

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PELAKSANAAN
KOLABORASI INTERPROFESIONAL DI RUMAH SAKIT**

*FACTORS INFLUENCE THE IMPLEMENTATION OF
INTERPROFESSIONAL COLLABORATION IN HOSPITAL*

IRAWATY DJAHARUDDIN

C012212005



**PROGRAM MAGISTER ILMU PENDIDIKAN KEDOKTERAN
DAN KESEHATAN UNIVERSITAS HASANUDDIN**

MAKASSAR

2023

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PELAKSANAAN
KOLABORASI INTERPROFESIONAL DI RUMAH SAKIT**

TESIS

sebagai salah satu syarat mencapai gelar magister

Program Studi Magister Ilmu Pendidikan Kedokteran dan
Kesehatan

Disusun dan diajukan oleh

IRAWATY DJAHARUDDIN

C012212005

kepada

**PROGRAM MAGISTER ILMU PENDIDIKAN KEDOKTERAN
DAN KESEHATAN UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

TESIS

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PELAKSANAAN KOLABORASI
INTERPROFESIONAL DI RUMAH SAKIT**

DISUSUN DAN DIAJUKAN OLEH:


IRAWATY DJAHARUDDIN
C012212005

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka penyelesaian studi
Program Magister Ilmu Pendidikan Kedokteran dan Kesehatan Departemen Pendidikan
Kedokteran Universitas Hasanuddin pada tanggal 14 Juli 2023

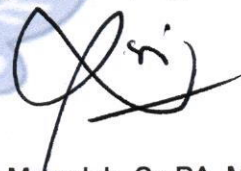
Dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui


Pembimbing Utama,


Prof. dr. Irawan Yusuf, Ph. D.
NIP. 195702111986011001


Pembimbing Pendamping,


Dr. dr. Rina Masadah, Sp.PA., M.Phil. DFM
NIP. 196704291992022002

Plt. Ketua Program Studi
Magister Ilmu Pendidikan
Kedokteran dan Kesehatan,


dr. Firdaus Hamid, Ph.D. Sp.MK(K)
NIP. 19771231 200212 1 002

Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin,


Prof. Dr. dr. Haerani Rasyid, M.Kes, Sp.PD-KGH, Sp.GK
NIP. 19680530 199603 2 001

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS DAN PELIMPAHAN HAK CIPTA

Dengan ini saya menyatakan bahwa, tesis berjudul "Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Kolaborasi Interprofesional di Rumah Sakit" adalah benar karya saya dengan arahan dari komisi pembimbing (Prof. Dr.dr. Irawan Yusuf, PhD dan Dr.dr. Rina Masadah, SpPA (K), MPhil DFM). Karya ilmiah ini belum diajukan dan tidak sedang diajukan dalam bentuk apa pun kepada perguruan tinggi mana pun. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan maupun tidak diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam teks dan dicantumkan dalam Daftar Pustaka tesis ini. Sebagian dari isi tesis ini telah dipublikasikan sebagai artikel dengan judul "Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Kolaborasi Interprofesional di Rumah Sakit".

Dengan ini saya melimpahkan hak cipta dari karya tulis saya berupa tesis ini kepada Universitas Hasanuddin.

Makassar, Juli 2023



Irawaty Djaharuddin
C012212005

KATA PENGANTAR

Bismillahiraahmanirrahim
Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Segala puji syukur kepada Allah Subhanahu Wa Ta'ala sebagai ungkapan rasa syukur atas berkat Rahmat dan Hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan penelitian dan penyusunan tesis yang berjudul "**Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Kolaborasi Interprofesional di Rumah Sakit**". Penulisan tesis ini merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan Program Studi Magister Ilmu Pendidikan Kedokteran dan Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.

Perjalanan waktu telah memberikan pengalaman berharga dan mengukir sejumlah suka dan duka yang turut mewarnai rangkaian proses penyusunan tesis ini. Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, maka penyusunan dan penulisan tesis ini dapat diselesaikan. Oleh karena itu penulis menghaturkan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. **Prof. dr. Irawan Yusuf, PhD.**, sebagai pembimbing utama yang telah menyediakan waktu, tenaga, pikiran, serta memberikan arahan dan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan penulisan dan penyusunan tesis ini.
2. **Dr. dr. Rina Masadah, Sp.PA,M.Phil,DFM.**, sebagai pembimbing pendamping yang juga telah menyediakan waktu, tenaga, pikiran, serta memberikan arahan dan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
3. **dr. Irwin Aras, M.Epid, M.Med.Ed.**, sebagai pembimbing konten yang telah memberikan segala arahan dan masukan dalam proses penyusunan dan penelitian ini.
4. Penghargaan dan ucapan terima kasih yang tidak terhingga kepada **Prof. Dr. dr. Haerani Rasyid, M.Kes, Sp.PD-KGH, Sp.GK, Dr. dr. Irfan Idris, M.Kes., Dr. dr. Berti Julian Nelwan, DEFM.,M.Kes.**, sebagai Tim Penguji yang telah memberikan saran, masukan dan koreksi demi kesempurnaan penelitian dan penyusunan tesis ini.

Perkenankan pula penulis haturkan ucapan terima kasih yang setinggi tingginya kepada :

1. **Prof. Dr. Jamaluddin Jompa, MSc**, selaku Rektor Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di Universitas Hasanuddin.
2. **Prof Dr. dr. Haerani Rasyid, M.Kes, Sp.PD-KGH, Sp.GK**, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
3. **dr. Firdaus Hamid, Ph.D, Sp.MK(K)**, sebagai Plt. Ketua Program Studi Magister Ilmu Pendidikan Kedokteran dan Kesehatan, yang turut membantu memberikan masukan dan arahan dalam proses pendidikan.
4. Penghargaan dan ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada seluruh staf pengajar dan staf administrasi Program Studi Magister Ilmu Pendidikan Kedokteran dan Kesehatan atas segala bimbingan dan arahan yang sangat berguna selama penulis menjalani pendidikan.
5. Rasa syukur dan penghargaan penulis haturkan kepada suami, **Dr. dr. Muzzakir Amir, Sp.JP(K), FIHA**, ketiga anak **Muh. Zaki Rahmani, Zalfa Radhyani,**

Zalika Rafyani, Ayahanda dan Ibunda (Almh.), serta keluarga besar yang telah memberikan dukungan doa dan moral dalam penyelesaian penelitian ini.

6. Seluruh Staf/Konsulen di Departemen Pulmonologi dan Kedokteran Respirasi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
7. Rekan-rekan mahasiswa Program Studi Magister Ilmu Pendidikan Kedokteran dan Kesehatan Angkatan pertama, atas segala kerjasama dan kekompakan, dukungan moral selama menjalani pendidikan.
8. Direktur RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo, Makassar beserta jajarannya yang telah memberikan dukungan selama proses pendidikan dan penelitian.
9. Semua responden dari tenaga kesehatan yang berpartisipasi dan membantu dalam pelaksanaan penelitian ini.
10. Semua pihak yang telah ikut membantu dalam kelancaran penelitian dan proses pendidikan yang namanya tidak bisa kami sebutkan satu per satu.

Akhir kata semoga Allah SWT selalu melimpahkan karunia-Nya kepada kita semua dan semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi semua pihak dan perkembangan ilmu pengetahuan.

