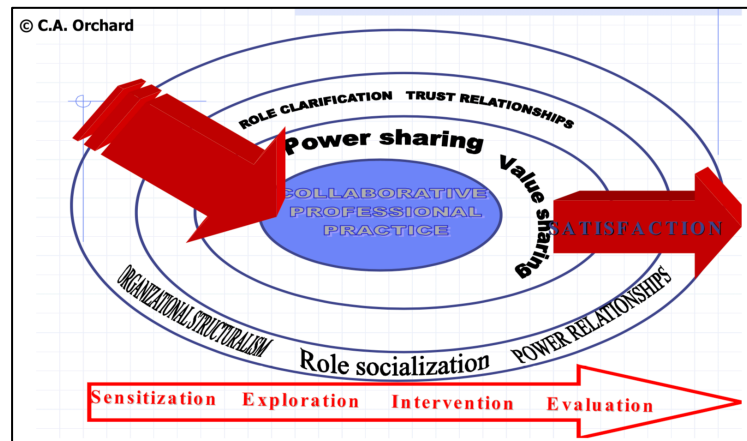
Praktik kolaboratif juga dapat dipromosikan melalui pendidikan dan pelatihan keterampilan. Wawancara dengan perawat dan profesional kesehatan terkait di Alberta mengungkapkan bahwa diperlukan pengembangan dua kompetensi kunci yang penting untuk kolaborasi. Kompetensi pertama melibatkan pemahaman batasan peran dan ekspektasi dalam tim dan belajar bagaimana menyeimbangkan kebutuhan identitas profesional dan identitas tim. Pendekatan yang tidak menekankan kebutuhan dan peran profesional individu dalam mendukung tujuan tim dan kolaborasi dapat mendukung ke arah model pelayanan yang lebih berpusat pada pasien (Suter et al., 2009).

Kompetensi kedua adalah kemampuan untuk terlibat dalam komunikasi formal dan informal yang efektif, termasuk negosiasi dan

keterampilan resolusi konflik, kemampuan untuk menggunakan bahasa terhormat dan bermartabat, dan mengetahui pendekatan terminologi dan komunikasi apa yang digunakan dengan profesi yang berbeda dan individu yang berbeda (Suter et al., 2009). Bahasa memainkan peran penting dalam komunikasi kolaboratif terutama bahwa bahasa inklusif dapat mencerminkan pengertian yang mendasari keterhubungan dengan tim. Pengetahuan dan penggunaan terminologi teknis yang sesuai juga penting untuk komunikasi yang jelas dan untuk menghasilkan rasa saling menghormati dan percaya diri, terutama di lingkungan yang sangat teknis dan terspesialisasi (Morley & Cashell, 2017).

2.1.3 Hambatan praktik kolaborasi interdisiplin

Orchard (2005) mengusulkan kerangka konsep praktik kolaborasi interdisipliner yang berpusat kepada pasien. Kerangka konseptual terdiri dari empat diagram oval konsentris (Gambar 2) dengan diagram oval paling dalam adalah tujuan praktik kolaborasi interdisipliner berpusat kepada pasien. Oval bagian terluar berisi rintangan atau halangan dalam pencapaian tujuan, yang terdiri dari strukturalisme organisasi (*organization structuralism*), kekuatan hubungan (*power relationships*) antar profesional pelayanan kesehatan dan antara profesional pelayanan kesehatan dengan kliennya, serta sosialisasi peran (*role socialization*) ke dalam disiplin kesehatan. Ketiga variabel ini dapat menjadi hambatan dalam pelayanan kolaboratif yang berpusat kepada pasien (Orchard et al., 2005).



Gambar 2. Model konseptual Praktik Kolaborasi Interprofesional yang berpusat kepada pasien (Orchard et al., 2005)

Orchard dkk (2005) mengelompokkan hambatan praktik kolaboratif interdisiplin menjadi tiga kelompok tematik, yaitu :

a. Strukturalisme organisasi

Strukturalisme organisasi didefinisikan sebagai organisasi administratif dan proses pengambilan keputusan yang diadopsi dalam suatu lembaga untuk mencapai mandat yang diberikan oleh tingkat otoritas. Otoritas ini meliputi: tindakan dan undang-undang yang ditetapkan di tingkat pemerintah pusat dan daerah; termasuk regulator tingkat nasional dan daerah terkait praktik profesional kesehatan, badan akreditasi kesehatan nasional, sistem peradilan, dan penyelenggara asuransi. Semua otoritas ini menetapkan persyaratan tentang bagaimana lembaga kesehatan mengelola operasional dan mengontrol karyawan dan profesional kesehatan yang ada di dalamnya (Orchard et al., 2005).

b. Ketidakseimbangan kekuasaan (*power imbalances*),

Ketidakseimbangan kekuasaan dikelompokkan menjadi dua kategori besar: konflik peran dan konflik tujuan. Konflik peran berasal dari kompetensi dan tanggung jawab yang timpang tindih, prasangka bahwa para profesional memiliki peran mereka sendiri, dan persepsi stereotip yang dipegang oleh profesional dari anggota disiplin ilmu lain. Sebaliknya konflik tujuan berkaitan dengan perbedaan nilai yang timbul dari filosofi yang berbeda, keyakinan agama, atau sosialisasi profesional. Penggunaan kekuasaan yang tidak setara terjadi dalam situasi, antara profesional kesehatan dan orang lain dalam sistem kesehatan dan di antara kelompok profesional kesehatan yang berbeda (Orchard et al., 2005).

c. Sosialisasi Peran

Menurut Clark, perkembangan identitas dan pola praktik dalam profesi kesehatan didasarkan pada proses sosialisasi dimana pengetahuan, keterampilan, nilai, peran, dan sikap yang terkait dengan praktik profesional tertentu diperoleh. Setiap disiplin memiliki cara berpikir dan bertindak yang unik; budayanya sendiri. Budaya disiplin ilmu didasarkan pada asumsi yang berlaku tentang dasar tindakan epistemologis, perilaku, dan normatif yang sesuai. Dengan demikian, setiap anggota disiplin kesehatan membawa nilai yang berbeda tentang kerja tim berdasarkan sosialisasi profesional, pengalaman pribadi dan kepercayaan (Orchard et al., 2005)..

2.1.4 Keterampilan dan kompetensi dalam kolaborasi interprofesional

Profesional pelayanan kesehatan terpapar secara teoritis dan pendidikan praktis, pelatihan, dan pengembangan pribadi selama pendidikan dan karier mereka di bidang mereka sendiri; memperoleh pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan berbasis disiplin yang kuat yang memberikan akses ke yurisdiksi profesional. Oleh karena itu, kelompok profesional pelayanan kesehatan lain mungkin memiliki pemahaman yang terbatas tentang kompleksitas hubungan di antara mereka (D'Amour et al., 2005).

Hornby dan Atkins (2000) menegaskan bahwa keterampilan relasi, pengorganisasian dan asesmen adalah tiga keterampilan kolaboratif utama yang diperlukan untuk profesional pelayanan kesehatan. Keterampilan relasi lebih kearah tentang keterampilan interaksi dan komunikasi sedangkan keterampilan pengorganisasian diperlukan untuk mengatur kelompok, pertemuan, menyiapkan sistem rujukan pasien, dan lain-lain. Keterampilan asesmen terkait dengan mengumpulkan, menganalisis dan merefleksikan bukti-bukti yang didapatkan.

