

**DISERTASI**

**PENGEMBANGAN MODEL  
*INTERPROFESSIONAL COLLABORATION (IPC)*  
PADA RUMAH SAKIT PENDIDIKAN  
DI SULAWESI SELATAN**

**PATIMA  
P1000316013**



**PROGRAM DOKTOR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2021**

**Pengembangan Model *Interprofessional Collaboration* (IPC)  
Pada Rumah Sakit Di Sulawesi Selatan**

**PATIMA**

**Disertasi  
Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Doktor**

**Program Doktor  
Ilmu Kesehatan Masyarakat**

**PROGRAM DOKTOR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
SEKOLAH PASCASARJANA UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
TAHUN 2021**

## DISERTASI

### PENGEMBANGAN MODEL INTERPROFESSIONAL COLLABORATION (IPC) PADA RUMAH SAKIT PENDIDIKAN DI SULAWESI SELATAN

Disusun dan diajukan oleh

**PATIMA**  
**Nomor Pokok P1000316013**

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Disertasi  
pada tanggal 15 Februari 2021  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui  
Komisi Penasehat,

Prof. Dr. Ridwan A. SKM, M. Kes, M. Sc. PH  
Promotor

Prof. Dr. A. Ummu Salmah, SKM, M. Sc  
Ko-Promotor

Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS.  
Ko-Promotor

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Hasanuddin,



Dr. Aminuddin Syam, SKM, M. Kes, M. Med. Ed.

Ketua Program Studi Doktor (S3)  
Ilmu Kesehatan Masyarakat



Prof. Dr. Ridwan A. SKM, M. Kes, M. Sc. PH

## PERNYATAAN KEASLIAN DISERTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : PATIMA

Nomor Pokok : P1000316013

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

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

Demikian pernyataan ini dibuat tanpa paksaan dari pihak manapun. Apabila pernyataan ini tidak benar maka akan diberikan sanksi oleh pimpinan fakultas

Makassar, Januari 2021

Yang menyatakan,  
  
PATIMA



## PRAKATA

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Syukur Alhamdulillah penulis senantiasa panjatkan kehadiran Allah Yang Maha Kuasa, atas hidayah dan rahmatNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan disertasi dengan judul "**Pengembangan Model *Interprofessional Collaboration* Pada Rumah Sakit Pendidikan di Sulawesi Selatan**" ini. Salam dan sholawat atas nabi besar nabi Muhammad SAW. Nabi dan utusan Allah Azza Wajallah.

Penulis menyadari bahwa dalam proses penyusunan hasil penelitian ini tidak terlepas dari dukungan berbagai pihak yang telah memberikan masukan yang sangat berarti. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, S.KM., M.Kes., M.Sc.PH. selaku Promotor, Prof. Dr. Hj.A. Ummu Salamah, SKM, M.Sc selaku Ko Promotor dan Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS, selaku Ko Promotor yang telah memberikan bimbingan serta arahan dengan penuh perhatian dan kesabaran, demikian pula kepada tim penguji, terima kasih dan apresiasi yang tinggi kepada yang terhormat Dr. Djazuli Chalidyanto, SKM, M.ARS, Dr. Fridawati Rivai, SKM, M.ARS, Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp, M.Kes Rini Rachmawaty, S.Kep., Ns., MN, PhD, dan atas masukan dan saran yang sangat berarti dalam perbaikan hasil penelitian ini sehingga hasil penelitian ini dapat terselesaikan dengan baik.

Terima kasih dan penghargaan yang tulus kepada semua keluarga, terutama kedua orang tua saya (Almarhum) dan ketiga anak-anak saya serta saudara-saudara saya, sahabat dan rekan-rekan atas dukungan moril dan doa yang tiada henti hingga penulis mampu menyelesaikan disertasi ini.

Banyak pihak yang telah dengan tulus ikhlas memberikan bantuan, oleh karena itu perkenankan penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan setinggi tingginya kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, M.A., selaku Rektor Unhas, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Pendidikan di Universitas Hasanuddin.
2. Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc., selaku Dekan Sekolah Pascasarjana Unhas yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melanjutkan studi pada Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
3. Dr. Aminuddin Syam, S.KM., M.Kes., M.Med.Ed., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Unhas yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melanjutkan studi program Pascasarjana di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Prof. Dr. Ridwan A, S.KM., M.Kes., M.Sc.PH., selaku Ketua Program Studi S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melanjutkan studi program Pascasarjana di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
5. Seluruh Dosen pengajar dan staf Program Studi S3 Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin atas bimbingan dan bantuan selama proses perkuliahan hingga penulisan disertasi.
6. Rektor Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar atas dukungannya telah memberikan izin untuk melanjutkan studi.
7. Dekan Fakultas Ilmu Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar atas izin dan dukungan selama ini
8. Direktur RS Universitas Hasanuddin, atas izin yang diberikan dan penggunaan fasilitas untuk pengambilan data penelitian
9. Direktur RS Haji Makassar, atas izin yang diberikan dan penggunaan fasilitas untuk pengambilan data penelitian
10. Direktur RS Ibnu Sina Makassar atas izin yang diberikan dan penggunaan fasilitas untuk pengambilan data penelitian
11. Seluruh teman-teman sejawat Fakultas Ilmu Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar, yang selalu memberikan motivasi dalam penyelesaian pendidikan.

12. Rekan-rekan dosen pada Prodi Keperawatan dan Prodi Ners Fakultas Ilmu Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar yang telah banyak memberi dukungan moril dan tenaga
13. Rekan-rekan mahasiswa Pascasarjana S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat angkatan 2016 atas segala kerjasama dan partisipasi yang diberikan serta memberikan dorongan moril, kritik, dan saran yang bermanfaat bagi penulis.
14. Balitbangkes Provinsi Sulawesi Selatan yang telah memberikan izin untuk pengambilan data penelitian pada RS Universitas Hasanuddin, RS Haji dan RS Ibnu Sina Makassar penelitian disertasi ini.
15. Semua pihak yang telah ikut membantu dalam kelancaran penyusunan disertasi ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa hasil penelitian ini masih jauh dari kesempurnaan sehingga penulis mengharapkan saran perbaikan dan kritik yang membangun untuk mendapatkan hasil yang lebih baik dan bermanfaat. Aamiin.

Makassar, 4 Desember 2020

Peneliti

## ABSTRAK

**PATIMA.** Pengembangan Model Interprofessional Collaboration Pada Rumah Sakit Pendidikan Di Sulawesi Selatan (dibimbing oleh: **Ridwan Amiruddin, Ummu Salamah, dan Syahrir A Pasinringi**)

Interprofessional Collaboration (IPC) dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. IPC digunakan untuk layanan kesehatan pada pasien dengan penyakit menular, maupun pada penyakit tidak menular. Fondasi utama IPC ada tiga yaitu individu, team dan organisasi. Hambatan dapat terjadi pada ketiga fondasi tersebut. Tujuan penelitian ini untuk menemukan *New model interprofessional collaboration* pada Rumah Sakit pendidikan di Sulawesi Selatan.

Metode penelitian yang digunakan adalah *mixed methods*. Desain menggunakan penelitian kualitatif dan kuantitatif. Populasi pada penelitian adalah tenaga kesehatan yaitu profesi dokter, perawat, apoteker dan tenaga gizi. Penelitian dilaksanakan pada 3 Rumah Sakit Pendidikan di Sulawesi Selatan yaitu: RS Universitas Hasanuddin, RS Haji, dan RS Ibnu Sina. Jumlah sampel sebesar 245 responden. Teknik pengambilan sampel menggunakan *proportional stratified random sampling*. Penelitian dilaksanakan pada bulan Desember 2019 sampai dengan Oktober 2020. Alat ukur menggunakan kuesioner baku yang diadaptasi dari kuesioner berbahasa Inggris. Tahapan pembuatan kuesioner melalui 6 tahapan yaitu: PINCOM, AITCS dan ICS, dan kuesioner pelaksanaan *Interprofessional Collaboration* disusun berdasarkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit. Pengumpulan data penelitian kualitatif menggunakan wawancara mendalam. Respondennya adalah pimpinan Rumah Sakit pendidikan.

Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat pengaruh 1) Faktor individu CR=5.673 dengan indicator isolasi CR=4.528, komunikasi CR=3.230 dan gaya kepribadian CR=4.661, 2) Faktor tim CR=5.085 dengan indicator: kerjasama tim CR= 3.639 , komunikasi tim CR=2.977 dan dukungan social CR=3.353, dan 3) Faktor organisasi CR=5.206 dengan indicator: lingkungan organisasi CR=3.256, domain organisasi CR=2.752 dan tujuan organisasi CR=3.056 terhadap pelaksanaan *Interprofessional Collaboration*, dan ditemukannya *New Model Interprofessional Collaboration* pada Pada Rumah Sakit Pendidikan Di Sulawesi Selatan. Saran: perlunya penelitian lanjutan mengenai model interprofesional pada jenis organisasi pelayanan kesehatan selain rumah sakit seperti puskesmas, klinik dan komunitas.

Kata Kunci : Interprofessional Collaboration, PINCOM, AITCS, ICS, individu, tim, organisasi



## ABSTRACT

**PATIMA.** Interprofessional Collaboration Model Development at University Hospitals in South Sulawesi (Supervised by: **Ridwan Amiruddin, Ummu Salamah, and Syahrir A Pasinringi**)

Interprofessional Collaboration (IPC) can improve public health status. IPC is used to provide health services to patients with infectious and non-infectious diseases. There are three main foundations of IPC; individuals, teams, and organizations. Obstacles can interfere on all these foundations. Hence, this study aimed to find a new model of interprofessional collaboration at university hospitals in South Sulawesi.

The research method employed in this study was *mixed methods*, or in other words, combining qualitative and quantitative research. This study's population was health workers, such as doctors, nurses, pharmacists, and nutritionists. This research was conducted at three university hospitals in South Sulawesi; Hasanuddin University Hospital, Haji Hospital, and Ibnu Sina Hospital, with a total sample of 245 respondents. The sampling technique used was *proportional stratified random sampling*. The research was conducted from December 2019 to October 2020. The measuring instrument used a standard questionnaire adapted from an English questionnaire. Developing the questionnaire was carried out in 6 stages, namely: PINCOM, AITCS, and ICS. The interprofessional collaboration implementation questionnaires were prepared based on the National Hospital Accreditation Standards. The qualitative data were gathered by using in-depth interviews. The informants in the interview were the head of the university hospitals.

The results of this study indicate that there is an effect of 1) individual factors with CR of 5.673, CR isolation indicator of 4.528, CR communication of 3.230, and CR personality of 4.661, 2) CR team factor of 5.085 with indicators: CR team collaboration of 3.639, CR team communication of 2.977, and social support with CR is 3.353, and 3) CR organizational factor of 5,206, with indicators: organizational environment with CR of 3,256, organizational domain with CR of 2.752, and organizational goals with CR of 3.056 towards interprofessional implementation collaboration, and the discovery of the new model of interprofessional collaboration at the University Hospitals in South Sulawesi. Future researchers are suggested to carry research on interprofessional models in types of health service organizations besides hospitals, such as health centers, clinics, or communities.

Keywords : Interprofessional Collaboration, PINCOM, AITCS, ICS, individual, team, organization

## DAFTAR ISI

PRAKATA .....	iii
ABSTRAK .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b> iv
DAFTAR ISI .....	vi
DAFTAR TABEL .....	xi
DAFTAR GAMBAR .....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah .....	9
C. Tujuan Penelitian .....	9
1. Tujuan Umum.....	9
2. Tujuan Khusus .....	9
D. Manfaat Penelitian .....	11
1. Manfaat Teoritis .....	11
2. Manfaat Institusi.....	11
3. Manfaat Praktis .....	11
4. Manfaat Lainnya.....	12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	13
A. <i>Interprofessional Collaboration</i> (IPC) .....	13
1. Definisi <i>Interprofessional Collaboration</i> (IPC).....	13
2. Teori Dasar IPC .....	14
3. Cara pengukuran IPC .....	24
4. Hambatan dan Tantangan IPC.....	27
5. Interprofessional dan Kerja Tim .....	29
6. Konsep Manajemen Sumber Daya Manusia.....	32
B. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 2018.....	35
C. Tinjauan Umum Perilaku Organisasi.....	39
1. Pengertian.....	39

2. Obyektif Studi Perilaku Organisasi .....	42
3. Model dalam Mengelola Organisasi .....	43
4. Teori Perilaku Organisasi .....	46
D. Tinjauan Umum Budaya Organisasi.....	54
1. Definisi Budaya Organisasi .....	54
2. Proses Terbentuknya Budaya Organisasi.....	55
3. Komponen-Komponen Budaya Organisasi .....	56
4. Fungsi Budaya Organisasi .....	57
5. Karakteristik Budaya Organisasi .....	60
E. Tinjauan Rumah Sakit.....	61
1. Rumah Sakit.....	61
2. Rumah Sakit Pendidikan .....	64
F. Tinjauan Umum Tentang Pemodelan Dinamik.....	69
G. Tinjauan Umum Tentang Powersim .....	77
H. Tinjauan Umum Variabel Penelitian .....	79
H. Kerangka Teori .....	116
J. Hipotesis .....	118
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>124</b>
A. Rancangan Penelitian .....	124
B. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	125
C. Populasi dan Sampel .....	125
D. Instrument Penelitian .....	128
E. Alur Penelitian .....	134
F. Pengolahan Data .....	139
G. Etika Penelitian .....	141
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>143</b>
A. Hasil Penelitian .....	143
1. Karakteristik responden .....	143
2. Analisis kualitatif tema dan subtema hasil wawancara tentang pelaksanaan IPC di RS Pendidikan .....	144
3. Uji Hipotesis Penelitian.....	148
B. Pembahasan .....	167

1. Pengaruh faktor individu (isolasi, komunikasi, dan gaya kepribadian) terhadap pelaksanaan <i>Interprofessional Collaboration</i> pada Rumah Sakit Pendidikan di Sulawesi Selatan.....	188
2. Pengaruh faktor tim (Kerjasama, komunikasi dan dukungan sosial) terhadap pelaksanaan <i>IPC</i> pada Rumah Sakit Pendidikan di Sulawesi Selatan.....	198
3. Pengaruh faktor organisasi (budaya organisasi, tujuan organisasi, domain organisasi) terhadap pelaksanaan <i>IPC</i> pada Rumah Sakit Pendidikan di Sulawesi Selatan. ....	212
4. Model <i>IPC</i> Pada Rumah Sakit Pendidikan di Sulawesi Selatan...	167
5. Temuan baru penelitian.....	258
C. Keterbatasan Penelitian .....	260
BAB V PENUTUP .....	261
A. Kesimpulan .....	261
B. Saran .....	261
DAFTAR PUSTAKA.....	263
LAMPIRAN .....	277

## DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
2.1 Fungsi Adaptasi Eksternal dan Fungsi Internal Budaya Organisasi.....	67
3.1 Proporsi Sampel Strata Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit	153
4.1 Karakteristik responden (n=245) .....	161
4.2 Persepsi tenaga kesehatan tentang pelaksanaan IPC di RS Pendidikan.....	163
4.3 Analisis tema dan subtema hasil wawancara tentang pelaksanaan IPC di RS Pendidikan.....	163
4.4 Uji ketepatan model faktor individu.....	173
4.5 Uji ketepatan model faktor tim.....	175
4.6 Tabel uji hipotesis 1.....	176
4.7 Tabel uji hipotesis 2.....	177
4.8 Tabel uji hipotesis 3.....	179
4.9 Uji ketepatan model pengembangan IPC.....	181

## DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
2.1 Health and Educations Systems (WHO, 2010).....	25
2.2 Conceptual framework for integrated people-centred health services (WHO, 2010) .....	39
2.3 Global Startegy On integrated people-centred health services (WHO, 2010) .....	29
2.4 Konstruksi Teori IPC (Bachchu Kailash Kaini, 2012)	31
2.5 .....	
2.6 Pola hubungan antar profesi dan faktor yang mempengaruhi IPC (Bachchu Kailash Kaini, 2012) .....	32
2.7 <i>The Perception of Interprofessional Collaboration Model</i> (PINCOM) (Oedegard, 2006) .....	56
2.8 Hubungan Perilaku Organisasi dengan Disiplin Lain yang Terkait Erat Menurut Luthans (2011).....	58
2.9 Kontribusi berbagai disiplin ilmu pada studi dan penerapan Perilaku Organisasi menurut Gibson <i>et al.</i> 2015.....	59
2.10 Struktur konsep dasar studi Perilaku Organisasi menurut Robbins dan Judge (2013).....	60
2.11 Kerangka konsep studi Perilaku Organisasi pada buku Robbins dan Judge.....	62
2.12 Kerangka konseptual studi Perilaku Organisasi: Pendekatan Berbasis Bukti Fred Luthans (2011).....	65
2.13 Proses Terbentuknya Budaya Organisasi (Robbins, 2005)....	131
2.14 Kerangka teori.....	132
3.1 Kerangka konsep.....	158
4.1 Alur penelitian.....	166
4.2 Seleksi indikator persepsi individu ICS.....	167
4.3 Seleksi indikator penilaian kelompok AITCS.....	168
4.4 Seleksi indikator persepsi individu PINCOM-Q.....	169
4.5 Seleksi indikator persepsi kelompok PINCOM-Q.....	170
4.6 Seleksi indikator persepsi organisasi PINCOM-Q.....	171
4.7 Seleksi indikator pelaksanaan IPC.....	173
4.8 Model faktor individu dalam IPC.....	174
4.9 Model faktor tim dalam IPC.....	180
4.10 Hasil Uji Kelayakan Model pengembangan IPC pada Rumah Sakit Pendidikan.....	181
Model pengembangan IPC pada Rumah Sakit Pendidikan....	

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

*World Health Organization* (WHO) untuk pertama kalinya merilis sebuah konsep yang disebut *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Konsep inilah yang mendasari pelaksanaan *Interprofessional Education* dan *Collaborative Practice* diseluruh dunia (World Health Organization, 2010). *Interprofessional Education* dan *Collaborative Practice* atau *Interprofessional Collaboration* (IPC) dilaksanakan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan dengan IPC maka pemberian layanan pada kesehatan keluarga, pasien dengan penyakit menular, maupun pada penyakit tidak menular akan lebih bermutu (World Health Organization, 2010).

Upaya pengembangan *Collaborative Practice* WHO dalam *Global strategy on integrated people-centred health services* (IPCHS) 2015-2026 telah menjelaskan perubahan paradigma mendasar dalam cara pandang pemberian pendanaan, pengelolaan dan pelayanan kesehatan (World Health Organization, 2015). IPC merupakan proses kerjasama dari berbagai profesi kesehatan sebagai sebuah tim untuk mencapai tujuan bersama (meningkatkan pelayanan kesehatan) (Broers et al., 2009) sehingga dapat memberikan kesempatan bagi tenaga kesehatan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan (Fichtner

et al., 2001; Gannon-Leary et al., 2006; Jefferies & Chan, 2004; Lawson, 2004). IPC melibatkan lebih dari satu tenaga kesehatan yang berbeda yang menerapkan keterampilan dan pengetahuan sesuai dengan bidang ilmu mereka untuk mengatasi masalah kesehatan pasien. Kolaborasi yang baik terjadi ketika individu didalam tim saling menghormati satu sama lain, antara satu profesi dan profesi lain, dan serta dapat bekerjasama dengan baik (Penney, 2015)

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



IPC dianggap sebagai salah satu tujuan utama dari strategi pelayanan kesehatan dengan menggabungkan empat konsep kolaborasi yaitu berbagi, kemitraan, saling ketergantungan, dan kepemimpinan (D'amour et al., 2008; D'Amour et al., 2005). Selain itu, dengan IPC maka terwujud *Collaborative Practice* yang efektif yang pada gilirannya akan mengoptimalkan kualitas layanan kesehatan, memperkuat sistem kesehatan dan meningkatkan derajat kesehatan, baik dalam perawatan akut dan primer, peningkatan tingkat kepuasan pada pasien, penerimaan perawatan yang lebih baik dan peningkatan derajat kesehatan yang dilakukan oleh tim kolaboratif (Mahendradhata et al., 2017; Miller et al., 2019).