Makassar, Agustus 2023

Penulis



Irawaty Djaharuddin

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Pernyataan Pengajuan	ii
Halaman pengesahan	iii
Pernyataan Keaslian Tesis.....	iv
Ucapan Terima	v
Abstrak.....	vi
Abstract	vii
Daftar Isi	viii
Daftar tabel	x
Daftar gambar	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
3.4 Latar Belakang	1
3.5 Rumusan Masalah	2
3.6 Tujuan Penelitian.....	3
3.7 Manfaat Penelitian	3
3.8 Keaslian Penelitian	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Telaah Pustaka	6
2.1.1 Sistem Kesehatan dan Sistem Pendidikan	7
2.1.2 Pengertian <i>Interprofesional Education (IPE)</i>	8
2.1.3 Tujuan dan Manfaat IPE	8
2.1.4 Domain Pendidikan IPE.....	9
2.1.5 Faktor yang Mempengaruhi Kolaborasi Interprofesi	14
2.1.6 Pengertian Persepsi	15
2.1.7 Teori Kirkpatrick	16
2.2 Kerangka Teori	19
2.3 Kerangka Konsep.....	20
2.4 Hipotesis	21
2.5 Definisi Operasional	22
BAB III METODE PENELITIAN.....	24
3.1 Jenis Penelitian.....	24
3.2 Tempat dan waktu penelitian	24
3.3 Subjek Penelitian	24
3.4 Identifikasi Penelitian	25

3.5 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	25
3.6 Instrumen Penelitian	26
3.7 Cara Analisis Data	26
3.8 Etik Penelitian	26
3.9 Alur Penelitian	28
3.10 Rencana Kerja	29
BAB IV HASIL PENELITIAN	30
BAB V PEMBAHASAN	38
BAB VI PENUTUP	58
DAFTAR PUSTAKA	59
LAMPIRAN	65

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Keaslian Penelitian	4
Tabel 2. Definisi Operasional	22
Tabel 3. Definisi dan Kriteria Objektif	25
Tabel 4. Gen Chart	29
Tabel 5. Karakteristik Responden Penelitian	30
Tabel 6. Hasil Analisis Kuesioner CPAT	31
Tabel 7. Hubungan Subskala CPAT dengan Jenis kelamin, lama kerja, dan usia	32
Tabel 8. Analisa Pertanyaan Dominan.....	34
Tabel 9. Hasil Data Kuantitatif dan Kualitatif	43

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Sistem Kesehatan dan Sistem Pendidikan	7
Gambar 2. Kompetensi Profesional	9
Gambar 3. Faktor yang Mempengaruhi Kolaborasi Interprofesional	15
Gambar 4. Evaluasi Model Kirkpatric.....	17
Gambar 5. Bagan Kerangka Teori	19
Gambar 6. Bagan Kerangka Konsep	20
Gambar 7. Alur Penelitian.....	28

ABSTRAK

Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Kolaborasi Interprofesional di Rumah Sakit (dibimbing oleh Prof. Dr.dr. Irawan Yusuf, PhD sebagai pembimbing utama dan Dr.dr. Rina Masadah, SpPA (K), MPhil DFM).

Pelayanan kesehatan di era global saat ini menuntut tenaga kesehatan untuk memberikan layanan yang bermutu. Pelayanan yang bermutu dapat diperoleh dari kolaborasi yang baik antar profesi seperti dokter, perawat, dan apoteker dalam kerjasama tim. Upaya dalam mewujudkan kolaborasi yang efektif antar profesi perlu diadakannya praktik kolaborasi dengan menggunakan sistem kolaborasi interprofesi. Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan kolaborasi interprofesi pada tenaga kesehatan di rumah sakit. Penelitian ini menggunakan metode campuran yaitu data kuantitatif dan kualitatif. Data kuantitatif didapat dari kuesioner CPAT yang diberikan kepada subjek penelitian yaitu 152 profesi kesehatan diantaranya Gizi, perawat, dokter, farmasi, rehabilitasi medik. Data kualitatif didapat dari FGD. Hasil penelitian berdasarkan karakteristik jenis kelamin yang dominan adalah perempuan yaitu 121 responden (79,6%), jenis profesi yang terbanyak adalah perawat 50 subjek (32,9%), dan durasi lama kerja yaitu > 10 tahun sebanyak 81 subjek (55,1%). Hasil analisis berdasarkan CPAT menunjukkan bahwa hubungan antar anggota tim, hubungan dalam kerja sama tim, dan kepemimpinan memiliki nilai yang bermakna yaitu ($p < 0.05$) terhadap kolaborasi interprofesi. Praktik kolaborasi perlu diterapkan pada setiap profesi kesehatan bersama dalam memberikan pelayanan terbaik kepada pasien di rumah sakit.

Kata kunci: Praktik kolaborasi interprofesi, CPAT, desain metode campuran, forum kelompok diskusi.

ABSTRACT

Health services in the current global era require health workers to provide quality services. Good collaboration between professions such as doctors, nurses, and pharmacists can result in quality services. Efforts to realize effective collaboration between professions require collaborative practices using an interprofessional collaboration system. The purpose of this study was to determine the factors that influence the implementation of interprofessional collaboration among health workers in hospitals. This study uses mixed methods, namely quantitative and qualitative data. Quantitative data were obtained from the CPAT questionnaire given to research subjects, namely 152 health professionals, including nutritionists, nurses, doctors, pharmacists, and medical rehabilitation specialists. Qualitative data obtained from FGD. The results of the study based on the characteristics of the dominant sex were women, namely 121 respondents (79.6%), the most types of profession were nurses, 50 subjects (32.9%), and duration of work, namely > 10 years, 81 subjects (55.1%). The results of the analysis based on CPAT show that the relationships between team members, relationships in teamwork, and leadership have significant values ($p < 0.05$) for interprofessional collaboration. Collaborative practices need to be applied to every health profession to provide the best service to patients in hospital.

Keywords: Interprofessional collaborative practice, CPAT, mixed methods design, focus group discussion.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang masih terfragmentasi masih menjadi permasalahan global dalam pembangunan kesehatan di hampir semua negara. Hal tersebut berakibat pada tidak terpenuhinya kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang bersifat holistik. Selain itu, tenaga kesehatan dituntut memberikan pelayanan kesehatan secara paripurna dan berorientasi kepada pasien (*patient centered*) sebagai imbas permasalahan kesehatan yang semakin kompleks (WHO, 2010).

Pelayanan kesehatan di era global saat ini menuntut tenaga kesehatan untuk memberikan layanan bermutu. Pelayanan bermutu dapat diperoleh dari kolaborasi yang baik antar profesi seperti dokter, perawat, dan apoteker dalam kerjasama tim (Keith, 2008). Salah satu upaya mewujudkan kolaborasi efektif antar profesi yaitu perlu diadakannya praktik kolaborasi sejak dini melalui proses pembelajaran dengan menggunakan sistem kolaborasi interprofesi (*interprofessional collaboration, IPC*) (WHO, 2010).

Kolaborasi interprofesi merupakan kemitraan antar tenaga kesehatan yang memiliki latar belakang profesi berbeda dan saling bekerja sama untuk memecahkan masalah kesehatan dan menyediakan pelayanan kesehatan serta mencapai tujuan bersama (Morgan 2015). Kolaborasi interprofesi terjadi ketika berbagai profesional medis bekerja dengan keluarga, pasien dan komunitas untuk memberikan perawatan komprehensif dan berkualitas tinggi. Kolaborasi interprofesi digunakan untuk mencapai tujuan dan memberi manfaat bersama bagi semua yang terlibat. Tenaga kesehatan harus melakukan praktik kolaboratif yang baik dan tidak menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara terpisah. Hal ini bertujuan agar keselamatan pasien di rumah sakit lebih terjaga (Green and Johnson, 2015).

Belum efektifnya kolaborasi interprofesi dilaporkan masih terjadi di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan. Sikap dari individu / personal membangun komunikasi yang tidak efektif, stereotip, serta dominasi salah satu profesi (pemimpin) menjadi indikator belum terlaksananya kemitraan yang setara pada profesional kesehatan. Hal ini bisa berakibat buruk pada pasien, sehingga perlu segera diatasi. Penelitian yang dilakukan di Canada menjelaskan bahwa

kerjasama antar dokter dan apoteker dalam penilaian profesi dapat meningkatkan kesehatan dan pengobatan pasien. Namun, mereka memiliki persepsi yang berbeda tentang pembagian peran dalam kerjasama sesuai sistem yang berlaku di rumah sakit. Kolaborasi interprofesi diperlukan agar tidak terjadi kesalahan dan dapat terjalin hubungan kerjasama yang baik (Bollen *et al.*, 2018). Faktor yang dapat mempengaruhi pelaksanaan kolaborasi interprofesi yaitu hubungan antar anggota yang tentu saja dibangun oleh komunikasi yang baik, merupakan hal penting yang harus dilaksanakan dalam penyelenggaraan proses penyampaian informasi antar tenaga kesehatan dalam hal kerja sama ataupun kolaborasi, latar belakang tingkat pendidikan yang berbeda antar tenaga kesehatan, serta keterbatasan pemahaman tentang peran masing-masing profesi (Lucyda, 2019).