Hammick dkk (2009) menyarankan tiga kategori kompetensi dasar untuk menjadi seorang praktisi interprofesional (Kaini, 2017), yaitu :

- a. Pengetahuan :
 - 1) Memahami peran dan konteks kerja praktisi lain.
 - 2) Mengenali berbagai pengetahuan dan keterampilan semua kolega lainnya.

3) Memahami prinsip dan praktik kerja tim yang efektif.

b. Keterampilan

1) Menerapkan metode komunikasi lisan dan tertulis yang baik.

2) Identifikasi situasi dimana kolaborasi bermanfaat atau penting.

3) Bekerja secara kolaboratif dengan klien dan pengasuh.

4) Menggunakan pembelajaran interprofesional dalam pengaturan kerja.

c. Sikap

1) Menghargai nilai kolaborasi interprofesional.

2) Mengakui dan menghormati pandangan, nilai, dan ide orang lain.

Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC, 2010) menerbitkan '*A National Interprofessional Competency Framework*' dan menyebutkan enam domain kompetensi untuk praktik kolaboratif, yaitu :

1) Komunikasi interprofesional.

2) Pelayanan yang berpusat pada pasien / klien / keluarga / komunitas.

3) Klarifikasi peran.

4) Fungsi tim.

5) Kepemimpinan kolaboratif.

6) Resolusi konflik interprofesional.

Kompetensi ini berfokus pada kemampuan untuk mengintegrasikan pengetahuan, keterampilan, sikap dan nilai dalam membuat penilaian klinis

daripada mengandalkan perilaku yang ditunjukkan untuk menunjukkan kompetensi (CIHC, 2010)

Engel (1994) menekankan bahwa kemampuan untuk menggunakan pemahaman tentang dinamika kelompok, mengadaptasi perubahan dan berpartisipasi dalam perubahan, komunikasi, pemahaman tentang bagaimana interaksi dan produktivitas tim secara keseluruhan cenderung berubah seiring waktu sebagai kompetensi penting untuk kolaborasi interprofesional. Lebih lanjut, Engel membahas tentang pengaturan diri sendiri, pengaturan dengan orang lain, komunikasi, negosiasi, mencari dan memberi nasihat sebagai kompetensi lain yang dibutuhkan (Kaini, 2017).

Kompetensi profesional pelayanan kesehatan diperoleh melalui kualifikasi akademis, pelatihan atau pengalaman mungkin akan berkurang kecuali keterampilan ini sering digunakan atau setidaknya dipraktikkan sesekali dalam situasi simulasi. Oleh karena itu, merupakan tanggung jawab profesional pelayanan kesehatan, manajer dan pemimpin untuk mengatur pengembangan profesional yang berkelanjutan untuk mempraktikkan keterampilan dan pengetahuan ini dalam pengaturan pelayanan kesehatan yang berbeda. Hammick dkk (2009) berpendapat bahwa tenaga kesehatan memahami nilai-nilai, pengetahuan dan keterampilan orang lain dalam tim pelayanan kesehatan sehingga setiap orang dapat berkontribusi secara harmonis dan lebih baik (Kaini, 2017).

2.1.5 Manfaat praktik kolaborasi interprofesional

Tim multifungsional dapat lebih efisien, efektif, inovatif, dan manajemen risiko yang lebih baik bila dibandingkan dengan tim fungsional murni. Hal ini dapat tercapai dengan menciptakan peluang berbagi ide, pertimbangan, dan kompromi untuk dikerjakan sedini mungkin untuk menghindari kesalahan yang menyebabkan biaya lebih mahal (*costly error*), pekerjaan berulang, dan miskomunikasi. Hal ini sangat penting ketika tujuan dan nilai dari masing-masing anggota tim yang mungkin sangat berbeda (Morley & Cashell, 2017).

Kolaborasi interprofesional dipraktikkan untuk memastikan bahwa profesional pelayanan kesehatan dapat menyelesaikan tugas perawatan atau kombinasi tugas yang tidak dapat dicapai secara efektif bila dilakukan sendiri (Reeves et al., 2010)

Pelayanan kesehatan dirancang untuk memberikan perawatan terbaik kepada klien dan keluarga, untuk meningkatkan kualitas hidup, mengatasi masalah kesehatan dan memperbaiki kondisi kesehatan. Tujuan utama IPC adalah untuk membawa pengetahuan, keterampilan dan keahlian profesional pelayanan kesehatan yang lebih luas ke dalam upaya untuk meningkatkan kualitas perawatan dan hasil klinis. Pertanyaan utama dari kolaborasi interprofesional adalah apakah pelayanan interprofesional bermanfaat bagi pasien, klien, keluarga mereka, profesional pelayanan kesehatan dan sistem kesehatan (Kaini, 2017).

Berikut ini beberapa manfaat praktik kolaborasi interprofesional menurut Morley dan Cashell (Morley & Cashell, 2017):

a. Manfaat dalam keterikatan pasien (*patient engagement benefit*)

Kolaborasi diantara tim pelayanan kesehatan dapat meningkatkan edukasi pasien dan keterikatan pasien dalam pelayanan yang didapatkannya, termasuk perubahan perilaku seperti pencarian informasi dan efektifitas penyampaian informasi, keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan, dan partisipasi pasien dalam perawatan diri.

b. Manfaat terhadap keselamatan pasien

Dampak kolaborasi pada keselamatan pasien telah dipelajari dalam berbagai konteks. Beberapa penulis telah mengidentifikasi penurunan tingkat kesalahan medis ketika kolaborasi interprofesional kuat dan tim dilatih untuk bekerja dengan aman, kooperatif, dan dengan cara yang terkoordinasi untuk menghindari kesenjangan dalam upaya penjaminan kualitas pelayanan.

c. Manfaat terhadap staf dan organisasi

Membina tim kolaboratif juga dapat menguntungkan staf dan organisasi tempat mereka bekerja. Kepuasan dan retensi staf lebih tinggi dalam organisasi pelayanan kesehatan di mana anggota staf terlibat dalam budaya kolaboratif yang mengutamakan kualitas dan keselamatan. Manfaat lain bagi staf termasuk persepsi yang lebih besar tentang pemberdayaan dan pengakuan.