IPC dalam pemberian layanan kesehatan dapat terlaksana dengan baik jika adanya keterlibatan beberapa profesi tenaga kesehatan serta memberikan pelayanan secara menyeluruh bio-psiko-sosial dan kultural, saling bekerjasama dengan pasien, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas disemua tatanan (Green & Johnson, 2015). Bukti berbasis intervensi bahwa kolaborasi antar professional dapat meningkatkan hasil proses kesehatan pada pasien. Petugas kesehatan yang bermitra dalam satu tim kolaborasi dapat meningkatkan pandangan pasien terhadap pelayanan yang diberikan dari komunikasi yang efektif termasuk didengarkan dan didorong, perasaan memahami dan memahami mengapa mereka memiliki rasa sakit . Profesional kesehatan yang lebih peduli agar tujuan bersama

bisa dicapai dengan membangun saling pengertian dalam perawatan dan pengobatan pasien yang dilakukan secara bersama-sama (Fu et al., 2016).

Para ahli berpendapat bahwa proses membangun budaya kolaborasi tidak bisa hanya dibangun sesuai dengan konsep teori, proses kolaborasi membutuhkan banyak latihan dan pembiasaan. Kolaborasi harus dimulai dari hal kecil dilingkungan masing-masing individu. Contohnya membiasakan diri berkolaborasi dikantor antar sesama anggota dalam profesi, dilingkungan tempat tinggal atau bahkan dikomunitas masing-masing individu. Setelah keterampilan dalam kolaborasi telah menjadi sebuah kebiasaan dibuktikan dengan telah tercapainya tugas secara bersama, kemudian diharapkan kolaborasi ini dapat lebih mudah dilaksanakan dalam lingkungan organisasi yang lebih besar (D'amour et al., 2008)

Terdapat tiga fondasi utama dalam IPC yaitu individu, team dan organisasi (Orchard et al., 2012; Strype et al., 2014). Beberapa tinjauan literatur mengungkapkan hambatan dalam pelaksanaan IPC terjadi pada ketiga fondasi tersebut. Hambatan organisasi berupa kurangnya penghargaan tentang peran profesional kesehatan lainnya, kendala keuangan dan peraturan, masalah hukum dari ruang lingkup praktik dan tanggung jawab, struktur penggantian untuk berbagai profesi, termasuk layanan mana yang menerima penggantian; dan struktur administrasi yang menghambat kolaborasi antarprofesional

(Callaly & Fletcher, 2005; Darlington et al., 2004; Darlington & Feeney, 2008; A. Rosen & Callaly, 2005).

Fondasi yang utama dari IPC adalah team atau kelompok. Elemen kunci dari kerja tim termasuk anggota yang memiliki produk kerja bersama, tugas-tugas yang saling bergantung, tanggung jawab bersama, komitmen, dan manajemen konflik (D'amour et al., 2008). Hambatan di tingkat tim berupa kurangnya tujuan yang dinyatakan dengan jelas dan terukur, kurangnya pelatihan dalam kolaborasi interprofesional, ambiguitas peran dan kepemimpinan, tim terlalu besar atau terlalu kecil, tim tidak terdiri dari para profesional yang sesuai, kurangnya mekanisme yang tepat untuk pertukaran informasi yang tepat waktu, kebutuhan orientasi untuk anggota baru, kurangnya kerangka kerja untuk penemuan dan pemecahan masalah, perbedaan dalam tingkat otoritas, kekuasaan, keahlian, pendapatan, kesulitan dalam melibatkan komunitas, tradisi / budaya profesional, kurangnya komitmen anggota tim, tujuan berbeda dari masing-masing anggota tim, sikap apatis anggota tim, pengambilan keputusan yang tidak memadai; dan konflik mengenai hubungan individu dengan pasien / klien (Morley & Cashell, 2017; Rogers, 2004);

Keberhasilan kerja dari dalam tim dapat terjadi apabila terjadi kolaborasi yang baik antar sesama anggota. Hambatan yang dihadapi oleh anggota tim (individu), seperti membagi loyalitas antara tim dan diri sendiri, berbagai tanggung jawab dan jabatan, persaingan, prasangka jenis kelamin, ras, atau kelas, keengganan untuk menerima

saran dari anggota tim yang mewakili profesi lain dan kurangnya kepercayaan dalam proses kolaboratif (Darlington & Feeney, 2008; Gardner, 2005; Mohr, 2013). Kegagalan komunikasi diantara anggota tim merupakan kasus tertinggi dalam kematian yang tidak diinginkan dalam setting perawatan kesehatan (Yusra et al., 2019) Semua perawat termasuk dalam perawat di level klinik harus mampu untuk melakukan kolaborasi secara efektif dengan tim kesehatan lain untuk meningkatkan keamanan dan juga peningkatan perawatan pasien (Busari et al., 2017)

Berbagai hambatan ini mengakibatkan layanan yang terfragmentasi sehingga pasien gagal mendapatkan layanan yang sesuai dengan harapan dan kondisinya. Perlu reorientasi sistem layanan kesehatan, dari model pemberian yang terfragmentasi, menuju layanan kesehatan yang menempatkan pasien, keluarga dan masyarakat sebagai pusat layanan semua tenaga kesehatan, dengan layanan kesehatan yang lebih responsif, terkoordinasi dengan baik, didalam maupun di luar sektor kesehatan, serta diatur oleh regulasi yang memadai dan mendukung kondisi tersebut.

Meskipun konsep IPC telah mewakili berbagai aspek dalam konteks praktik kolaborasi antar profesional kesehatan (Irajpour, 2011; Morley & Cashell, 2017) dan telah banyak bukti untuk efek positif dari IPC, namun berbagai penelitian menunjukkan bahwa penyerapan IPC dalam organisasi masih lemah (Kebe et al., 2020); IPC juga belum dipraktikkan dengan baik dalam tim professional kesehatan (Kates et

al., 2011; Mitchell et al., 2011). Selain itu, masih terdapat berbagai kekurangan pada model IPC terutama dalam menentukan jalur kolaborasi antara tenaga profesional khususnya tenaga kesehatan (Irajpour, 2011; Irajpour et al., 2012; Rousseau et al., 2017). Apabila pelaksanaan IPC yang tidak memadai berlangsung terus-menerus akan berdampak pada kesalahan pengobatan, masalah keselamatan pasien, konflik tim dan kematian pasien (Bender et al., 2013; Weinberg et al., 2009). Oleh karena itu perlu adanya penelitian yang berorientasi pada pengembangan model *interprofesional collaboration* dengan penguatan jalur kolaborasi antar profesional kesehatan, team dan organisasi rumah sakit.

RS Unhas, RS Haji dan RS Ibnu Sina Makassar merupakan RS tipe B terakreditasi KARS, namun belum menjalankan praktik kolaborasi interprofesional secara terstruktur karena beberapa hal antara lain belum terpapar secara konseptual tentang proses penyiapan, mekanisme, dan implementasi IPC serta belum adanya kajian awal tentang penyebab IPC tidak berjalan. *Integrated Clinical Pathway* sebagai salah satu indikator IPC belum berjalan maksimal, meskipun ketiga rumah sakit telah mempunyai *Clinical Pathway* untuk 5 penyakit terbanyak dimasing-masing rumah sakit. Di samping itu, ketiga rumah sakit tersebut terus berbenah menjadi rumah sakit pendidikan. Untuk itu diperlukan kajian potensi permasalahan terkait dengan proses implementasi dan dapat diantisipasi hambatan-

hambatan dalam proses pelaksanaannya sehingga pelayanan kesehatan yang terintegrasi dan utuh dapat diwujudkan.

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

Penelitian lebih lanjut telah menunjukkan bahwa dengan kolaborasi yang baik maka telah terjadi peningkatan pemberian

perawatan serta koordinasi layanan yang lebih baik, peningkatan pemberian perawatan khususnya pada penyakit kronis, dan keamanan pasien. Tindakan kolaboratif dapat menurunkan indikator pasien safety, perawatan pasien, dan lingkungan perawatan, komplikasi dan tingkat kesalahan, lama rawat, konflik di antara tenaga kesehatan, pergantian staf, dan tingkat kematian (M. A. Rosen et al., 2018) IPC ini menjadi hal yang penting bagi setiap tenaga kesehatan dikarenakan melalui metode ini semua tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit dapat menjalin komunikasi yang baik dalam menyelesaikan setiap permasalahan pasien dan dapat menunjang penyembuhan kesehatan pasien.

## **B. Rumusan Masalah**

Data yang didapatkan dari pihak Rumah Sakit Universitas Hasanuddin, Rumah Sakit Haji, dan Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar berdasarkan hasil wawancara bahwa hingga saat ini belum ada data secara khusus mengenai pelaksanaan IPC. Hambatan-hambatan sehingga pelaksanaan IPC tidak dapat terlaksana dengan baik sampai saat ini belum mampu dimodifikasi dan diintervensi dengan tepat oleh pihak manajemen rumah sakit. Keterbatasan waktu DPJP dalam melakukan visite setiap hari, rasa percaya diri perawat yang masih relatif rendah, pendidikan tenaga kesehatan yang tidak setara, tidak terlaksananya pelatihan mengenai IPC adalah merupakan hambatan-hambatan yang ditemukan dari hasil wawancara dengan pihak pimpinan rumah sakit.

Berdasarkan latar belakang dan permasalahan yang telah diuraikan, dapat dirumuskan permasalahan penelitian yaitu:

1. Bagaimana pengaruh faktor individu (isolasi, komunikasi dan gaya kepribadian) terhadap pelaksanaan *Interprofessional Collaboration* pada Rumah Sakit Pendidikan di Sulawesi Selatan?
2. Bagaimana pengaruh faktor tim (kerjasama tim, komunikasi tim dan dukungan social) terhadap pelaksanaan *Interprofessional Collaboration* pada Rumah Sakit Pendidikan di Sulawesi Selatan?
3. Bagaimana pengaruh faktor organisasi (budaya organisasi, domain organisasi dan tujuan organisasi) terhadap pelaksanaan *Interprofessional Collaboration* pada Rumah Sakit Pendidikan di Sulawesi Selatan?
4. Bagaimanakah New Model *Interprofessional Collaboration* yang dikembangkan pada Rumah Sakit Pendidikan di Sulawesi Selatan?

### **C. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menemukan New Model *Interprofessional Collaboration* pada Rumah Sakit Pendidikan di Sulawesi Selatan.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis pengaruh faktor individu (isolasi, komunikasi dan gaya kepribadian), terhadap pelaksanaan IPC pada Rumah Sakit Pendidikan di Sulawesi Selatan



- b. Menganalisis pengaruh faktor tim (kerjasama tim, komunikasi tim dan dukungan social) terhadap pelaksanaan IPC pada Rumah Sakit Pendidikan di Sulawesi Selatan.
- c. Menganalisis pengaruh faktor organisasi (budaya organisasi, domain organisasi dan tujuan organisasi) terhadap pelaksanaan IPC pada Rumah Sakit Pendidikan di Sulawesi Selatan.
- d. Menemukan New Model *Interprofessional Collaboration* Pada Rumah Sakit Pendidikan di Sulawesi Selatan.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Manfaat Teoritis**

Hasil penelitian ini memberikan kontribusi yang signifikan pada ilmu perilaku organisasi khususnya pada pelaksanaan *Interprofessional collaboration* pada Rumah Sakit Pendidikan.

##### **2. Manfaat Institusi**

Hasil penelitian ini memberikan informasi tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan *Interprofessional collaboration* dan dapat digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan strategis dalam meningkatkan kolaborasi dirumah sakit pendidikan

##### **3. Manfaat Praktis**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan dan menjadi acuan pelaksanaan *Interprofessional Collaboration* pada Rumah Sakit Pendidikan di Sulawesi Selatan

#### 4. Manfaat Lainnya

Hasil penelitian ini dapat direkomendasikan untuk dapat diteliti lebih lanjut guna penyempurnaan pelaksanaan *interprofessional collaboration* di rumah sakit pendidikan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### *A. Interprofessional Collaboration (IPC)*

##### 1. Definisi IPC

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

Praktik IPC mulai dikenal dalam pelayanan kesehatan selama beberapa dekade, tetapi telah mendapatkan respon yang positif dari semua pihak. Terutama dalam 15 tahun terakhir konsep

IPC diketahui sangat efektif untuk mengatasi terjadinya kesalahan medis. Juga munculnya berbagai layanan yang berpusat pada pasien dan keluarga terutama pada daerah-daerah dengan derajat kesehatan masyarakat yang masih rendah, model IPC diharapkan mampu memberikan perawatan yang lebih baik untuk masyarakat luas (Franklin et al., 2015).

WHO (2010) menjelaskan IPC dalam pemberian layanan kesehatan dapat terlaksana dengan baik jika adanya keterlibatan beberapa profesi tenaga kesehatan serta memberikan pelayanan secara menyeluruh bio-psiko-sosial dan kultural, saling bekerjasama dengan pasien, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas disemua tatanan. IPC melibatkan lebih dari satu tenaga kesehatan yang berbeda yang menerapkan keterampilan dan pengetahuan sesuai dengan bidang ilmu mereka untuk mengatasi masalah kesehatan pasien. Kolaborasi yang baik terjadi ketika individu didalam tim saling menghormati satu sama lain, antara satu profesi dan profesi lain, dan serta dapat bekerjasama dengan baik.

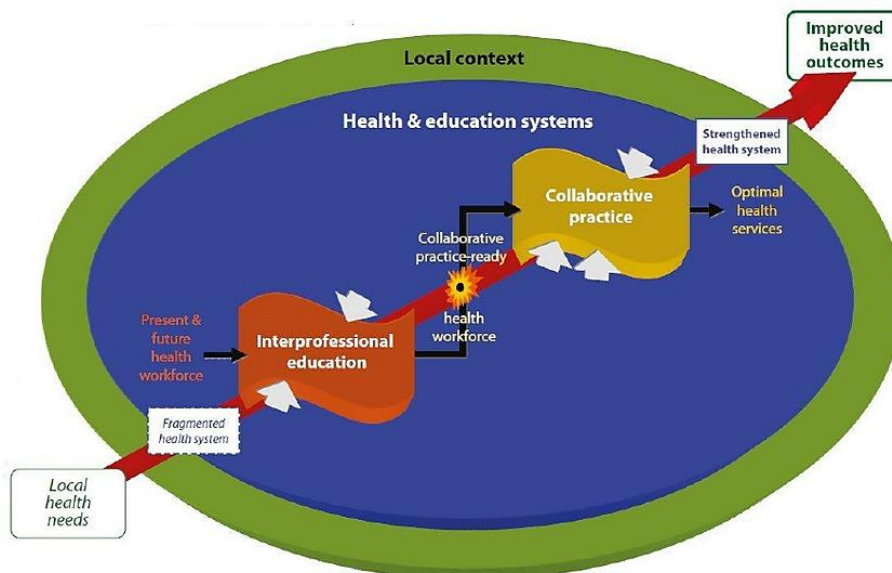
## 2. Teori Dasar IPC

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

WHO pada tahun 2010, untuk pertama kalinya merilis sebuah konsep yang disebut *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Konsep inilah

yang mendasari pelaksanaan *Interprofessional Education* dan *Collaborative Practice* diseluruh dunia.

*Interprofessional Education* dan *Collaborative Practice* dilaksanakan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Penelitian yang dilakukan oleh para pakar selama hampir 50 tahun, menunjukkan bahwa dengan pelaksanaan *Interprofessional Education* maka akan terwujudnya *Collaborative Practice* yang efektif yang pada gilirannya akan mengoptimalkan kualitas layanan kesehatan, memperkuat sistem kesehatan dan meningkatkan derajat kesehatan, baik dalam perawatan akut dan primer, peningkatan tingkat kepuasan pada pasien, penerimaan perawatan yang lebih baik dan peningkatan derajat kesehatan yang dilakukan oleh tim kolaboratif seperti pada gambar berikut:



Gambar 2.1 Health and Educations Systems (WHO, 2010)

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

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

*Collaborative Practice* mengurangi:

- 1) Total angka komplikasi yang dialami pasien
- 2) Lama tinggal di rumah sakit
- 3) Ketegangan dan konflik di antara petugas kesehatan
- 4) *Staff turnover*
- 5) Biaya rumah sakit
- 6) Tingkat kesalahan klinis
- 7) Tingkat kematian pasien

Dalam pelayanan kesehatan jiwa dimasyarakat *Collaborative Practice* dapat:

- 1) Meningkatkan kesabaran dan tingkat kepuasan
- 2) Meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan
- 3) Mengurangi jumlah hari rawat
- 4) Menurunkan biaya perawatan
- 5) Mengurangi kejadian bunuh diri
- 6) Meningkatkan pelayanan kesehatan untuk pasien dengan gangguan psikiatrik

7) Menurunkan jumlah kunjungan rawat jalan

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

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

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

lama, karena semakin meningkatnya multi-morbiditas, hal ini mengakibatkan peningkatan biaya perawatan kesehatan.

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

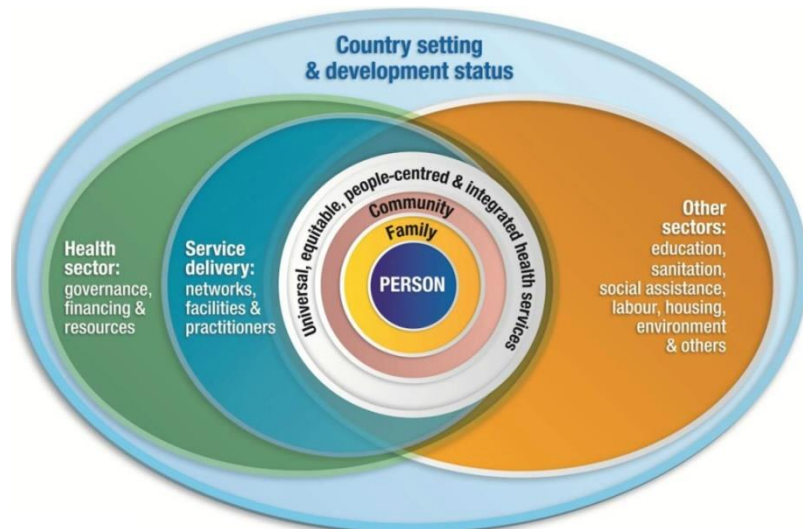
Negara-negara berkembang masih menghadapi masalah yang besar mulai dari kurangnya akses geografis ke layanan kesehatan, sampai kurangnya tenaga kesehatan, layanan kesehatan masih berfokus ke rumah sakit, mengobati penyakit bukan pada peningkatan fungsi mandiri pasien dalam menyelesaikan masalah kesehatannya.

Model perawatan kuratif merusak kemampuan sistem kesehatan untuk menyediakan perawatan secara umum, adil, berkualitas tinggi, serta terus menerus. Secara finansial, pemberi layanan kesehatan seringkali tidak bertanggung jawab terhadap masyarakat, mereka melayani dan karenanya memiliki insentif terbatas untuk memberikan perawatan responsif yang sesuai dengan kebutuhan dan preferensi pengguna mereka. Pasien dan



keluarga tidak dapat membuat keputusan yang tepat tentang penanganan gangguan kesehatan yang mereka alami dan melakukan perubahan atas keputusan yang mereka telah lakukan.