Sebuah penelitian menunjukkan belum terlaksananya kerjasama interprofesi dan kerjasama tradisional masih dilaksanakan dengan asumsi bahwa dokter sebagai pemimpin (*leader*) dan pelaksananya adalah apoteker, perawat dan bidan. Salah satu penghambat dalam pelaksanaan kolaborasi antar tenaga kesehatan adalah kurangnya komunikasi antar profesi, yaitu dokter, perawat, dan apoteker yang berujung pada kesalahan dalam meracik obat kepada pasien, serta sikap / karakter masing-masing personal tenaga kesehatan yang juga berkontribusi dalam pelaksanaan praktik kolaborasi interprofesi hal ini tentu saja dapat menimbulkan berbagai hambatan dalam kerja sama tim di lingkungan rumah sakit. (Fatalina, 2015)

Setiap tenaga kesehatan memiliki peran, kompetensi dan pemahaman berbeda dalam menjalankan tugasnya di bidang pelayanan kesehatan. Batas peran yang tidak jelas antar profesi kesehatan mempersulit kolaborasi interprofesi. Hal ini tentu saja akan berkontribusi terhadap komunikasi dan kolaborasi antar profesi tenaga kesehatan sehingga dapat berpengaruh terhadap kualitas pelayanan di rumah sakit. Berdasarkan pemaparan di atas, penting dilakukan penelitian tentang berbagai faktor yang mempengaruhi kolaborasi interprofesi di rumah sakit.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, dapat disusun rumusan masalah yaitu apa saja faktor yang berpengaruh terhadap pelaksanaan praktik kolaborasi interprofesi pada tenaga kesehatan di rumah sakit?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan kolaborasi interprofesi pada tenaga kesehatan di rumah sakit.

1.3.2 Tujuan khusus

1.3.2.1 Menganalisis pengaruh faktor individu / personal (hubungan antar anggota tim, hambatan dalam tim kolaborasi, hubungan tim dengan masyarakat) terhadap praktik kolaborasi interprofesi pada tenaga kesehatan di rumah sakit.

1.3.2.2 Menganalisis pengaruh faktor sistem / organisasi (koordinasi dan pembagian peran, misi, tujuan, dan sasaran, serta keterlibatan pasien) terhadap praktik kolaborasi interprofesi pada tenaga kesehatan di rumah sakit.

1.3.2.3 Menganalisis pengaruh faktor kepemimpinan (kepemimpinan, pembuat keputusan dan manajemen konflik) terhadap praktik kolaborasi interprofesi pada tenaga kesehatan di rumah sakit.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Memberikan gambaran faktor yang berpengaruh terhadap kolaborasi interprofesi pada tenaga kesehatan di rumah sakit.

1.4.2 Memperkaya referensi perumusan model implementasi kolaborasi interprofesi bagi rumah sakit.

1.4.3 Meningkatkan kolaborasi interprofesi antar tenaga kesehatan guna memperbaiki kualitas pelayanan kepada masyarakat.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian ini mempelajari studi terkait kolaborasi interprofesi tenaga kesehatan dengan *mixed method*. Sebelumnya terdapat beberapa penelitian terkait hal ini. Namun pada penelitian tersebut menggunakan metode kuantitatif yaitu data diperoleh hanya dari data kuesioner yang digunakan.

Tabel 1. Keaslian penelitian

No	Peneliti (tahun) dan sumber jurnal	Judul penelitian	Tujuan penelitian	Metode penelitian	Temuan
1	Rousseau C, et al. (2012)	<i>Measuring the quality of interprofessional collaboration (IPC) in childmental health collaborative care</i>	96 perawat profesional yang bekerja dengan anak-anak dan remaja	Survei melalui internet	Model skala persepsi kolaborasi interprofesi (PINCOM-Q) dan modifikasi skala bersama pada pengambilan keputusan (ECD-P). Memiliki konsistensi internal yang sangat baik dan mereka cukup berkorelasi.
2	Patima et al. (2020)	<i>Determinant factors of IPC in Labuang Baji General Hospital</i>	Menganalisa faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan kolaborasi interprofesi di Labuang Baji	Desain potong-lintang dengan <i>data collection</i> . Analisis data dengan distribusi analisis univariat	Komunikasi efektif dengan tenaga kesehatan lain pada pelaksanaan IPC memberikan efektifitas pelayanan tenaga kesehatan di RS Labuang Baji.
3	BollenA, et al. (2018)	<i>Factors influencing IPC between community pharmacist and general practitioners - A systematic review</i>	Mengidentifikasi faktor yang berpengaruh terhadap IPC antara dokter umum danfarmasi komunitas	<i>Systematic review</i> dan Meta Analisis PRISMA digunakan sebagai panduan	Pengalaman kolaborasi dengantenaga kesehatan lain memberikan pemahaman yang lebih besar tentang kemampuan masing-masing dan peran potensioal dalam memberikan pelayanan kesehatan.
4	Mulvale G, et al. (2016)	<i>Gearing up to improve IPC in primary care: A systematic review and conceptual framework</i>	Mengidentifikasi studi yang menunjukkan hubungan antara faktor yang disarankan dan proses kolaboratif dalam IPC Teams (IPCT)	<i>Systematic review</i>	IPCT memiliki peluang untuk meningkatkan kolaborasi terlepas dari konteks organisasi atau profesi masing-masing bidang.
5	Homeyer S, et al. (2018)	<i>Effects of interprofessional education (IPE) for medical and nursing students: enablers, barriers and expectations for optimizing future IPC - A qualitative study</i>	Mengeksplorasi bagaimana IPE harus dirancang dan diimplementasikan dalam program pelatihan medis dan keperawatan	<i>Qualitative Study</i> Menggunakan metode Delphi dan mengikutsertakan 25 orang ahli	Keterampilan dalam komunikasi interprofesi dan pemahaman peran akan menjadi syarat utama untuk meningkatkan perawatan kolaboratif yang berpusat pada pelayanan pasien

6	Sue Bookey, et al. (2016)	<i>A review of instrument to measure IPC for chronic disease management for community-living older adults</i>	Melaporkan analisis konsep kolaborasi interprofesi dalam konteks manajemen penyakit kronis bagi orang dewasa yang tinggal di masyarakat	Konsep analisis	Penilaian Skala Kolaborasi Tim Interprofesi (AITCS), <i>Collaborative Practice Assessment Test</i> (CPAT), <i>Modified Index of Interdisciplinary Collaboration</i> (MIIC), Alat Penilaian Mandiri Kemitraan (PSAT), <i>Team Climate Inventory</i> (TCI)
7	Findyartini A, et al. (2019)	<i>IPC practice in primary healthcare settings in Indonesia: a mixed-methods study</i>	Mengidentifikasi persepsi tenaga kesehatan terhadap IPC dan mengeksplorasi tantangan dan hambatan yang terkait dengan nilai-nilai sosial budaya dan faktor lain yang berpotensi mempengaruhi implementasi IPC	<i>Mixed-methods</i> CPAT yang divalidasi 53 item dengan 8 subskala diberikan pada tahap kuantitatif dan FGD diselesaikan pada tahap berikutnya	Persepsi responden terhadap praktik IPC adalah positif. Ada perbedaan terkait latar belakang profesi, lama pengalaman kerja dan usia. Faktor-faktor di tingkat organisasi, kelompok dan individu berkontribusi dalam IPC pada pengaturan perawatan primer.
8	Soemantri D, et al. (2019)	<i>The supporting and inhibiting factors of IPC practice in a newly established teaching hospital</i>	Penelitian ini bertujuan untuk mengukur praktik IPC dan mengeksplorasi faktor-faktor yang terkait dengan penerapannya di rumah sakit pendidikan yang baru didirikan di Indonesia	Penelitian ini menggunakan <i>mixed-method</i> dan dilakukan di rumah sakit pendidikan Universitas Sebelas Maret, melibatkan 236 responden pada tahap kuantitatif (CPAT) dan 28 responden	Pentingnya IPC telah diakui di rumah sakit ini dengan faktor-faktor yang mempengaruhi seperti interaksi interpersonal/interprofesi dan kepemimpinan serta pedoman tertulis tentang pembagian peran di antara staf
9	Yusra YR, et al. (2019)	<i>Healthcare professionals' perceptions regarding IPC practice in Indonesia</i>	Mengevaluasi praktik IPC praktisi kesehatan di Indonesia menggunakan CPAT	<i>Cross-sectional study</i>	Studi ini menunjukkan bahwa perawat merasakan lebih banyak hambatan dalam mempraktikkan perawatan kolaborasi interprofesi daripada profesional lainnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

