

TESIS

**ANALISIS PELAKSANAAN KOMUNIKASI EFEKTIF PADA
INTERPROFESSIONAL COLLABORATION DI INSTALASI
RAWAT INAP RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN**

***ANALYSIS OF EFFECTIVE COMMUNICATION
IMPLEMENTATION ON INTERPROFESSIONAL
COLLABORATION IN THE INPATIENT INSTALLATION OF
HASANUDDIN UNIVERSITY HOSPITAL***

Disusun dan diajukan oleh

**MONA KUSUMA HAPSARI FIRDAUSI
K012181078**



**PROGRAM STUDI S2 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

HALAMAN PENGAJUAN

**ANALISIS PELAKSANAAN KOMUNIKASI EFEKTIF PADA
INTERPROFESSIONAL COLLABORATION DI INSTALASI
RAWAT INAP RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi
Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh:
MONA KUSUMA HAPSARI F

Kepada

**PROGRAM STUDI S2 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

LEMBAR PENGESAHAN**ANALISIS PELAKSANAAN KOMUNIKASI EFEKTIF PADA
INTERPROFESSIONAL COLLABORATION DI INSTALASI RAWAT INAP
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN**

Disusun dan diajukan oleh

**MONA KUSUMA HAPSARI FIRDAUSI
NOMOR POKOK K012181078**

Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 25 Februari 2022 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan.

Menyetujui,

Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping,


Dr. Fridawaty Rivai, SKM., M.Kes
NIP. 19731016 199702 2 001
Prof. Yahya Thamrin, SKM., M.Kes, MOHS, Ph.D.
Nip. 19760218 200212 1 003
Dekan Fakultas
Kesehatan Masyarakat
Ketua Program Studi S2
Kesehatan Masyarakat
Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed
NIP. 19670617 199903 1 001
Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH.
NIP. 19590605 198601 2 001

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Mona Kusuma Hapsari F
NIM : K012171078
Program studi : Kesehatan Masyarakat
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul :

Analisis Pelaksanaan Komunikasi Efektif Pada *Interprofessional Collaboration* Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin

adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Maret 2022

Yang menyatakan



Mona Kusuma Hapsari F

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “**Analisis Pelaksanaan Komunikasi Efektif Pada *Interprofessional Collaboration* Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin**”. Tesis ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.

Penyusunan tesis ini dapat diselesaikan berkat dukungan berbagai pihak. Penulis ingin menyampaikan rasa hormat dan terima kasih sedalam-dalamnya kepada **Dr. Fridawaty Rivai, SKM.,MARS** selaku pembimbing I dan **Prof. Yahya Thamrin, SKM.,MOHS.,Ph.D** selaku pembimbing II, yang penuh kesabaran meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk memberikan bimbingan, arahan serta petunjuk yang sangat berguna dalam penyusunan tesis ini. Penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada **Dr. Irwandy, SKM.,MSc.Ph.,M.Kes., Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS, Dr. Herlina A Hamzah, SKM.,MPH** selaku tim penguji yang telah memberikan saran, arahan dan kritikan yang sangat bermanfaat.

Selain itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tulus serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. **Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA**, selaku Rektor Universitas Hasanuddin.

2. **Prof. Dr. Ir. Jamaluddin, M.Sc** selaku Direktur Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
3. **Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed** selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
4. **Dr. Masni, Apt., MSPH**, selaku ketua Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
5. Seluruh dosen dan staf Magister Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan bantuan informasi, masukan dan pengetahuan.
6. Seluruh staf RS Universitas Hasanuddin atas bantuan dan kerjasamanya selama proses penelitian.
7. Teman-teman seperjuangan **MARS 2018** yang tanpa hentinya memberikan semangat yang luar biasa.
8. Seluruh staf Makassar Pet Clinic atas doa dan dukungannya.
9. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan penelitian ini. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan tesis ini masih jauh dari kesempurnaan.
10. Penulis dengan penuh rasa sayang dan ketulusan hati menghaturkan terima kasih yang tak terhingga kepada kedua orangtua tercinta, Ibunda Hj. Dra. Siti Sulasminah dan Ayahanda H. Budi Satomo, S.Pd, suami tercinta **Eko Hidayat, ST**, Ayah mertua tercinta alm H. Syahwan , Ibu

mertua tercinta Hj. Susmaniyah, serta anakku tercinta Najma, Fawwaaz, Syams, Farooq dan Keira serta keluarga besar atas segala dukungan berupa materi, doa, kesabaran, pengorbanan dan semangat yang tak ternilai hingga penulis dapat menyelesaikan studi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Untuk itu, semua saran dan kritik akan diterima dengan segala kerendahan hati. Semoga tesis ini dapat memberikan manfaat bagi berbagai pihak.

Makassar, Februari 2022

Mona Kusuma Hapsari F.

ABSTRAK

Mona Kusuma Hapsari F. Analisis Pelaksanaan Komunikasi Efektif Pada Interprofessional Collaboration Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin (Dibimbing oleh **Fridawaty Rivai** dan **Yahya Thamrin**)

Interprofessional Collaboration (IPC) merupakan pemberian layanan kesehatan yang dilaksanakan dengan melibatkan berbagai profesi tenaga kesehatan serta memberikan pelayanan secara menyeluruh, bekerja sama dengan pasien, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pelaksanaan komunikasi efektif pada IPC di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin. Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian kualitatif menggunakan metode dengan pendekatan fenomenologi. Informan dalam penelitian ini diambil secara purposive sampling yang berjumlah 15 informan. Hasil penelitian ini menunjukkan dari 9 variabel pelaksanaan komunikasi efektif pada IPC di instalansi rawat inap RS Unhas, ada 1 variabel yaitu *frequent* yang belum berjalan dengan maksimal dikarenakan terkendala oleh keterbatasan waktu yang dimiliki oleh DPJP, perasaan inferior yang dirasakan oleh profesi selain dokter dan tenaga medis yang masih junior, belum terlaksananya pelatihan dengan sempurna dan penerapan teknologi yang masih kurang maksimal. Oleh karena itu, diharapkan agar pimpinan rumah sakit membuat kebijakan khusus terkait pelaksanaan IPC, manajemen rumah sakit merencanakan kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan kerjasama antar profesi dengan mengadakan kegiatan seperti *capacity building*, *family gathering* dan merancang model pelaksanaan IPC yang melibatkan semua bagian pelayanan agar mudah dilaksanakan sesuai kondisi rumah sakit.

Kata Kunci: *Interprofessional Collaboration*, rumah sakit, instalasi rawat inap, komunikasi efektif

ABSTRACT

Mona Kusuma Hapsari F. Analysis of Effective Communication Implementation on Interprofessional Collaboration in the Inpatient Installation of Hasanuddin University Hospital (Supervised by **Fridawaty Rivai** and **Yahya Thamrin**)

Interprofessional Collaboration (IPC) is the provision of health services carried out by involving various health professional professions and providing comprehensive services, in collaboration with patients, families, groups and communities to provide quality health services. This study aims to analyze the implementation of effective communication on IPC in the Inpatient Installation of Hasanuddin University Hospital. The type of research conducted is qualitative research using a phenomenological approach. Informants in this study were taken by purposive sampling totaling 15 informants. The results of this study indicate that of the 9 effective communication variables in the implementation of IPC in the inpatient installation of Unhas Hospital, there is 1 variable, namely frequent which has not run optimally because it is constrained by the limited time owned by DPJP and feelings of inferiority felt by professions other than doctors and medical personnel. who are still juniors. The factors that cause effective communication on IPC can not be implemented perfectly are the training and technology factors. Therefore, it is expected that hospital leaders make special policies related to the implementation of IPC, hospital management plans activities aimed at increasing inter-professional collaboration by holding activities such as capacity building, family gatherings and designing IPC implementation models that involve all service departments so that they are easy to implement. according to hospital conditions.

Keywords: Interprofessional Collaboration, hospital, inpatient installation, effective communication

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN PENGANTAR.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS.....	iii
PRAKATA.....	iv
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Kajian Masalah.....	14
C. Rumusan Masalah	18
D. Tujuan Penelitian	20
E. Manfaat Penelitian.....	21
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	23
A. Tinjauan Umum tentang <i>Interprofesional Collaboration</i>	23
B. Tinjauan Umum Tentang Komunikasi Efektif	48
C. Matriks Penelitian Terdahulu	64
D. Kerangka Teori.....	68
E. Kerangka Konsep.....	69
BAB III METODE PENELITIAN.....	70
A. Jenis dan Rancangan Penelitian	70
B. Definisi Konseptual	71
C. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	76
D. Informan.....	76
E. Sumber Data	77
F. Keabsahan Data	78

G. Pengolahan dan Analisis Data	79
BAB IV HASIL PENELITIAN	81
A. Gambaran Umum RS Universitas Hasanuddin.....	81
B. Hasil Penelitian	85
1. <i>Shared Knowledge</i>	86
2. <i>Situation/goal awareness</i>	91
3. <i>Problem solving</i>	95
4. <i>Mutual Respect</i>	98
5. <i>Transparent</i>	100
6. <i>Timely (prompt)</i>	102
7. <i>Frequent</i>	103
8. <i>Consistent</i>	105
9. <i>Parsimonious</i>	107
10. Faktor yang mempengaruhi pelaksanaan komunikasi efektif pada <i>Interprofessional Collaboration</i> di Instalasi Rawat Inap Rumah sakit Universitas Hasanuddin.	109
C. Pembahasan.....	114
D. Implikasi Manajerial	170
E. Keterbatasan Penelitian	171
BAB V PENUTUP	172
A. Kesimpulan	172
B. Saran	176
DAFTAR PUSTAKA.....	178
LAMPIRAN	185

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Matriks Penelitian Terdahulu.....	64
Tabel 2 Definisi Konseptual Penelitian.....	71
Tabel 3 Distribusi Informan dalam Penelitian di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.....	77
Tabel 4 Distribusi Frekuensi Informan dalam Penelitian implementasi komunikasi efektif pada <i>interprofessional collaboration</i> berfokus di instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Univesitas Hasanuddin.....	86

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Kajian Masalah Penelitian	15
Gambar 2 Sistem Kesehatan dan Pendidikan (WHO, 2010).....	30
Gambar 3 Kerangka Teori Penelitian	68
Gambar 4 Kerangka Konsep Penelitian	69

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Pedoman Wawancara.....	185
Lampiran 2 Administrasi Penelitian.....	192
Lampiran 3 Matriks Hasil Wawancara.....	194
Lampiran 4 Dokumentasi Penelitian	302
Lampiran 5 Curriculum Vitae	304

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kolaborasi Interprofesi atau *Interprofessional Collaboration* (IPC) adalah kemitraan antara orang dengan latar belakang profesi yang berbeda dan bekerja sama untuk memecahkan masalah kesehatan dan menyediakan pelayanan Kesehatan (Morgan et al., 2015). Menurut WHO, IPC terjadi saat berbagai profesi kesehatan bekerja sama dengan pasien, keluarga dan komunitas untuk menyediakan pelayanan komprehensif dan berkualitas tinggi (WHO, 2010). IPC dimaksudkan untuk mencapai tujuan dan memberi manfaat bersama bagi semua yang terlibat (Green & Johnson, 2015).