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



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



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

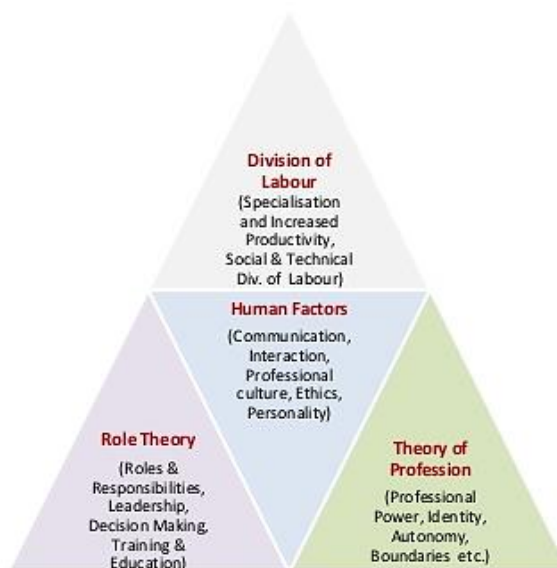
c. Konstruksi Teori IPC Menurut Bachchu Kailash Kain

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

- a. Pelayanan kesehatan saat ini bersifat multifaset dan aktivitas pelayanan yang semakin hari semakin kompleks

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

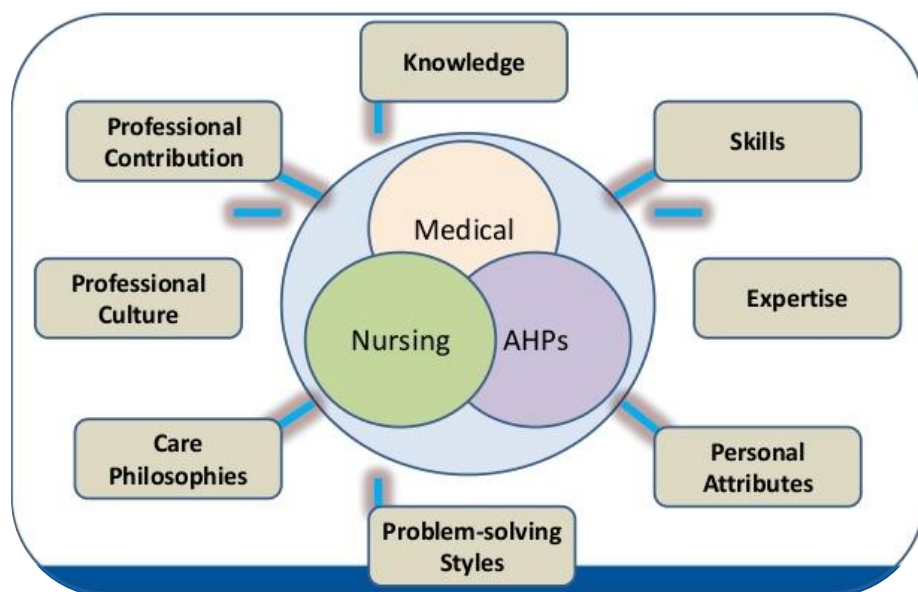
Mengubah lingkungan pelayanan kesehatan kearah yang lebih baik membutuhkan sistem baru antara lain dengan meningkatkan praktik kolaboratif antar profesi kesehatan, sistem ini semakin dibutuhkan dalam mengatasi masalah kesehatan pasien.



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

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

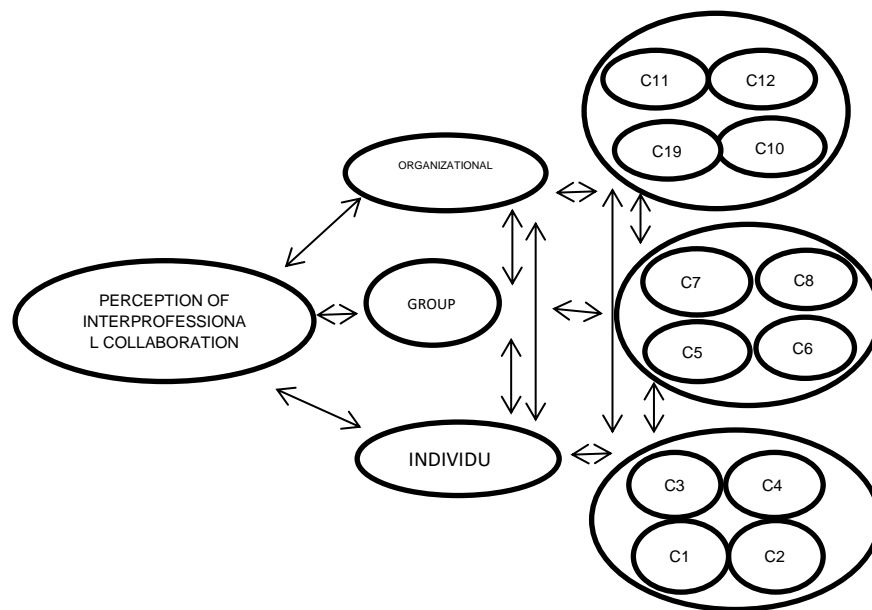
- a. Teori Peran (Peran dan tanggung Jawab, kepemimpinan, pengambilan keputusan, pelatihan dan pendidikan)
- b. Teori Pembagian Kerja (spesialisasi dan peningkatan produktivitas, sosial dan teknis tenaga kerja)
- c. Teori Faktor Manusia (Komunikasi, interaksi, budaya profesional, etika, kepribadian)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



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

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

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



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

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

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

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

### 3. Cara pengukuran IPC

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

- a. Penyusunan kuesioner
- b. Pengembangan skala ukur
- c. Uji reabilitas

Berikut ini berbagai instrument yang digunakan untuk mengukur pelaksanaan IPC.

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

Instrument PINCOM dimana terdapat 16 item faktor yang digunakan untuk mengukur persepsi dan perilaku antara para profesional di bidang interprofesional mengenai proses terjadinya kolaborasi pada individu, kelompok, dan organisasi. PINCOM-Q terdiri dari 48 item pernyataan dengan

skala 7 poin untuk menentukan persepsi individu mengenai *Interprofessional Collaboration* (Strype et al., 2014).

b. *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS)*

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

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

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

c. *Interprofessional Collaboration Scale (ICS)*

WHO mendefinisikan *Interprofessional Collaboration Practice* sebagai "ketika banyak petugas kesehatan dari latar

belakang profesional yang berbeda bekerja bersama dengan pasien, keluarga, perawat, dan masyarakat untuk memberikan perawatan berkualitas tinggi."

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

1. Komunikasi
2. Akomodasi
3. Isolasi

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

WHO (World Health Organization, 2010) mengatakan bahwa dengan IPC maka pemberian layanan pada kesehatan keluarga, pasien dengan penyakit menular, maupun pada penyakit tidak menular akan lebih bermutu. Penelitian lebih lanjut telah menunjukkan bahwa dengan kolaborasi yang baik maka telah terjadi peningkatan pemberian perawatan serta koordinasi layanan



yang lebih baik, peningkatan pemberian perawatan khususnya pada penyakit kronis, dan keamanan pasien. Dilihat dari indikator *patient safety*, perawatan pasien, dan lingkungan perawatan, komplikasi dan tingkat kesalahan, lama rawat, konflik di antara tenaga kesehatan, pergantian staf, dan tingkat kematian, semuanya telah terbukti menurun dengan melakukan tindakan kolaboratif sesama tenaga kesehatan.

b. Hambatan dan Tantangan IPC

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

- a. Kurangnya kesadaran akan nilai dan pentingnya IPC
- b. Pendidikan dan pelatihan interprofessional yang masih sangat rendah.
- c. Budaya profesional yang berbeda
- d. Identitas, kekuatan dan struktur profesional yang berbeda antar tiap profesi yang akan saling berkolaborasi
- e. Peran dan tanggung jawab
- f. Faktor manusia

Faktor hambatan utama dari kolaborasi adalah adanya budaya yang berbeda, komunikasi, peran masing-masing profesi, berbagi sumber daya (Davidavičiene et al., 2020). IPC pada dasarnya adalah pengintegrasian atau kolaborasi berbagai profesi, dan setiap profesi memiliki sejarah, budaya, sikap, nilai, kebiasaan, dan keyakinan yang unik. Ada beberapa hambatan

yang sering ditemui pada pelaksanaan IPC yaitu (Green & Johnson, 2015):

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

Kesimpulannya bahwa dalam proses kolaborasi akan ditemukan beberapa hambatan yang perlu diatasi dengan baik, sehingga permasalahan kesehatan pasien dapat diselesaikan dengan baik. Hal tersebut merupakan langkah penting dan strategis dalam membangun kolaborasi yang efektif. Diharapkan tiap unit pelayanan dapat menemukan metode yang disepakati untuk mengatasi masalah tersebut, dimulai dari penanganan hambatan pada tingkat individu sampai ke tingkat organisasi yang lebih besar.

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

c. Interprofessional dan Kerja Tim

Penelitian menunjukkan bahwa kerja tim dan kolaborasi interprofessional dapat meningkatkan mutu pelayanan

kesehatan. Selain itu, tenaga kesehatan sebagai bagian dari tim akan bekerja secara efektif dan memiliki kepuasan kerja yang lebih tinggi dibanding mereka yang tidak bekerja secara tim.

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

Perlu dipahami bahwa konsep "kolaborasi," diidentifikasi sebagai hal penting untuk memberikan jaminan layanan kesehatan berkualitas. Kolaborasi digambarkan sebagai penyampaian berbagai gagasan serta melakukan tindakan secara bersama-sama berorientasi pada tujuan bersama, dengan penuh semangat serta mengedepankan sikap saling percaya. Kolaborasi interprofessional adalah kesepakatan yang antara para tenaga kesehatan saling menghargai keahlian dan kontribusi yang diberikan oleh berbagai tenaga kesehatan kepada pasien dan akan sangat efektif bila terjalin komunikasi yang baik untuk

menyampaikan pendapat di antara anggota tim. Dalam tinjauan literatur pada praktek kolaboratif, teridentifikasi empat konsep yang berhubungan dengan kolaborasi yaitu: berbagi, kemitraan, saling ketergantungan, dan kepemimpinan (Franklin et al., 2015).

Definisi tim adalah sebagai "sekelompok orang yang bekerja bersama untuk mencapai tujuan yang ditetapkan secara bersama-sama serta dapat dipertanggungjawabkan. Pembentukan tim bertujuan agar anggota tim melaksanakan tugasnya dengan baik, anggota memiliki kontribusi dan peran yang setara, dengan menggunakan sumber daya yang ada secara efisien. Elemen-elemen kunci dari kerja tim termasuk anggota yang memiliki produk kerja bersama, tugas-tugas yang saling bergantung, tanggung jawab bersama, komitmen, dan manajemen konflik (Holland et al., 2017) (Wartini, 2016)

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

- a. Konstruksi tindakan kolektif yang membahas kompleksitas kebutuhan klien.
- b. Menciptakan kondisi tim yang menyatukan pendapat setiap tenaga kesehatan di mana setiap anggota dapat saling

menghormati dan membina hubungan saling percaya dengan baik.

d. Konsep Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK)

SDMK adalah seseorang yang bekerja secara aktif di bidang kesehatan, baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan maupun tidak, yang untuk jenis tertentu membutuhkan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan (Sumiarsih & Nurlinawati, 2020). Kebutuhan SDMK adalah jumlah SDMK menurut jenisnya yang dibutuhkan untuk melaksanakan sejumlah beban kerja yang ada. Sementara perencanaan kebutuhan SDMK adalah proses sistematis dalam upaya menetapkan jumlah, jenis, dan kualifikasi SDMK yang dibutuhkan, sesuai dengan kondisi suatu wilayah, dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Pada tingkat kabupaten/kota, proses tersebut dilihat menurut jenis, jumlah, dan kualifikasi yang dilakukan dalam lingkup kabupaten/kota.

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

Sistem Kesehatan Nasional mendefinisikan SDMK sebagai tenaga kesehatan profesional, termasuk tenaga

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

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, pada Pasal 11 menjelaskan bahwa tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Tenaga kesehatan tersebut dikelompokkan ke dalam:

- a. Tenaga medis (terdiri atas dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis)
- b. Tenaga psikologi klinis (psikologi klinis)
- c. Tenaga keperawatan (terdiri atas berbagai jenis perawat)
- d. Tenaga kebidanan (bidan)

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



## B. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 2018

Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia dilaksanakan untuk menilai kepatuhan rumah sakit terhadap standar akreditasi. Akreditasi rumah sakit yang sudah mulai dilaksanakan sejak tahun 1995 di Indonesia, selama ini menggunakan standar akreditasi berdasarkan tahun berapa standar tersebut mulai dipergunakan untuk penilaian, sehingga selama ini belum pernah ada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia, sedangkan status akreditasi saat ini ada status akreditasi nasional dan status akreditasi internasional, maka di Indonesia perlu ada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit. Berdasarkan hal tersebut maka standar akreditasi untuk rumah sakit yang mulai diberlakukan pada Januari 2018 ini diberi nama Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 dan disingkat menjadi SNARS Edisi 1 (SNARS, 2018)

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

### 1. Proses Penyusunan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1

Pada tahap awal Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) membentuk Tim penyusun yang terdiri dari 25 orang, Tim tersebut

dibagi menjadi sub tim-sub tim, masing-masing sub tim mereview 3 – 4 bab dari standar akreditasi versi 2012. Mengingat di tingkat internasional ada panduan prinsip-prinsip standar akreditasi yang dikeluarkan oleh ISQua (*The International Society for Quality in Health Care*) yaitu badan akreditasi yang melakukan akreditasi standar akreditasi yang dipergunakan oleh badan akreditasi.

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

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

## 2. Kategori-kategori ketentuan KARS

### a. Ketentuan Mengikuti Akreditasi Rumah Sakit

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

### b. Standar

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

### c. Maksud dan Tujuan

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

Ketentuannya, atau memberikan “gambaran tentang Ketentuan dan tujuan-tujuannya.

d. Elemen Penilaian (EP)

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

3. Standar Pelayanan Berfokus Pada Pasien

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

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

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

### C. Tinjauan Umum Perilaku Organisasi

#### 1. Pengertian

- a. Gibson *et al.* (J. Gibson *et al.*, 2011) mengemukakan bahwa Perilaku Organisasi adalah bidang studi yang mempelajari teori, metode, dan prinsip-prinsip dari berbagai disiplin ilmu untuk mempelajari tentang aspek-aspek individu, diantaranya: persepsi, nilai, kapasitas belajar, dan tindakan ketika bekerja dalam sebuah kelompok dan di dalam organisasi, serta mempelajari metode untuk menganalisa pengaruh lingkungan

eksternal terhadap organisasi baik sumber daya manusia, visi dan misi, tujuan, maupun strateginya.

- b. Purnamasari (2016) yaitu : Perilaku organisasi merupakan sebagai suatu system studi dari sifat organisasi seperti misalnya bagaimana organisasi dimulai, tumbuh dan berkembang dan bagaimana pengaruh terhadap anggota-anggota sebagai individu, kelompok-kelompok pemilih, organisasi-organisasi lainnya dan institusi-institusi yang lebih besar.
- c. Thoha (2014) mengemukakan pendapat mengenai perilaku organisasi adalah : “Suatu studi yang menyangkut aspek-aspek tingkah laku manusia dalam suatu organisasi atau suatu kelompok tertentu”.

Perilaku Organisasi atau biasa disebut *Organizational Behavior (OB)* menginvestigasi dampak dari perilaku individu, kelompok, dan struktur terhadap organisasi. Perilaku Organisasi mempelajari apa yang manusia lakukan dalam organisasi dan bagaimana perilaku mereka mempengaruhi kinerja organisasi. Oleh karena studi Perilaku Organisasi berfokus secara spesifik pada situasi terkait karyawan, maka studi Perilaku Organisasi lebih menekankan pada perilaku yang terkait dengan aspek karyawan seperti pekerjaan, *absenteeism* atau tingkat kehadiran, *turnover* tenaga kerja, produktivitas, kinerja seseorang, dan manajemen, termasuk juga topik-topik terkait motivasi, perilaku dan *power* seorang pimpinan, komunikasi interpersonal, proses dan struktur

kelompok, pembelajaran, pengembangan sikap dan persepsi, proses perubahan, konflik, model kerja, dan tekanan kerja (Robbins dan Judge, 2013).

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

Setelah ditelusuri, mereka menyadari bahwa terdapat suatu hal disamping intensitas cahaya yang berpengaruh terhadap perubahan dalam produktivitas, hal ini tak lain adalah *variable* manusia itu sendiri. Atas kesadaran tersebut para peneliti tidak berhenti sampai disini, mereka melanjutkan riset yang mana

mencoba untuk menguji variabel yang lebih spesifik terkait aspek kemanusiaan seperti durasi hari kerja, waktu istirahat, dan metode penggajian karyawan. Studi-studi baru terus berlanjut dengan mengembangkan aspek kajian melalui pendekatan-pendekatan tertentu berdasarkan berbagai disiplin ilmu terkait, sampai sekarang (Luthans, 2011).

Studi formal mengenai Perilaku Organisasi dimulai antara tahun 1948 dan 1952. Bidang studi ini berupaya membantu manajer untuk memahami aspek manusia dalam organisasi dengan lebih baik sehingga peningkatan produktivitas, kepuasan pelanggan, dan daya saing bisa dicapai melalui penerapan manajemen yang lebih baik (Gibson *et al.*, 2012). Luthans mendefinisikan studi Perilaku Organisasi sebagai: memahami, memprediksi, dan manajemen dari perilaku manusia di dalam organisasi.

## 2. Obyektif Studi Perilaku Organisasi

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



berbagai disiplin ilmu guna meningkatkan efektifitas dan efisiensi kinerja sebuah organisasi.

Menurut Luthans (2011), ada beberapa obyektif ketika dan setelah melakukan studi mengenai Perilaku Organisasi, diantaranya adalah: pertama, mampu memahami secara garis besar tantangan-tantangan utama dan perubahan paradigma yang dihadapi manajemen pada masa sekarang dan di masa yang akan datang. Kedua, memahami skema mengenai pendekatan-pendekatan yang bisa dilakukan dalam mempelajari perilaku organisasi, contohnya seperti studi Perilaku Organisasi melalui pendekatan-berbasis-fakta yang dilakukan oleh Luthans. Ketiga, memahami dan mampu menjelaskan metodologi yang digunakan untuk mengumpulkan pengetahuan mengenai Perilaku Organisasi. Keempat, menghubungkan berbagai kerangka studi teoretis yang tersedia sebagai fondasi untuk mempelajari Perilaku Organisasi, misalnya seperti model kerangka konseptual sosial-kognitif Perilaku Organisasi yang dipakai Luthans. Dan tujuan yang paling utama dalam studi Perilaku Organisasi adalah merumuskan metode dan pendekatan yang paling tepat untuk memprediksi Perilaku, khususnya Perilaku Organisasi.

### 3. Model dalam Mengelola Organisasi (J. Gibson et al., 2011)

Terdapat banyak faktor yang mempengaruhi sebuah organisasi, untuk itu pihak manajemen harus tanggap dengan hal itu. Tiap organisasi hendaknya dapat memberikan respon terhadap

kebutuhan pelanggan atau klien, hukum dan tekanan politik, perubahan ekonomi dan teknologi, serta kekuatan lingkungan yang berinteraksi dengan faktor-faktor organisasi.