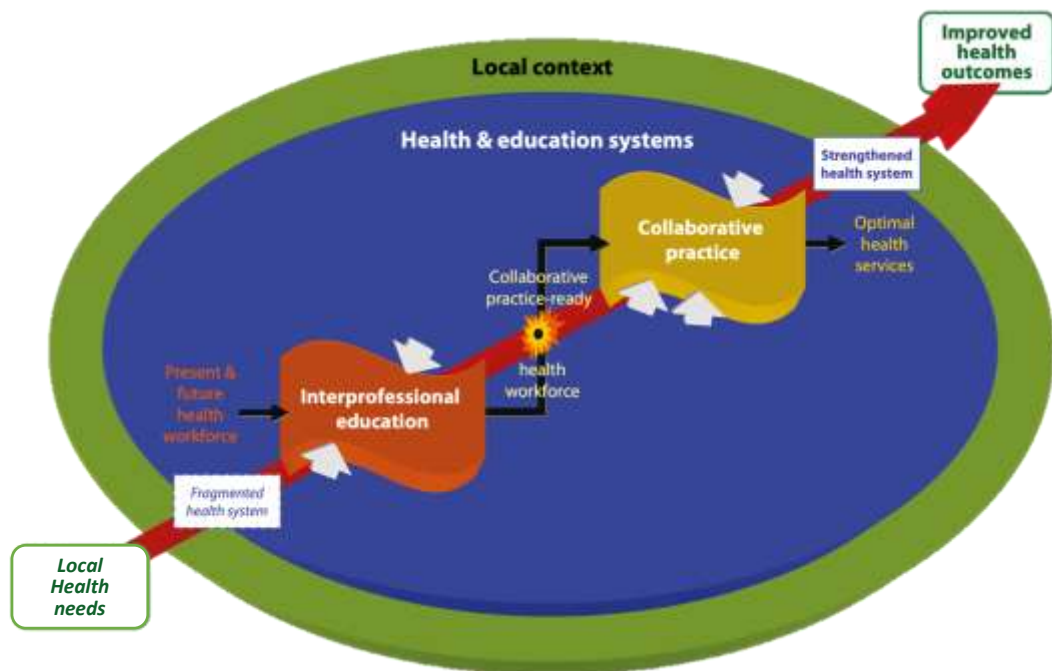
2.1 Telaah

Pustaka

2.1.1 Sistem Kesehatan dan Sistem Pendidikan

Sistem kesehatan dan sistem pendidikan tidak bisa berdiri sendiri. Sistem pendidikan akan memberikan input pada sistem kesehatan sebagai pengguna lulusan, kualitas tenaga kesehatan yang dihasilkan akan mempengaruhi baik tidaknya pelayanan kesehatan, sebaliknya sistem pendidikan akan dipengaruhi oleh sistem kesehatan. Sebagai contoh kurikulum akan sangat dipengaruhi oleh kebutuhan kesehatan masyarakat saat ini juga kompetensi lulusan harus disesuaikan dengan kebutuhan kesehatan dan kebijakan di bidang kesehatan saat ini (Ardinata, 2018).

Pemahaman konsep kolaborasi antar profesi memerlukan pemahaman konsep interprofesi. Interprofesionalitas adalah sebuah proses di mana beberapa profesi merencanakan, melaksanakan dan mengintegrasikan suatu jawaban atau respon yang kohesif terhadap kebutuhan atau tuntutan klien, keluarga atau masyarakat. Proses ini melibatkan interaksi yang kontinyu berupa tukar-menukar informasi dan pengetahuan yang diorganisasikan untuk memecahkan masalah bersama dengan melibatkan partisipasi pasien, keluarga dan masyarakat. Interprofesionalitas memerlukan perubahan paradigma karena memiliki karakteristik khusus seperti nilai, *code of conduct* dan cara bekerja yang spesifik antar profesi (D'Amour and Oandasan, 2005). Praktek kolaborasi dapat meningkatkan akses pelayanan kesehatan yang terkoordinir, meningkatkan penggunaan tenaga spesialis yang tepat, meningkatkan derajat kesehatan pasien dengan penyakit kronis, dan meningkatkan keamanan pasien. Praktek kolaboratif dapat menurunkan komplikasi pada pasien, lama rawat, konflik antar tim kesehatan, angka rawat di rumah sakit, kesalahan klinik atau malpraktek dan menurunkan angka kematian (WHO, 2010).



Gambar 1. Sistem kesehatan dan sistem pendidikan (WHO, 2010)

2.1.2 Pengertian Pendidikan Interprofesi

World Health Organization menyebutkan pendidikan interprofesi (*Interprofessional education, IPE*) adalah proses pendidikan yang melibatkan dua atau lebih jenis profesi. Pendidikan interprofesi bisa terjadi apabila beberapa mahasiswa dari berbagai profesi belajar tentang profesi lain, belajar bersama satu sama lain untuk menciptakan kolaborasi efektif dan pada akhirnya meningkatkan luaran kesehatan yang diinginkan yaitu mencapai tujuan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan jenis pelayanan kesehatan yang lain. Pendidikan interprofesi merupakan tahap yang penting dalam upaya mempersiapkan lulusan atau profesional kesehatan yang siap bekerja di dalam tim dan melakukan praktek kolaborasi efektif untuk merespon atau memecahkan masalah yang ada di masyarakat, sedangkan praktek kolaborasi terjadi apabila beberapa kategori profesional atau tenaga kesehatan bekerja bersama dengan pasien, keluarga dan masyarakat untuk memberikan pelayanan kesehatan dengan kualitas tinggi (WHO, 2010).

2.1.3 Tujuan dan Manfaat Pendidikan Interprofesi

Tujuan pendidikan interprofesi adalah praktik kolaborasi antar profesi, melibatkan berbagai profesi dalam pembelajaran tentang bagaimana bekerjasama dengan memberikan pengetahuan, keterampilan dan sikap yang diperlukan untuk berkolaborasi secara efektif. Implementasi pendidikan interprofesi di bidang kesehatan dilaksanakan kepada mahasiswa dengan tujuan untuk menanamkan kompetensi pinterprofesi sejak dini dengan retensi bertahap, sehingga ketika mahasiswa berada di lapangan diharapkan mampu mengutamakan keselamatan pasien dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bersama profesi kesehatan yang lain (Apriana, 2020).

Menurut *Center for the Advancement of Interprofessional Education* (CAIPE) mengemukakan prinsip-prinsip pendidikan interprofesi efektif, yang bertujuan menghasilkan tenaga kesehatan dengan kemampuan sebagai berikut:

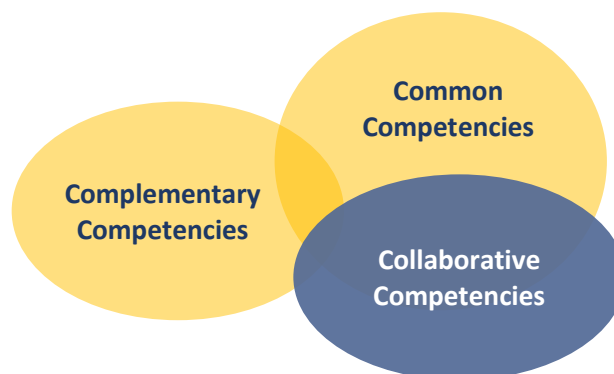
1. Bekerja untuk meningkatkan kualitas pelayanan
2. Berfokus pada kebutuhan pasien dan keluarga
3. Melibatkan pasien dan keluarga
4. Mempromosikan kolaborasi interprofesi
5. Mendorong profesi kesehatan untuk belajar dengan, dari dan tentang satu sama lain
6. Meningkatkan praktek masing-masing profesi
7. Pendidikan interprofesi membantu setiap profesi untuk meningkatkan kemampuan praktik profesinya masing-masing dan memahami bagaimana praktik yang dilengkapi oleh profesi lain
8. Menghormati integritas dan kontribusi masing-masing profesi, pendidikan interprofesi tidak mengancam identitas dan wilayah profesi lain. Dalam proses pendidikan interprofesi terjadi proses menghargai kontribusi khas masing-masing profesi dalam proses belajar, praktik, dan memperlakukan semua profesi secara setara
9. Meningkatkan tingkat kepuasan profesi.