IPC pertama kali dikenalkan oleh WHO dengan 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. Dalam interaksinya antar tenaga kesehatan dari berbagai profesi diharapkan dengan terlaksananya IPC, tim perawatan dapat memiliki cara berpikir yang sama, menghargai pendidikan interprofesional dan berkomitmen untuk mewujudkan praktik kolaboratif.

IPC merupakan pemberian layanan kesehatan yang dilaksanakan dengan melibatkan berbagai profesi tenaga kesehatan serta memberikan pelayanan secara menyeluruh, bekerja sama dengan pasien, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas. IPC melibatkan lebih dari satu tenaga kesehatan yang berbeda yang menerapkan ketrampilan dan pengetahuan sesuai dengan bidang ilmu mereka untuk mengatasi masalah kesehatan pasien. Kolaborasi yang baik terjadi ketika individu di dalam tim saling menghormati satu dengan lainnya, antara satu profesi dengan profesi lainnya serta dapat bekerja sama dengan baik. Praktik kolaborasi interprofesional di seluruh dunia mengidentifikasi mekanisme yang membentuk kerja tim kolaboratif yang sukses dan menguraikan serangkaian tindakan yang dapat diterapkan oleh pembuat kebijakan dalam sistem kesehatan (WHO, 2010).

Pelayanan kesehatan yang diberikan di rumah sakit dilakukan oleh berbagai profesi tenaga kesehatan. Berbagai profesi yang terlibat dalam pelayanan kesehatan terdiri dari tenaga medis, tenaga psikologi klinis, tenaga keperawatan, tenaga kebidanan, tenaga kefarmasian, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik, tenaga keteknisian medis dan teknik biomedika (Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia, 2014). Pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan pelayanan dari berbagai profesi kesehatan yang berkolaborasi untuk mengoptimalkan pelayanan kesehatan (Sitorus, 2006). Institute of Medicine (IOM) dan World Health Organization (WHO) meminta tenaga kesehatan profesional untuk bekerja

sama dalam *Interprofessional Collaboration* (IPC) untuk meningkatkan pelayanan kesehatan (IOM, 2010).

Adapun Prinsip dalam pelaksanaan IPC yaitu berpusat pada pasien & keluarga, berorientasi pada komunitas, populasi dan masyarakat, fokus terhadap hubungan kerjasama, berorientasi pada hasil namun tetap berorientasi pada proses, pembelajaran yang terintegrasi, lintas profesi dan peka terhadap konteks sistem serta berfokus pada komunikasi efektif (Spring, 2015). Dalam IPC ada enam domain, yaitu komunikasi efektif antarprofesi, berfokus pada pasien/keluarga/masyarakat, memahami peran profesi secara individu terhadap profesi lainnya, memahami prinsip kerja tim, memahami dan menerapkan prinsip kepemimpinan dalam kolaborasi dan terlibat aktif bersama pasien, keluarga, masyarakat dan antarprofesi ketika menyelesaikan masalah yang ada. Adapun fokus dalam penelitian ini adalah komunikasi efektif antarprofesi.

Pelaksanaan IPC di tiga kabupaten pada wilayah Timur Laut Tennessee menyatakan bahwa implementasi IPC telah dilaksanakan dan berdampak pada pelayanan pasien, stress kerja, komunikasi dan kepuasan kerja (Deshkulkarni, 2012). Pelaksanaan IPC di 2 Rumah Sakit Pendidikan di Canada. Dokter di bangsal GIM berkomunikasi dengan profesi lain terutama dalam putaran terstruktur. Komunikasi dokter singkat, terdiri dari laporan, permintaan informasi, atau perintah terkait pasien. Pengamatan non-dokter sering diabaikan dan diskusi interprofesional jarang terjadi. Interaksi intraprofesional di antara profesi kesehatan yang bersekutu, dan

antara keperawatan, serta interaksi antarprofesional antara keperawatan dan kesehatan gabungan sering terjadi dan bersifat musyawarah, tetapi sangat sedikit diskusi seperti itu yang melibatkan dokter, yang interaksi musyawarahnya hampir seluruhnya dengan dokter lain (Zwarenstein et al., 2013). Pelaksanaan IPC di Rumah Sakit di Quebec, mengalami hambatan terkait faktor interaksional, organisasi dan sistemik. Penelitian menunjukkan terjadi konflik dalam ruang lingkup praktik kebidanan, mitos tentang bidan, penilaian awal, dan kurangnya keterampilan komunikasi antara penyedia layanan kesehatan di pusat persalinan dan rumah sakit. Di tingkat organisasi, penelitian menunjukkan bahwa meskipun bidan memiliki akses penuh ke rumah sakit yang telah ditandatangani perjanjian formal, mereka tidak diintegrasikan di rumah sakit karena kurangnya minat bidan dan perbedaan filosofi dan ruang lingkup praktik di antara para profesional perawatan kesehatan. serta budaya organisasi. Pada tingkat sistemik, meskipun permintaan perawatan kebidanan berlebihan, bidan tidak cukup untuk memenuhi permintaan tersebut (Behruzi et al., 2017).

IPC dapat mengurangi infeksi dengan meningkatkan koordinasi dan keterjangkauan layanan kesehatan, penggunaan sumber daya klinis spesifik yang sesuai, outcome kesehatan bagi penyakit kronis, dan pelayanan serta keselamatan pasien, menerapkan kolaborasi tenaga kesehatan dalam program Adverse Drug Event (ADEs) selain itu praktik kolaborasi dapat mengurangi kesalahan sebesar 50% dalam manajemen pengobatan (Dwiprahasto, 2006). Semua tenaga kesehatan termasuk

dilevel klinik harus mampu untuk melakukan kolaborasi secara efektif dengan tim kesehatan lain untuk meningkatkan keamanan dan juga peningkatan perawatan pasien melalui komunikasi (Powers, Diamond, Cory, dan Jacquelyn, 2017; Dong, Pengcheng, Xingting, dan Jianbo, 2017; Berit dan Paul, 2017).

Pelaksanaan kerjasama interprofesional berdampak baik terhadap pelayanan kesehatan, komunikasi interprofesional, kerjasama tim, dan sikap profesional yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan di rumah sakit. Hasil penelitian tersebut didukung oleh hasil penelitian Bright et al. (2017) hasil survei menemukan kolaborasi interprofesional antara dokter dan perawat dapat mengurangi terjadinya risiko infeksi sehingga berdampak pada keselamatan pasien. Penelitian (Matzioul, F. et. al (2014) menunjukkan bahwa kolaborasi interprofesional yang efektif antara tenaga kesehatan penting untuk memberikan pengobatan yang efisien, mengurangi risiko infeksi, dan menunjukkan bahwa komunikasi yang buruk antara profesi kesehatan lain dapat merugikan pasien. Urisman, T. et. al (2017) dalam penelitiannya memperlihatkan, hasil pra-intervensi dibandingkan dengan pasca intervensi terjadi peningkatan kepuasan dalam melaksanakan kolaborasi interprofesional setelah sosialisasi tentang kolaborasi interprofesional pada keselamatan pasien seperti pengurangan risiko infeksi, pengobatan, kesalahan medis dan pasien cedera / jatuh. Studi yang dilakukan Lemieux-Charles & McGuire (2006) tentang efektivitas kerja

tim pada pelayanan kesehatan menguraikan bahwa kolaborasi diperlukan untuk menghindari konflik dan mencapai efektifitas pelayanan.