Aspek-aspek dalam sebuah model pengelolaan organisasi diantaranya adalah:

- a. Perilaku. Terdapat beberapa aspek kajian ketika membahas perilaku di dalam organisasi, diantaranya adalah perilaku individu dan perilaku kelompok pengaruh interpersonal. Kinerja individu merupakan dasar utama dari kinerja organisasi. Memahami perilaku individu menjadi hal yang sangat penting untuk menjalankan manajemen organisasi yang efektif. Ketika ingin meningkatkan kinerja individu maka perlu diperhatikan beberapa faktor penting terkait perilaku individu, diantaranya adalah karakter, motivasi, serta penghargaan dan harapan seorang individu. Perilaku kelompok dan pengaruh interpersonal juga merupakan kekuatan yang kuat yang berpengaruh terhadap kinerja organisasi. Dalam usaha peningkatan kinerja kelompok perlu diperhatikan beberapa aspek diantaranya adalah perilaku kelompok, perilaku dalam kelompok dan konflik, kekuatan dan politik, serta kepemimpinan.
- b. Struktur. Ketika melihat bagan organisasi yang tertulis dalam sebuah papan yang tergantung di tembok, kita hanya melihat susunan dari jabatan, beban kerja, dan garis wewenang antar bagian-bagian dalam sebuah organisasi. Sebenarnya, struktur

organisasi jauh lebih rumit dari itu. Struktur organisasi adalah pola resmi dari aktivitas dan hubungan antar berbagai sub-unit dalam sebuah organisasi. Terdapat dua aspek penting dalam struktur organisasi, yaitu: pembagian tugas dan model organisasi. Pembagian tugas merujuk pada penentuan deskripsi kerja dan beban kerja dari posisi pimpinan unit, serta bagaimana hubungan antara pemimpin dengan tiap anggota tim dalam unit yang dipimpinnya. Sedangkan model organisasi merujuk pada struktur organisasi secara keseluruhan, usaha untuk merubah filosofi dan orientasi sebuah organisasi akan menciptakan struktur baru dari tugas, otoritas, dan hubungan interpersonal yang akan mengarahkan perilaku individu dan kelompok menuju peningkatan kualitas kinerja organisasi.

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

penting untuk mencapainya, dengan integrasi yang baik antara perilaku dengan faktor struktural, dapat meningkatkan kemungkinan pengambilan keputusan yang diambil adalah yang keputusan terbaik.

#### 4. Teori Perilaku Organisasi

##### a. Konsep Perilaku Organisasi (Robbins & Judge, 2017)

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

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

- 1) Psikologi. Psikologi mengukur, menjelaskan, dan kadang merubah perilaku individu. Aspek psikologi mencakup pembelajaran, persepsi, kepribadian, emosi, pelatihan, efektifitas kepemimpinan, kebutuhan dan kekuatan motivasi, kepuasan kerja, proses pengambilan keputusan, penilaian kinerja, pengukuran sikap, teknik seleksi karyawan, desain kerja, dan tekanan kerja.
- 2) Sosial psikologi, secara umum merupakan cabang dari psikologi, namun ada peran sosiologi. Secara spesifik sosio-

psikologi lebih berfokus pada kajian bagaimana seseorang mampu mempengaruhi orang lain serta aspek perubahan, tentang bagaimana menerapkan dan beradaptasi dengan perubahan.

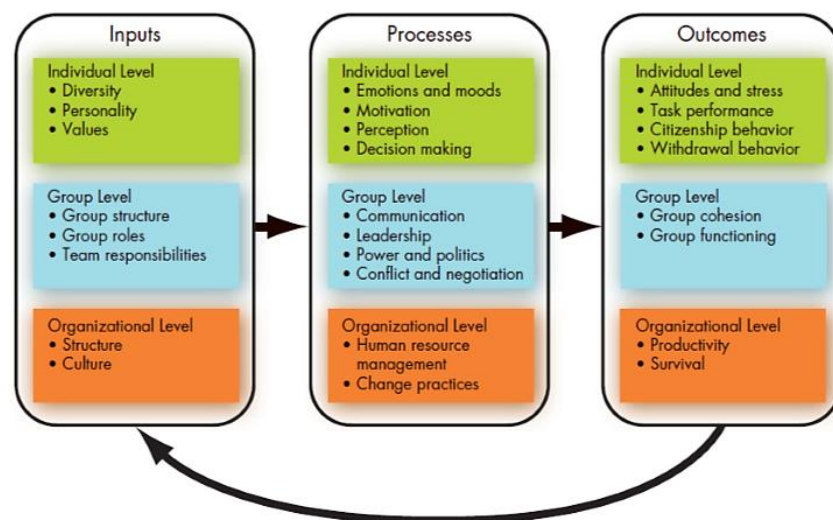
- 3) Sosiologi, ketika psikologi berfokus pada individu, sosiologi lebih berfokus pada kajian manusia kaitannya dengan lingkungan sosial dan budayanya.
- 4) Anthropology, yaitu ilmu yang mempelajari manusia dan aktivitasnya.

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

Input merupakan variabel seperti kepribadian, struktur kelompok, dan budaya organisasi yang mempengaruhi proses. Variabel-variabel tersebut merupakan faktor yang berpengaruh terhadap proses berjalannya sebuah organisasi. Pada akhirnya struktur organisasi dan budaya merupakan hasil dari

perkembangan dan adaptasi perubahan organisasi terhadap lingkungan dan norma yang berlaku serta nilai-nilai yang diyakini.

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



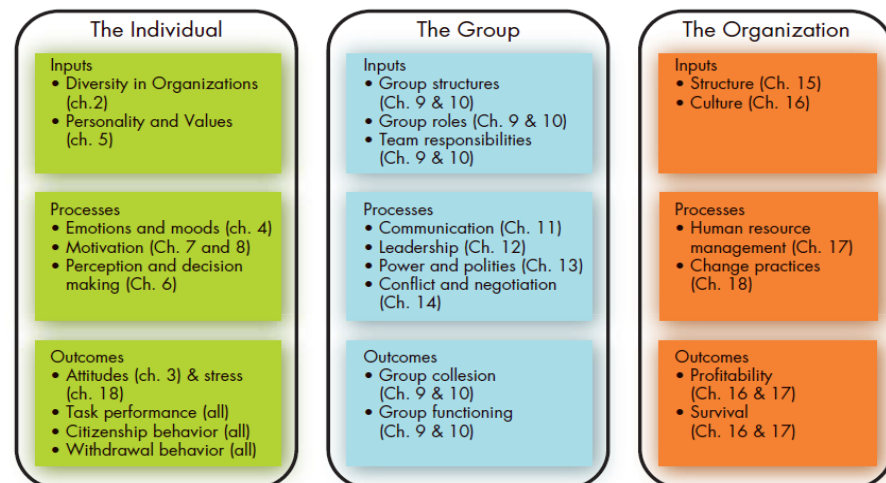
Gambar 2.9. Struktur konsep dasar studi Perilaku Organisasi

(Robbins & Judge, 2017)

Outcome atau hasil adalah variabel kunci yang ingin dijelaskan atau diprediksi, dan hasil ini dipengaruhi oleh

beberapa variabel lain. Hasil keluaran di tingkat individu menurut para ahli berupa sikap, kepuasan, performa kerja, perilaku kewarganegaraan atau daerah asal, dan perilaku pengambilan. Pada tingkat kelompok, perpaduan dan fungsi merupakan variabel penentu. pada akhirnya di tingkat organisasi kita dapat melihat pada profitabilitas dan kelangsungan hidup.

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



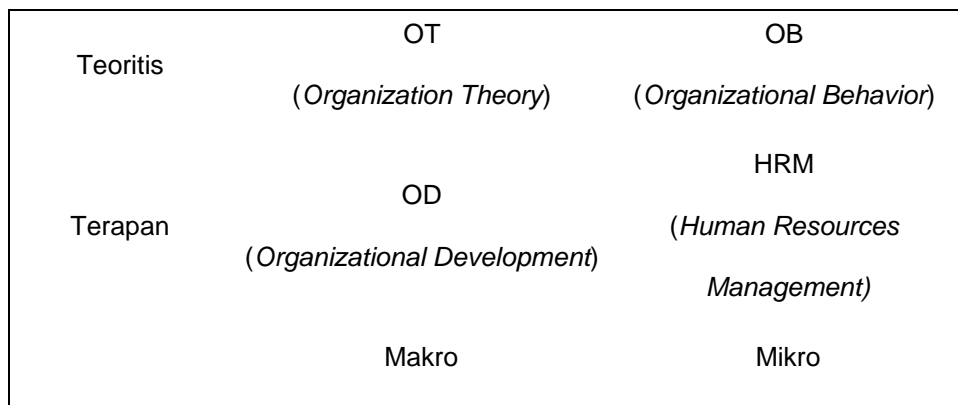
Gambar 2.10. Kerangka konsep studi Perilaku Organisasi (Robbins & Judge, 2017)

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

perilaku kedaerahan, serta perilaku enarikan menjadi outcome tingkat individu.

b. Konsep Perilaku Organisasi (Luthans, 2011)

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



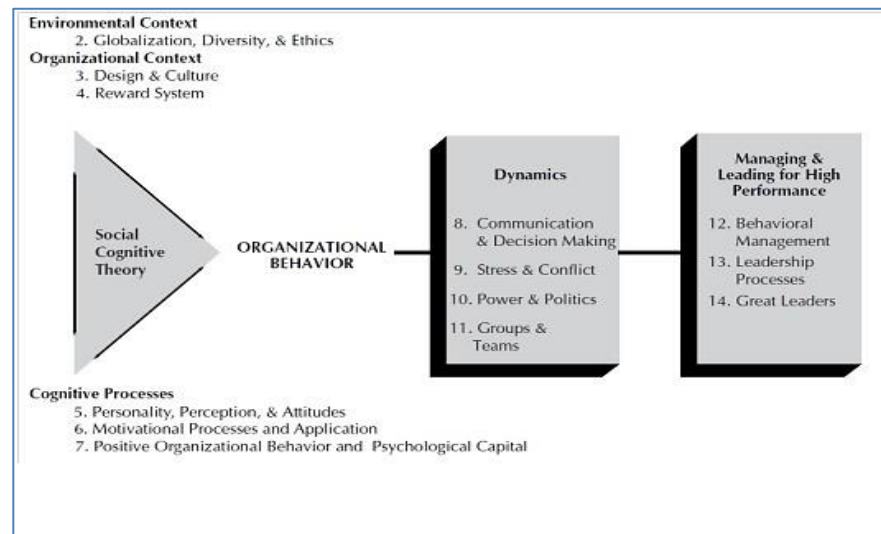
Gambar. 2.7. Hubungan Perilaku Organisasi dengan Disiplin Lain yang Terkait Erat (Luthans, 2011)

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



menduga, dan melakukan pengelolaan dari perilaku manusia dalam organisasi.

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



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

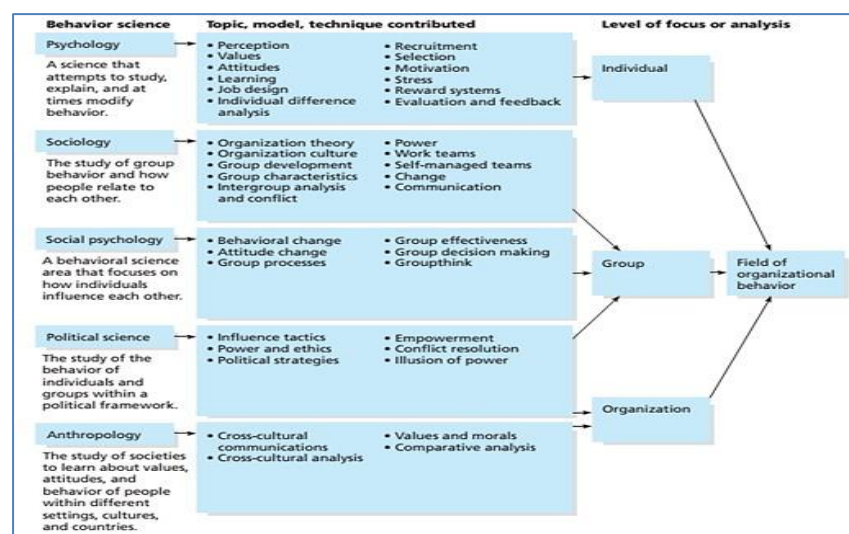
Kerangka konseptual pada pembahasan disajikan dalam Gambar 2.5. Sebagaimana diindikasikan, teori sosial kognitif merupakan fondasi dan ketetapan dari interaksi resiprokal dalam konteks lingkungan dan konteks organisasi, proses kognitif, dan yang terpenting, Perilaku Organisasi itu sendiri, yang merupakan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

c. Konsep Perilaku Organisasi (J. Gibson et al., 2011)

Ilmu perilaku khususnya psikologi, sosiologi, ilmu politik, dan antropologi budaya, telah menyediakan kerangka dasar dan

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

Perilaku Organisasi telah berkembang menjadi sebuah perangkat terapan dari konsep, model, dan teknik ilmu perilaku. Kontributor dominan seperti psikologi Perilaku Organisasi, psikologi sosial, sosiologi, ilmu politik, dan antropologi telah memberikan kontribusi terhadap pemahaman dan penerapan dari manajemen organisasi. Dasar teori ini hampir sama dengan yang dilakukan oleh Robbins dan Judge (2013), namun ditambahkan satu disiplin ilmu sebagai dasar kajian, yaitu ilmu politik.



Gambar 2.8. Kontribusi berbagai disiplin ilmu pada studi dan penerapan Perilaku Organisasi (J. Gibson et al., 2011)

## D. Tinjauan Umum Budaya Organisasi

### 1. Definisi Budaya Organisasi

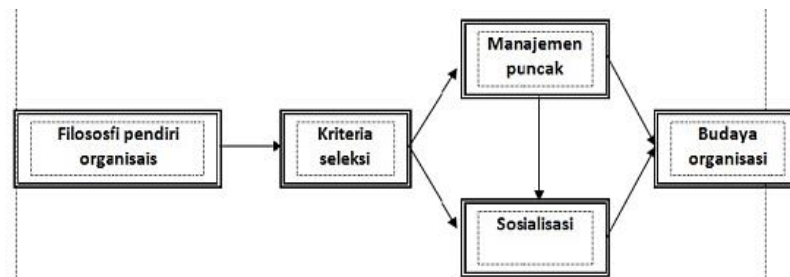
- a. Budaya organisasi merujuk pada sistem pengertian bersama yang dipegang oleh anggota-anggota suatu organisasi yang membedakan organisasi tersebut dengan organisasi lainnya. Sistem pengertian bersama ini dalam pengamatan yang lebih seksama merupakan serangkaian karakter penting yang menjadi nilai bagi suatu organisasi (Robbins & Judge, 2017)
- b. Budaya organisasi mengacu pada norma perilaku, asumsi, dan keyakinan dari suatu organisasi, sementara dalam iklim organisasi mengacu pada persepsi orang-orang dalam organisasi yang merefleksikan norma-norma, asumsi-asumsi dan keyakinan (Zohar & Hofmann, 2012)
- c. Budaya organisasi adalah proses sosialisasi anggota organisasi untuk mengembangkan persepsi, nilai dan keyakinan terhadap organisasi untuk mengembangkan persepsi, nilai, dan keyakinan terhadap organisasi (Barlian, 2018)
- d. Budaya organisasi berkenaan dengan keyakinan, asumsi, nilai, norma-norma perilaku, ideology, sikap, kebiasaan dan harapan-harapan yang dimiliki oleh organisasi (dalam hal ini termasuk organisasi universitas swasta) (Karthikeyan, 2019)
- e. Budaya organisasi adalah “kepribadian organisasi yang mempengaruhi cara bertindak individu dalam organisasi”.

Budaya mengandung pola eksplisit dan implisit dari dan untuk perilaku yang dibutuhkan dan diwujudkan hasil kelompok manusia secara berbeda termasuk benda-benda ciptaan manusia (J. L. Gibson, 2012)

Beberapa definisi tentang budaya organisasi diatas, secara umum dapat ditetapkan bahwa budaya organisasi berkaitan dengan makna bersama, nilai, sikap dan keyakinan. Dapat dikatakan bahwa jantung dari suatu organisasi adalah sikap, keyakinan, kebiasaan dan harapan dari seluruh individu anggota organisasi mulai dari manajemen puncak hingga manajemen yang paling rendah, sehingga tidak ada aktifitas manajemen yang dapat melepaskan diri dari budaya.

## 2. Proses Terbentuknya Budaya Organisasi

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



Bagan 3. Proses terbentuknya budaya organisasi

Sumber : Stephen P. Robbins. (2005)  
 Organizational Behavior, Eleventh Edition,  
 Chapter sixteen; 498

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

### 3. Komponen-Komponen Budaya Organisasi

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

- a. Otonomi individu yaitu kadar kebebasan, tanggung jawab dan kesempatan individu untuk berinisiatif dalam organisasi
- b. Struktur yaitu kadar peraturan dan ketetapan yang digunakan untuk mengontrol perilaku pegawai
- c. Dukungan yaitu kadar bantuan dan keramahan manajer kepada pegawai
- d. Identitas yaitu kadar kenalnya anggota terhadap organisasinya secara keseluruhan, terutama informasi kelompok kerja dan keahlian profesionalnya
- e. Hadiah performansi yaitu kadar alokasi hadiah yang didasarkan pada criteria performansi pegawai

- f. Toleransi konflik yaitu kadar konflik dalam hubungan antar sejawat dan kemauan untuk jujur dan terbuka terhadap perbedaan
- g. Toleransi resiko yaitu kadar dorongan terhadap pegawai untuk agresif, inovatif dan berani menanggung resiko.

#### 4. Fungsi Budaya Organisasi

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

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

Tabel 2.1 Fungsi Adaptasi Eksternal dan Fungsi Internal Budaya Organisasi (Haedar et al., 2019)

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

- b. Fungsi budaya organisasi (LI, 2015) dibagi menjadi: (1) memberikan rasa identitas kepada anggota organisasi, (2) memunculkan komitmen terhadap misi organisasi, (3) membimbing dan membentuk standar perilaku anggota organisasi, dan (4) meningkatkan stabilitas sistem sosial.
- c. Fungsi budaya dalam organisasi (Robbins & Judge, 2017) menjadi lima fungsi yaitu :
- 1) Budaya memiliki suatu peran batas-batas tertentu yaitu budaya menciptakan perbedaan antara satu organisasi dengan organisasi lainnya.
  - 2) Budaya menyampaikan rasa identitas kepada anggota-anggota organisasi



- 3) Budaya mempermudah penerusan komitmen hingga mencapai batasan yang lebih luas, melebihi batasan ketertarikan individu
- 4) Budaya mendorong stabilitas sistem sosial. Budaya merupakan suatu ikatan sosial yang membantu mengikat kebersamaan organisasi dengan menyediakan standar-standar yang sesuai mengenai apa yang harus dikatakan dan dilakukan karyawan
- 5) Budaya sebagai pembentuk rasa dan mekanisme pengendalian yang memberikan panduan dan bentuk perilaku serta sikap karyawan.

Seringkali dalam organisasi terjadi perbandingan antara budaya yang kuat dan budaya yang lemah. Alasan ini seringkali memiliki dampak yang lebih besar terhadap sikap karyawan dan lebih tertuju langsung untuk mengurangi keluar masuknya karyawan. Budaya yang kuat selalu ditandai oleh nilai-nilai dasar organisasi yang dipegang teguh dan disepakati secara bersama-sama. Semakin banyak anggota organisasi yang menerima nilai-nilai dasar organisasi dan semakin besar komitmen mereka terhadap nilai-nilai tersebut, maka budaya tersebut akan semakin kuat. Sejalan dengan definisi ini, budaya organisasi yang kuat jelas sekali memiliki pengaruh yang besar terhadap sikap anggota organisasi dibandingkan dengan budaya organisasi yang lemah (Robbins & Judge, 2017)

Hasil spesifik dari suatu budaya yang kuat adalah keluar masuknya pekerja yang rendah. Suatu budaya yang kuat akan memperlihatkan kesepakatan yang tinggi mengenai tujuan organisasi diantara anggota-anggotanya. Kebulatan suara terhadap tujuan akan membentuk keterikatan, kesetiaan, dan komitmen organisasi. Kondisi ini selanjutnya akan mengurangi kecenderungan karyawan untuk keluar dari organisasi (Shuck et al., 2014)

#### 5. Karakteristik Budaya Organisasi

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

- a. *Innovation and risk taking*, yaitu derajat sejauh mana pekerja didorong untuk inovatif dan berani mengambil resiko
- b. *Attention to detail*, yaitu derajat sejauh mana para pekerja diharapkan menunjukkan presisi, analisis, dan perhatian pada detail-detail
- c. *Outcome orientation*, yaitu sejauh mana pimpinan berfokus pada hasil, bukan pada teknis dari proses yang dipakai untuk menjadi hasil
- d. *People orientation*, yaitu sejauh mana keputusan manajemen memperhitungkan efek hasil-hasil pada orang dalam fungsi budaya organisasi menjadi inti dari suatu budaya organisasi.
- e. *Team orientation*, yaitu sejauh mana kegiatan kerja diorganisasikan atas dasar tim kerja daripada individu.