The Health Professions Regulatory Network (2008) menekankan manfaat praktik kolaboratif untuk pengguna layanan, profesional perawatan kesehatan dan organisasi perawatan kesehatan:

- a. Hasil dari praktik kolaboratif untuk klien / pasien:
 - 2) Meningkatkan kepuasan pasien.
 - 3) Peningkatan keputusan transfer dan pemulangan pasien.
 - 4) Meningkatkan kualitas pelayanan dan hasil pelayanan
 - 5) Menurunkan *risk-adjusted length of stay*
 - 6) Mengurangi kesalahan pengobatan.
- b. Hasil dari praktik kolaboratif untuk para profesional pelayanan kesehatan:
 - 2) Meningkatkan kepuasan kerja.
 - 3) Menurunkan stres terkait pekerjaan.
 - 4) Tingkat pergantian (*turnover*) perawat yang lebih rendah.
 - 5) Komunikasi yang lebih baik di antara pengasuh (*caregiver*).
 - 6) Meningkatkan efisiensi.
 - 7) Meningkatkan pemahaman tentang peran.
- c. Hasil dari praktik kolaboratif untuk organisasi pelayanan kesehatan
 - 1) Penurunan biaya
 - 2) Peningkatan efisiensi penyedia pelayanan kesehatan

2.1.6 Pengukuran Praktik Kolaborasi Interprofesional

Berikut ini adalah beberapa instrumen yang telah dipublikasikan (Morley & Cashell, 2017):

- a. *Index of Interdisciplinary Collaboration*
- b. *Multidisciplinary Collaboration instrument,*
- c. *Interprofessional Perceptions Scale,*
- d. *Role Perceptions Questionnaire generic form,*
- e. *University of Western England Interprofessional Questionnaire,*
- f. *Modified Index of Interdisciplinary Collaboration,*
- g. *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS)*

Dalam review sistematik yang dilakukan Walters dkk (2016) terkait penilaian properti instrumen pengukuran kolaborasi pada pelayanan kesehatan, AITCS merupakan salah satu instrumen yang direkomendasikan terutama dalam mengukur hubungan kolaborasi dalam tim (Walters et al., 2016).

The *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale* (AITCS) adalah instrumen diagnostik yang dirancang untuk mengukur kolaborasi interprofesional (*Interprofesional Collaboration, IPC*) diantara anggota tim. (Orchard et al., 2012). Kekuatan utama dari AITCS karena memiliki kapasitas yang spesifik untuk mengevaluasi kolaborasi dalam tim dengan rentang kondisi praktik yang beragam dan mengintegrasikan keterlibatan pasien sebagai bagian dari praktik tim (Orchard et al., 2012).

2.1.7 The Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS)

Instrumen ini dikembangkan oleh Orchard dengan versi awal terdiri dari 48 pernyataan yang menggambarkan karakteristik IPC dan bagaimana

sebuah tim bekerja dan bertindak. Butir skala mewakili 4 elemen yang dianggap sebagai kunci untuk praktik kolaboratif, yaitu kemitraan (14 butir), pengambilan keputusan bersama (12 butir), kerjasama (15 butir), koordinasi (7 butir). Karena fokus IPCP adalah keterlibatan pasien dalam kerja tim untuk meningkatkan hasil pelayanan (health outcome), konstruksi IPCP yang berpusat kepada pasien seperti yang didefinisikan oleh Orchard dkk diintegrasikan ke dalam masing-masing subskala. (Orchard et al., 2012).

Butir pernyataan dijabarkan ke dalam skala Likert 5 poin (5 = selalu, 4 = sebagian besar waktu, 3 = kadang-kadang, 2 = jarang, dan 1 = tidak pernah) memungkinkan responden untuk menilai pandangan mereka saat penilaian tentang timnya dan dirinya sendiri sebagai anggota tim. Pangkal kalimat setiap butir pernyataan adalah "saat kita bekerja sebagai tim, semua anggota tim saya...". (Orchard et al., 2012).

Pada tahun 2012 Orchard melakukan pengembangan dan pengujian AITCS, sebagai upaya revisi agar butir pernyataan lebih sedikit sehingga mengurangi waktu dalam pengisian instrumen. Setelah dilakukan analisis faktor dan komponen prinsipal data didapatkan 37 butir pernyataan dengan 61,02 variance. 37 butir pernyataan tersebut terdiri dari kemitraan/pengambilan keputusan bersama (19 butir), kerjasama (11 butir), koordinasi (7 butir). Dari penilaian konsistensi internal (Cronbach's coefficient alpha) didapatkan hasil realibilitas keseluruhan 0,98 (berkisar

0,80 – 0,97 untuk realibilitas subskala) (tabel 2). AITCS 37 butir dapat diselesaikan dalam 10-15 menit (Orchard et al., 2012).

Tabel 2. Konsistensi internal (Cronbach's *coefficient alpha*) subskala (elemen) dalam AITCS (Orchard et al., 2012)

Subscale	Number of Items	Cronbach Alpha
Cooperation	11	0.94
Partnership	19	0.97
Coordination	7	0.80
Overall Scale	37	0.98

Kemudian pada tahun 2018, Orchard dkk melakukan pengembangan kembali AITCS dengan mengurangi butir pernyataan (setelah melakukan analisis faktor konfirmasi, confirmatory factor analysis) menjadi 23 butir pernyataan. 23 butir pernyataan tersebut terdiri 8 butir terkait kemitraan, 8 butir terkait kerjasama, dan 7 butir terkait koordinasi. Setelah melakukan pengujian dan analisis dengan sampel praktisi dari berbagai kalangan profesional kesehatan, didapatkan AITCS dengan 23 butir pernyataan (AITCS-II) yang memiliki reliabilitas dan validitas yang hampir sama dengan AITCS dengan 37 butir pernyataan (Tabel 3). (Orchard et al., 2018).

Tabel 3. Perbandingan nilai *internal consistency* AITCS II versi 23 butir dengan AITCS versi 37 butir (Orchard et al., 2018)

Internal Consistency of the AITCS-II as Compared to the AITCS by Overall Scale and Subscales				
Scale/Subscale	AITCS-II		AITCS	
	No. of Items	Cronbach α	No. of Items	Cronbach α
Partnership	8	0.898	19	0.937
Cooperation	8	0.924	11	0.911
Coordination	7	0.898	7	0.894
Collaboration	23	0.894	37	0.933

AITCS, assessment of interprofessional team collaboration scale.

Tabel 4. Analisis faktor konfirmasi AITCS-II, 23 butir pernyataan (Orchard et al., 2018)

Confirmatory Factor Analysis for the 23-Item AITCS-II (n = 676)			
Item	Partnership	Cooperation	Coordination
Include patients in setting goals for their care	0.633		
Listen to the wishes of their patients when determining the process of care chosen by the team	0.635		
Meet and discuss patient care on a regular basis	0.696		
Coordinate health and social services (eg, financial, occupation, housing, connections with community, and spiritual) based upon patient care needs	0.802		
Use consistent communication with team members to discuss patient care	0.686		
Are involved in goal setting for each patient	0.827		
Encourage each other and patients and their families to use the knowledge and skills that each of us can bring in developing plans of care	0.724		
Work with the patient and his/her relatives in adjusting care plans	0.813		
Share power with each other		0.756	
Respect and trust each other		0.834	
Are open and honest with each other		0.835	
Make changes to their functioning based on reflective reviews		0.713	
Strive to achieve mutually satisfying resolution for differences of opinions		0.771	
Understand the boundaries of what each other can do		0.720	
Understand that there are shared knowledge and skills between health providers on the team		0.718	
Establish a sense of trust among the team members		0.836	
Apply a unique definition of Interprofessional Collaborative Practice to the practice setting			0.703
Equally divide agreed upon goals among the team			0.799
Encourage and support open communication, including the patients and their relatives during team meetings			0.782
Use an agreed upon process to resolve conflicts			0.830
Support the leader for the team varying depending on the needs of our patients			0.721
Together select the leader for our team			0.665
Openly support inclusion of the patient in our team meetings			0.647

AITCS, assessment of interprofessional team collaboration scale.