Rumah sakit yang merupakan pelayanan kesehatan primer dengan fasilitas kamar operasi merupakan daerah dengan mayoritas pasien penyakit kronis tetapi sering mengalami masalah manajemen dengan tim kesehatan yang masih dalam tahap transisi untuk bekerja secara interprofesional dalam mencapai pendekatan kolaboratif dan koordinasi (Kenaszchuk et al., 2011). Solusi yang ditawarkan adalah tindakan pengobatan berbasis tim yang berfokus pada peningkatan kualitas pelayanan pasien dan keluarga khususnya di ruang operasi (Bendaoud & Callens, 2017). Koordinasi ini tidak hanya menggabungkan struktur, layanan atau alur kerja antar profesi yang berbeda, tetapi juga berfokus pada peningkatan pemberian layanan melalui sinkronisasi dan harmonisasi proses informasi area ruang operasi di berbagai layanan kesehatan. (Bendaoud & Callens, 2017; WHO, 2016). Ruang operasi membutuhkan kerjasama antar profesi untuk mengurangi kesalahan pengobatan dan menjaga status kesehatan pasien tetap stabil setelah menjalani operasi (Jayasuriya-Illesinghe, Guruge, Gamage, & Espin, 2016). Strategi pencegahan infeksi situs bedah berbasis bukti adalah: (1) hair removal yang tepat, (2) dekolonisasi kulit dan hidung pra operasi, (3) kebersihan tangan yang cermat, (4) optimalisasi jaringan dan persiapan kulit di ruang operasi, (5) tepat pemilihan, dosis, waktu, durasi antibiotik profilaksis, (6) pemeliharaan Bypass Graft, (7) teknik bedah, dan (8) sayatan terakhir yang

ditutup dengan pembalut steril 24-48 jam setelah operasi (Jones, Nicole J., Villavaso, Chloe D, 2016). Strategi pencegahan infeksi situs bedah berbasis bukti adalah hasil tinjauan bukti dari pedoman SSI sebelumnya dan perangkat pencegahan (Anderson, DJ, Podgorny, K., Berrios-Torres, SI, et al, 2014; Bratzler, DW, Dellinger, EP, Olsen, KM, dkk, 2013; Hills, LD, Smith, PK, Anderson, JL, dkk, 2011; Institute for Healthcare Improvement (IHI), 2012; Kohut, 2016). Semua strategi ini dilakukan oleh tim interprofessional, salah satunya adalah ahli anestesi bersertifikat, perawat bedah, ahli bedah, apoteker, ahli anestesi, ahli gizi, endokrinologi, pendidik, dan tenaga kesehatan lainnya di ruang operasi yang membentuk bundel interprofessional untuk berkolaborasi. dan memfasilitasi implementasi strategi berbasis bukti pada pasien (Jones, Nicole J., Villavaso, Chloe D, 2016). Selain itu, dibutuhkan komunikasi yang terampil antara tim interprofessional seperti perawat dan staf medis serta tim SSI di rumah sakit. Melalui hubungan kolaboratif dapat mengidentifikasi dan menghilangkan hambatan implementasi strategi pencegahan IDO berbasis bukti (Jones, Nicole J., Villavaso, Chloe D, 2016; Oslock, Wendelyn M., et al, 2020) (Mumtaz, 2021).

Namun, bekerja secara kolaboratif bukanlah tugas yang mudah. Terdapat hambatan penting yang menghambat kolaborasi interprofesional, seperti masalah komunikasi di antara para profesional kesehatan, ketidaktahuan tentang peran dan tanggung jawab profesional anggota staf lain, kekuasaan dan hierarki, kurangnya kepercayaan (pada yang lain) dan

bahkan kurangnya rasa hormat. Untuk mengatasi hambatan ini, sangat penting untuk mengadakan pertemuan antar profesional yang nyata, mengingat bahwa beberapa kelompok profesional yang sebenarnya atau *de facto* tidak hadir pada pertemuan ini (di mana perawatan pasien diputuskan) masih sering terjadi. Namun demikian, adanya pertemuan tersebut tidak mencukupi, dan penting bahwa yang berkumpul dalam pertemuan tersebut menghargai kontribusi masing-masing anggota tim terhadap kesehatan pasien, agar pertemuan tersebut tidak hanya sekedar tumpang tindih dengan para profesional yang berkumpul. dalam pengaturan yang sama dengan sedikit interaksi di antara mereka (Lancaster et al., 2015).

Komunikasi yang buruk menyebabkan berbagai masalah yang buruk dalam pelayanan kesehatan, antara lain penghentian perawatan, tidak tercapainya keselamatan pasien, ketidakpuasan pasien, penggunaan sumber daya yang tidak efisien dan waktu kerja dokter yang tidak efisien serta berdampak pada konsekuensi ekonomi. Kualitas informasi medis sangat penting untuk memberikan perawatan yang tepat untuk pasien yang berusia lanjut untuk dapat diketahui potensi bahaya kesehatan yang memungkinkan terjadi. Antar profesi kesehatan harus terbangun kesepakatan bersama, baik konten maupun bentuk komunikasi antar penyedia layanan kesehatan (Chung et al., 2012).

Putaran klinis/*clinical rounds* merupakan proses organisasi penting dalam pengaturan rumah sakit dan memainkan peran penting dalam aliran

informasi klinis dan koordinasi perawatan. Dokter utama yang terlibat dalam perawatan pasien berkumpul setiap hari untuk menilai kemajuan pasien, berkomunikasi dalam rekam medis, menginformasikan pasien, dan memungkinkan perencanaan kolaboratif dalam kaitannya dengan kebutuhan pasien (Gurses & Xiao, 2006). Selanjutnya, *clinical rounds* menjadi strategi utama untuk pendidikan klinis dan dianggap penting untuk membantu dokter dan perawat dalam pelatihan untuk mencapai kompetensi klinis (Gonzalo et al., 2013). Namun, penelitian menunjukkan bahwa pertukaran informasi antara perawat, dokter, dan pasien selama putaran klinis seringkali tidak terstruktur dan pasien tidak sepenuhnya dilibatkan dalam diskusi tentang tujuan pengobatan mereka (Weber, Stockli, Nubling, & Langewitz, 2007) (Verhaegh et al, 2017).

Petugas kesehatan yang bermitra dalam satu tim kolaborasi dapat meningkatkan pandangan pasien terhadap pelayanan yang diberikan dari komunikasi yang efektif termasuk didengarkan dan didukung dalam perawatan serta perasaan memahami mengapa mereka memiliki rasa sakit. Profesional kesehatan lebih peduli pada tujuan bersama dengan membangun saling pengertian dalam perawatan dan pengobatan pasien yang dilakukan secara bersama-sama (Europe, 2016).

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No 93 Tahun 2015 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, untuk mencapai hal tersebut maka didalam Komisi Akreditasi Rumah Sakit (SNARS, 2018) di standar MKE (Manajemen Komunikasi dan Edukasi) 5 mengatur tentang manajemen komunikasi dan edukasi antar profesi kesehatan. Standar MKE 5 menjelaskan bahwa informasi asuhan pasien dan hasil asuhan harus dikomunikasikan antar profesi kesehatan selama bekerja dalam shift. Komunikasi antar profesi kesehatan penting untuk berjalannya proses asuhan.

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

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. Jika diamati secara seksama maka SNARS Edisi 1 pada prinsipnya telah mendorong pelaksanaan *Interprofessional Collaboration* (SNARS, 2018).

Rumah sakit hendaknya menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses kesinambungan pelayanan di rumah sakit dan koordinasi diantara PPA dibantu oleh Manajer Pelayanan Pasien (MPP) atau *Case Manager*. 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 yaitu *Conceptual framework integrated people-centred health services* (WHO, 2015).

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

Pelaksanaan asuhan pasien terintegrasi berpusat pada pasien dan mencakup elemen sebagai berikut: Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) sebagai Ketua tim asuhan pasien oleh PPA atau Clinical Leader. PPA bekerja sebagai tim interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional dibantu antara lain oleh Panduan Praktik Klinis (PPK), Panduan Asuhan PPA lainnya, Alur Klinis/*Clinical Pathway* terintegrasi, *Algoritme*, Protokol, Prosedur, Standing Order dan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPTT), perencanaan pemulangan pasien/*Discharge Planning* terintegrasi, asuhan gizi terintegrasi, manajer pelayanan pasien/case manager. MPP bukan merupakan PPA aktif dan dalam menjalankan manajemen pelayanan pasien mempunyai peran minimal adalah sebagai berikut: memfasilitasi pemenuhan kebutuhan asuhan pasien; mengoptimalkan terlaksananya pelayanan berfokus pada pasien; mengoptimalkan proses reimbursemen; dan dengan fungsi sebagai berikut: asesmen untuk manajemen pelayanan pasien; perencanaan untuk manajemen pelayanan pasien; komunikasi dan koordinasi; edukasi dan advokasi; kendali mutu dan biaya pelayanan pasien.

Rumah Sakit Universitas Hasanuddin sebagai rumah sakit yang memiliki visi "Menjadi pelopor terpercaya dalam memadukan pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan yang bertaraf internasional" diharapkan dapat bekerja sama untuk memberikan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien termasuk bagi mahasiswa yang sedang menerima pendidikan di rumah sakit tersebut. Rumah Sakit Unhas telah menerapkan

IPC sejak tahun 2017, dan yang terlibat dalam IPC tersebut adalah dokter, perawat, farmasi, gizi, bidan dan fisioterapi (Satuan Penjamin Mutu RS Unhas. 2020).

Adapun dari data yang diperoleh tentang pelaksanaan komunikasi di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin diketahui bahwa pada kelengkapan pengisian form rekonsiliasi obat telah tercapai sebesar 100%, kelengkapan pengisian catatan edukasi terintegrasi dengan pencapaian rata-rata pada tahun 2020 sebesar 98%, dan kelengkapan pengisian CPPT dengan pencapaian rata-rata pada tahun 2020 sebesar 97,6% (Satuan Penjamin Mutu RS Unhas. 2020). Hasil wawancara juga diperoleh informasi bahwa IPC di RS Unhas sudah diinisiasi sejak tahun 2010 melalui program IPE (*Interprofesional Education*) dan kemudian mulai diterapkan IPC pada tahun 2017, namun dalam pelaksanaannya masih terdapat hambatan-hambatan antara lain masih terbatasnya *clinical pathway* yang ditetapkan, meskipun CPPT sudah 98% terisi namun Profesional Pemberi Asuhan dalam menuliskan informasinya belum terintegrasi satu dengan lainnya, masih ada DPJP yang belum tertib melakukan pengisian CPPT sehingga menghambat komunikasi dalam pelayanan terhadap pasien. IPC menjadi hal penting diterapkan di Instalasi Rawat Inap dikarenakan pasien berada di ruang perawatan dari jam per jam, hari ke hari sehingga memerlukan perhatian dan tindakan yang tepat untuk mendapatkan kualitas pelayanan yang berkualitas dan efisien.