- f. *Aggressiveness*, yaitu sejauhmana orang-orang dalam organisasi bersifat agresif dan kompetitif
- g. *Stability*, yaitu sejauh mana aktifitas organisasi menekankan pemeliharaan status quo sebagai kontras dari pertumbuhan.

Masing-masing karakteristik diatas bergerak pada suatu kontinuitas dari rendah hingga ke tinggi. Menilai suatu organisasi dengan ketujuh karakter ini akan menghasilkan gambaran mengenai budaya organisasi tersebut. Gambaran tersebut kemudian menjadi dasar untuk perasaan saling memahami yang dimiliki anggota organisasi mengenai organisasi mereka, bagaimana segala sesuatu dikerjakan berdasarkan pengertian bersama tersebut, dan cara-cara anggota organisasi seharusnya bersikap (Robbins & Judge, 2017)

## E. Tinjauan Rumah Sakit

### 1. Rumah Sakit

#### a. Definisi Rumah Sakit

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

Definisi rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan

perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (UU NO. 44, 2009)

Pengertian rumah sakit berdasarkan (Permenkes, 2020) adalah :

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

b. Tujuan Rumah Sakit

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

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

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

c. Tugas Dan Fungsi Rumah Sakit.

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

- 1) Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- 2) Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
- 3) Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumberdaya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
- 4) Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

d. Klasifikasi Rumah Sakit

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

- 1) Klasifikasi rumah sakit umum terdiri atas:
  - a) Rumah sakit umum kelas A, merupakan Rumah Sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 250 (dua ratus lima puluh) buah.

- b) Rumah sakit umum kelas B, merupakan Rumah Sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 200 (dua ratus) buah.
- c) Rumah sakit umum kelas C, merupakan Rumah Sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 100 (seratus) buah.
- d) Rumah sakit umum kelas D, merupakan Rumah Sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 50 (lima puluh) buah.

2) Klasifikasi rumah sakit khusus terdiri atas:

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

2. Rumah Sakit Pendidikan (PP, 2015)

a. Definisi

Rumah Sakit Pendidikan adalah rumah sakit yang mempunyai fungsi sebagai tempat pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan secara terpadu dalam bidang pendidikan

kedokteran dan/atau kedokteran gigi, pendidikan berkelanjutan, dan pendidikan kesehatan lainnya secara multiprofesi.

b. Fungsi dan tugas rumah sakit pendidikan

1) Fungsi: Rumah Sakit Pendidikan memiliki fungsi pelayanan, pendidikan, dan penelitian bidang kedokteran, kedokteran gigi, dan kesehatan lain.

2) Tugas: Rumah Sakit Pendidikan bertugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan terintegrasi dengan mengutamakan tata kelola klinis yang baik, perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran, kedokteran gigi, dan kesehatan lain berbasis bukti dengan memperhatikan aspek etika profesi dan hukum kesehatan.

c. Jenis Rumah Sakit Pendidikan

1) Rumah Sakit Pendidikan utama

Rumah Sakit Pendidikan utama berupa:

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

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

Selain itu Rumah Sakit Pendidikan utama juga merupakan tempat penyelenggaraan pendidikan bagi tenaga kesehatan lainnya. Rumah Sakit Pendidikan utama bersama Institusi Pendidikan wajib membina Rumah Sakit Pendidikan satelit dan fasilitas pelayanan kesehatan lain sebagai jejaring Rumah Sakit Pendidikan. Rumah sakit hanya dapat menjadi Rumah Sakit Pendidikan utama bagi 1 (satu) fakultas kedokteran atau fakultas kedokteran gigi. (2) Fakultas kedokteran atau fakultas kedokteran gigi hanya dapat bekerja sama dengan 1 (satu) rumah sakit sebagai Rumah Sakit Pendidikan utama

Rumah Sakit Pendidikan dapat menjadi Rumah Sakit Pendidikan afiliasi atau Rumah Sakit Pendidikan satelit bagi fakultas kedokteran atau fakultas kedokteran gigi lain. Dalam hal penyelenggaraan program dokter layanan primer, dokter spesialis-subspesialis atau dokter gigi spesialis-subspesialis, fakultas kedokteran atau fakultas kedokteran gigi dapat bekerja sama dengan paling banyak 2 (dua) rumah sakit sebagai Rumah Sakit Pendidikan utama. Rumah Sakit Pendidikan utama harus melaksanakan pelayanan kesehatan primer, pelayanan kesehatan sekunder, dan pelayanan kesehatan tersier. Dalam rangka melaksanakan pelayanan kesehatan maka



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

2) Rumah Sakit Pendidikan afiliasi

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

3) Rumah Sakit Pendidikan satelit.

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

d. Persyaratan

Syarat Rumah Sakit Pendidikan paling sedikit meliputi:

- 1) Telah menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan mampu menyediakan pasien/klien dengan variasi kasus dan jumlah yang sesuai dengan kebutuhan pendidikan;
- 2) Memiliki izin operasional yang masih berlaku;

- 3) Terakreditasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- 4) Memiliki dokumen perjanjian kerja sama dengan Institusi Pendidikan;
- 5) Memiliki sumber daya manusia yang memenuhi kualifikasi sebagai dosen kedokteran, kedokteran gigi, dan kesehatan lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- 6) Memiliki teknologi kedokteran dan/atau kesehatan yang sesuai dengan standar nasional pendidikan tenaga kesehatan;
- 7) Memiliki program penelitian secara rutin;
- 8) Membuat pernyataan kesediaan menjadi Rumah Sakit Pendidikan dari pemilik rumah sakit; dan
- 9) Memenuhi standar Rumah Sakit Pendidikan.

e. Standar

Standar Rumah Sakit Pendidikan meliputi:

- 1) Standar visi, misi, dan komitmen rumah sakit di bidang pendidikan
- 2) Standar manajemen dan administrasi pendidikan;
- 3) Standar sumber daya manusia;
- 4) Standar sarana penunjang pendidikan
- 5) Standar perancangan dan pelaksanaan program pendidikan klinik yang berkualitas.

## F. Tinjauan Umum Tentang Pemodelan Dinamik

Model merupakan sistem atau kejadian yang sesungguhnya ataupun tiruan dari suatu benda, model hanya berisi informasi-informasi yang dianggap penting untuk ditelaah. Model menghasilkan gambaran proses secara keseluruhan dengan menggunakan perumusan matematika dari proses-proses fisika/kimia/biologi suatu fenomena alam, sehingga jika dimasukkan data-data penunjang, kemudian dihitung dengan metode perhitungan tertentu. Pemodelan diartikan sebagai ilustrasi penggambaran, penyederhanaan, miniatur, *visualising* atau kreasi prediksi inovatif. Model dibangun untuk tujuan peramalan dan perancangan kebijaksanaan. Pendekatan model dinamik bersifat deduktif dan mampu menghilangkan kelemahan-kelemahan dalam asumsi-asumsi yang dibuat, dapat diperoleh kesepakatan atas asumsi-asumsi tersebut. Proses perubahan dari satu kondisi ke kondisi lainnya merupakan hal utama yang ditekankan dalam model dinamik (Arif, 2017)

Model dapat disusun dengan memperhatikan:

1. Model adalah representasi dari sebuah teori, sehingga jika teori yang digunakan benar maka model juga seharusnya menghasilkan keluaran yang benar begitupun sebaliknya.
2. Asumsi dan penyederhanaan yang dibuat ketika menyusun model harus mengikuti aturan/teori yang berlaku, setiap asumsi yang dibuat harus didokumentasikan/dicatat dengan baik.

3. Menghitung model matematika biasanya digunakan pendekatan metode numeric, sehingga harus didefinisikan dengan baik kemungkinan kesalahan perhitungan dari metode numerik yang digunakan.

Sistem dinamik adalah studi tentang sistem dengan menggunakan prinsip-prinsip ilmiah yang dapat menghasilkan suatu konsepsi atau model. Konsepsi dan model tersebut dapat digunakan sebagai landasan kebijakan, perubahan struktur, taktik dan strategi pengelolaan sistem tersebut. Analisis sistem dinamik bertujuan untuk mengidentifikasiberbagai elemen penyusun sistem, memahami prosesnya serta memprediksi berbagai kemungkinan keluaran sistem yang terjadi akibat adanya distorsi di dalam sistem itu sendiri, sehingga didapatkan berbagai alternatif pilihan yang menguntungkan secara optimal. Karakteristik model yang baik antara lain sebagai berikut yaitu model yang dapat memecahkan suatu masalah yang besar adalah model yang tingkat generalisasinya tinggi, model dapat menjelaskan dinamika secara rinci, menambah minat peneliti yang lain untuk melakukan penelitian lanjutan, proses pemodelan tidak pernah selesai (Li et al., 2019).

1. Prinsip-Prinsip Pemodelan (Khan & Mahmood, 2018)

- a. Elaborasi adalah pengembangan model dilakukan secara bertahap dimulai dari model sederhana hingga diperoleh model yang lebih representatif.

- b. Sinektik adalah pengembangan model yang dilakukan secara analogis (Kesamaan-kesamaan).
- c. Iteratif adalah pengembangan model yang dilakukan secara berulang-ulang dan peninjauan kembali.

## 2. Syarat Menyusun Model

Hal-hal yang harus diperhatikan sebelum menyusun model, antara lain (Wynn & Clarkson, 2018):

- a. Jika teori yang digunakan benar maka model juga seharusnya menghasilkan keluaran yang benar, sebab model merupakan representasi dari sebuah teori.
- b. Ketika menyusun model, asumsi dan penyederhanaan yang dibuat harus mengikuti aturan/teori yang berlaku, dokumentasi dan pencatatan yang baik harus dilakukan dalam setiap asumsi yang dibuat.
- c. Menggunakan pendekatan metode numerik untuk menghitung model matematika, sehingga harus didefinisikan dengan baik kemungkinan kesalahan perhitungan dari metode numerik yang digunakan.

Sistem dinamik didefinisikan sebagai sebuah bidang untuk memahami bagaimana sesuatu berubah menurut waktu. Sistem dinamik merupakan metoda yang dapat menggambarkan proses, perilaku, dan kompleksitas dalam sistem. Metodologi sistem dinamik ini telah dan sedang dikembangkan sejak diperkenalkan pertama kali oleh Jay W. Forrester (1950-an) sebagai suatu metoda pemecahan

masalah kompleks yang timbul karena ketergantungan sebab akibat dari berbagai macam variabel di dalam sistem (Eren, 2017)

Sistem dinamik dititikberatkan pada penentuan kebijakan dan tingkah laku masalah yang dapat dimodelkan dengan menggunakan sistem dinamik. Dalam metodologi sistem dinamik yang dimodelkan adalah struktur informasi sistem yang didalamnya terdapat sumber informasi dan jaringan aliran informasi yang saling terhubung. Model dinamik merupakan suatu metode pendekatan eksperimental yang mendasari kenyataan yang ada dalam suatu sistem untuk mengamati tingkah laku sistem tersebut. Simulasi yang menggunakan model dinamik dapat memberikan penjelasan tentang proses yang terjadi dalam sistem dan prediksi hasil dari berbagai skenario. Berdasarkan hasil simulasi model tersebut diperoleh solusi untuk menunjang pengambilan keputusan sehingga simulasi model dinamik ini dapat digunakan sebagai alat untuk melakukan pendugaan. Secara umum model didefinisikan sebagai suatu perwakilan atau abstraksi dari suatu obyek atau situasi actual, karena itu suatu model adalah abstraksi dari realita, maka pada wujudnya lebih sederhana dibandingkan dengan realita yang diwakilinya. Model dapat disebut lengkap apabila dapat mewakili berbagai aspek dari realita yang sedang dikaji (Giereheller, 2015)

Model sistem dinamik dapat dinyatakan dan dipecahkan secara numerik dalam sebuah bahasa pemrograman. Perangkat lunak khusus untuk sistem dinamik telah banyak tersedia seperti *Dynamo*. *Simile*,

*Powersim*, *Vensim*, *I-think* dan lain-lain. Pemilihan *Powersim* sebagai *software* untuk simulasi model adalah karena kemudahan dan ketersediaan pada saat penelitian. Pemodelan dinamik terdiri dari variabel-variabel yang saling berhubungan. Dalam *Powersim* yaitu perangkat lunak yang digunakan untuk simulasi terdapat variabel-variabel yaitu *level*, *rate*, *auxiliary* dan *constant* (*Powersim*, 1996). Pada model yang telah dibuat, data kuantitatif dimasukan dengan meng-*klik* variabel-variabel yang tersedia seperti *level*, *rate*, *auxiliary* dan *constant*. Kemudian nilai atau formula matematika di inputkan ke dalam variabel-variabel tersebut untuk mengkalkulasi model (M.D.P. Coelho, 2017). Tahapan dalam proses pemodelan adalah :

1. Konseptualisasi dan identifikasi
  - a. Menyusun hipotesis dasar teori yang terlihat dalam proses termaksud.
  - b. Mengevaluasi dasar teori termaksud.
2. Representasi matematis
  - a. Biasanya dalam bentuk diferensial atau persamaan aljabar
  - b. Untuk system pakar dapat pula menggunakan aturan bahasa (lingustik ruler).
3. Implementasi numerik
  - a. Menyusun algoritma solusi numeric
  - b. Melakukan perhitungan menggunakan computer
4. Estimasi parameter atau kalibrasi
  - a. Pengaturan parameter model berdasarkan data pengukuran

b. Kalibrasi sehingga seluruh data pengukuran dan parameter model sesuai.

5. Pengujian hipotesis

Pengujian keluaran model terhadap kondisi uji yang telah ditentukan untuk hipotesis tertentu,

6. Validasi

Memastikan kualitas model yang dihasilkan dengan membandingkannya dengan data pengukuran.

Model Sistem Dinamis merepresentasikan struktur diagram umpan balik adalah diagram sebab akibat atau *Causal Loop Diagram*. Diagram ini merupakan penunjuk arah aliran perubahan variabel dan polaritasnya. Polaritas aliran dibagi menjadi positif dan negatif. Diagram Alir atau *Flow Diagram* merupakan bentuk diagram lain yang juga menggambarkan struktur model sistem dinamis. Diagram alir merepresentasikan hubungan antar variabel yang telah dibuat dalam diagram sebab-akibat dengan lebih jelas, dengan menggunakan berbagai simbol tertentu untuk berbagai variabel yang terlibat (Sushil, 1993)

Dalam menyusun model dinamik terdapat tiga bentuk alternatif yang dapat digunakan ( Muhammad et al, 2001) yaitu :

a. Verbal

Model verbal adalah model sistem yang dinyatakan dalam bentuk kata-kata.



b. Visual

Deskripsi visual dinyatakan secara diagram dan menunjukkan hubungan sebab akibat banyak variabel dalam keadaan sederhana dan jelas. Analisis deskripsi visual dilakukan secara kualitatif.

c. Matematis

Model visual dapat dipresentasikan kedalam bentuk matematis yang merupakan perhitungan terhadap suatu sistem. Semua bentuk perhitungannya bersifat ekuivalen, yang mana setiap bentuk berperan sebagai alat bantu untuk dimengerti bagi yang awam.

7. Pendekatan Sistem Dinamik

Berdasarkan filosofi kausal (sebab akibat), tujuan metodologi sistem dinamik adalah untuk mendapatkan pemahaman yang mendalam tentang tata cara kerja suatu sistem. Ada beberapa tahapan dalam pendekatan sistem dinamik antara lain :

a. Identifikasi dan Definisi Masalah

Untuk mengetahui dimana sebenarnya pemodelan sistem perlu dilakukan, maka pendefinisian masalah merupakan tahap yang sangat penting dilakukan. Tahap selanjutnya adalah menetapkan tujuan pembatasan masalah dari sistem yang akan dimodelkan. Batas sistem menyatakan komponen-komponen yang termasuk dan tidak termasuk dalam pemodelan sistem.

b. Konseptualisasi Sistem

Konseptualisasi sistem dilakukan atas dasar permasalahan yang didefinisikan. Dimulai dari identifikasi komponen atau variabel yang terlibat dalam pemodelan. Dengan menggunakan ragam metode seperti diagram sebab akibat (*causal*), diagram kotak pana (*stock and flow*), dan diagram sekuens (aliran), variabel-variabel tersebut kemudian dicari interrelasinya satu sama lain. Tujuan dari konseptualisasi model adalah ini adalah memberikan kemudahan bagi pembaca agar dapat mengikuti pola pikir yang tertuang dalam model sehingga menimbulkan pemahaman yang lebih mendalam atas sistem.

c. Formulasi Model

Pada tahap formulasi (spesifikasi) model, dilakukan dengan memasukkan data kuantitatif kedalam diagram model dengan tujuan untuk merumuskan makna yang sebenarnya dari setiap relasi yang ada dalam model konseptual. Spesifikasi model dilakukan terhadap variabel - variabel yang saling berhubungan dalam diagram.

d. Simulasi Model

Menurut Muhammadi *et al* (2001) untuk memahami gejala atau proses tersebut dimasa depan, maka dilakukanlah simulasi model. sedangkan untuk mengetahui kesesuaian antara hasil simulasi dengan gejala atau proses yang ditirukan

maka dilakukan validasi model. Hasil validasi ini kemudian akan menimbulkan proses perbaikan serta reformulasi model.

e. Analisa Kebijakan

Untuk memahami pentingnya sifat-sifat dinamika dari model merupakan tujuan dari tahapan analisa kebijakan. Ini dapat dilakukan dengan menggunakan metode matematik/analitik. Meskipun ini tidak mungkin untuk menemukan solusi persamaan-persamaan model sistem dinamik secara matematik, kita kadang dapat menemukan level yang konstan setimbang dan menentukan stabilitasnya. Lebih umum, analisis dilakukan dengan percobaan simulasi.

f. Implementasi Kebijakan

Implementasi kebijakan merupakan tahap yang penting karena keberhasilan utama dari sebuah proyek aplikasi sistem dinamik berarti suatu demonstrasi dan peningkatan sistem yang terus-menerus.

G. Tinjauan Umum Tentang SEM

Simulasi diperlukan perangkat lunak pada model untuk melihat perilaku dari model yang telah dibuat, salah satunya menggunakan *software powersim*. Powersim adalah satu software untuk simulasi model dinamik. Jadi powersim hanya merupakan alat (tool) untuk mempermudah simulasi model *system dynamic*. Pada waktu mensimulasikan model variabel-variabel yang digunakan akan dihubungkan untuk membentuk sistem sebenarnya.