Pendidikan interprofesi menumbuhkan sikap saling mendukung antara profesi, mendorong fleksibilitas dan memenuhi praktik kerja, tetapi juga menetapkan batas yang dibuat pada masing-masing profesi.

Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice, WHO (2010) menjelaskan pendidikan interprofesi berpotensi menghasilkan berbagai manfaat dalam beberapa aspek yaitu kerjasama tim meliputi mampu untuk menjadi pemimpin tim dan anggota tim, mengetahui hambatan untuk kerja sama tim; peran dan tanggung jawab meliputi pemahaman peran sendiri, tanggung jawab dan keahlian, dan orang-orang dari jenis petugas kesehatan lain; komunikasi meliputi mengekspresikan pendapat seseorang kompeten untuk rekan, mendengarkan anggota tim; belajar dan refleksi kritis meliputi cermin kritis pada hubungan sendiri dalam tim, mentransfer pendidikan interprofesi untuk pengaturan kerja; hubungan dengan pasien, dan mengakui kebutuhan pasien meliputi bekerja sama dalam kepentingan terbaik dari pasien, terlibat dengan pasien, keluarga mereka, penjaga dan masyarakat sebagai mitra dalam manajemen perawatan; praktik etis meliputi pemahaman pandangan stereotip dari petugas kesehatan lain yang dimiliki oleh diri dan orang lain, mengakui bahwa setiap tenaga kesehatan memiliki pandangan yang sama-sama sah dan penting (WHO, 2010). Ada beberapa keuntungan yang dapat diperoleh dari pendidikan interprofesi, yaitu membantu mempersiapkan mahasiswa pendidikan kesehatan untuk mampu terlibat dan berkontribusi aktif dalam memecahkan permasalahan, dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (HPEQ Project, 2011 & Barr, 2012).

2.1.4 Domain Pendidikan Interprofesi

Barr membedakan kompetensi profesi menjadi 3 bagian besar, yaitu kompetensi dasar, kompetensi masing-masing profesi dan kompetensi kolaborasi antar profesi (Barr, 1998).



Gambar 2. Kompetensi Profesional (Barr, 1998)

Kompetensi dasar yang harus dimiliki oleh semua tenaga kesehatan meliputi menggunakan teknologi informasi, memberikan pelayanan yang berfokus pada klien, melakukan praktik profesi berdasarkan bukti ilmiah dan hasil penelitian dan mempertahankan kualitas pelayanan (*International Occupational Medicine*, 2011). Kompetensi masing-masing profesi yang dideskripsikan dan ditentukan oleh setiap profesi misalnya dokter memiliki kompetensi spesifik yang membedakan profesi dokter dengan profesi lain seperti perawat, bidan, ahli gizi, ahli kesehatan lingkungan dan sebaliknya. Kompetensi ini akan merujuk pada peran, kewenangan dan lingkup praktik masing-masing profesi dan diatur oleh undang-undang yang berlaku (Baker P, 2010).

Kompetensi antar profesi atau kompetensi kolaboratif merupakan kompetensi yang juga penting dimiliki oleh semua tenaga kesehatan. Kompetensi inti kolaborasi antar profesi diperlukan sebagai landasan dalam membuat kurikulum pada berbagai pendidikan profesi yang terlibat, menentukan strategi pembelajaran dan evaluasi yang akan dilakukan (Baker P, 2010).

Ada 4 domain dalam kompetensi pendidikan/kolaborasi antar profesi, yaitu nilai/etik interprofesi, peran/tanggung jawab, komunikasi interprofesi dan kerjasama tim. Berikut akan dijelaskan domain-domin tersebut secara detail.

a. Domain 1: Nilai/etik kolaborasi antar profesi

Nilai antar profesi dan etik penting baik untuk profesi secara mandiri maupun dalam hubungannya dengan kolaborasi antar profesi. Nilai dan etik antar profesi meliputi pelayanan harus berfokus pada klien dengan orientasi komunitas, masing-masing profesi berbagi peran dan tanggung jawab untuk meningkatkan derajat kesehatan, semua profesi memiliki komitmen untuk dapat menciptakan pelayanan yang aman, efisien, dan efektif, pelayanan diberikan komprehensif dengan melibatkan klien dan keluarganya. Pernyataan umum kompetensi *value* dan etik antar profesi adalah bekerja bersama dengan profesi lain untuk mempertahankan iklim saling menghargai, berbagi nilai dan etik bersama. Pernyataan umum kompetensi tersebut terdiri dari kompetensi khusus berupa:

1. Menempatkan kebutuhan klien dan populasi sebagai pusat dari kolaborasi antar profesi untuk memberikan pelayanan kesehatan.
2. Menghargai martabat dan privasi klien dengan tetap mempertahankan kerahasiaan dalam memberikan pelayanan kesehatan berbasis tim.

3. Tetap memperhatikan perbedaan budaya dan perbedaan individu yang dimiliki oleh klien, populasi dan tim antar profesi.
4. Menghargai keunikan budaya, nilai, peran dan tanggung jawab, serta keahlian anggota tim antar profesi.
5. Bekerja bersama-sama dengan klien, anggota tim dan semua yang berkontribusi dalam pelayanan kesehatan.
6. Menciptakan hubungan saling percaya dengan klien, keluarga klien dan tim antar profesi.
7. Mendemonstrasikan sikap etik dan kualitas pelayanan yang tinggi.
8. Mengelola dilema etik yang terjadi pada saat memberikan pelayanan kepada klien dalam tim antar profesi.
9. Berperilaku jujur dan menjaga integritas dalam berinteraksi dengan klien, keluarga klien dan anggota tim antar profesi.
10. Menjadi kompetensi profesinya masing-masing sesuai dengan lingkup prakteknya.

b. Domain 2: Peran dan tanggung jawab

Untuk dapat melakukan kolaborasi antar profesi, setiap profesi terlebih dahulu harus memahami peran dan tanggung jawabnya masing-masing dan bagaimana saling melengkapi dengan profesi lain dalam rangka memberikan pelayanan kepada klien, keluarga dan masyarakat. Setiap profesi harus mengetahui dan menghargai peran dan tanggung jawab profesi lain yang bekerja sama di dalam tim. Pemahaman peran dan sikap menghargai peran masing-masing merupakan hal penting dalam kolaborasi antar profesi, karena banyak terjadi konflik antar profesi diakibatkan karena kurang penghargaan terhadap peranan tanggung jawab profesi lain yang dapat diakibatkan kurang pemahaman peran dan tanggung jawab profesi lain di dalam tim.

Pernyataan umum kompetensi peran dan tanggung jawab adalah: menggunakan pengetahuan tentang peran profesi sendiri dan peran profesi lain di dalam tim untuk mengkaji dan memberikan pelayanan yang tepat kepada klien dan populasi. Pernyataan umum tersebut terdiri dari kompetensi spesifik berupa:

1. Mengkomunikasikan peran profesi sendiri dan peran profesi lain secara jelas kepada klien, keluarga dan tim profesi kesehatan lain.
2. Mengenali keterbatasan kemampuan, pengetahuan dan keterampilan profesi lain dalam tim.
3. Melibatkan semua profesi yang terkait dalam pelayanan atau pemenuhan kebutuhan klien.
4. Menjelaskan peran dan tanggung jawab profesi lain dan bagaimana antar profesi dapat bekerja sama untuk memberikan pelayanan kepada klien.
5. Menggunakan semua pengetahuan, keterampilan dan kemampuan yang tersedia di dalam tim antar profesi untuk dapat memberikan pelayanan yang aman, tepat waktu, efektif, efisien dan adil.
6. Berkomunikasi dengan anggota tim untuk mengklarifikasi peran masing masing anggota dalam pelayanan kesehatan kepada klien dan masyarakat.
7. Menciptakan hubungan saling bergantung dengan profesi lain untuk meningkatkan pelayanan dan saling belajar.
8. Terlibat dalam pengembangan profesi dan pengembangan antar profesi untuk meningkatkan performa tim.
9. Menggunakan kemampuan yang unik dan tambahan dari masing-masing profesi untuk mengoptimalkan pelayanan yang diberikan oleh tim.