2.2 Tim Pelayanan Kesehatan

Istilah yang digunakan untuk menggambarkan model tim dalam kepastakaan medis dan manajemen terkadang membingungkan, karena terdapat pendekatan atau model tim yang berbeda. Model tim paling baik didefinisikan sesuai dengan sistem interaksi antara anggota tim yang ada didalamnya (Singh, 2018). Awalan multi-, inter-, dan trans-profesional

digunakan dengan definisi yang terkadang bervariasi dalam literatur (Morley & Cashell, 2017)

Berikut ini beberapa model tim dalam pelayanan kesehatan :

a. Model pelayanan medis tradisional

Model pelayanan medis tradisional yang bersifat disiplin tunggal, yang juga bisa disebut sebagai model pelayanan unidisipliner adalah model perawatan yang ada sebelum Perang Dunia II. Ruang lingkup praktik model pelayanan ini terbatas dan pemberi pelayanan harus memiliki kemampuan yang ekstra (*extraordinary*). Namun dengan kondisi kesehatan yang semakin kompleks menjadi tantangan model pelayan ini. Praktik dengan cakupan yang sempit sulit dilakukan karena sudah menjadi hal yang tidak biasa untuk menyajikan kasus murni tanpa komplikasi. Bersamaan dengan itu, perluasan pengetahuan pelayanan kesehatan membuat lebih sulit untuk menjadi " Renaissance Man " dalam pengetahuan kesehatan (Karol, 2014).

Pelayanan medis tradisional memiliki model pelayanan dimana seorang dokter hadir untuk memenuhi sesuai kebutuhan pasien. Jika dibutuhkan pelayanan dari disiplin ilmu lain, profesional tersebut dikonsultasikan dan diminta untuk memberikan bantuan baik secara khusus ataupun general untuk memenuhi kebutuhan pasien sebagaimana ditentukan oleh dokter yang merawat. Kualitas pelayanan yang diberikan bergantung oleh konsultan, dan dengan demikian untuk

konsultasi selanjutnya, bergantung pada pemenuhan kebutuhan pasien dan dokter yang merawat (King et al., 2010).

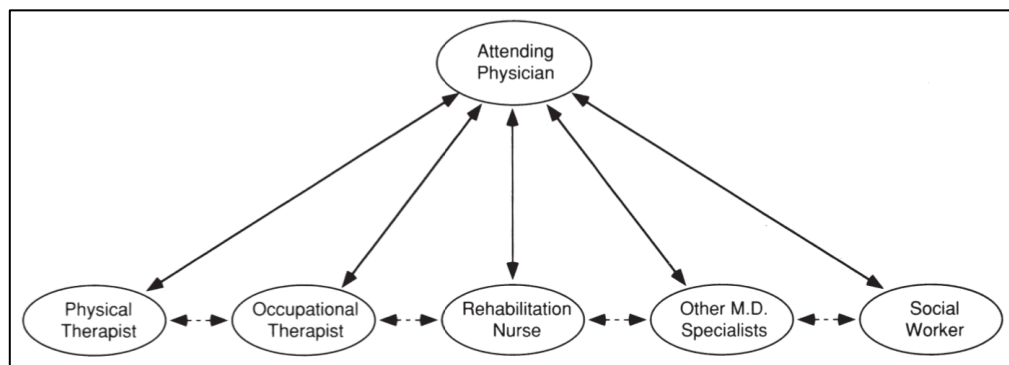
b. Model tim multidisiplin

Model tim multidisiplin memanfaatkan keterampilan individu dari disiplin ilmu yang berbeda, tetapi setiap disiplin masih melakukan penilaian pasien dari sudut pandang mereka sendiri dan biasanya dokter berkomunikasi dengan profesional lain dalam tim. Kemungkinan besar, dalam banyak kasus, anggota tim mungkin tidak berkomunikasi secara langsung satu sama lain sama sekali. Sering dikatakan bahwa dalam tim seperti itu, komunikasi lebih vertikal daripada horizontal, dengan kurangnya anggota tim yang mempengaruhi atau berkumpul dalam rapat tim (Singh, 2018)

Model tim multidisiplin menyediakan sarana bagi banyak profesional yang membutuhkan interaksi untuk sering bertemu dan mengkoordinasikan upaya secara konsisten. Model multidisiplin dianalogikan dengan model manajemen klasik berbentuk piramida, yang menonjolkan komunikasi vertikal antara supervisor dan bawahan. Model ini biasanya tetap menjadi tim yang dikendalikan oleh dokter dimana sebagian besar interaksi antara konsultan dan dokter utama. Diskusi antara profesional konsultan diadakan seminimal mungkin atau, bila perlu, diarahkan oleh dokter utama (King et al., 2010).

Pertemuan tim dapat dilakukan secara efisien dengan garis kewenangan dan kendali yang jelas, tetapi komunikasi lateral mungkin

terganggu (Gambar 3). Kecenderungan ini menyebabkan halangan arus komunikasi horizontal yang bebas antara anggota tim yang dapat menjadi hambatan dalam optimalisasi pemanfaatan keahlian khusus dan keterampilan pemecahan masalah masing-masing anggota. (King et al., 2010).



Gambar 3. Struktur tim multidisipliner. Komunikasi vertikal (garis tegas) dapat membatasi komunikasi horizontal (garis putus-putus) antara professional pemberi asuhan (King et al., 2010).