Variabel-variabel akan saling dihubungkan membentuk suatu sistem yang dapat menirukan kondisi sebenarnya. Pada waktu mensimulasikan model. Pada perangkat lunak powersim, suatu sistem yang menghubungkan variabel-variabel tersebut, disebut diagram alir (*flow diagram*). Variabel-variabel tersebut akan digambarkan dengan beberapa simbol, yang utama adalah simbol aliran (*flow symbol*) yang selalu dihubungkan dengan simbol level (*level symbol*) melalui simbol panah tebal untuk proses aliran. Panah halus (*information link*) yang menghubungkan antara level dengan aliran adalah proses aliran umpan balik. Diagram alir menggambarkan struktur dari model sedangkan hasil simulasi berupa gambar atau grafik yang menggambarkan perilaku dari sistem.

Simbol level atau *variabel state* ini dinyatakan dengan sebuah besaran kuantitas terakumulasi sebagai akibat aktivitas aliran sepanjang waktu. Variabel rate menggambarkan suatu aktivitas, pergerakan dan aliran yang berkontribusi terhadap perubahan persatuan waktu dalam satu level yang dinyatakan dalam besaran laju perubahan. Variabel auxiliary merupakan variabel tambahan untuk menyederhanakan hubungan informasi antara level dalam rate. Variabel ini dinyatakan dalam persamaan matematik yang pada dasarnya merupakan bagian dari persamaan rate. Parameter atau konstanta merupakan input informasi untuk rate secara langsung maupun variabel *auxiliary*. Parameter dinyatakan dalam persamaan parameter dan nilainya dapat diubah dalam periode simulasi lainnya

sesuai dengan scenario eksperiment. Sumber menyatakan asal aliran yang harganya tidak terpengaruh terhadap sistem dan endapan (*sink*) yang menyatakan tujuan dari suatu aliran yang tidak mempengaruhi sistem. Model yang dibangun dengan perangkat lunak powersim berbentuk simbol-simbol dan simulasinya mengikuti suatu metode yang dinamakan dinamika sistem (*system dynamic*).

#### H. Tinjauan Umum Variabel Penelitian

Penelitian ini dilakukan berdasarkan level analisis individu. Level analisis ini berfokus pada manusia sebagai aktor utama dalam analisis yang akan dibuat. Yang diperlukan untuk melakukan penelitian di level analisis ini adalah pemahaman akan berbagai faktor yang mungkin mempengaruhi pengambilan keputusan seorang individu atau disebut sebagai faktor *idiosinkratik*. Teori idiosinkratik menekankan pada karakteristik yang dimiliki oleh seorang individu dalam membuat suatu keputusan. Pada teori ini menekankan individu sebagai pengambil keputusan memiliki pengaruh yang sangat kuat dalam proses pembuatan kebijakan (Laksono, 2018)

Individu sebagai sampel pada penelitian ini memberikan penilaian terhadap faktor-faktor dengan masing-masing indikator pada faktor tersebut yang berpengaruh terhadap pelaksanaan IPC. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap pelaksanaan IPC adalah: faktor individu, faktor tim dan faktor organisasi

##### 1. Faktor Individu

Faktor individu adalah minat, sikap dan kebutuhan yang dibawa seseorang didalam situasi kerja. Karakteristik individu adalah orang yang memandang berbagai hal secara berbeda akan berperilaku secara berbeda, orang yang memiliki sikap yang berbeda akan memberikan respon yang berbeda terhadap perintah, orang yang memiliki kepribadian yang berbeda berinteraksi dengan cara yang berbeda dengan atasan, rekan kerja dan bawahan. Setiap individu memiliki ciri dan sifat atau karakteristik bawaan (heredity) dan karakteristik yang memperoleh dari pengaruh lingkungan (Bleidorn et al., 2014)

Karakteristik bawaan merupakan karakteristik keturunan yang dimiliki sejak lahir, baik yang menyangkut faktor biologis maupun faktor sosial psikologis. Karakteristik individu adalah perilaku atau karakter yang ada pada diri seorang individu baik yang bersifat positif maupun negative. Karakteristik individu adalah ciri-ciri khusus, sifat-sifat kejiwaan, akhlak atau budi pekerti yang dimiliki seseorang yang membedakannya dengan orang lain. Karakteristik individu merupakan sifat pembawaan seseorang yang dapat diubah dengan lingkungan atau pendidikan (Bleidorn et al., 2014)

#### a. Isolasi

Isolasi adalah sebagai ketidaksediaan tenaga kesehatan dalam berbagi *pendapat*, mendiskusikan praktik baru dan menghormati satu sama lain. *Their internal procedures and*

*systems have usually been developed in isolation.* Isolasi merupakan aktivitas dimana pelaksanaan prosedur dan system dalam profesi kesehatan dilakukan terpisah dengan profesi lain (Leathard, 2013).

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

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

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

Lebih jauh lagi, di mana kesehatan mental dan organisasi layanan sosial gagal membangun kemitraan bersama yang efektif, atau jika ada inspeksi atau tinjauan bersama menunjukkan bahwa layanan gagal, pemerintah dapat

mengambil kekuasaan untuk membangunnya pengaturan terintegrasi melalui inovasi perawatan baru. Perubahan ini akan menghilangkan hambatan kelembagaan yang sudah ketinggalan zaman antara layanan kesehatan dan layanan sosial yang telah mencegah orang mendapatkan perawatan yang mereka butuhkan dan saat mereka membutuhkannya. Namun, manajemen dan kontrol atas beragam organisasi kesehatan menjadi sulit karena organisasi tidak terbiasa bekerja sama dalam cara yang terkoordinasi. Organisasi-organisasi ini telah mengembangkan dan mempertahankan kebijakan dan prosedur itu melayani budaya dan kepentingan mereka sendiri. Prosedur dan sistem internal mereka biasanya dikembangkan secara terpisah (isolasi).

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



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

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

#### b. Komunikasi

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

*persuasion* dan sebagai *public entertainment* (Removed et al., 2016)

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

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

#### c. Gaya Kepribadian

Gaya kepribadian adalah perilaku yang ditunjukkan oleh terkait apa, mengapa dan bagaimana seorang tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugas dan tanggungjawabnya di rumah sakit. Kepribadian menurut GW. Allport adalah suatu organisasi yang dinamis dari sistem psikofisis individu yang menentukan tingkah laku dan pemikiran individu secara khas. Kepribadian

juga merupakan jumlah total kecenderungan bawaan atau herediter dengan berbagai pengaruh dari lingkungan serta pendidikan, yang membentuk kondisi kejiwaan seseorang dan mempengaruhi sikapnya terhadap kehidupan (Archie B. Carroll; Ann K. Buchholtz;, 2015)

Istilah kepribadian atau personality berasal dari kata “persona” yang berarti topeng atau kedok, yang maksudnya untuk menggambarkan perilaku, watak, atau pribadi seseorang. Menurut Agus Sujanto, menyatakan bahwa kepribadian adalah suatu totalitas psikofisis yang kompleks dari individu, sehingga nampak dalam tingkah lakunya yang unik. Personality sebagai susunan sistem-sistem psikofisik yang dinamis dalam diri individu, yang menentukan penyesuaian yang unik terhadap lingkungan. Sistem psikofisik yang dimaksud Allport meliputi kebiasaan, sikap, nilai, keyakinan, keadaan emosional, perasaan dan motif yang bersifat psikologis tetapi mempunyai dasar fisik dalam kelenjar, saraf, dan keadaan fisik anak secara umum. Kepribadian mengandung pengertian yang sangat kompleks, sehingga dalam kenyataannya tidak ada definisi yang digunakan secara konsisten oleh semua orang. Kepribadian itu mencakup berbagai aspek dan sifat-sifat fisis maupun psikis dari seorang individu. (Archie B. Carroll; Ann K. Buchholtz;, 2015)

Kepribadian adalah faktor internal dari individu yang akan berpengaruh terhadap bentuk perilaku seseorang ketika

berhadapan dengan berbagai situasi dan kondisi. Seorang Psikolog dari Amerika melakukan penelitian terhadap berbagai gaya perilaku manusia dengan menggunakan kerangka pikir Jung. Jung mengembangkan tipologi kepribadian ekstrovert dan introvert, yang mana keduanya mengandung aspek *sense* dan *intuition* serta *thinking* dan *feeling*. Berdasarkan teori kepribadian sebelumnya, ditemukan empat elemen kepribadian manusia (Bale, 2020) yaitu:

a. Dominan (*Dominance*)

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

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

rutinitas, dan terlalu menyusahkan diri dengan melakukan banyak hal secara sekaligus.

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

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

Tipe Influencing ini senang berteman, suka menghibur orang lain dan bersifat sosial. Dalam penyelesaian masalah atau mengerjakan sesuatu, tipe ini banyak mengandalkan keterampilan sosial. Orang yang bersifat interpersonal ini senang berpartisipasi dalam kelompok dan suka bekerja sama dengan yang lain. Keterbukaan sikap membuat orang lain memandang dirinya sebagai pribadi yang gampang bergaul dan ramah. Biasanya pribadi seperti ini memiliki banyak teman, tipe ini adalah tipe orang yang emosional karena mereka mudah

mengungkapkan emosi kepada orang lain. Emosional disini bukan mudah marah, tetapi mudah mengungkapkan isi hatinya. Mereka lebih merasa lebih nyaman berurusan dengan emosi daripada hal lain. Orang-orang yang berkepribadian influence (I) atau yang biasa dikenal sebagai seorang yang berpengaruh, biasanya memiliki karakteristik umum seperti, antusias, memiliki kepercayaan diri yang tinggi, selalu optimis, banyak bicara, impulsive, emosional dan persuasif atau mudah mempengaruhi orang lain.

Nilai yang dibawa untuk tim biasanya sangat handal dalam memecahkan masalah, selalu memberi semangat yang besar kepada orang-orang di sekitarnya, memotivasi orang lain untuk mencapai tujuan, memiliki humor yang positif dan baik, hebat dalam bernegosiasi terutama saat terjadi konflik, sehingga mereka berperan aktif dalam menciptakan perdamaian.

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

akan penolakankarena mereka menganggap semua orang akan menerima dan menyukai mereka.

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

c. Stabil (*Steadiness*)

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

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

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



d. Patuh (*Compliance*).

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

Sikapnya yang sangat analitis, memiliki ketelitian yang sangat mendalam pada semua kegiatan. Suka mendefinisikan situasi, mengumpulkan data, mengkritik dan menguji kebenaran dari informasi-informasi yang didapatkan, kekurangannya adalah memerlukan batasan yang jelas dari setiap tindakan yang diperbuat, terlalu terikat oleh prosedur dan metode yang ada, sering mandek dalam hal-hal yang rinci, tidak suka mengungkapkan perasaan

secara verbal, tidak suka berdebat. Hal paling ditakutkan oleh mereka adalah kritik, sangat termotivasi oleh standar kualitas yang tinggi, sangat menyukai interaksi sosial yang terbatas, mencintai tugas yang terperinci dan organisasi yang memiliki informasi-informasi yang logis.

## 2. Faktor Tim

Tim adalah sekumpulan individu yang berhubungan satu sama lain yang memiliki tujuan bersama dan adanya organisasi atau struktur diantara mereka. Struktur tim adalah pemanfaatan tim sebagai perangkat sentral untuk mengkoordinasikan kegiatan-kegiatan kerja. Karakteristik utama struktur tim adalah bahwa struktur tim memusatkan pengambilan keputusan ke tingkat tim kerja. Struktur tim mengacu pada komposisi tim individual dari sebuah sistem multi tim. Struktur tim merupakan bagian integral dari proses teamwork (Patrick, 2017)

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

a. Kerjasama

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

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

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

## b. Komunikasi

Komunikasi tim adalah pembagian informasi antar anggota tim untuk mencapai pemahaman bersama. Pertemuan terjadwal yang dilakukan antar anggota tim produksi untuk mendiskusikan kemajuan tim dan memastikan anggota berkomunikasi dan kebergantungan dalam bekerja untuk mencapai tujuan. Komunikasi merupakan suatu kemampuan yang memungkinkan individu berhubungan dengan orang lain, dalam komunikasi terjadi proses penyampaian suatu pesan oleh seseorang kepada orang lain untuk memberikan informasi baik langsung secara lisan maupun non lisan. Komunikasi dapat berfungsi sebagai *public information*, *public education*, *public persuasion* dan sebagai *public entertainment* (Kauffeld & Lehmann-Willenbrock, 2015)

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

Tambahan informasi dan 5) Pengertian yang berujung pada kesimpulan (Kauffeld & Lehmann-Willenbrock, 2015)

c. Dukungan sosial

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

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

Dukungan kelompok dalam kerjasama interprofesi mampu memberikan dukungan dalam menyelesaikan masalah

yang ada. Dukungan yang diberikan dapat mengarahkan kelompok sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai oleh tim. Dukungan kelompok terdiri dari; antar anggota tim memberikan dukungannya terkait tugas, pemberian advokasi pada pasien, anggota tim asertif; mampu mengkomunikasikan apa yang diinginkan, dirasakan, dan dipikirkan kepada tim lain atau pasien namun dengan tetap menjaga dan menghargai hak-hak serta perasaan pihak lain, dan kerjasama dengan anggota lain dan pasien (Shrader & Zoller, n.d.2012)

### 3. Faktor Organisasi

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

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

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

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

Unsur organisasi Rumah Sakit selain kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit dapat berupa direktorat, departemen, divisi, instalasi, unit kerja, komite dan/atau satuan sesuai dengan kebutuhan dan beban kerja Rumah Sakit. Unsur organisasi Rumah Sakit tersebut dapat digabungkan sesuai kebutuhan, beban kerja, dan/atau klasifikasi Rumah Sakit (Perpres, 2015)

- a. Lingkungan organisasi

Lingkungan organisasi adalah segala sesuatu yang berada di lingkungan yang dapat mempengaruhi baik secara

langsung maupun tidak langsung seseorang atau sekelompok orang di dalam melaksanakan aktivitasnya.

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

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

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

b. Domain organisasi

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



Domain dalam pelaksanaan IPC mempunyai karakteristik:

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

c. Tujuan organisasi

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

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

Tujuan-tujuan organisasi yaitu antara lain (Rahmadani, 2016):

- 1) Mengatasi terbatasnya kemampuan, kemandirian dan sumber daya yang dimilikinya dalam mencapai tujuan
- 2) Sebagai tempat mencapai tujuan dengan selektif dan efisien karena melakukan secara bersama-sama

- 3) Sebagai tempat mendapatkan jabatan dan pembagian kerja
- 4) Tempat mencari keuntungan bersama-sama
- 5) Sebagai tempat mengelola dalam lingkungan bersama-sama
- 6) Sebagai tempat mendapatkan penghargaan
- 7) Sebagai tempat dalam mendapatkan kekuasaan dan pengawasan
- 8) Sebagai tempat menambat pergaulan dan memanfaatkan waktu luang

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

Tujuan atau sasaran akhir organisasi umumnya diformulasikan secara lebih umum dan masih terkesan kurang jelas sedangkan sasaran atau target sebagai tujuan-tujuan kecil yang harus dicapai untuk menyelesaikan tujuan akhir secara bertahap lebih jelas dan dapat diukur keberhasilannya. Pada umumnya tujuan akhir organisasi tercantum dalam visi dan misi

organisasi sedangkan sasaran atau tujuan tujuan kecil dibahas dalam rapat organisasi. Tujuan akhir dari sebagian besar orang adalah memperoleh penghasilan. Para anggota organisasi memiliki tujuan mengerjakan pekerjaan dengan baik, naik pangkat, berinteraksi dengan anggota organisasi lain dalam suasana yang menyenangkan atau menjalin hubungan persahabatan (Golom & Schreck, 2018).

No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Temuan
1	Laura Gougeon, Jessie Johnson, Hanna Morse, 2017	<i>Interprofessional Collaboration in health care teams for the maintenance of community-dwelling seniors health and well-being in Canada: A systematic review of trials</i>	Untuk mensintesis secara sistematis bukti Kanada pada efektivitas model perawatan kesehatan IP pada kesehatan dan kesejahteraan masyarakat-masyarakat berusia ≥65 y yang menerima perawatan di rumah.	Kami melakukan pencarian sistematis atas artikel-artikel yang diindeks dan ditelaah oleh rekan-rekan yang melaporkan tentang model-model perawatan kesehatan berbasis masyarakat yang mencakup setidaknya dua disiplin ilmu berbeda dan diterbitkan antara Januari 2005 dan Desember 2015	Sebanyak enam percobaan (Ontario $n = 3$ , Quebec $n = 2$ , dan British Columbia $n = 1$ ) dimasukkan dalam sintesis, menjadi dua sepenuhnya kolaboratif. Sintesis menunjukkan tim IP memiliki efek positif yang lebih besar pada pengukuran kesehatan yang dilaporkan pasien (ukuran distal, misalnya, peningkatan kepuasan dengan perawatan dan kualitas hidup) daripada pengukuran langsung kesehatan (misalnya, penurunan kunjungan ke keadaan darurat dan rawat inap).
2	Van Dongen, J. J. J., Lenzen, S. A., van Bokhoven, M. A., Daniëls, R., van der Weijden, T., & Beurskens, A. (2016)..	<i>Interprofessional collaboration regarding patients'care plans in primary care: a focus group study into influential factors</i>	Mengeksplorasi faktor-faktor yang berpengaruh mengenai kolaborasi interprofessional terkait dengan pengembangan rencana perawatan dalam perawatan primer.	Kajian kualitatif, termasuk empat wawancara kelompok fokus semi terstruktur ( $n = 4$ ). Secara total, sekelompok ahli yang heterogen ( $n = 16$ ) dan profesional perawatan kesehatan ( $n = 15$ ) berpartisipasi. Peserta membahas sudut pandang, hambatan, dan fasilitator mengenai kolaborasi interprofessional terkait dengan pengembangan rencana perawatan. Data dianalisis dengan menggunakan analisis konten induktif.	Temuan menunjukkan berbagai faktor yang mempengaruhi kolaborasi interprofessional dalam mengembangkan rencana perawatan. Faktor dapat dibagi menjadi 5 kategori utama: (1) faktor yang berhubungan dengan pasien: peran aktif, manajemen diri, tujuan dan keinginan, keanggotaan tim; (2) faktor-faktor yang berhubungan dengan profesional: kompetensi individu, pemikiran domain, motivasi; (3) faktor interpersonal: perbedaan bahasa, saling mengenal, kepercayaan dan respek, dan motivasi; (4) faktor organisasi: struktur, komposisi, waktu, visi bersama, kepemimpinan dan dukungan administratif; dan (5) faktor eksternal: pendidikan, budaya, hierarki,

No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Temuan
					pemikiran domain, hukum dan peraturan, keuangan, teknologi, dan ICT.
3	Gucciardi, E., Espin, S., Morganti, A., & Dorado, L. (2016).	<i>Exploring interprofessional collaboration during the integration of diabetes teams into primary care</i>	Model praktik ini sedang dilaksanakan di seluruh Kanada dalam upaya untuk meningkatkan akses pasien ke pendidikan diabetes, pelatihan manajemen diri, dan dukungan. Kolaborasi interprofessional dapat memiliki efek positif pada kedua proses kesehatan dan hasil kesehatan pasien, tetapi beberapa penelitian telah mengeksplorasi bagaimana profesional kesehatan diperkenalkan dan transisi ke dalam pekerjaan interprofessional semacam ini.	Data dari 18 wawancara dengan pendidik diabetes, 16 dokter perawatan primer, 23 jurnal reflektif pendidik, dan 10 sesi debriefing tiga bulanan dikodekan dan dianalisis menggunakan pendekatan analisis konten yang diarahkan, difasilitasi oleh perangkat lunak NVIVO	Empat tema utama muncul terkait dengan tantangan yang dihadapi, strategi yang diadopsi, dan manfaat yang diamati selama transisi ini menjadi kolaborasi interprofessional antara pendidik diabetes dan dokter perawatan primer: (a) negosiasi ruang, tempat, dan peran; (b) membina hubungan kerja; (c) melakukan secara kolektif; dan (d) meningkatkan pertukaran pengetahuan.