c. Domain 3: Komunikasi antar profesi

Komunikasi merupakan kompetensi inti pada semua profesi kesehatan, karena semua profesi kesehatan memberikan pelayanan kesehatan kepada klien, keluarga dan masyarakat yang tentu saja memerlukan komunikasi efektif, akan tetapi kompetensi komunikasi antar profesi belum menjadi perhatian semua profesi. Komunikasi antar profesi dapat disebutkan sebagai kompetensi utama dalam melakukan kolaborasi tim antar profesi, sehingga semua profesi yang terlibat di dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada klien harus mampu berkomunikasi untuk menyampaikan pesan secara efektif kepada anggota tim. Banyak situasi konflik terjadi akibat hambatan dalam berkomunikasi, yang pada akhirnya dapat menyebabkan tim tidak berfungsi optimal. Pernyataan umum kompetensi komunikasi antar profesi adalah: berkomunikasi dengan klien, keluarga klien, komunitas, dan profesi kesehatan lain dengan cara tepat dan bertanggung jawab untuk mendukung pendekatan tim. Pernyataan umum kompetensi tersebut terdiri dari kompetensi spesifik:

1. Memilih alat dan teknik komunikasi yang efektif, termasuk teknologi dan sistem informasi untuk memfasilitasi diskusi dan interaksi antar profesi yang dapat meningkatkan fungsi tim.
2. Mengorganisasikan dan mengkomunikasikan informasi kepada klien, keluarga dan anggota tim antar profesi dengan cara yang dapat dimengerti dan menghindari terminologi yang hanya dimengerti oleh profesi sendiri.
3. Kemukakan pengetahuan yang dimiliki tentang klien dan perawatan klien dengan jelas, percaya diri, dan sikap menghargai.
4. Mendengarkan secara aktif dan mendorong anggota lain untuk mengemukakan ide dan pendapatnya tentang klien dan perawatannya.
5. Memberikan umpan balik yang tepat waktu, sensitif dan konstruktif kepada anggota tim antar profesi lain dan menerima umpan balik dengan menghargai pendapat dan penilaian profesi lain terhadap hasil kerja.
6. Menggunakan bahasa yang sesuai dan sopan ketika menghadapi situasi yang sulit, percakapan yang sensitif dan konflik antar profesi.
7. Mengenal keunikan profesi masing-masing termasuk spesialisasi, budaya, pengaruh, dan hierarki agar tercipta komunikasi yang efektif.
8. Berkomunikasi secara konsisten tentang pentingnya kerja tim dalam pelayanan berpusat pada klien.

d. Domain 4: Kerjasama tim

Belajar untuk berkolaborasi antar tim berarti juga belajar menjadi pemain yang baik di dalam tim tersebut. Perilaku kerja tim dapat diaplikasikan setiap saat dimana ada interaksi antar anggota tim antar profesi dengan tujuan yang sama yaitu memberikan pelayanan kesehatan kepada klien, keluarga dan masyarakat. Sering sekali terjadi konflik di dalam tim antar profesi akibat ketidakmampuan anggota berperan sesuai dengan perannya. Karena itu kepemimpinan di dalam tim antar profesi sangat diperlukan untuk memfasilitasi komunikasi dan kerja sama antar anggota guna mencapai tujuan yang di sepakati. Peran pemimpin juga sangat diperlukan untuk memfasilitasi keahlian masing-masing anggota sehingga pelayanan bagi klien dapat dikoordinasikan dengan tepat dan efektif.

Pernyataan umum kompetensi untuk bekerja di dalam adalah: mengaplikasikan nilai-nilai membangun kelompok dan membangun prinsip dinamika kelompok untuk melaksanakan fungsi tim secara efektif. Pernyataan

umum kompetensi tersebut terdiri dari kompetensi spesifik:

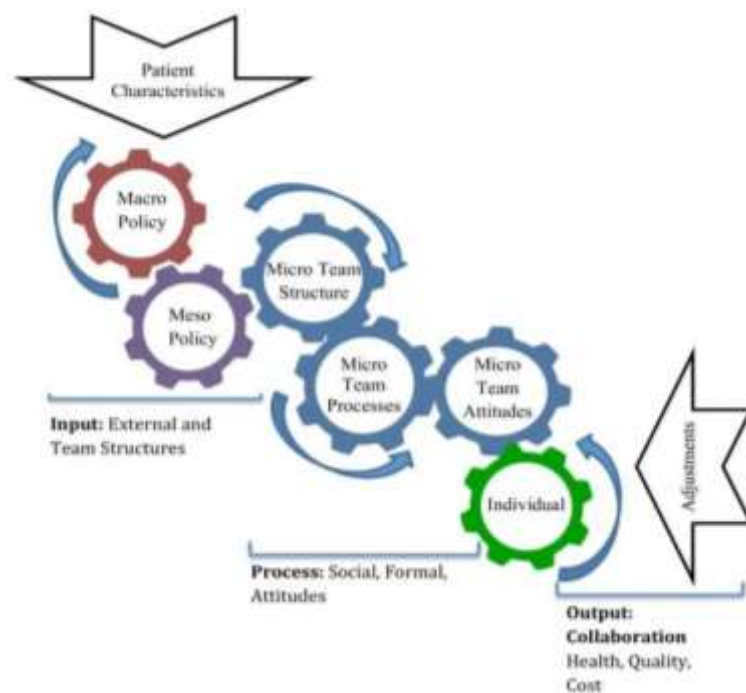
1. Mendeskripsikan proses pengembangan tim dan berlatih tentang tim yang efektif.
2. Membangun konsensus tentang prinsip-prinsip etik untuk memandu semua aspek pelayanan kepada klien dan kerja tim.
3. Melibatkan profesi kesehatan lain yang sesuai apabila diperlukan untuk situasi tertentu.
4. Mengintegrasikan pengetahuan dan keterampilan profesi lain yang sesuai untuk situasi tertentu tertentu.
5. Mengaplikasikan prinsip-prinsip kepemimpinan yang mendukung praktik kolaborasi dan efektifitas tim.
6. Motivasi diri sendiri dan anggota tim lainnya untuk bisa mengelola ketidaksetujuan secara konstruktif. Ketidaksetujuan biasanya berkaitan dengan nilai, peran, tujuan dan tindakan.
7. Berbagi akuntabilitas dengan profesi lain, pasien dan komunitas untuk mencapai tujuan promosi kesehatan.
8. Memerlihatkan pencapaian *performance* yang tinggi secara individu untuk meningkatkan *performance* kelompok.
9. Menggunakan teknik atau strategi perbaikan kelompok untuk meningkatkan efektifitas kerjasama antar profesi.
10. Menggunakan bukti-bukti yang tersedia untuk melakukan praktek kerja tim.
11. Melakukan kerja tim sesuai peran dan fungsinya dalam tim pada situasi yang berbeda.

2.1.5 Faktor yang Mempengaruhi Kolaborasi Interprofesi

Dalam literatur konseptual tentang praktik interprofesi, faktor kolaboratif sering digambarkan menggunakan pendekatan input-output- proses. Pendekatan ini mendefinisikan masukan sebagai variabel kontekstual dalam tim, organisasi atau lingkungan kebijakan yang lebih luas. Komponen proses dari pendekatan tersebut meliputi proses intragroup dan perilaku yang terjadi dalam tim yang memengaruhi kinerja kolaboratif tim secara keseluruhan (output). Kinerja kolaboratif pada gilirannya memengaruhi hasil, seperti status dan kepuasan kesehatan pasien, kualitas perawatan, efektivitas biaya, kesejahteraan profesional. Dengan menggunakan banyak faktor yang diidentifikasi dalam

pendekatan input-output-proses, Mulvale dkk mengorganisasikan faktor-faktor kontekstual sebagai seperangkat kebijakan (makro), organisasi (meso), tim (mikro) dan faktor individu yang saling terkait. Faktor mikro meliputi proses berdasarkan rasa saling percaya, dan pembagian kekuasaan yang mencerminkan pengetahuan dan pengalaman daripada gelar. Faktor individu meliputi kematangan dalam profesi seseorang, dan sikap terhadap praktik kolaboratif.