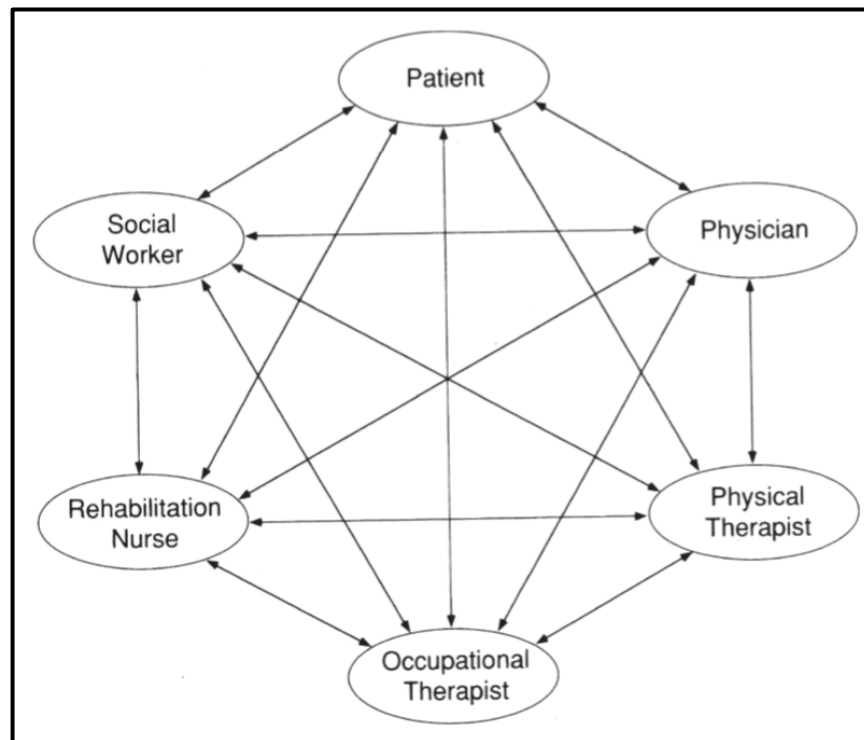
c. Model tim interdisipliner

Model tim interdisipliner mengintegrasikan pendekatan berbagai disiplin ilmu dengan tingkat kolaborasi dan komunikasi yang tinggi di antara para profesional tim dan menggunakan strategi yang disepakati bersama. Fitur utama dari model tim ini adalah bahwa para anggota bekerja sama dalam asesmen dan pengobatan pasien, dengan pengambilan keputusan dan penetapan tujuan bersama. Komunikasi sangat penting dalam pengaturan model tim interdisipliner (Singh, 2018)

Tim interdisipliner mendapatkan keuntungan dari aliran komunikasi lateral yang terjadi semudah komunikasi vertikal dalam tim

multidisiplin. Karena model interdisipliner dirancang untuk memfasilitasi komunikasi lateral seperti itu, model ini secara teoritis lebih cocok untuk tim rehabilitasi. Norma yang diharapkan adalah pengambilan keputusan kelompok dan tanggung jawab kelompok untuk mengembangkan perencanaan perawatan yang optimal. Pasien dianggap sebagai bagian dari kelompok perencanaan perawatan dan memiliki peran sentral dalam pertimbangan tim (lihat Gambar 4). Dengan penekanan pada komunikasi dan tanggung jawab bersama, pertemuan koordinasi perawatan pasien dapat dipimpin oleh siapapun dari anggota tim (King et al., 2010).

Salah satu tujuan dari model ini adalah untuk memungkinkan pertukaran ide yang lebih bebas dan dengan demikian mendapatkan keuntungan dari konsep sinergi kelompok. Kerugiannya dapat mencakup efektivitas waktu yang jauh lebih rendah dalam menyelesaikan pertemuan perawatan pasien. Dokter mungkin merasa tidak nyaman dengan proses pengambilan keputusan tim karena dokter adalah orang yang biasanya harus memikul tanggung jawab medikolegal terbesar atas tindakan dan rencana tim. Tim tersebut juga membutuhkan pelatihan yang cukup dalam proses tim, yang umumnya tidak diterima dalam pelatihan formal dalam tiap disiplin individu (King et al., 2010).



Gambar 4. Model Tim Interdisipliner (King et al., 2010).

d. Model tim transdisipliner

Dalam model tim transdisipliner, batas-batas praktik profesional menjadi kabur dan setiap profesional mampu bekerja dalam setiap peran tim tertentu. Persilangan peran menciptakan lebih banyak fleksibilitas dalam pemberian pengobatan, namun membutuhkan staf yang terlatih di sejumlah keterampilan atau profesi. Hal ini jelas memakan waktu dan sumber daya, terutama saat anggota tim berubah (Singh, 2018).

Tim transdisipliner tidak hanya mendorong komunikasi tetapi juga peran silang antar disiplin ilmu. Strategi atipikal ini telah dikembangkan dengan fokus utama pada peningkatan perawatan pasien melalui pendekatan tim dimana tanggung jawab dibagi seperti dalam model tim

interdisipliner dan juga dimana batasan normal dari berbagai profesi kesehatan menjadi kabur. Masalah teknis dalam kompetensi dan kualifikasi profesional pemberi asuhan, pertentangan kalangan profesional, dan lisensi negara dapat membatasi pengembangan pelayanan transdisipliner dalam skala luas (King et al., 2010).

2.3 Pelayanan Rehabilitasi Medik

Pelayanan Rehabilitasi Medik di rumah sakit adalah pelayanan kesehatan terhadap gangguan fisik dan fungsi tubuh atau yang menyebabkan disabilitas yang diakibatkan oleh keadaan/kondisi sakit, penyakit atau cedera melalui asuhan medis untuk mencapai kondisi fungsional yang optimal (Kemenkes, 2008)

Kemampuan fungsional adalah kemampuan seseorang melakukan aktivitas atau kegiatan secara individu dan berpartisipasi dalam pekerjaan, kegiatan spiritual, menjalankan peran dalam keluarga, menikmati hobi dan hiburan. Kemampuan melakukan aktivitas secara individu meliputi aktivitas kehidupan sehari-hari yakni tugas perawatan diri sendiri, antara lain kebersihan diri, berpakaian, makan-minum, mobilitas, sosialisasi, komunikasi, dan ekspresi seksual (Singh, 2018).

Dalam pelayanan rehabilitasi medik di rumah sakit, klinisi berperan untuk mengurangi efek permasalahan kesehatan (impairment) yang mempengaruhi keterbatasan aktifitas dan partisipasi (European PRM whitebook, 2018). Pada saat yang sama dalam upaya terhadap aspek fungsional terkait kondisi kesehatan, tujuan utama juga untuk mencegah

komplikasi seperti kontraktur dan ulkus (luka pada kulit akibat tirah baring lama), dan memodifikasi pengaruh lingkungan terhadap individu (Gutenbrunner, 2011).

Komposisi yang tepat dari tim rehabilitasi mungkin berbeda-beda di berbagai kondisi pengaturan klinis; dan juga dapat bervariasi untuk setiap pasien, tergantung pada kebutuhan pasien dan fase rehabilitasinya. Tim rawat jalan yang menangani pasien dengan kondisi jangka panjang akan memiliki spesifikasi yang berbeda dibandingkan dengan tim fase akut yang menangani cedera otak traumatis (Singh, 2018).

Tim rehabilitasi medik harus menyetujui dan menetapkan tujuan yang realistis, serta bekerja bersama pasien dan keluarganya. Selanjutnya tim bekerja sama untuk mencapai tujuan ini dengan menggunakan strategi yang disepakati bersama. Penetapan tujuan pelayanan mengikuti prinsip **SMART** (Specific, Measurable, Achievable, Relevant and Time-limited). Tujuan perlu diatur ulang secara teratur untuk melanjutkan kemajuan dan memaksimalkan hasil pelayanan bagi pasien (Playford et al., 2009))

Kedokteran fisik dan rehabilitasi adalah spesialisasi kedokteran yang berorientasi pada optimalisasi fungsi fisik dan kognitif, aktivitas (termasuk perilaku), partisipasi (termasuk kualitas hidup) dan modifikasi faktor pribadi dan lingkungan. Dengan demikian bertanggung jawab dalam pencegahan, diagnosis, pengobatan dan manajemen rehabilitasi pada pasien dengan kondisi medis yang dapat menyebabkan disabilitas dan kondisi komorbid yang menyertai di semua usia (European PRM whitebook, 2018).