No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Temuan
4	Franklin, C. M., Bernhardt, J. M., Lopez, R. P., Long-Middleton, E. R., & Davis, S. (2015)..	<i>Interprofessional Teamwork and Collaboration Between Community Health Workers and Healthcare Teams: An Integrative Review</i>	Tujuan dari tinjauan integratif ini adalah untuk memeriksa laporan penelitian yang diterbitkan yang menunjukkan hasil kesehatan yang positif sebagai hasil dari intervensi CHW untuk mengidentifikasi kerja tim interprofessional dan kolaborasi antara CHW dan tim perawatan kesehatan.	Sebanyak 47 penelitian yang mencakup 33 tahun ditinjau menggunakan metodologi tinjauan literatur integratif untuk bukti untuk mendukung asumsi berikut kerja tim interprofessional yang efektif antara CHW dan tim perawatan kesehatan: (1) berbagi pemahaman tentang peran, norma, nilai, dan tujuan dari tim; (2) egalitarianisme; (3) kerja sama; (4) interdependensi; dan (5) sinergi.	Dari 47 penelitian, 12 melaporkan setidaknya satu asumsi kerja tim interprofessional yang efektif. Empat studi menunjukkan semua 5 asumsi kerja tim interprofessional.  Empat studi yang diidentifikasi dalam tinjauan integratif ini berfungsi sebagai contoh untuk kerja tim interprofessional yang efektif antara CHW dan tim perawatan kesehatan. Studi lebih lanjut diperlukan untuk menggambarkan sifat kerja tim interprofessional dan kolaborasi dalam kaitannya dengan hasil kesehatan pasien.
5	Stewart, M., Purdy, J., Kennedy, N., & Burns, A. (2010). An	<i>Interprofessional approach to improving paediatric medication safety.</i>	Mengembangkan dan mengevaluasi pembelajaran dan workshop interprofessional terhadap persepsi dan administrasi anak untuk mahasiswa kedokteran, keperawatan, yang akan difasilitasi pengetahuan pembelajaran, kompetensi inti,	Workshop interprofesional yang dievaluasi menggunakan kuesioner pertanyaan terbuka pra dan pasca lokakarya	Penelitian ini telah membantu menjembatani kesenjangan pengetahuan-keterampilan, yang menunjukkan bagaimana pendekatan interprofesional untuk persepsi obat dan administrasi memiliki potensi untuk meningkatkan kualitas dan keselamatan dalam kesehatan <sup>88</sup>

No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Temuan
			komunikasi dan keterampilan kerja tim.		
6	McLean, S. (2012).	<i>Barriers to collaboration on behalf of children with challenging behaviours: a large qualitative study of five constituent groups.</i>	Berusaha untuk menyertakan pengalaman dan perspektif dari pengasuh utama di outof- sektor perawatan di rumah; pekerja perawatan yaitu perumahan dan orang tua asuh	Sembilan puluh dua pemangku kepentingan Australia Selatan yang berpengalaman dalam mendukung anak di luar rumah perawatan diwawancarai tentang pengalaman mereka praktek kolaboratif, dengan menggunakan contoh spesifik yang mendukung anak-anak dengan perilaku yang sangat menantang. Peserta adalah guru, orang tua asuh, pekerja kesejahteraan anak, profesional anak kesehatan mental dan pekerja perawatan rumah. Sebanyak 92 responden (35 laki-laki dan 57 perempuan) mengambil bagian dalam sebuah wawancara semi-terstruktur	Menggambarkan pengalaman dan persepsi peserta tentang kolaborasi, bukan melaporkan perilaku mereka. Jelas, keterlibatan peserta dalam kolaborasi mungkin tidak terkait persepsi mereka tentang bagaimana sulit atau efektif kolaboratif itu. <sup>90</sup>

No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Temuan
7	Posthumus, A. G., Schölicher, V. L. N., Waelput, A. J. M., Vos, A. A., De Jong-Potjer, L. C., Bakker, R., ... & Denktas, S. (2013).	<i>Bridging between professionals in perinatal care: towards shared care in the Netherlands.</i>	Memberikan gambaran keuntungan dari kolaborasi interdisipliner yang lebih besar dan perkembangan kebijakan saat ini dalam perawatan kebidanan di Belanda	Studi literature Kami mengumpulkan elemen dari model perawatan bersama di luar lapangan untuk membuat model yang mungkin sesuai dengan system kebidanan Belanda	menyajikan sebuah model untuk perawatan bersama di tatanan local kebidanan. Kolaborasi ini dibentuk oleh petugas obstetric sebuah rumah sakit dan bidan di masyarakat sekitarnya <sup>57</sup>
8	Robinson, S., Yardy, K., & Carter, V. (2012).	<i>A narrative literature review of the development of obesity in infancy and childhood</i>	Memeriksa sejauh mana pandangan anak-anak dan orang-orang muda terhadap profesi kesehatan yang cocok dengan standar berdasarkan analisis dari 30 makalah yang diterbitkan.	Studi literature Penelitian ini menganalisis 31 penelitian, yang diterbitkan antara tahun 2000 dan awal 2009, tentang pandangan anak-anak dan anak muda pada profesional kesehatan di Inggris	Meskipun ada contoh praktek yang baik, profesional kesehatan kadang-kadang lebih rendah dari standar yang ditetapkan oleh badan professional kesehatan Inggris. <sup>91</sup>
9	Rousseau, C., Laurin-Lamothe, A., Nadeau, L., Deshaies, S., & Measham, T. (2012)..	<i>Measuring the quality of interprofessional collaboration in child mental health collaborative care</i>	96 perawat primer professional yang bekerja dengan anak-anak dan remaja	Survey melalui internet	Model skala Persepsi kolaborasi Interprofesio n (PINCOM-Q) dan skala bersama dari versi yang disesuaikan pada pengambilan Keputusan (ECD-P). memiliki konsistensi internal yang sangat baik dan mereka cukup berkorelasi. Skor Kolaborasi professional kesehatan jiwa anak secara



No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Temuan
					'individu PINCOM-Q memiliki subskala yang lebih baik daripada profesional kesehatan anak lainnya. <sup>96</sup>
10	Sue Bookey-Bassett, Maureen Markle-Reid, Colleen McKey & Noori Akhtar-Danesh (2016) Journal of Interprofessional Care	<i>A review of instruments to measure interprofessional collaboration for chronic disease management for community-living older adults</i>	Studi Literatur	Tinjauan literatur dari beberapa layanan kesehatan, psikologis, dan ilmu sosial elektronik database dilakukan untuk menemukan instrumen yang mengukur IPC di tingkat tim dan telah diterbitkan bukti keandalan dan validitasnya	12 instrumen ditinjau berdasarkan tentang kriteria inklusi 7 instrumen dikecualikan untuk alasan berikut: diukur pendidikan interprofesional; diukur IPC di kalangan mahasiswa atau akademik tim; mengukur IPC di antar-lembaga atau tingkat antar organisasi; diukur hanya perawat-dokter kolaborasi; sikap terukur atau pengetahuan tentang IPC versus tingkat persepsi IPC 5 Instrumen memenuhi kriteria untuk penilaian penuh  Penilaian Skala Kolaborasi Tim Interprofessional (AITCS) Alat Penilaian Praktik Kolaboratif (CPAT) Modified Index of Interdisciplinary Collaboration (MIIC) Alat Penilaian Mandiri Kemitraan (PSAT) Inventarisasi Iklim Tim (TCI)
11	CAROLE A. ORCHARD, BSN, ME D,E DD; GILLIAN A. KING, BA, MA, P HD; HOSSEIN KHALILI,	<i>Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Development and Testing of the</i>	pengembangan, pengujian, dan proses penyempurnaan untuk Penilaian Skala Kolaborasi Tim Interprofessional	AITCS, dengan 47 item dalam 4 subskala (kemitraan, kerja sama, koordinasi, dan dibagikan pengambilan keputusan) dan dinilai pada skala Likert 5	Komponen utama dan analisis faktor data menghasilkan 37 item memuat ke 3 faktor, menjelaskan 61,02% dari varians. Estimasi konsistensi internal untuk keandalan setiap subskala berkisar antara 0,80 hingga

No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Temuan
	BS CN, MSCN, PHD(C); MARY BETH BEZZINA, BS COT, MSC (2012) Journal of Continuing Education in the Health Professions	<i>Instrument</i>	(AITCS)	point, diberikan kepada total 125 praktisi dari 7 tim perawatan kesehatan berlatih dalam berbagai pengaturan, di 2 provinsi di Kanada.	0,97, dengan reliabilitas keseluruhan 0,98. Dengan demikian, AITCS adalah instrumen yang andal dan valid
12	C.A. Orchard, EdD*, V. Curran, PhD†, S. Kabene, PhD‡ (2005) Medical Education Online	<i>Creating a Culture for Interdisciplinary Collaborative Professional Practice</i>	Menemukan model MODEL KONSEPTUAL UNTUK KOLABORATIF BERBASIS PASIEN  PRAKTEK INTERDISIPLINER	Praktek interdisipliner sejati didefinisikan sebagai <i>kemitraan antara tweek tim profesional kesehatan dan klien dalam partisipatif, kolaboratif dan terkoordinasi pendekatan untuk pengambilan keputusan bersama seputar masalah kesehatan</i> , membutuhkan pembenahan bagaimana masa depan profesional kesehatan dididik dan bagaimana sistem dapat mengakomodasi pengambilan keputusan bersama. SEBUAH model praktik profesional kolaboratif yang berpusat pada klien diusulkan dalam makalah ini sebagai sarana untuk	

No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Temuan
				membina dan memfasilitasi budaya untuk perubahan ini	
13	Therese Hellmana, Irene Jensena, Carole Orchardb, and Gunnar Bergströma (2016) JOURNAL OF INTERPROFESSIONAL CARE	<i>Preliminary testing of the Swedish version of the Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS-S)</i>	membahas praktik kolaboratif di enam unit perawatan akut di Alberta  menggunakan kerangka kerja kompetensi Kesehatan Interprofessional Kanada (CIHC) (CIHC), <u>2010</u> .	Melakukan analisis sekunder wawancara dengan 113 penyedia layanan kesehatan dari berbagai profesi, yang dilakukan sebagai bagian dari studi peningkatan kualitas.	Kerangka kerja ini mencakup enam kompetensi perawatan, komunikasi, peran yang berpusat pada pasien klarifikasi, resolusi konflik, fungsi tim dan kepemimpinan kolaboratif (CIHC, <u>2010</u> ). Kami menemukan positif contoh komunikasi dan perawatan yang berpusat pada pasien yang didukung oleh struktur unit dan proses (mis. putaran cepat dan rencana perawatannkolaboratif). Beberapa celah dalam praktik kolaboratif ditemukan untuk klarifikasi peran dan kepemimpinan kolaboratif. Resolusi dan tim konflik berfungsi tidak dioperasikan dengan baik pada unit-unit ini. Strategi disajikan untuk ditingkatkan setiap domain kompetensi untuk sepenuhnya memberlakukan praktik kolaboratif. Menggunakan CIHC kerangka kerja kompetensi untuk menguji praktik kolaboratif berguna untuk mengidentifikasi kekuatan dan area yang membutuhkan perbaikan
14	Carole Orchard, RN, BSN, MEd,	<i>Assessment of Interprofessional</i>	Tujuan dari penelitian ini adalah untuk	Metode: Awalnya, set data keseluruhan 1002 responden	Hasil: Hasilnya adalah 23-item AITCS-II untuk praktisi yang mempertahankan

No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Temuan
	EdD; Linda L. Pederson, PhD; Emily Read, RN, BKinesiology, MSc, BScN, PhD; Cornelia Mahler, RN, MA, PhD; Heather Laschinger, RN, BN, MAEd, PhD† (2018) Journal of Continuing Education in the Health Professions	<i>Team Collaboration Scale (AITCS): Further Testing and Instrument Revision (Penilaian Kolaborasi Tim Interprofessional)</i>	melaporkan perbaikan selanjutnya instrumen pengukuran, Penilaian Kolaborasi Tim Interprofessional Tim (AITCS) pertama kali diterbitkan pada 2012. Untuk mendukung penyempurnaan ini, dua tujuan ditetapkan: Tujuan 1: untuk menentukan apakah item dari data yang dikumpulkan pada 2016 memuat pada faktor yang sama seperti yang ditemukan untuk AITCS 37-item versi 2012. Tujuan 2: untuk menentukan apakah item dalam subskala dari AITCS dapat dikurangi dengan tetap mempertahankan sifat psikometrik yang serupa dengan yang dari versi sebelumnya	dari dua rumah sakit dan empat lembaga masyarakat dianalisis demografi dan skala dan subskala nilai rata-rata, SD, dan skor item rata-rata. Setelah penghapusan responden karena hilang data, 967 responden tersedia untuk analisis pertama. Analisis faktor eksplorasi kemudian dilakukan untuk menentukan struktur faktor. Semua responden dengan data yang hilang secara acak dihapus lebih lanjut untuk mengurangi kumpulan data menjadi 676 tanggapan, diikuti oleh analisis faktor konfirmatori untuk menemukan kecocokan model yang menghasilkan pengurangan item dalam skala.	tingkat keandalan dan validitas yang dapat diterima dalam 3 subskala — kemitraan (8 item), kerja sama (8 item), dan koordinasi (7 item). Diskusi: Versi singkat dari AITCS-II adalah instrumen yang valid dan dapat diandalkan yang dapat digunakan untuk menilai kolaborasi di tim perawatan kesehatan dalam pengaturan praktik

No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Temuan
			AITCS.		
15	Atle Ødega rd and Sta l Bj Ørkly tle Ødega rd and Sta l Bj Ørkly Atle Oedegard and Stal Bjorkly (2012) Journal of Interprofessional Care	<i>A mixed method approach to clarify the construct validity of interprofessional collaboration: An empirical research illustration</i>	Tujuan untuk meningkatkan pemahaman kita tentang IPC, dengan fokus khusus pada masalah keandalan dan validitas; menggambarkan penerapan metodologi berbeda dalam proyek penelitian IPC; dan menekankan perbedaan antara validitas dan validasi untuk mengurangi kemungkinan hambatan dalam mengintegrasikan kualitatif dan penelitian kuantitatif dalam studi IPC menemukan dampak IPC pada praktik profesional	Campuran pendekatan metode disajikan sebagai format desain yang relevan untuk studi IPC.	Pendekatan metode campuran mengasumsikan bahwa eksploratif awal tahap proses penelitian dapat ditingkatkan dengan menggunakan metode kualitatif dan kuantitatif untuk menetapkan hipotesis tentang IPC. Pada tahap pengujian hipotesis selanjutnya, penggunaan langkah-langkah kuantitatif dan sistem validitas yang telah ditentukan (triangulasi sekuensial) dan / atau menggunakan kualitatif dan metode kuantitatif dalam kombinasi (triangulation) adalah pendekatan yang relevan
16	Carole Orchard, Susan Bursey,Linda Peterson Retired	<i>Can Workshops Provide a Way to Enhance</i>	Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melaporkan	Sebanyak 77 penyedia layanan kesehatan menyelesaikan	Pembelajaran terbesar yang diperoleh peserta adalah seputar peran mereka klarifikasi dan pemahaman tentang peran

No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Temuan
	Epidemiologist, (2016) International Journal of Practice-based Learning in Health and Social Care Vol. 4 No 2 December 2016, pages 73-87	<i>Patient/Client Centered Collaborative Teams?: Evidence of Outcomes from TEAMc Online Facilitator Training and Team Workshops</i>	kolaborasi proses pembangunan tim yang didukung oleh administrasi rumah sakit di Ontario utara, Kanada, dan untuk memberikan hasil evaluasi untuk Toolkit untuk Tim Peningkatan dan Pemeliharaan Kolaborasi (TEAMc) menggunakan pengukuran sebelum memulai, di akhir seri lokakarya dan pada delapan bulan setelah seri. Peserta berasal dari dua tim (Acute Care dan Rehabilitasi) di Ontario utara, Kanada, rumah sakit. TEAMc terdiri dari enam, 3 jam lokakarya ditawarkan selama enam bulan di 2014/15.	intervensi Interprofessional Socialization & Valuing Scale (ISVS) dan Penilaian Skala Kolaborasi Tim Interprofessional (AITCS), 50 penyedia layanan kesehatan menyelesaikan instrumen intervensi dan 32 dan pada tindak lanjut delapan bulan. Studi ini menemukan bahwa TEAMc dapat mengakibatkan perubahan sosialisasi anggota tim terhadap keinginan untuk berpartisipasi tim interprofessional dan kemampuan tim untuk meniru interprofesional yang berpusat pada klien praktik kolaboratif.	dan keahlian masing-masing, serta mengembangkannya kapasitas untuk menggunakan proses untuk menyelesaikan konflik antarprofesional

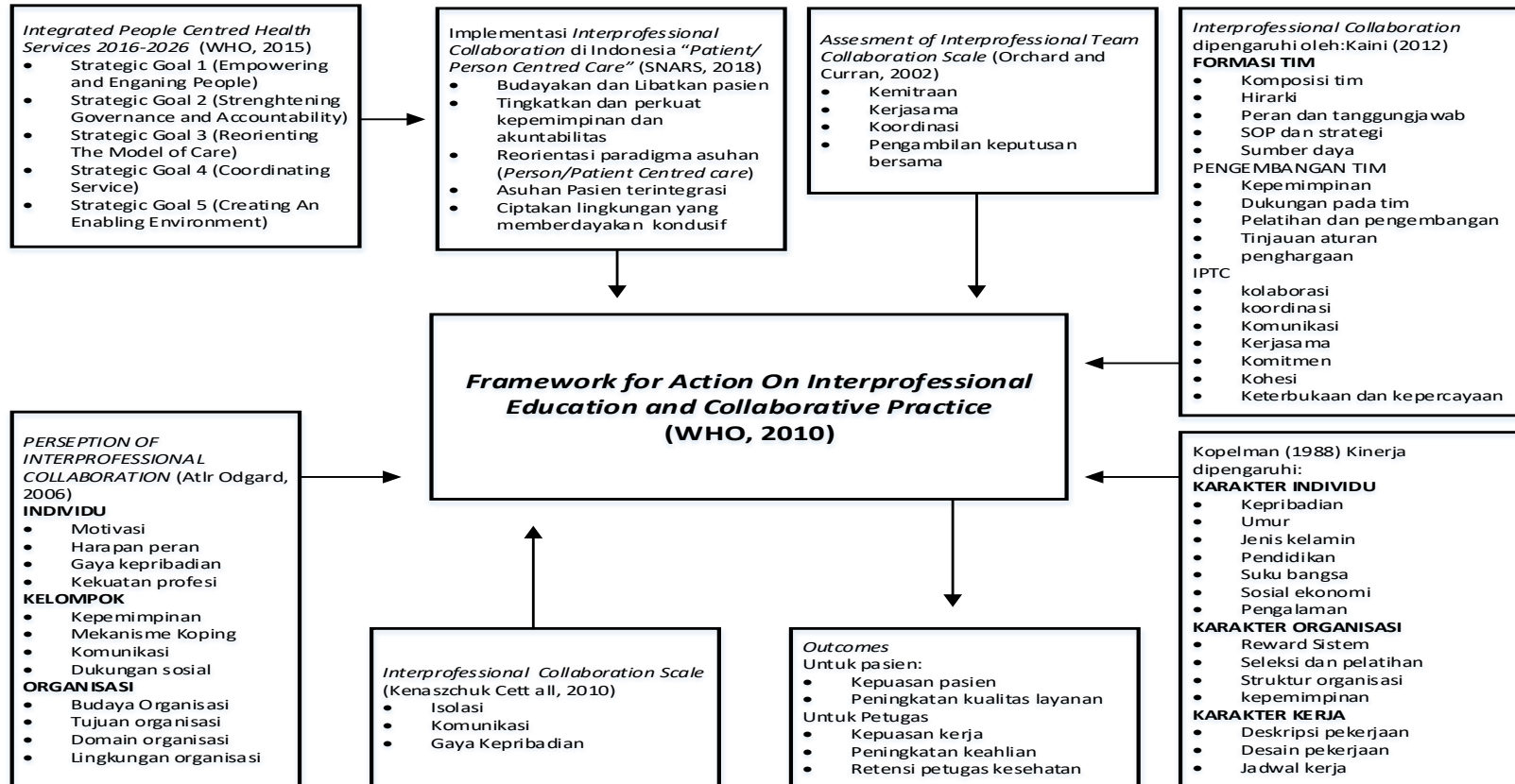
No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Temuan
17	Gillian Kinga,*, Lynn Shawb, Carole A. Orchardb and Stacy	<i>The Interprofessional Socialization and Valuing Scale: A tool for evaluating the shift toward collaborative care approaches in health care settings</i>	Ada kebutuhan untuk alat yang digunakan untuk mengevaluasi kepercayaan, perilaku, dan sikap yang mendasari sosialisasi interprofesional dan praktik kolaboratif dalam pengaturan perawatan kesehatan.	<i>Metode</i> : Makalah ini memperkenalkan Skala Interprofessional Socialization and Valuing (ISVS), 24-item ukuran laporan diri berdasarkan pada konsep-konsep dalam literatur interprofesional tentang pergeseran kepercayaan, perilaku, dan sikap yang mendasari interprofesional sosialisasi. ISVS dirancang untuk mengukur sejauh mana pembelajaran transformatif berlangsung, sebagaimana dibuktikan oleh perubahan asumsi dan pandangan dunia, peningkatan pengetahuan dan keterampilan mengenai kerja sama tim kerja sama antarprofesional, dan pergeseran nilai dan identitas. Skala ISV ditentukan menggunakan analisis komponen utama	<i>Hasil</i> : Analisis komponen utama mengungkapkan tiga skala akuntansi untuk sekitar 49% dari varian dalam tanggapan: (a) Kemampuan Persepsi Diri untuk Bekerja dengan Orang Lain, (b) Nilai dalam Bekerja dengan Orang Lain, dan (c) Kenyamanan dalam Bekerja dengan Orang Lain. Timbangan yang diturunkan secara empiris ini menunjukkan kecocokan dengan dasar konseptual dari ukuran tersebut. <i>Kesimpulan</i> : ISVS memberikan wawasan tentang kemampuan, nilai, dan keyakinan yang mendasari aspek sosial-budaya kolaboratif dan perawatan antarprofesional otentik di tempat kerja, dan dapat digunakan untuk mengevaluasi dampak upaya pendidikan antarprofesional, dipelatihan tim rumah, dan lokakarya