Konseptual yang digunakan dalam menginterpretasikan temuan tinjauan sistematis yaitu "*Gears Model*" mengintegrasikan pendekatan input-proses-output, yaitu model makro-meso-mikro-individu, dan wawasan yang diperoleh dari literatur terbaru tentang sifat dinamis kelompok kesehatan untuk menunjukkan sifat 'cair' saat ini di lingkungan perawatan kesehatan. Model tersebut menunjukkan bahwa ada hubungan antara faktor internal dan eksternal. Konsep tersebut dipaparkan pada gambar 3.



Gambar 3. Faktor yang mempengaruhi kolaborasi interprofesi (Mulvale, *et al.* 2016)

2.1.6 Pengertian Persepsi

Persepsi adalah pengalaman indrawi kita tentang dunia di sekitar kita dan melibatkan pengenalan rangsangan lingkungan dan tindakan sebagai respons

terhadap rangsangan ini. Melalui proses perseptual, kita memperoleh informasi tentang sifat dan elemen lingkungan yang sangat penting bagi kelangsungan hidup kita. Persepsi tidak hanya menciptakan pengalaman kita tentang dunia di sekitar kita; itu memungkinkan kita untuk bertindak dalam lingkungan kita. (Kendra, 2022). Persepsi didefinisikan sebagai "kesadaran akan hal-hal material tertentu yang hadir untuk merasakan." Persepsi pada kenyataannya selalu merupakan hal yang lebih besar daripada yang akan langsung disiratkan oleh definisi ini; karena kita selalu sadar di "pinggiran", di latar belakang kesadaran, aktivitas indera selain yang kita bicarakan sebagai yang dirasakan, terutama yang berhubungan dengan operasi internal organisme kita sendiri. (Rowland, 2010).

2.1.7 Teori Kirkpatrick

Teori evaluasi efektivitas pelatihan oleh Kirkpatrick (1959) merupakan model paling awal untuk mengevaluasi efektivitas pelatihan. Model Kirkpatrick merupakan model evaluasi pelatihan yang paling banyak digunakan di sektor swasta dan pemerintah di seluruh dunia (Yaqoot et al., 2021). Menariknya, 4 tingkatan evaluasi pelatihan dari Kirkpatrick (1959) telah menjadi paradigma utama dalam mengevaluasi keefektifan pelatihan. Empat tingkatan evaluasi yaitu 1-Reaksi adalah pengukuran yang melihat bagaimana persepsi peserta pelatihan terhadap pelatihan; 2-Belajar adalah menilai apa yang dipelajari dari pengalaman belajar; 3-Perubahan perilaku untuk menilai apakah peserta menerapkan apa yang telah dipelajari di tempat kerja; dan 4-hasil menilai dampak pelatihan terhadap perubahan budaya kerja yang positif pada peserta pelatihan. Model Kirkpatrick (1959) dapat digunakan untuk memperkirakan kemandirian pelatihan secara keseluruhan. Ini dapat membantu organisasi dalam memahami berbagai metodologi evaluasi yang digunakan dalam evaluasi pelatihan serta relevansi berbagai tujuan pelatihan dalam mengevaluasi hasil pelatihan. Menurut Kirkpatrick (1959), semakin tinggi tingkat efektivitas pelatihan, semakin sulit, kompleks, dan mahal untuk mengukurnya; ini menjelaskan mengapa mengevaluasi semua tingkat efektivitas pelatihan sangat sulit. Model Kirkpatrick telah memberikan kontribusi signifikan terhadap teori dan praktik evaluasi dan sering disebutkan dalam penelitian akademik.

Model Kirkpatrick telah digunakan sebagai kerangka evaluasi efektivitas pelatihan sejak 5 dekade lalu (Holton, 1996; Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2010) dan

model ini juga merupakan salah satu model pionir yang banyak digunakan dalam evaluasi pengembangan pelatihan karena sederhana dan mudah dipahami (Duke, 2017; Du, 2021). Empat tingkat evaluasi pelatihan adalah reaksi, pembelajaran, perilaku, dan hasil (Kirkpatrick, 1996). Gambar 4 memperlihatkan struktur atau skala kompleksitas mulai dari kinerja individu hingga organisasi. Proses peninjauan membutuhkan waktu dan menjadi lebih sulit seiring kemajuan dari satu tingkat ke tingkat berikutnya, namun seiring kemajuan, informasi yang lebih relevan dapat dikumpulkan.



Gambar 4. Evaluasi model Kirkpatrick (Kirkpatrick, 1959)

Level ini dibuat untuk mengevaluasi program pelatihan (Kirkpatrick, 1976). Disarankan agar semua program dievaluasi dalam skala progresif. Menurut Kirkpatrick (1959), setiap tingkatan memiliki penekanan yang berbeda dan dirangkum sebagai berikut:

2.1.7.1 Level 1–Reaksi

Reaksi mengukur tingkat kepuasan atau kesan peserta pelatihan terhadap program (apa yang dipikirkan dan dirasakan peserta/rekan tentang pelatihan). Evaluasi reaksi penting karena reaksi positif atau negatif peserta terhadap kursus pelatihan mempengaruhi pembelajaran. Jika peserta memberikan umpan balik atau reaksi positif terhadap pelatihan, mereka termotivasi untuk belajar dan menghasilkan lebih banyak pembelajaran. Peningkatan pembelajaran mengarah pada improvisasi pengetahuan, keterampilan, dan sikap positif terhadap inovasi yang diperkenalkan selama pelatihan.

2.1.7.2 Level 2–Belajar

Pembelajaran mengukur seberapa banyak peserta pelatihan mendapatkan pengetahuan, meningkatkan keterampilan dan mengubah sikap mereka setelah mengikuti kursus. Melalui konsep transfer pembelajaran atau pelatihan, peserta nantinya dapat menerapkan pengetahuan dan keterampilan di tempat kerjanya yang tercermin dalam perubahan perilaku. Evaluasi level 2 bertujuan untuk mengetahui informasi dan keterampilan apa saja yang diperoleh dari hasil pelatihan.