Tim rehabilitasi medik harus dipimpin oleh seorang dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi. Secara historis, dokter adalah profesi yang memimpin tim di sebagian besar sistem pelayanan kesehatan. Pendidikan dan pelatihan dalam bidang kedokteran fisik dan rehabilitasi memberikan berbagai keterampilan medis dan rehabilitasi, menawarkan gambaran holistik tentang berbagai impairment pasien dan batasan aktivitas. Hal ini menempatkan dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi pada posisi yang ideal untuk memanfaatkan keterampilan seluruh tim, sehingga dapat memandu arah pelayanan dan perkembangan pasien secara keseluruhan (Singh, 2018).

Lebih lanjut lagi, dan mungkin yang paling penting, di kebanyakan negara, tanggung jawab untuk pasien terletak pada dokter dalam konteks profesional dan hukum. Namun, di beberapa negara atau pada kondisi tertentu, khususnya komunitas, dimana tidak ada dokter dalam tim, maka anggota tim yang paling senior kemungkinan besar akan memegang tanggung jawab utama untuk keputusan tim. Tidak ada alasan mengapa disiplin profesional lain tidak bisa menjadi pemimpin tim, selama mereka dapat memikul tanggung jawab hukum atas keputusan yang dibuat (Singh, 2018).

2.3.1 Pelayanan rehabilitasi medik di Indonesia

Di Indonesia, pelayanan rehabilitasi medik di rumah sakit diatur berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 378 Tahun 2008 tentang Pedoman Pelayanan Rehabilitasi Medik di rumah sakit. Dalam

peraturan tersebut disebutkan bahwa pelayanan rehabilitasi medik adalah pelayanan kesehatan terhadap gangguan Fisik dan fungsi yang diakibatkan oleh kadaan/kondisi sakit, Penyakit atau cedera melalui paduan intervensi medik, keterampilan fisik dan atau rehabilitatif untuk mencapai kemampuan fungsi yang optimal (Kemenkes, 2008).

Pelayanan Rehabilitasi Medik di rumah sakit dilaksanakan melalui pendekatan sistem pelayanan satu pintu (one gate system), artinya setiap pasien yang memerlukan pelayanan Rehabilitasi Medik harus menjalani pemeriksaan/penilaian/asesmen oleh Dokter Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi untuk menegakkan diagnosis medis dan Fungsional serta prognosis untuk mengarahkan/menetapkan program terapi yang dibutuhkan (Kemenkes, 2008).

Pelayanan rehabilitasi medik di rumah sakit melibatkan beberapa tenaga kesehatan dan tenaga lain terkait sesuai kebutuhan pasien. Hubungan kerja dalam pelayanan ini memerlukan kerjasama tim secara terpadu yang bekerja di Instalasi/Unit/Departemen Rehabilitasi Medik. Tenaga kesehatan yang berkerja sama dengan dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi adalah perawat rehabilitasi medik, fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara, ortotis-protetis, dan psikologi klinis; sedangkan tenaga non kesehatan meliputi petugas sosial medik dan rohaniawan (Kemenkes, 2008).

Pelayanan Fisioterapi adalah bentuk pelayanan kesehatan yang ditujukan kepada individu dan/atau kelompok untuk mengembangkan,

memelihara dan memulihkan gerak dan fungsi tubuh sepanjang rentang kehidupan dengan menggunakan penanganan secara manual, peningkatan gerak, peralatan (fisik, elektroterapeutis dan mekanis) dan pelatihan fungsi (Kemenkes, 2015).

Pelayanan Terapi Wicara adalah bentuk pelayanan kesehatan profesional berdasarkan ilmu pengetahuan, teknologi dalam bidang bahasa, wicara, suara, irama/kelancaran (komunikasi), dan menelan yang ditujukan kepada individu, keluarga dan/atau kelompok untuk meningkatkan upaya kesehatan yang diakibatkan oleh adanya gangguan/kelainan anatomis, fisiologis, psikologis dan sosiologis (Kemenkes, 2014).

Pelayanan Okupasi Terapi adalah bentuk pelayanan kesehatan kepada klien dengan kelainan/disabilitas fisik dan/atau mental yang mempunyai gangguan pada kinerja okupasional, dengan menggunakan aktivitas bermakna (okupasi) untuk mengoptimalkan kemandirian individu pada area aktivitas kehidupan sehari-hari, produktivitas dan pemanfaatan waktu luang (Kemenkes, 2014).

Pelayanan Ortotik-Prostetik adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Ortotis Prostetis dalam hal alat bantu kesehatan berupa ortosis maupun Prostesis untuk kesehatan fisik dan psikis berdasarkan ilmu pengetahuan dan teknologi untuk meningkatkan derajat kesehatan individu, kelompok, dan masyarakat yang diakibatkan oleh adanya gangguan fungsi anggota tubuh dan trunk (batang tubuh) serta hilangnya bagian anggota

gerak tubuh yang dapat mengakibatkan gangguan/kelainan anatomis, fisiologis, psikologis, dan sosiologis (Kemenkes, 2015).

Pelayanan Psikologi Klinis adalah kegiatan yang dilakukan oleh psikolog dalam memberikan jasa dan praktik kepada masyarakat dalam pemecahan masalah psikologis yang bersifat individual maupun kelompok dengan menerapkan prinsip psikodiagnostik. Termasuk dalam pengertian praktik psikologi tersebut adalah terapan prinsip psikologi yang berkaitan dengan melakukan kegiatan diagnosis, prognosis, konseling, dan psikoterapi (Kemenkes, 2008).

Pelayanan Sosial Medik adalah pelayanan sosial yang membantu pasien dan keluarga mencapai kualitas hidup yang lebih baik dan meningkatkan fungsi dalam komunitas, membantu mengembangkan kemampuannya untuk beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi akibat disabilitas dan kondisi medis, serta membuat perubahan lingkungan jika diperlukan (Kemenkes, 2008).

2.3.2 Pilihan model tim dalam pelayanan rehabilitasi medik

Dari sebagian besar kepustakaan menyimpulkan bahwa model interdisipliner adalah model yang paling efektif karena memungkinkan pendekatan pelayanan rehabilitasi yang kolaboratif, holistik, dan berpusat pada pasien. Kompromi dengan adanya sedikit tumpang tindih atau kaburnya batasan antara peran profesional dalam tim dapat memfasilitasi transfer informasi yang lebih cepat, intervensi lebih awal, dan telah terbukti mempercepat waktu pemulihan pasien (Singh, 2018).