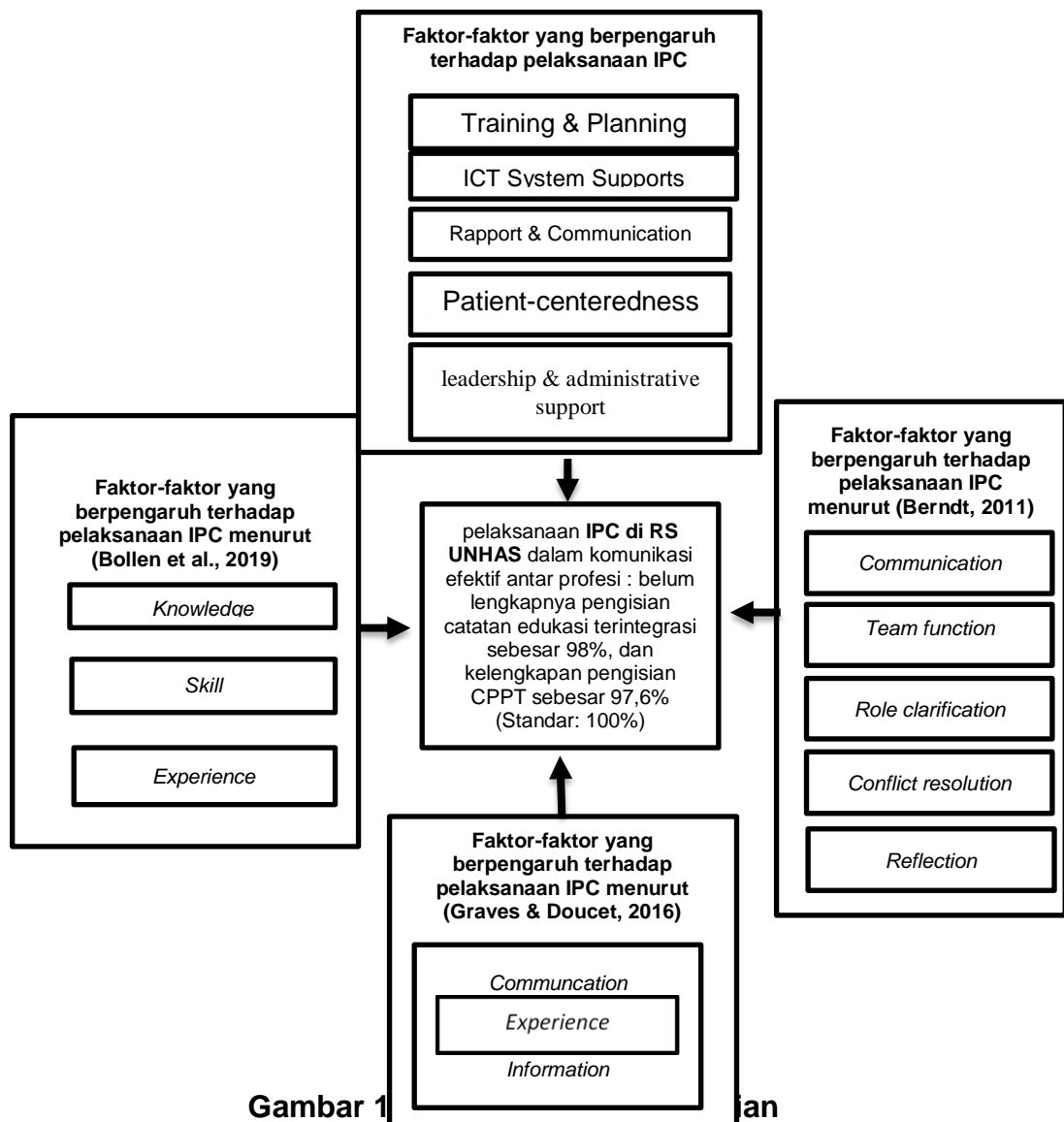
Penelitian yang dilakukan di pusat layanan kesehatan untuk Veteran di Los Angeles, USA, mendeskripsikan, bahwa untuk mencapai komunikasi efektif perlu ada 9 elemen yang diperhatikan. Elemen- elemen tersebut adalah *shared knowledge, situation/goal awareness, problem-solving, mutual respect and communication, transparent (open), timely (prompt), frequent (often), consistent (regular)* dan *parsimonious(concise)* (Kim et al., 2019).

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis implemmentasi IPC utamanya pada komunikasi yang dilakukan di instalasi rawat inap RS Unhas, apakah sudah efektif sehingga mendukung penerapan IPC di instalasi rawat inap RS Unhas dengan baik. Karena itulah peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Analisis Pelaksanaan Komunikasi Efektif Pada *Interprofessional Collaboration* Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin”.

B. Kajian Masalah

Berdasarkan latar belakang dan data masalah yang diperoleh pada Rumah Sakit Universitas Hasanuddin, maka peneliti menguraikan factor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan komunikasi efektif pada IPC sebagai berikut:

Peneliti menggambarkan kajian masalah penelitian berdasarkan variabel-variabel yang mempengaruhi sebagai berikut:



(Teori (Graves & Doucet, 2016); (Berndt, 2011); (Bollen et al., 2019); (Yates, 2006); (Bass, B., & Avolio, 2004); (Houston, 2010); Thompson (2005); (Schneider et al., 2013))

Tenaga kesehatan harus melakukan praktek kolaborasi dengan baik dan tidak melaksanakan pelayanan kesehatan sendiri-sendiri (Orchard C, Curran V, 2005). Komunikasi yang buruk menyebabkan berbagai masalah yang buruk dalam pelayanan kesehatan, antara lain penghentian perawatan, tidak tercapainya keselamatan pasien, ketidakpuasan pasien,

penggunaan sumber daya yang tidak efisien dan waktu kerja dokter yang tidak efisien yang berdampak pada konsekuensi ekonomi. Kualitas informasi medis sangat penting untuk memberikan perawatan yang tepat untuk pasien yang berusia lanjut untuk dapat diketahui potensi bahaya kesehatan yang memungkinkan terjadi (Vermeir, 2014)

WHO (2010) menjelaskan bahwa 70-80% kesalahan yang terjadi di pelayanan kesehatan diakibatkan oleh buruknya komunikasi dan kurangnya pemahaman anggota tim. Kolaborasi tim yang baik dapat mengurangi masalah *patient safety* (WHO, 2010). Kurangnya penerapan kolaborasi interprofesi sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Fatalina (2015) yang dilakukan di RSUP Dr. Sardjito menunjukkan bahwa belum terlaksananya kolaborasi interprofesi dan masih dilaksanakannya *stereotyping* kolaborasi tradisional yang beranggapan bahwa dokter adalah *leader* dan *decision making* dan pelaksana adalah perawat, bidan dan farmasi. Selain itu masih kurangnya komunikasi yang terjalin antar anggota profesi (Fatalina, 2014).

Interprofessional collaboration adalah kerjasama dengan satu atau lebih anggota tim kesehatan untuk mencapai tujuan dimana masing-masing anggota memberikan kontribusi yang baik sesuai dengan batasan masing-masing profesi (*Collage of Nurses of Ontario*, 2008). Kepuasan pasien merupakan salah satu dampak dari pelaksanaan *interprofessional collaboration* dalam pelayanan kesehatan (Stutsky & Spence Laschinger, 2014). Pemanfaatan praktik *interprofessional collaboration* telah dikenal di

berbagai negara di dunia. *World Health Organization* (WHO) (2010) merekomendasikan kolaborasi interprofesi dalam pelayanan kesehatan. Pemanfaatan *interprofessional collaboration* dalam pelayanan kesehatan ternyata memberi dampak positif dalam penyelesaian berbagai masalah kesehatan. Praktik kolaborasi dapat menurunkan lama rawat, konflik antar petugas kesehatan dan dapat menurunkan angka kematian.

Pelaksanaan *interprofessional Collaboration* dalam pelayanan kesehatan menggambarkan proses dimana para profesional dari berbagai bidang ilmu berkolaborasi untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang holistik dan terintegrasi untuk mencapai kesembuhan dan keselamatan pada pasien (Soemantri et al., 2019). Selain itu, menurut Lemieux-Charles L (2006) bahwa *interprofessional collaboration* efektif untuk dapat meningkatkan akses dan koordinasi layanan kesehatan, sistem rujukan yang efisien dan keselamatan pasien di rumah sakit. Menurut Holland R, Battersby J, Harvey I, Lenaghan E, Smith J (2005) juga dapat mengurangi pergantian staf karena kejadian yang tidak diinginkan. Oleh karena itu, berdasarkan gambar kajian masalah diatas peneliti memilih variabel *interprofessional collaboration* karena variabel tersebut merupakan variabel yang pelaksanaannya terkait dengan permasalahan beban kerja, budaya organisasi, shift kerja, stress kerja, kelelahan kerja, lingkungan kerja dan motivasi kerja yang pada akhirnya ketika *Interprofessional Collaboration* ini terlaksana akan menyelesaikan permasalahan dari variabel lain yang disebutkan dalam kajian masalah. Selain itu, rumah sakit juga akan mampu

meningkatkan pelayanan kesehatannya dengan permodelan yang positif (Soemantri et al., 2019).

Penelitian yang dilakukan di pusat layanan kesehatan untuk Veteran di Los Angeles, USA, mendiskripsikan bahwa untuk mencapai komunikasi efektif perlu ada 9 elemen yang diperhatikan. Elemen- elemen tersebut adalah *shared knowledge, situation/goal awareness, problem-solving, mutual respect and communication, transparent (open), timely (prompt), frequent (often), consistent (regular)* dan *parsimonious (concise)* (Kim et al., 2019). Penelitian ini akan memfokuskan kajian pada *Interprofessional Collaboration (IPC)* berfokus pada komunikasi efektif di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin. Penelitian ini akan menganalisis apakah komunikasi yang diterapkan di instalasi rawat inap RS Unhas telah efektif sehingga mendukung terlaksananya IPC di instalasi rawat inap RS Universitas Hasanuddin.

C. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang dikemukakan diatas maka di rumuskan permasalahan dalam penelitian ini sebagai berikut:

1. Bagaimana pelaksanaan komunikasi efektif pada *Interprofessional Collaboration* dimensi *Shared Knowledge* di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin?