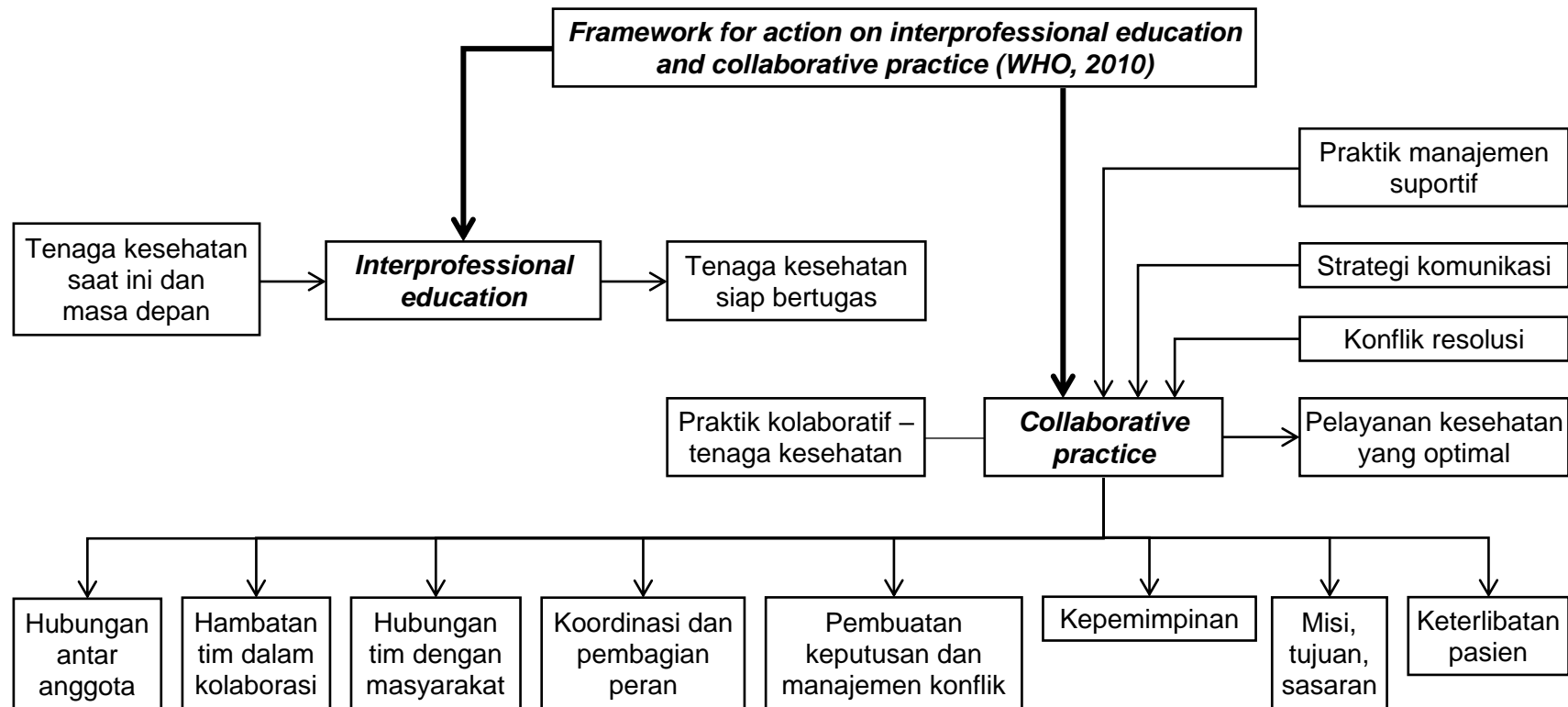
2.1.7.3 Level 3–Perilaku

Perilaku mengukur sejauh mana peserta pelatihan dapat menerapkan pengetahuan dan keterampilan yang dipelajari ke dalam konteks pekerjaan. Dengan kata lain, evaluasi di sini mengukur transfer dari apa yang telah dipelajari kembali di tempat kerja atau transfer pelatihan. Pengembangan keterampilan dan pengetahuan karyawan segera setelah mengikuti pelatihan tidak menjamin perubahan perilaku. Evaluasi level 3 digunakan untuk mengidentifikasi perubahan pekerjaan apa yang telah terjadi sebagai hasil dari pelatihan.

2.1.7.4 Level 4–Hasil

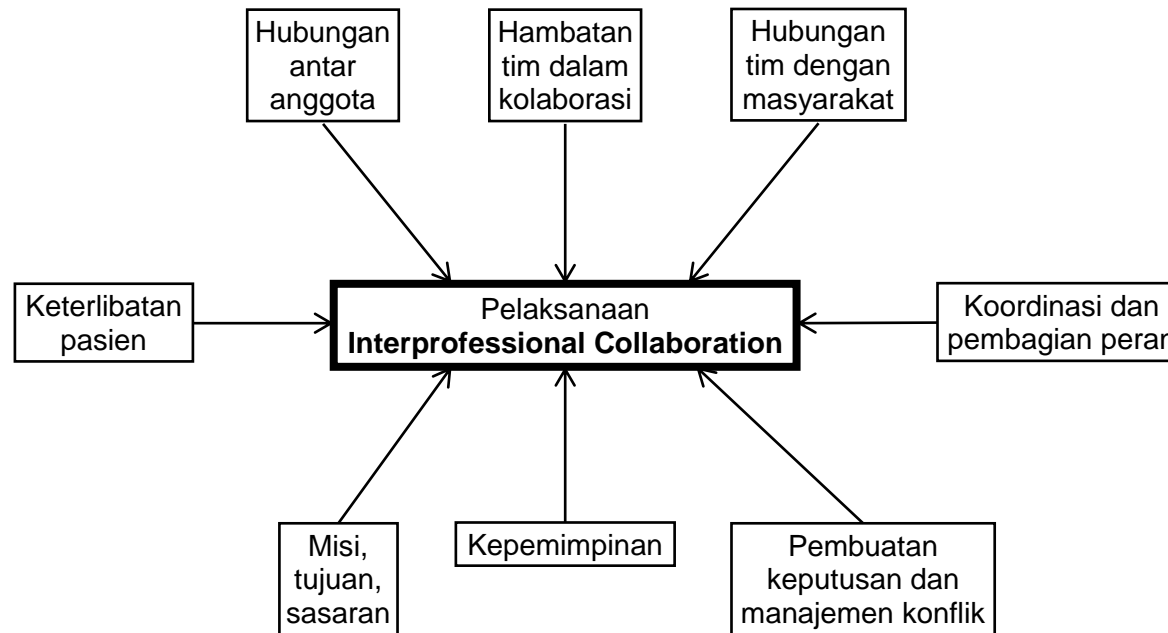
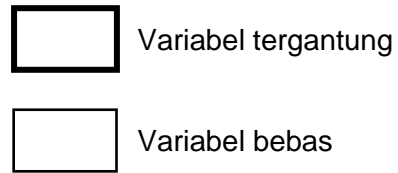
Hasil ditentukan oleh tujuan program pelatihan serta harapan pemangku kepentingan yang secara administratif bertanggung jawab atas karyawan yang dilatih. Para pemangku kepentingan ini percaya bahwa evaluasi level 4 adalah yang paling penting. Menurut Kirkpatrick, tujuan evaluasi level 4 adalah menentukan biaya konkret pelatihan dalam hal penurunan biaya, peningkatan kualitas, peningkatan kepuasan pelanggan, peningkatan kuantitas dan produktivitas, dan seterusnya.

2.2 Kerangka Teori



Gambar 5. Bagan Kerangka Teori (WHO 2010)

2.3 Kerangka konsep



Gambar 6. Bagan Kerangka Konsep (WHO 2010)

2.4 Hipotesis

Berdasarkan kerangka konsep yang telah dipaparkan, maka hipotesis penelitian ini adalah terdapat pengaruh faktor individu / personal, faktor sistem/organisasi dan faktor kepemimpinan terhadap praktik kolaborasi interprofesi pada tenaga kesehatan di rumah sakit.

2.5 Definisi Operasional

Tabel 2. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Konsep	Definisi Operasional	indikator	Alat ukur	Skala
1	Kolaborasi interprofesi	Satu atau lebih petugas kesehatan berbagai latar belakang profesi memberikan layanan komprehensif kepada pasien, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk memberikan pelayanan dengan kualitas terbaik (WHO, 2010)	Pelaksanaan pemberian pelayanan kesehatan terhadap kebutuhan pasien dan keluarga oleh berbagai profesi tenaga kesehatan	<i>Collaborative Practice Assesment Tool</i> (CPAT) Hasil dari CPAT 6 domain nilai lebih dari 5 yang mengindikasikan partisipan sangat setuju dalam pelaksanaan IPC	Kuesioner Pelaksanaan IPC, terdiri dari 53 item pernyataan menggunakan skala <i>likert</i> dengan pilihan jawaban: (Validasi Indonesia) SS: Sangat setuju S: Setuju R: Ragu-ragu TS: Tidak setuju STS: Sangat Tidak Setuju	Ordinal
2	Hubungan antar anggota	Sekumpulan individu yang saling berhubungan antara satu sama lainnya dalam suatu kelompok	Individu yang berhubungan dengan satu sama lain			

3	Hambatan tim dalam kolaborasi	Kendala dalam suatu kelompok dalam kerja sama	Hambatan dalam kolaborasi: Komunikasi, peran, keahlian, perbedaan, etika bekerja, penjadwalan, pimpinan, dan lingkungan
4	Hubungan tim dengan masyarakat	Suatu hubungan dengan komunitas	Kondisi membangun hubungan didalam masyarakat
5	Kordinasi dan pembagian peran	Kerja sama masing-masing peran	Peran dalam anggota ikut andil dalam menentukan suatu keputusan
6	Pembuatan keputusan dan manajemen konflik	Menejemen konflik merupakan serangkaian aksi dan reaksi antara pelaku maupun pihak luar dan dalam konflik	Penetapan keputusan akhir terkait pelayanan pasien
7	Kepemimpinan	Pimpinan memberikan contoh dan instruksi kepada staf	Peran tanggung jawab pimpinan dalam tatalaksana pasien
8	Misi, tujuan, sasaran	Mewujudkan pendekatan kolaboratif dalam menejemen pasien	Membantu pasien mencapai tujuan kesehatan
9	Keterlibatan pasien	Anggota tim berpartisipasi aktif dari pasien/klien dalam membuat keputusan pelayanan	Keterlibatan pasien dan keluarga dalam pengambilan keputusan