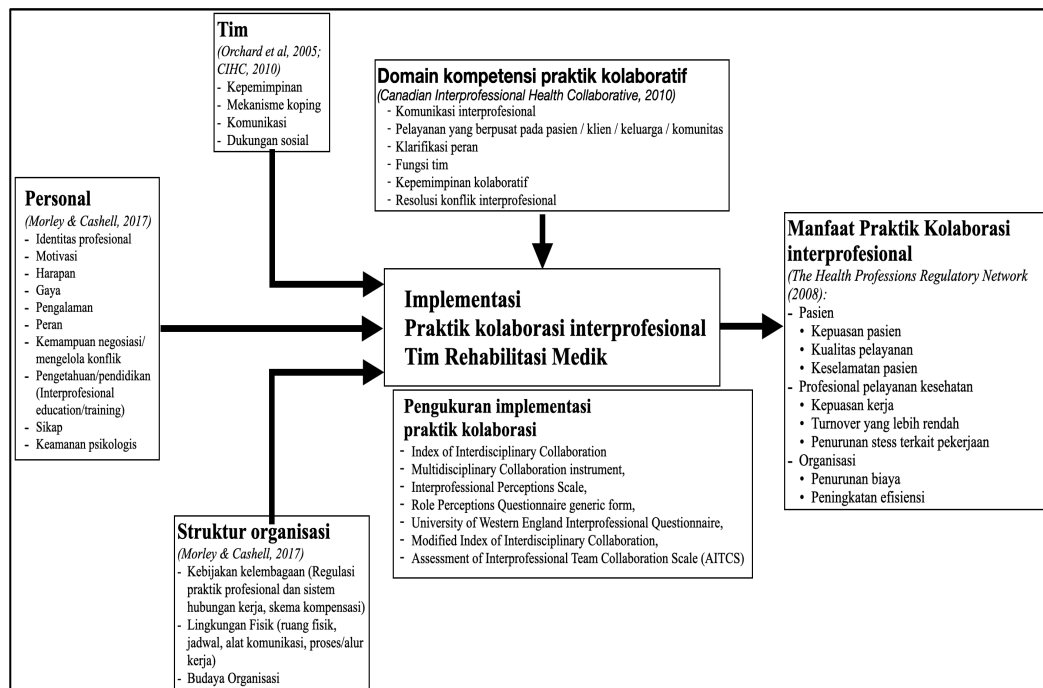
Hasil fungsional yang lebih baik, dan bahkan kelangsungan hidup yang lebih baik, dapat dicapai dengan kerja tim interdisipliner. Bukti paling kuat didapatkan pada pelayanan pasien stroke, sebagaimana yang didokumentasikan dengan baik dalam laporan Cochrane. Kerja tim interdisipliner menjadi elemen inti dari pelayanan stroke yang berkualitas. Studi juga menunjukkan manfaat dari model kerjasama tim ini dalam pelayanan kasus cedera otak traumatis, patah tulang pinggul, rehabilitasi paru, kesehatan mental, nyeri muskuloskeletal, nyeri kronis dan nyeri punggung bawah (Singh, 2018).

Disiplin apapun yang menjadi pemimpin tim, tim interdisipliner yang sukses membutuhkan kepemimpinan yang terampil. Seorang pemimpin perlu memiliki keterampilan mendengarkan dan memecahkan masalah yang baik, gaya manajemen yang proaktif dan bersedia untuk berkompromi (Pethybridge, 2004). Penting untuk menghargai, menerima atau bahkan menghormati perbedaan individu. Dengan menggunakan strategi kolaboratif, kesepakatan akhir seharusnya dapat dicapai (Loisel, 2005). Tim belajar dari waktu ke waktu, dan tim yang sukses biasanya bekerja bersama selama beberapa waktu (Singh, 2018).

2.4 Kerangka Teori dan Kerangka Konsep

2.4.1 Kerangka Teori

Berdasarkan studi pustaka yang telah dipaparkan sebelumnya, maka kerangka teori yang digunakan peneliti adalah sebagai berikut:

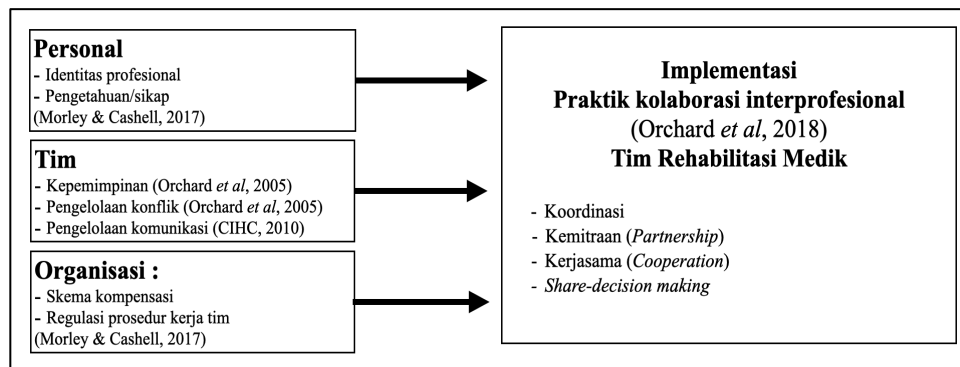


Gambar 5. Kerangka Teori

Implementasi praktik kolaborasi interprofesional tim rehabilitasi medik dipengaruhi oleh 3 faktor utama yaitu faktor personal, faktor tim, dan faktor organisasi. Penerapan praktik kolaborasi interprofesional dapat diukur dengan beberapa alat ukur yang telah tersedia, salah satunya adalah Aseesment of Interprofessional team collaboration (AITCS) yang dikembangkan oleh Orchard yang akan digunakan dalam penelitian ini. Penerapan praktik kolaborasi dapat memberikan manfaat baik kepada pasien, profesional pemberi asuhan, maupun organisasi pemberi pelayanan.

2.4.2 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori, maka kerangka konsep yang digunakan peneliti adalah sebagai berikut :



Gambar 6. Kerangka Konsep

Implementasi praktik kolaborasi interprofesional dalam tim rehabilitasi medik di rumah sakit pada penelitian ini diukur menggunakan Assessment of Interprofessional team collaboration (AITCS) yang dikembangkan oleh Orchard, yang menilai 4 domain, yaitu koordinasi, kemitraan, kerjasama, dan pengambilan keputusan bersama. Faktor personal yang akan digali lebih lanjut dalam penelitian adalah terkait identitas profesional dan pengetahuan atau sikap personal profesi kesehatan dalam tim rehabilitasi medik. Sedangkan untuk faktor tim adalah kepemimpinan, pengelolaan konflik, dan pengelolaan komunikasi. Kemudian untuk faktor organisasi adalah skema kompensasi dan regulasi proses kerja tim.

2.5 Definisi Operasional

Tabel 5. Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Teori	Definisi Konsep	Alat Ukur	Kriteria
1.	Implementasi praktik <i>Interprofesional Collaboration</i>	Kemitraan (<i>partnership</i>) diantara tim profesional pemberi asuhan dan klien dalam pendekatan partisipasi, kolaborasi, dan koordinasi untuk pengambilan keputusan bersama terkait masalah kesehatan dan sosial (Orchard et al., 2012)	Pelaksanaan kemitraan (<i>partnership</i>) diantara profesional pemberi asuhan dan pasien dalam pendekatan partisipasi, kolaborasi, dan koordinasi untuk pengambilan keputusan bersama terkait pemberian pelayanan kesehatan dengan sesuai dengan kebutuhan pasien dan keluarga	<i>Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale</i> (AITCS) -II, 23 butir pernyataan tersebut terdiri 8 butir terkait kemitraan, 8 butir terkait kerjasama, dan 7 butir terkait koordinasi	skala Likert 5 poin (5 = selalu, 4 = sebagian besar waktu, 3 = kadang-kadang, 2 = jarang, dan 1 = tidak pernah)
2.	Skor total kuesioner <i>Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale</i> (AITCS)-II	Skor keseluruhan yang diperoleh dari kuesioner AITCS-II yang terdiri dari 3 elemen, yakni koordinasi, kerjasama dan kemitraan. Hal tersebut dapat merepresentasikan implementasi IPC	Skor yang diperoleh dari kuesioner AITCS-II yang merepresentasikan implementasi praktik Interprofessional Collaboration (IPC) dalam tim rehabilitasi medik di Rumah Sakit Rujukan Nasional Indonesia	Kuesioner <i>Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale</i> (AITCS) -II	Numerik Nilai maksimal : 115