2. Bagaimana pelaksanaan komunikasi efektif pada *Interprofessional Collaboration* dimensi *Situation/goal awareness* di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin?
3. Bagaimana pelaksanaan komunikasi efektif pada *Interprofessional Collaboration* dimensi *problem solving* di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin?
4. Bagaimana pelaksanaan komunikasi efektif pada *Interprofessional Collaboration* dimensi *mutual respect* di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin?
5. Bagaimana pelaksanaan komunikasi efektif pada *Interprofessional Collaboration* dimensi *transparent (open)* di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin?
6. Bagaimana pelaksanaan komunikasi efektif pada *Interprofessional Collaboration* dimensi *timely (prompt)* di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin?
7. Bagaimana pelaksanaan komunikasi efektif pada *Interprofessional Collaboration* dimensi *Frequent (often)* di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin?
8. Bagaimana pelaksanaan komunikasi efektif pada *Interprofessional Collaboration* dimensi *consisten (regular)* di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin?

9. Bagaimana pelaksanaan komunikasi efektif pada *Interprofessional Collaboration* dimensi *parsimonious (concise)* di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin?

D. Tujuan Penelitian

Tujuan yang diharapkan tercapai dalam penelitian ini antara lain:

1. Tujuan Umum

Menganalisis pelaksanaan komunikasi efektif pada *Interprofessional Collaboration* di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis pelaksanaan komunikasi efektif pada *Interprofessional Collaboration* dimensi *Shared Knowledge* di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin
- b. Menganalisis pelaksanaan komunikasi efektif pada *Interprofessional Collaboration* dimensi *Situation/goal awareness* di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin
- c. Menganalisis pelaksanaan komunikasi efektif pada *Interprofessional Collaboration* dimensi *problem solving* di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin
- d. Menganalisis pelaksanaan komunikasi efektif pada *Interprofessional Collaboration* dimensi *mutual respect* di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin

- e. Menganalisis pelaksanaan komunikasi efektif pada *Interprofessional Collaboration* dimensi *transparent (open)* di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin
- f. Menganalisis pelaksanaan komunikasi efektif pada *Interprofessional Collaboration* dimensi *timely (prompt)* di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin
- g. Menganalisis pelaksanaan komunikasi efektif pada *Interprofessional Collaboration* dimensi *Frequent (often)* di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin
- h. Menganalisis pelaksanaan komunikasi efektif pada *Interprofessional Collaboration* dimensi *consisten (regular)* di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin
- i. Menganalisis pelaksanaan komunikasi efektif pada *Interprofessional Collaboration* dimensi *parsimonious (concise)* di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.
- j. Menganalisa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan komunikasi efektif pada *Interprofessional Collaboration* di Instalasi Rawat Inap Rumah sakit Universitas Hasanuddin.

E. Manfaat Penelitian

1. Bagi Pengembangan Ilmu Pengetahuan

Penelitian ini mampu memberikan masukan bagi perkembangan ilmu pengetahuan di bagian manajemen dan administrasi rumah

sakit terkhusus ilmu pengembangan manajemen sumber daya manusia.

2. Bagi Institusi Rumah Sakit

Penelitian ini mampu memberikan manfaat untuk masukan rumah sakit guna memperbaiki pelayanan untuk mengembangkan kualitas manajemen sumber daya manusia khususnya di rumah sakit.

3. Bagi Penulis

Diharapkan bisa digunakan sebagai langkah untuk menerapkan pengetahuan dari pembelajaran masa perkuliahan. Selain itu, bisa dijadikan wadah mengembangkan pengetahuan di bidangnya yang terkait dengan mutu tenaga kesehatan dan ketersediaan karyawan di rumah sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum tentang *Interprofesional Collaboration*

1. Definisi *Interprofesional Collaboration* (IPC)

Interprofessional collaboration adalah kerjasama dengan satu atau lebih anggota tim kesehatan untuk mencapai tujuan dimana masing-masing anggota memberikan kontribusi yang baik sesuai dengan batasan masing-masing profesi (*Collage of Nurses of Ontario, 2008*). Kepuasan pasien merupakan salah satu dampak dari pelaksanaan *interprofessional collaboration* dalam pelayanan kesehatan (*Stutsky & Spence Laschinger, 2014*).

IPC merupakan pemberian layanan kesehatan yang dilaksanakan dengan melibatkan berbagai profesi tenaga kesehatan serta memberikan pelayanan secara menyeluruh, bekerja sama dengan pasien, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas. IPC melibatkan lebih dari satu tenaga kesehatan yang berbeda yang menerapkan ketrampilan dan pengetahuan sesuai dengan bidang ilmu mereka untuk mengatasi masalah kesehatan pasien. Kolaborasi yang baik terjadi ketika individu di dalam tim saling menghormati satu dengan lainnya, antara satu profesi dengan profesi lainnya serta dapat bekerja sama dengan baik. Praktik kolaborasi interprofesional di seluruh dunia mengidentifikasi mekanisme yang membentuk kerja tim kolaboratif yang

sukses dan menguraikan serangkaian tindakan yang dapat diterapkan oleh pembuat kebijakan dalam system kesehatan (WHO, 2010).

Pemanfaatan praktik *interprofessional collaboration* telah dikenal di berbagai negara di dunia. *World Health Organization* (2010) merekomendasikan kolaborasi interprofesi dalam pelayanan kesehatan. Pemanfaatan *interprofessional collaboration* dalam pelayanan kesehatan memberi dampak positif dalam penyelesaian berbagai masalah kesehatan. Praktik kolaborasi dapat menurunkan lama rawat, konflik antar petugas kesehatan dan dapat menurunkan angka kematian.

Hasil penelitian Young et al., (2007) di Kanada dengan metode *Random Control Trial* (RCT) yang membandingkan hasil pada klien yang menerima perawatan kelompok interprofesional versus perawatan individu. Diketahui bahwa perawatan interprofesional memiliki implikasi penting untuk perawatan antenatal klien dan dapat mengatasi krisis pelayanan maternitas yang diproyeksikan akan dihadapi Kanada, khususnya di komunitas kecil dan pedesaan. Menurut (Fatalina, 2014) saat ini sebagian besar rumah sakit di Indonesia belum menerapkan kesetaraan dalam berkolaborasi. Kurangnya kolaborasi dan komunikasi antara profesi kesehatan memiliki dampak negatif pada profesi kesehatan dan *outcome* pasien (Lutfiyya et al., 2018).

IPC merupakan wadah kolaborasi efektif untuk meningkatkan pelayanan kesehatan kepada pasien yang didalamnya terdapat profesi tenaga kesehatan meliputi dokter, perawat, farmasi, ahli gizi, dan fisioterapi

(*Health Professional Education Quality (HPEQ)*, 2011). Perkembangan praktek interprofesional dan fungsional yang terbaik dapat dicapai melalui pembelajaran antar professional (Williams & Webb, 2013).

Menurut Morgan (2015) Kolaborasi Interprofesi atau *Interprofessional Collaboration (IPC)* adalah kemitraan antara seorang dengan latar belakang profesi yang berbeda dan bekerja sama untuk memecahkan masalah kesehatan dan menyediakan pelayanan kesehatan (Morgan et al., 2015). IPC dapat terjadi ketika berbagai profesi kesehatan bekerja sama dengan pasien, keluarga dan komunitas untuk menyediakan pelayanan komprehensif dan berkualitas tinggi (WHO, 2010). IPC dimaksudkan untuk mencapai tujuan dan memberi manfaat bersama bagi semua yang terlibat (Green & Johnson, 2015).

Menurut Dimitriadou, A. (2008), kolaborasi adalah proses kerjasama dengan tujuan dan filosofi yang dapat diterima, dan pemahaman karakteristik khusus individu (seperti kompetensi, pengetahuan, kepribadian, dan perilaku) sangat penting. Dari penjelasan di atas jelaslah bahwa kolaborasi dalam pengaturan perawatan kesehatan terhubung dengan kerja tim, karena perawatan pasien menuntut pendekatan interprofesional dan multidisiplin.

Kolaborasi antarprofesi merupakan hal penting yang dirancang untuk meningkatkan efektivitas layanan kesehatan yang saat ini ditawarkan kepada publik. Kolaborasi didefinisikan berdasarkan lima konsep dasar yaitu *sharing, partnership, power, interdependency* dan *process*. Budaya

kolaborasi dibangun sesuai dengan konsep teori yang kuat baik teori organisasi, sosiologi organisasi maupun data empiris. Proses kolaborasi membutuhkan banyak latihan dan pembiasaan. Kolaborasi harus dimulai dari hal kecil di lingkungan masing-masing individu. Setelah keterampilan dalam kolaborasi telah menjadi kebiasaan dibuktikan dengan tercapainya tugas secara bersama, diharapkan kolaborasi ini dapat lebih mudah dilaksanakan di lingkungan yang lebih besar (D'Amour et al., 2005).

Menurut Xyrinchis, A. and Ream (2008), kerja tim adalah proses dinamis yang melibatkan dua atau lebih profesional kesehatan dengan latar belakang dan keterampilan yang saling melengkapi, berbagi tujuan kesehatan umum dan melakukan upaya fisik dan mental bersama dalam menilai, merencanakan, dan mengevaluasi perawatan pasien. Ini dicapai melalui kolaborasi independen, komunikasi terbuka dan pengambilan keputusan berbagi, dan menghasilkan hasil nilai tambah.

Berbagai penelitian tentang lingkungan tempat kerja rumah sakit telah menunjukkan bahwa keperawatan membuat stres dan merupakan alasan permasalahan hubungan kerja perawat ((Hillhouse & Adler, 1997); (Farrell, 1999); (French et al., 2000); (McVicar, 2003); (Lhan et al., 2008)). Studi yang menyelidiki hubungan antara perawat difokuskan pada efek negatifnya dalam pekerjaan mereka ((Hillhouse & Adler, 1997); (French et al., 2000); (McVicar, 2003); (Student & Sciences, 2005)).