No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Temuan
18	Stephen John Walters <sup>1</sup> Suzanne Robertson-Malt <sup>1</sup> Cindy Stern <sup>1</sup> (2015) JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports	<i>The measurement of collaboration within healthcare settings; a systematic review protocol of measurement properties of instruments</i>	untuk mengevaluasi dan membandingkan sifat pengukuran instrumen yang mengukur kolaborasi dalam pengaturan perawatan kesehatan, khususnya yang telah diuji dan divalidasi secara psikometri.	studi validasi, tetapi desain studi kuantitatif seperti uji coba terkontrol secara acak, uji coba terkontrol dan studi kasus juga memenuhi syarat untuk dimasukkan. Studi yang berfokus pada Pendidikan Interprofesional (IPE), diterbitkan sebagai abstrak saja, pasien melaporkan hanya atau tidak tentang pemberian perawatan juga dikecualikan	Data akan diekstraksi dari makalah yang termasuk dalam ulasan menggunakan alat ekstraksi data COSMIN (Lampiran I). Peninjau bermaksud untuk membuat lembar kerja Excel dari daftar periksa COSMIN dengan a skala penilaian empat poin, yang akan digunakan untuk mencatat hasil penilaian dan karakteristik sampel untuk setiap properti pengukuran. Data yang diekstraksi akan mencakup perincian spesifik tentang kualitas penelitian berkaitan dengan validitas, reliabilitas, statistik interpretabilitas, karakteristik sampel (generalisasi), mempelajari metode dan tujuan, dan hasil yang signifikan terhadap pertanyaan dan tujuan ulasan
19	Fabio Vittadello, Maria Mischo-Kelling, Heike Wieser, Luisa Cavada, Lukas Lochner, Carla Naletto, Verena Fink & Scott Reeves (2018)	A multiple-group measurement scale for interprofessional collaboration: Adaptation and validation into Italian and German languages, Journal of Interprofessional Care, 32:3, 266-273, DOI: <a href="https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1396">10.1080/13561820.2017.1396</a>	Artikel ini menyajikan sebuah studi yang bertujuan untuk memvalidasi terjemahan dari skala pengukuran multi-kelompok untuk kolaborasi interprofesional (IPC).	Kami menggunakan data survei yang dikumpulkan selama periode tiga bulan sebagai bagian dari studi metode campuran yang mengeksplorasi sifat IPC di Italia Utara. Mengikuti terjemahan dari bahasa Inggris ke dalam bahasa Italia dan Jerman, survei tersebut didistribusikan secara online ke lebih dari	Kesimpulannya, validasi skala IPC Jerman dan Italia telah memberikan instrumen reliabilitas dan validitas yang dapat diterima untuk penilaian IPC yang melibatkan dokter dan perawat.



No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Temuan
		<u>298</u>		5.000 profesional kesehatan (ahli diet, perawat, terapis okupasi, dokter, fisioterapis, terapis wicara, dan psikolog) yang berbasis di satu perwalian kesehatan regional. Secara total, 2.238 profesi kesehatan menyelesaikan survei. Berdasarkan skala aslinya, tiga komponen utama diekstraksi dan dikonfirmasi sebagai faktor yang relevan untuk IPC (komunikasi, akomodasi dan isolasi). Analisis konfirmatori (model 3 faktor) diterapkan pada data dokter dan perawat menurut kelompok bahasa.	

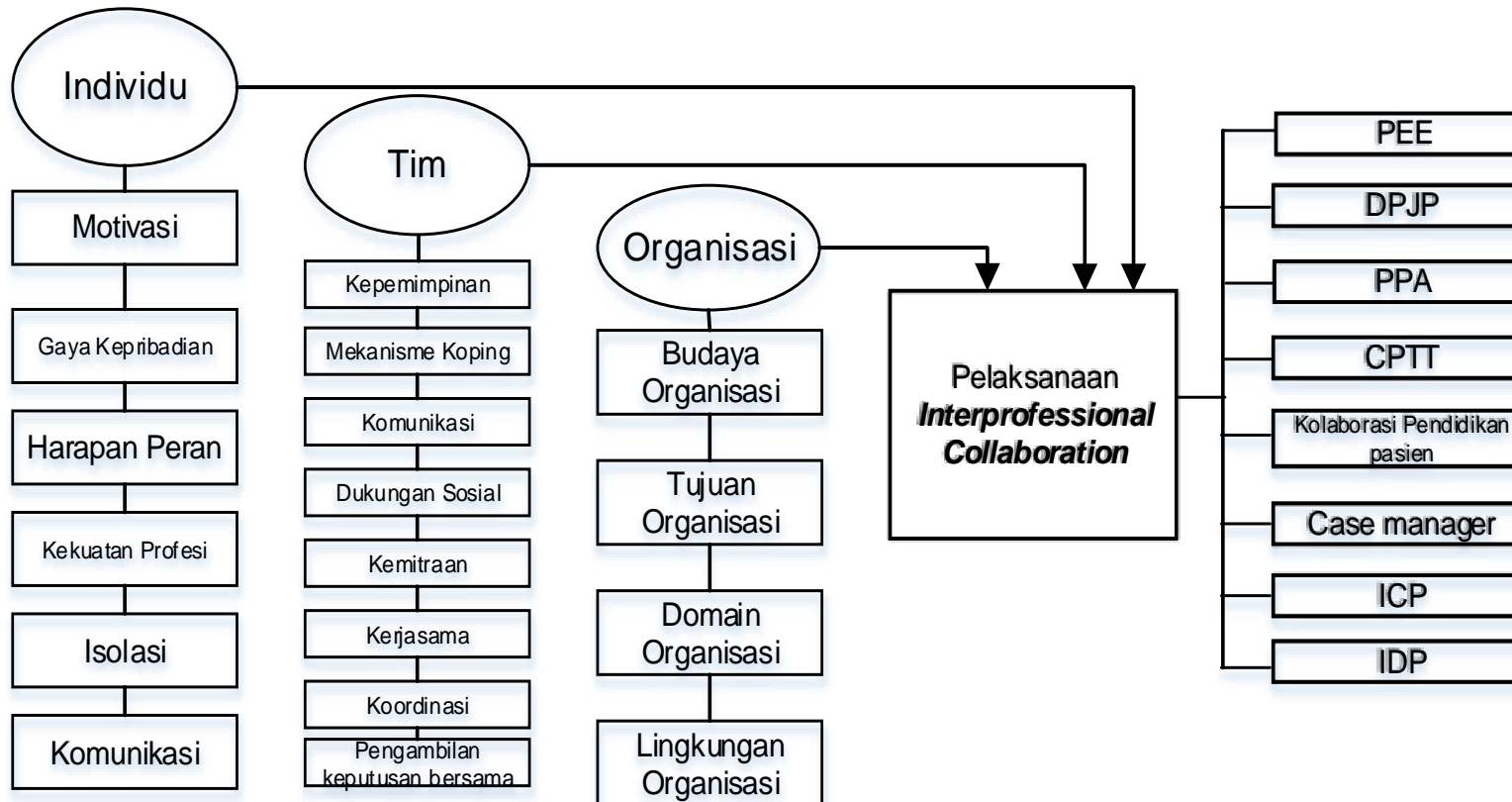
## H. Kerangka Teori



Sumber: WHO (2010), Atlr Oedegard (2006), WHO (2015), Orchard and Curran (20002), Kaini (2012), Kopelman (1988), Kenaszchuk (2012)

Gambar 2.13 Kerangka teori

## I. Kerangka Konsep Penelitian



Sumber: WHO (2010), Atr Oedegard (2006), WHO (2015), Orchard and Curran (20002), Kenaszchuk (2012), SNARS (2018)

Gambar 2.14 Kerangka konsep

## J. Hipotesis

Berdasarkan kerangka konsep yang telah dipaparkan, maka hipotesis penelitian ini adalah:

1. Terdapat pengaruh faktor individu (motivasi, gaya kepribadian, harapan peran, kekuatan profesi, isolasi, komunikasi) terhadap pelaksanaan *Interprofessional Collaboration* pada Rumah Sakit Pendidikan di Sulawesi Selatan
2. Terdapat pengaruh faktor tim (kepemimpinan, mekanisme coping, komunikasi, dukungan social, kemitraan, kerjasama, koordinasi dan dukungan sosial) terhadap pelaksanaan *Interprofessional Collaboration* pada Rumah Sakit Pendidikan di Sulawesi Selatan.
3. Terdapat pengaruh faktor organisasi (budaya organisasi, tujuan organisasi, domain organisasi dan lingkungan organisasi) terhadap pelaksanaan *Interprofessional Collaboration* pada Rumah Sakit Pendidikan di Sulawesi Selatan.
4. Terbentuk Pengembangan Model *Interprofessional Collaboration* Pada Rumah Sakit Pendidikan di Sulawesi Selatan

## K. Definisi operasional

NO	Variabel	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala
1	<i>Interprofessional Collaboration</i>	Ketika lebih dari satu petugas kesehatan dari berbagai tempat latar belakang profesi memberikan layanan komprehensif kepada pasien, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk memberikan pelayanan dengan kualitas terbaik di seluruh pengaturan (WHO, 2010)	Pelaksanaan pemberian pelayanan kesehatan terhadap kebutuhan pasien dan keluarga, yang dilakukan oleh berbagai profesi tenaga kesehatan di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin, bekerja secara bersama-sama, baik secara independen maupun paralel.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Patient Engagement and Empowermen (PEE)</li> <li>2. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) sebagai Clinical Leder</li> <li>3. PPA sebagai tim, kolaborasi interprofesional</li> <li>4. Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPTT)</li> <li>5. Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE)</li> <li>6. Manager Pelayanan Pasien (MPP)</li> <li>7. Integrated Clinical Pathway (ICP)</li> <li>8. Integrated Discharge Planning (IDP)</li> </ol>	<p>Kuesioner Pelaksanaan IPC, terdiri dari 95 item pernyataan menggunakan skala likert dengan pilihan jawaban:</p> <p>4 = Sangat Setuju 3= Setuju 2= Ragu-ragu 1 = Tidak Setuju 0 = Sangat Tidak Setuju</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terlaksana dengan baik apabila 80% indikator capaian dengan skor <math>\geq 304</math></li> <li>2. Kurang terlaksana apabila dibawah 80% indikator capaian dengan skor <math>&lt; 304</math></li> </ol>	Ordinal
2	Faktor individu	Faktor individu adalah minat, sikap dan kebutuhan yang dibawa seseorang didalam situasi kerja	Faktor individu adalah aspek diri yang terdiri dari isolasi, komunikasi, gaya kepribadian dan kekuatan profesi yang dibawa oleh seorang tenaga kesehatan didalam memberikan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Isolasi adalah sebagai ketidaksediaan tenaga kesehatan dalam berbagi pendapat, mendiskusikan praktik baru dan menghormati satu sama lain;</li> <li>2. Komunikasi adalah suatu proses pertukaran informasi individual antara tenaga kesehatan agar terjalin kerjasama dan kolaborasi</li> </ol>	Kuesioner <i>Interprofessional Collaboration Scale</i> terdiri dari 26 item pertanyaan menggunakan skala likert dengan kemungkinan jawaban: 4 = Sangat Setuju 3 = Setuju 2 = Tidak Setuju 1 = Sangat Tidak Setuju	Ordinal

## K. Definisi operasional

NO	Variabel	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala
			pelayanan kesehatan di rumah sakit	<p>terkait pelaksanaan interprofessional collaboration di rumah sakit;</p> <p>3. Gaya kepribadian adalah perilaku yang ditampakkan oleh terkait apa, mengapa dan bagaimana seorang tenaga kesehatan melaksanakan interprofessional collaboration di rumah sakit dan</p> <p>4. Kekuatan profesi adalah kemampuan suatu profesi untuk mempengaruhi apa yang orang lain pikirkan atau lakukan atau memiliki kekuasaan atas profesi lain yang dapat mempengaruhi apa yang profesi lain pikirkan atau apa yang dilakukan profesi lain.</p>		
3	Faktor Tim	Tim IPC adalah kumpulan lebih dari satu tenaga kesehatan yang berbeda yang menerapkan keterampilan dan pengetahuan sesuai dengan bidang ilmu mereka untuk mengatasi	Tim dalam penelitian ini yaitu hubungan dua atau lebih tenaga kesehatan dalam satu profesi yang bekerja secara ketergantungan untuk menyediakan pelayanan kepada pasien dirumah sakit pendidikan.	1) Kemitraan yaitu hubungan antara tenaga kesehatan yang terlibat dalam <i>Interprofessional Collaboration</i> di Rumah Sakit Pendidikan Hasanuddin, berdasarkan kesetaraan, keterbukaan dan saling menguntungkan (memberikan manfaat); 2) Kerjasama atau proses berkelompok dimana anggota-anggotanya mendukung	Kuesioner <i>Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS)</i> terdiri dari 15 item pertanyaan menggunakan skala likert dengan kemungkinan jawaban: 5 = Selalu 4 = Sering 3 = Kadang-kadang 2 = Jarang	Ordinal

## K. Definisi operasional

NO	Variabel	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala
		masalah kesehatan pasien		<p>dan saling mengandalkan untuk mencapai suatu hasil mufakat dalam mengatasi masalah pasien pada pelaksanaan <i>interprofessional collaboration</i>;</p> <p>3) Mekanisme koping adalah cara yang digunakan kelompok tenaga kesehatan dalam menyelesaikan masalah, mengatasi perubahan yang terjadi, dan situasi yang mengancam pasien, baik secara kognitif maupun perilaku dalam pelaksanaan <i>interprofesional collaboration</i> di rumah sakit;</p> <p>4) Komunikasi kelompok adalah interaksi tenaga kesehatan pada pelaksanaan <i>interprofessional collaboration</i> secara tatap muka antara tiga orang atau lebih, dengan tujuan yang telah diketahui, seperti berbagai informasi, menjaga diri, dan pemecahan masalah pasien, yang mana anggota anggotanya dapat mengingat karakteristik pribadi anggota-anggota yang lain secara tepat dan</p> <p>5) Dukungan social adalah sesuatu</p>	1 = Tidak Pernah	

## K. Definisi operasional

NO	Variabel	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala
				keadaan yang bermanfaat bagi tenaga kesehatan yang diperoleh dari orang lain yang dapat dipercaya dan dari keadaan tersebut individu akan mengetahui bahwa orang lain memperhatikan, menghargai dan mencintainya dalam pelaksanaan <i>interprofessional collaboration</i> pada rumah sakit.		
4	Faktor Organisasi	Faktor organisasi adalah hal (keadaan, peristiwa) yang ikut menyebabkan (mempengaruhi) terjadinya perpaduan secara sistematis daripada bagian-bagian yang saling ketergantungan/berkaitan untuk membentuk suatu kesatuan yang bulat mengenai kewenangan, koordinasi dan	Dalam penelitian ini, faktor organisasi didefinisikan sebagai semua kebijakan, kewenangan, koordinasi dan pengawasan lini organisasi di Rumah Sakit Pendidikan dalam usaha mencapai pelaksanaan Interprofesional collaboration yang efektif.	1) Budaya organisasi merupakan perangkat sistem nilai-nilai ( <i>values</i> ), keyakinan-keyakinan ( <i>beliefs</i> ), asumsi-asumsi ( <i>assumptions</i> ), atau norma-norma yang telah berlaku, disepakati dan diikuti oleh para anggota suatu organisasi manajemen rumah sakit sebagai pedoman perilaku dan pemecahan masalah-masalah yang terjadi dalam pelaksanaan <i>interprofessional collaboration</i> di rumah sakit; 2) Tujuan organisasi adalah pedoman bagi landasan kegiatan pada manajemen rumah sakit serta sumber legitimasi yang membenarkan setiap kegiatan dan eksistensi rumah sakit, terutama	Kuesioner <i>Perception of Interprofessional Collaboration Model Questionnaire (PINCOCM-Q)</i> terdiri dari 26 item pertanyaan menggunakan skala likert dengan kemungkinan jawaban:  4 = Setuju 3 = Kurang Setuju 2 = Ragu-ragu 1 = Tidak Setuju	Ordinal



## K. Definisi operasional

NO	Variabel	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala
		pengawasan dalam usaha mencapai tujuan yang telah ditentukan		<p>dalam pelaksanaan <i>interprofessional collaboration</i>;</p> <p>3) Domain organisasi adalah kondisi dimana tenaga kesehatan memilih bidang tindakan sesuai dengan tanggungjawabnya, bagian dari lingkungan yang mereka pilih untuk menjadi tujuan bagi tugas dan tanggungjawab tersebut, jadi jika bagian itu berubah, mereka harus siap untuk mengalami perubahan dan masing-masing tenaga kesehatan memahami hukum dan peraturan dalam menjalankan tugas dan tanggungjawab tersebut;</p> <p>4) Lingkungan organisasi adalah segala sesuatu yang berada di lingkungan yang dapat mempengaruhi baik secara langsung maupun tidak langsung seseorang atau sekelompok orang di dalam melaksanakan aktivitasnya.</p>		