Bersambung

Sambungan Tabel Definisi Operasional inisi Konsep				Alat Ukur	Kriteria
No.	Variabel	Definisi Teori	Definisi Konsep	Alat Ukur	Kriteria
3.	Tim Rehabilitasi medik	Profesional pemberi asuhan yang berkerja sama secara terpadu yang terdiri dari dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi, perawat rehabilitasi medik, fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara, ortotis-protetis, dan psikologi klinis (KMK 378 2008)	Profesional pemberi asuhan yang berkerja sama secara terpadu yang terdiri dari dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi, fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara, ortotis-protetis, dan psikologi klinis	Wawancara	Data SDM dalam tim rehabilitasi medik
4.	Rumah Sakit Rujukan Nasional	Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/390/2014 tentang Pedoman Penetapan Rumah Sakit Rujukan Nasional, ditetapkan 14 Rumah Sakit Rujukan Nasional di Indonesia.	Pada penelitian ini hanya 9 (Sembilan) Rumah Sakit Rujukan Nasional yang dipilih karena syarat ketersediaan dan jumlah jenis profesi kesehatan tim rehabilitasi medic, yakni minimal 2 orang pada masing0masing jenis profesi.		Nominal <ul style="list-style-type: none"> • RSUP dr. Hoesin - Palembang • RSUP H. Adam Malik - Medan • RSUP dr. Cipto Mangunkusumo - Jakarta • RSUP dr. Hasan Sadikin -Bandung • RSUD dr. Soetomo - Surabaya • RSUP dr. Kariadi - Semarang • RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo - Makassar • RSUP dr. Sardjito – Yogyakarta • RSUP Prof. R. D. Kandou – Manado

No.	Variabel	Definisi Teori	Definisi Konsep	Alat Ukur	Kriteria
Sambungan Tabel Definisi Operasional					

No.	Variabel	Definisi Teori	Definisi Konsep	Alat Ukur	Bersambung
5.	Profesi	Profesi sampel penelitian saat dilakukan pengambilan data	Profesi sampel penelitian saat dilakukan pengambilan data dilihat dari identitas pada saat mengisi kuesioner AITCS-II		Nominal <ul style="list-style-type: none"> • Dokter Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi • Fisioterapis • Ortotis Prostetis • Terapis Okupasi • Terapis Wicara
6.	Jenis kelamin	Klasifikasi manusia secara umum menurut perbedaan biologis, dibagi menjadi laki-laki dan perempuan.	Jenis kelamin sampel penelitian saat dilakukan pengambilan data dilihat dari identitas pada saat mengisi kuesioner AITCS-II		Nominal <ul style="list-style-type: none"> • Laki-laki • Perempuan
7.	Umur	Usia sampel penelitian saat dilakukan pengambilan data	Usia sampel penelitian saat dilakukan pengambilan data dilihat dari identitas pada saat mengisi kuesioner AITCS-II		Nominal <ul style="list-style-type: none"> • 25-35 tahun • 36-45 tahun • 46-55 tahun • 56-65 tahun
8.	Lama bekerja	Waktu yang dihabiskan untuk bekerja sejak mendapat surat izin praktik hingga saat dilakukan pengambilan data	Waktu yang dihabiskan sampel penelitian untuk bekerja sesuai profesi masing-masing sejak mendapat surat izin praktik hingga saat dilakukan pengambilan data dilihat dari identitas pada saat mengisi kuesioner AITCS-II		Nominal <ul style="list-style-type: none"> • 0-10 tahun • 11-20 tahun • 21-30 tahun • >30 tahun

No.	Variabel	Definisi Teori	Definisi Konsep	Alat Ukur	Kriteria

Sambungan Tabel Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Teori	Definisi Konsep	Alat Ukur	Bersambung
9.	Lama bekerja dalam Tim	Waktu yang dihabiskan untuk bekerja dalam tim rehabilitasi medik di Rumah Sakit Rujukan Nasional	Waktu yang dihabiskan untuk bekerja dalam tim rehabilitasi medik di Rumah Sakit Rujukan Nasional sesuai tempat bekerja dan profesi masing-masing saat dilakukan pengambilan data dilihat dari identitas pada saat mengisi kuesioner AITCS-II		Nominal <ul style="list-style-type: none"> • 0-10 tahun • 11-20 tahun • 21-30 tahun • >30 tahun
10.	Tingkat Pendidikan	Jenjang pendidikan terakhir sampel penelitian	Jenjang pendidikan terakhir sampel penelitian saat dilakukan pengambilan data dilihat dari identitas pada saat mengisi kuesioner AITCS-II		Nominal <ul style="list-style-type: none"> • Diploma • Profesi • Spesialis • Sub spesialis
11	Faktor Personal	Faktor individu adalah pengetahuan, sikap dan perilaku yang ada pada seorang profesional pemberi asuhan di dalam situasi kerja	Dalam penelitian ini Faktor individu dari anggota tim rehabilitasi medik yang meliputi identitas profesional, pengetahuan, dan sikap (perspektif) dalam pelayanan rehabilitasi medik di rumah sakit	wawancara	kualitatif
12.	Faktor Tim	Faktor tim adalah faktor-faktor terkait proses interaksi antar anggota dalam tim yang meliputi	Dalam penelitian ini faktor tim adalah faktor dalam tim terkait bagaimana tim mengelola komunikasi,	Wawancara	kualitatif

Sambungan Tabel Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Teori	Definisi Konsep	Alat Ukur	Kriteria
		komunikasi, kepemimpinan, pengelolaan konflik (coping), dan dukungan sosial.	kepemimpinan, dan mengelola konflik		
	Variabel	Definisi Teori	Definisi Konsep	Alat Ukur	Kriteria
13.	Faktor organisasi	Faktor organisasi adalah faktor organisasi administratif dan proses pengambilan keputusan yang diadopsi dalam suatu lembaga untuk mencapai mandat yang diberikan oleh tingkat otoritas (orchard, 2005). Faktor Lingkungan fisik tempat tim interdisipliner bekerja dapat mempengaruhi derajat dan sifat interaksi kolaboratif (Morley & Cashell, 2017)	Dalam penelitian ini, faktor organisasi didefinisikan sebagai kebijakan (regulasi) rumah sakit dalam pengaturan sistem kerja, dan skema kompensasi, serta bentuk lingkungan fisik tempat tim rehabilitasi medik bekerja	Wawancara Observasi	Kualitatif a) Lingkungan Fisik tempat kerja b) Dokumen regulasi