Interprofesional saat ini menjadi prioritas dalam perawatan Kesehatan (Collins, 2005). Banyak profesional kesehatan yang mendukung

interprofesional kolaborasi karena mereka percaya bahwa kolaborasi meningkatkan kualitas perawatan. Selama dekade terakhir, tim layanan kesehatan interprofesional menjadi fokus perhatian, karena kualitas layanan tergantung pada kolaborasi, kompetensi penyedia layanan kesehatan dan pengetahuan ((Hall, P., & Weaver, 2001);(Collins, 2005)). Masalah kolaborasi antara perawat dan dokter telah dipelajari secara luas ((Reeves & Lewin, 2004); (Martin et al., 2005); (Cowan et al., 2006); (Reader et al., 2007)). Vazirani et al. (2005) menyatakan bahwa "kolaborasi telah didefinisikan sebagai interaksi antara dokter dan perawat yang memungkinkan pengetahuan dan keterampilan kedua profesional untuk secara sinergis mempengaruhi perawatan pasien yang diberikan.

Menurut penelitian yang dilakukan Joubert et al., (2005) menyatakan bahwa perawat mengalami tingkat kekerasan verbal tinggi yang dilakukan dokter. Selain itu, ketegangan di antara dokter dan perawat merupakan faktor signifikan stres keperawatan di tempat kerja (French et al., 2000). Lingkungan yang tegang dan perilaku yang kasar secara verbal, mengakibatkan status kerja yang rendah, daya rendah di tempat kerja, kondisi kerja yang buruk Çelik et. al (2007), dan karena itu berisiko tinggi timbulnya kecelakaan dan kesalahan selama pelayanan perawatan kesehatan (Jenkins, 1992). Di Yunani, IPC dinyatakan dalam "*Code of Nursing Deontology*", pada pasal 12 *Code of Nursing Deontology* menyatakan bahwa "Seorang perawat harus memelihara hubungan yang baik dengan para rekan perawat, dokter dan profesional lain dalam

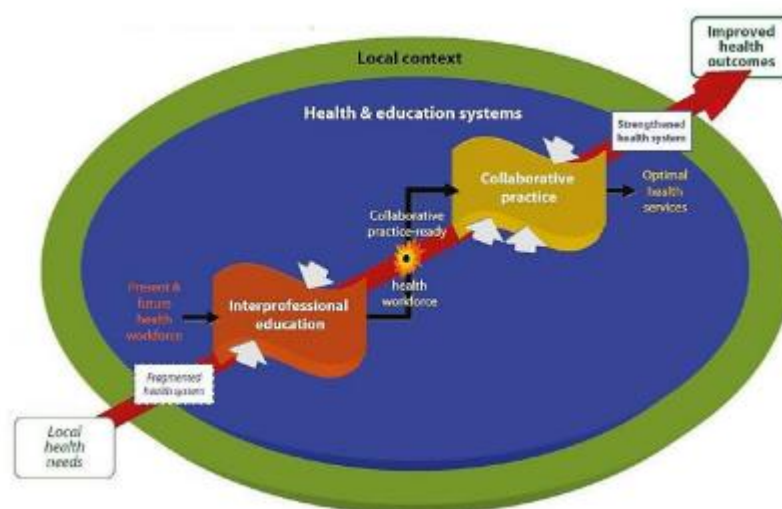
penerapan tugas mereka, mengesampingkan setiap perbedaan dan mempertimbangkan manfaat dari pasien dan operasi layanan".

Menurut American Nurses Association (ANA) menyebutkan kolaborasi sebagai hubungan timbal balik dimana pemberi pelayanan memegang tanggung jawab paling besar untuk perawatan pasien dalam kerangka kerja bidang respektif mereka (American Association of Colleges of Nursing, 2011). Praktik kolaborasi menekankan tanggung jawab bersama dalam manajemen perawatan pasien, dengan proses pembuatan keputusan bilateral didasarkan pada masing-masing pendidikan dan kemampuan praktisi. Kolaborasi adalah hubungan timbal balik dimana pemberi pelayanan memegang tanggung jawab paling besar untuk perawatan dalam kerangka kerja bidang respektif mereka. Praktik kolaboratif menekankan tanggung jawab bersama dalam manajemen perawatan pasien, dengan proses pembuatan keputusan bilateral didasarkan pada pendidikan dan kemampuan praktisi. Interprofesional Collaboration/IPC merupakan tatanan pelayanan yang dirancang untuk menyelaraskan berbagai profesi yang terlibat (antara lain dokter, perawat, farmasi, dan gizi) dalam memberikan pelayanan kepada pasien yang menjalani hospitalisasi (Susilaningsih et al., 2017).

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*. Untuk mencapai

layanan kesehatan yang berkualitas, tidak ada satupun profesi yang dapat mewujudkan tanpa berkolaborasi dengan profesi lainnya. Tidak ada satupun profesi yang bias menyelesaikan masalah sendiri dan harus berkolaborasi. Dalam system layana kesehatan dibanyak Negara termasuk Indonesia, terjadi yang disebut *fragmented health system*, pelayanan kesehatan jalan sendiri-sendiri. Untuk mengatasi hal ini dikembangkan dua konsep, yaitu bagaimana mempersiapkan tenaga kesehatan di masa depan agar setiap profesi mampu bekerja sama secara *interprofessional collaboration* maka dimulai dari pendidikan (*interprofessional education*), tidak ada lagi sekat-sekat antar peserta didik, satu masalah yang terjadi dikaji dari berbagai aspek pendidikan, dari aspek kedokteran, farmasi, keperawatan, gizi maupun manajemen rumah sakit. Diharapkan ketika *interprofessional education* dapat berjalan dengan baik akan terwujud *collaborative practice*. Konsep inilah yang mendasari pelaksanaan *Interprofessional Education* dan *Collaborative Practice* diseluruh dunia. *Interprofessional Education* dan *Collaborative Practice* dilaksanakan untuk mencapai *streghtened health system*, yang dampaknya akan menjadi *improved health outcome*, kualitas layanan menjadi lebih bagus. 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 Sistem Kesehatan dan Pendidikan (WHO, 2010)

Gambar diatas menunjukkan bahwa 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.

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.

2. Elemen pada *Interprofessional Collaboration (IPC)*

Menurut Orchard *et al.*, (2018) elemen dari IPC dalam *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS)* terdiri dari 4 item yaitu *partnerships*, *cooperation*, dan *coordination*. (Orchard *et al.*, 2018)

- a. *Partnerships* atau kemitraan adalah sebagai beberapa pihak, baik pemerintah maupun swasta, yang semua orang di dalamnya menjadi mitra atau rekan kerja dalam meraih tujuan bersama dan memenuhi

kewajiban serta menanggung resiko, tanggung jawab, sumber daya, kemampuan dan keuntungan secara bersama.

- b. *Cooperation* atau kerjasama didefinisikan sebagai pekerjaan yang dilakukan oleh dua orang atau lebih, bekerja sama antar profesi agar dapat mencapai tujuan yang sebelumnya sudah direncanakan dan disepakati bersama. Di rumah sakit kerjasama tim sudah menjadi suatu kebutuhan untuk bisa mewujudkan keberhasilan dalam mencapai tujuan (Bosch & Mansell, 2015).
- c. *Coordination* atau koordinasi adalah suatu kegiatan yang dilakukan oleh berbagai pihak yang sederajat untuk bersama mengatur atau menyepakati sesuatu dan saling memberikan informasi, sehingga proses pelaksanaan tugas dan keberhasilan pihak yang satu tidak mengganggu pihak yang lainnya (Kitto et al., 2015).
- d. *Shared decision-making* atau pengambilan keputusan bersama adalah proses pengambilan keputusan tentang tindakan asuhan pasien berdasarkan kesepakatan bersama (Orchard et al, 2018). Menurut Despins (2009) karakteristik pengambilan keputusan bersama meliputi: (a) dua atau lebih peserta terlibat; (b) semua pihak bekerja sama untuk mencapai kesepakatan tentang perawatan yang tersedia; (c) informasi dibagi antara semua individu yang terlibat; dan (d) kesepakatan kolaboratif tercapai untuk perawatan yang akan dilakukan dan diimplementasikan oleh Profssional Pemberi Asuhan (PPA).

Selain itu, menurut (Berndt, 2011) terdapat beberapa kemampuan yang diperlukan dan mempengaruhi pelaksanaan IPC, antara lain:

1. Komunikasi, yaitu pekerja melakukan kolaboratif dengan komunikasi secara konsisten dengan cara yang sensitif dan profesional menunjukkan keterampilan interpersonal yang efektif. Indikatornya meliputi:
 - a) Berkomunikasi dengan jelas, komprehensif dan dengan cara yang sesuai budaya baik secara lisan maupun tertulis.
 - b) Secara aktif mendengarkan dan menghormati kebutuhan dan kekhawatiran klien.
 - c) Secara aktif mendengarkan pengetahuan dan pendapat semua anggota tim.
 - d) Mengembangkan hubungan kerja yang efektif dengan klien dan anggota tim.
 - e) Menggunakan sistem informasi dan komunikasi secara efektif untuk meningkatkan layanan klien.
 - f) Menghormati nilai, kepercayaan dan budaya semua pihak terkait.
2. *Team Function*, yaitu pekerja kolaboratif memahami prinsip kerja tim dan proses kelompok dan pentingnya mereka dalam menyediakan kolaborasi interprofesional yang efektif untuk meningkatkan layanan / perawatan klien. Pekerja kolaboratif dapat berpartisipasi di seluruh tim

dan dalam pekerjaan antar-agensi untuk memastikan pemberian layanan/perawatan terintegrasi. Indikatornya meliputi:

- a) Menganalisis proses pengembangan tim (kelompok).
- b) Membangun dan memelihara hubungan kerja yang efektif dengan anggota tim lain dan tim lain.
- c) Secara efektif memfasilitasi diskusi dan interaksi di antara anggota tim.
- d) Terlibat dalam pengambilan keputusan bersama untuk menetapkan dan mencapai tujuan yang disepakati bersama.
- e) Menghormati kontribusi semua anggota tim untuk kolaboratif pengambilan keputusan.
- f) Menghormati etika tim termasuk kerahasiaan, alokasi sumber daya dan beban kerja, serta profesionalisme.

3. *Role Clarification*, yaitu pekerja kolaboratif memahami peran mereka sendiri dan peran pihak terkait lainnya dan menggunakan pengetahuan ini untuk meningkatkan layanan klien. Indikatornya meliputi:

- a) Memiliki keyakinan dan pengetahuan tentang profesinya sendiri sehingga dapat bekerja secara efektif dalam tim.
- b) Secara efektif mengkomunikasikan peran, pengetahuan dan pendapat mereka kepada anggota tim dengan cara yang mendorong interaksi positif.

- c) Mengakui dan menghormati peran, tanggung jawab dan kompetensi anggota tim lainnya dan kontribusinya terhadap kesehatan dan layanan / perawatan sosial.
4. *Conflict Resolution*, Pekerja kolaboratif secara aktif terlibat dalam menangani perspektif yang berbeda di antara kolega dan klien dengan cara yang positif dan konstruktif saat muncul. Indikatornya meliputi:
- a) Berkontribusi dalam menciptakan lingkungan yang aman di mana beragam pendapat dapat diungkapkan
 - b) Mengenali potensi terjadinya konflik
 - c) Menghargai sifat positif dari konflik
 - d) Mengidentifikasi situasi umum yang dapat menyebabkan konflik termasuk ambiguitas peran, perbedaan kekuasaan, perbedaan komunikasi (terminologi atau bahasa) dan perbedaan tujuan.
 - e) Menerapkan strategi untuk menangani konflik secara konstruktif termasuk menganalisis penyebab dan bekerja sama untuk mencapai solusi yang disepakati yang dapat diterima.
5. *Reflection*, Pekerja kolaboratif menggunakan proses reflektif untuk bekerja dalam kemitraan dengan klien dan orang lain untuk memastikan layanan / perawatan yang aman dan efektif. Pekerja kolaboratif menangani kebutuhan kecenderungan pribadi untuk memastikan penyediaan layanan / perawatan yang optimal.
- a) Secara teratur merefleksikan struktur tim, fungsi dan peran serta kontribusi mereka sendiri untuk ini.

- b) Mencari dan menerima umpan balik dan kritik yang membangun untuk memperkuat hubungan kolaboratif dan efektivitas tim.
- c) Secara kritis mengevaluasi kebijakan dan prosedur yang terkait dengan semua aspek pemberian layanan / perawatan.
- d) Secara kritis mengevaluasi hasil layanan / perawatan.

Dimensi IPC Menurut (Sicotte et al., 2002) terdiri dari empat indikator yaitu:

1. *Coordination* yaitu sejauh mana kelompok profesional yang berbeda yang terdiri dari tim perawatan kesehatan berusaha untuk menghindari konflik terkait distribusi kegiatan dan tanggung jawab serta rencana kerja umum harian tim profesional kesehatan ditetapkan dan proses kegiatan kolaboratif di antara anggota tim kesehatan yang berbeda terintegrasi (misalnya, pertemuan bersama, tiket masuk umum, dll.)
2. *Opinion on patients' perception* yaitu persepsi pasien menilai tingkat kolaborasi antara berbagai profesional yang membentuk tim yang merawat, para profesional yang merawat pasien melakukan pekerjaan mereka dengan baik, tanpa saling meremehkan
3. *Degree to which clinical activities are shared* yaitu tenaga kesehatan tim mempertimbangkan data yang dikumpulkan oleh kelompok profesional lain yang menyusunnya, Para profesional

tim bekerja sama untuk mengembangkan rencana intervensi bersama, kelompok profesional tim yang berbeda meminta dukungan profesional (saran, pendapat, dll.) di antara satu sama lain, bertukar informasi tentang pasien yang sama, bekerja sama satu sama lain untuk memastikan tindak lanjut pasien.

4. *Global appreciation* yaitu pengukuran hubungan kerja antara profesional tim kesehatan hierarkis, tingkat kolaborasi antara tim professional, serta mempertimbangkan kebutuhan pasien secara keseluruhan, dengan kata lain, kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan lainnya.

Dimensi *Interprofessional Collaboration* berfokus komunikasi efektif menurut Kim (2019) :

1. ***Shared Knowledge***

Drucker dalam Tobing (2007) mendefinisikan pengetahuan sebagai informasi yang mengubah sesuatu atau seseorang, hal itu terjadi ketika informasi tersebut menjadi dasar untuk bertindak, atau ketika informasi tersebut memungkinkan seseorang atau institusi untuk mengambil tindakan yang berbeda atau tindakan yang lebih efektif dari tindakan sebelumnya.

Davenport dan Prusak dalam Govindaraju (2008) mendefinisikan pengetahuan secara luas sebagai campuran dari pengalaman, nilai, informal kontekstual, dan pandangan pakar yang memberikan kerangka untuk mengevaluasi dan menyatukan pengalaman baru dan informasi. Pengetahuan dimiliki dan diterapkan dalam pikiran pemilik pengetahuan. Di

perusahaan, pengetahuan sering terkait tidak saja pada dokumen atau tempat penyimpanan dokumen, tetapi juga pada rutinitas organisasi, proses, praktek dan norma perusahaan.

Hoof & Ridder (2004) mendefinisikan bahwa *Shared Knowledge* adalah proses dimana individu saling mempertukarkan pengetahuan mereka (*tacit knowledge* dan *eksplisit knowledge*). *Tacit knowledge* sifatnya sangat personal yang sulit diformulasikan sehingga sulit dikomunikasikan kepada orang lain. Kira-kira masih dalam batin seseorang, ide, dan pendapat yang bisa muncul, namun sulit diukur, misalnya ide kreatif yang dikemukakan secara lisan, bentuknya bisa jadi berupa gagasan, persepsi, cara berpikir, wawasan, keahlian atau kemahiran, dan sebagainya, sedangkan *eksplisit knowledge* dapat diungkapkan dengan kata-kata dan angka, disebarkan dalam bentuk data, spesifikasi, dan buku petunjuk. Bentuk pengetahuan ini sudah terdokumentasikan atau terformalisasikan, mudah disimpan, diperbanyak, disebarluaskan, dan dipelajari. Contoh: manual, buku, laporan, dokumen, surat, dan sebagainya.

Intensi *Shared Knowledge* diartikan sebagai kesediaan atau kemauan individu untuk berbagi pengetahuan baik *tacit* maupun *eksplisit* dalam bentuk memberi (*donating*) pengetahuan maupun meminta (*collecting*) pengetahuan kepada orang lain. Proses berbagi pengetahuan dapat dipahami sebagai suatu proses dimana para pegawai saling bertukar pengetahuan dan secara bersama-sama melahirkan sebuah pengetahuan yang baru (Hoof & Weenen dalam Lin, 2007).

2. *Situation/Goal Awareness*

Menurut Endsley dalam Fang, et al. (2018) mendefinisikan *Situation Awareness* sebagai: Persepsi unsur-unsur di lingkungan dalam volume waktu dan ruang, pemahaman makna, dan proyeksi status dalam waktu dekat. Dari perspektif psikologi kognitif, kesalahan manusia dianggap sebagai hasil dari satu atau beberapa kegagalan dalam proses kognisi manusia. Proses ini dapat dijelaskan oleh *the sequential stage mode* yang diciptakan oleh Furnham (Fang, et al., 2018). Dari definisi tersebut diketahui bahwa ada tiga proses kegiatan dalam *Situation Awareness* yaitu persepsi atau pengamatan, pemahaman secara komprehensif dan proyeksi apa yang terjadi ke depan.

Jadi dalam menangani pasien, kemampuan *situation awareness* staf medis adalah kemampuan yang terkait dalam mempersepsikan lingkungan, baik mempersepsikan pasien, staf lainnya maupun dengan sumber daya yang tersedia, juga terkait dengan kemampuan untuk memahami untuk memahami sejauh mana data-data dari lingkungan secara signifikan mempengaruhi pengambilan keputusan. Berdasarkan hasil interaksi dari setiap komponen lingkungan tersebut, kemudian dapat diproyeksi kemungkinan kejadian kedepannya. Pada saat memproyeksikan, seseorang mempertimbangkan semua alternatif tindakan yang ada, dengan melihat manfaat dan kerugian setiap pilihan tindakan tersebut, sehingga setidaknya hasil yang tak terduga dapat diantisipasi.

Hasil penelitian Hamzah et al. (2016) menunjukkan bahwa ada

hubungan langsung antara lingkungan fisik dengan kesadaran situasi diri dan hubungan tidak langsung antara lingkungan fisik dan kinerja melalui kesadaran situasi diri. Selain itu, ada hubungan langsung antara lingkungan manusia dengan kesadaran situasi diri dan hubungan langsung antara lingkungan manusia dan kinerja melalui kesadaran situasi diri staf medis di IGD. Oleh karena itu, tentunya ada korelasi langsung antara kesadaran situasi diri dan kinerja.

Situation Awareness (SA) adalah komponen penting dari kemampuan individu yang berfungsi dalam lingkungan yang kompleks, penting untuk memiliki ukuran efektif dari *Situation Awareness* individu, ada tiga tingkat kesadaran situasi dalam model Endsley: persepsi, pemahaman, dan proyeksi. Level 1 adalah persepsi unsur-unsur di lingkungan yang berkaitan dengan tugas dan tujuan operator. Level 2 adalah pemahaman tentang signifikansi elemen-elemen tersebut dan pembentukan model mental yang akurat dari lingkungan. Level 3 adalah prediksi peristiwa masa depan (Rose, et al., 2018).

3. Problem Solving

Problem Solving oleh Evans (1994) diartikan sebagai aktivitas yang dihubungkan dengan penyeleksian sebuah cara yang cocok untuk tindakan dan mengubah suasana sekarang menjadi suasana yang dibutuhkan. Artinya dalam setiap tahapan penyelesaian masalah, dibutuhkan sebuah filter dalam menentukan cara yang baik untuk menyelesaikan masalah tersebut. Dengan menyaring berbagai persoalan yang ada, seseorang akan

dengan mudah dalam melakukan sebuah proses *problem solving* dari berbagai masalah yang dihadapinya.

Masalah seringkali disebut orang sebagai kesulitan, hambatan, gangguan, ketidakpuasan, atau kesenjangan. Secara umum dan hampir semua ahli sepakat bahwa masalah adalah suatu kesenjangan antara situasi sekarang dengan situasi yang akan datang atau tujuan yang diinginkan (*problem is a gap or discrepancy between present stante and future state or desired goal*). Keadaan sekarang sering pula disebut *originsl state*, sedsngksn keadaan yang diharapkan sering pula disebut *final state*. Jadi, suatu masalah muncul apabila adal halangan atau hambatan yang memisahkan antara *present state* dengan *goal state* (Suharnan., 2005).

Pemecahan masalah menurut Robert W. Balley (1989) merupakan suatu kegiatan yang kompleks dan tingkat tinggi dari proses mental seseorang. Pemecahan masalah didefinisikan sebagai kombinasi dari gagasan yang cemerlang untuk membentuk kombinasi gagasan yang baru, ia mementingkan penalaran sebagai dasar untuk mengkombinasikan gagasan dan mengarahkan kepada penyelesaian masalah. Ditambah pula bahwa, seseorang yang telah banyak pengalanman untuk bidang tertentu selalu memiliki respon yang siap dalam suatu situasi untuk mmecahkan masalah.

Menurut Slavin (2011) pemecaghan masalah adalah suatu upaya untuk mengatasi rintangan yang menghambat jalan menuju solusi. Pemecahan masalah adalah suatu pemikiran yang terarah secara langsung untuk

menemukan suatu solusi atau jalan keluar untuk suatu masalah yang spesifik (Solso, 2008). Kita menemukan banyak masalah dalam kehidupan sehari-hari kita, sehingga kita akan membuat cara untuk menanggapi, memilih, menguji respon yang kita dapat untuk memecahkan suatu masalah.

4. *Mutual Respect*

Mutual Respect adalah sikap saling pengertian, menghormati dan menghargai masukan maupun karakter kepribadian antara satu dengan lainnya. *Mutual respect* juga didefinisikan sebagai menilai kontribusi profesional lain yang terlibat dalam proses kerja yang sama dan untuk mempertimbangkan bagaimana tindakan seseorang mempengaruhi kemampuan orang lain untuk menyelesaikan persyaratan pekerjaan mereka (Gittell, 2006). Saling menghormati: Menghargai “kontribusi orang lain yang terlibat dalam proses kerja dan mempertimbangkan dampak dari tindakan [seseorang] sendiri terhadap kemampuan orang lain untuk melakukan pekerjaan mereka” (Gittell, 2006). Orang merasa tidak dihargai ketika "mereka diabaikan, diabaikan, atau diberhentikan dengan ringan atau tanpa berpikir". Rasa hormat adalah dasar dari kepercayaan karyawan terhadap orang lain (Lankhof, 2018).

DiCicco-Bloom dan DiCicco-Bloom (2016) mendukung konsep ini dalam studi kualitatif yang mereka lakukan dengan menggunakan 27 praktik pelayanan primer. Dalam studi mereka, interaksi yang saling menghormati dicontohkan oleh kejujuran, kepercayaan diri, dan penghargaan yang tulus

dari orang lain (DiCicco-Bloom & DiCicco-Bloom, 2016). Berdasarkan data observasi yang diperoleh dari penelitian ini, penulis membedakan perbedaan antara praktik yang menunjukkan derajat saling menghormati yang rendah, tidak merata, dan tinggi (DiCicco-Bloom & DiCicco-Bloom, 2016). Praktik-praktik dengan tingkat saling menghormati yang rendah mengadakan pertemuan praktik yang kurang dihadiri, terutama di antara para dokter. Tidak adanya partisipasi dokter menunjukkan kurangnya penghargaan kepada anggota tim lainnya dan menciptakan hambatan untuk dialog yang jujur. Sebaliknya, dalam praktik yang menunjukkan tingkat saling menghormati yang tinggi, anggota interdisipliner mencari dukungan dari orang lain terlepas dari tingkat kenyamanan dan memastikan koneksi alliancing yang lebih lancar (DiCicco-Bloom & DiCicco-Bloom, 2016). Karyawan yang merasa dihormati lebih cenderung bekerja sama dengan orang lain untuk mengidentifikasi dan mencapai tujuan bersama (Schadewaldt et al., 2013).

5. *Transparent*

Transparansi dibangun atas dasar arus informasi yang bebas. Seluruh proses pemerintahan, lembaga-lembaga dan informasi perlu diakses oleh pihak-pihak yang berkepentingan dan informasi yang tersedia harus memadai agar dapat dimengerti dan dipantau. Transparansi merupakan salah satu prinsip dalam perwujudan pemerintahan yang baik. Penjabaran secara lebih rinci mengenai transparansi pelayanan publik sangat diperlukan, karena pelaksanaan transparansi dalam

penyelenggaraan pelayanan publik akan dapat meningkatkan kinerja pelayanan publik. Transparansi harus dilaksanakan pada seluruh aspek manajemen pelayanan publik, meliputi kebijakan, perencanaan, pelaksanaan, pengawasan atau pengendalian, dan laporan hasil kerjanya.

Sebuah laporan 2015 oleh Lucian Leape Institute dari National Patient Safety Foundation, menyatakan bahwa "jika transparansi adalah pengobatan, itu akan menjadi blockbuster, dengan penjualan miliaran dolar dan penghargaan di seluruh dunia." Laporan tersebut mendefinisikan transparansi sebagai aliran informasi yang bebas dan tidak terbatas yang terbuka untuk pengawasan orang lain. Hambatan transparansi internal. Budaya transparansi internal tidak muncul dalam semalam. Ada banyak hambatan, beberapa di antaranya bisa sangat rumit. Misalnya, karyawan mungkin enggan melaporkan masalah keselamatan atau kesalahan karena takut ditegur oleh manajer mereka atau dijauhi oleh kolega mereka. Laporan Lucian Leape Institute menyatakan bahwa "dari perspektif kualitas dan keselamatan, transparansi adalah dasar untuk belajar dari kesalahan dan untuk menciptakan lingkungan yang mendukung bagi pasien dan pekerja perawatan kesehatan."

6. *Timely*

Definisi *timely* menurut Ukago (2005) adalah "*timely* adalah suatu pemanfaatan informasi oleh pengambil keputusan sebelum informasi tersebut kehilangan kapasitas atas kemampuannya untuk mengambil

keputusan” Ketepatan waktu bagi pemakai informasi sangat penting, informasi yang tepat waktu berarti jangan sampai informasi yang disampaikan sudah basi atau sudah menjadi rahasia umum. Definisi tepat waktu menurut Baridwan (1997) dalam Anastasia dan Mukhlisin (2003) “informasi harus disampaikan sedini mungkin agar dapat digunakan sebagai dasar didalam pengambilan keputusan – keputusan ekonomi dan untuk menghindari tertundanya pengambilan keputusan tersebut”. Selain itu, dapat diartikan sebagai informasi yang diperoleh dengan cepat dibagikan dan menyelesaikan masalah dengan cepat dan sesuai sasaran yang telah ditetapkan.

7. *Frequent*

Frequent yaitu kedalaman atau reaksi emosional dan kekuatan yang mendukung suatu pendapat atau sikap. Intensitas juga diartikan sebagai tingkat/ukuran intensitasnya (Rinjani dan Firmanto, 2013) *frequent* juga dipahami sebagai suatu kekuatan yang mendukung suatu pendapat atau suatu sikap (Chaplin, 2006). Azwar mengartikan *frequent* sebagai kekuatan atau kedalaman sikap terhadap sesuatu. Sementara Dahrendorf (dalam Apollo & Ancok, 1993) mengartikan *frequent* sebagai sebuah istilah yang terkait dengan “pengeluaran energi” atau banyaknya kegiatan yang dilakukan oleh seseorang dalam waktu tertentu. Klaoh (dalam Kilimanca, 2006) berpendapat bahwa *frequent* merupakan tingkat keseringan seseorang dalam melakukan suatu kegiatan tertentu yang didasari rasa senang dengan kegiatan yang dilakukan

tersebut. Intensitas kegiatan seseorang mempunyai hubungan yang erat dengan perasaan. Perasaan senang terhadap kegiatan yang akan dilakukan dapat mendorong orang yang bersangkutan melakukan kegiatan tersebut secara berulang-ulang. Proses komunikasi yang dilakukan secara sering dan konsisten ketika melakukan perawatan pada pasien sehingga perkembangan dan segala sesuatu yang terjadi pada pasien terus terpantau.

8. Consistent

Adapun menurut Arianto konsistensi adalah keteguhan hati terhadap tujuan dan usaha atau pengembangan yang tak berkesudahan. Arianto juga menambahkan ada beberapa hal yang di butuhkan untuk menjaga konsistensi antara lain adalah motif, kesadaran dan introspeksi. Berdasarkan penjelasan di atas dapatlah kemudian dipahami bahwa konsistensi pada dasarnya merupakan sikap dari individu dalam menanggapi suatu hal tertentu yaitu sikap kemantapan dalam bertindak disertai dengan tujuan-tujuan yang terarah.

Komunikasi dilakukan secara rutin dan berkesinambungan sesuai dengan aturan yang telah dijadikan ketentuan. sesuatu yang tidak berubah-ubah, selalu berperilaku atau terjadi dalam cara yang sama, terutama hal yang positif. Sesuatu yang konsisten dapat ditandai dengan adanya keteraturan, harmoni, kontinuitas tetap, dan bebas dari kontradiksi atau variasi.

9. Parsimonious

Parsimonious bersifat penyederhanaan (*parsimony*): yang dimaksud penyederhanaan adalah bahwa kegiatan yang memiliki cakupan wilayah sangat luas dan banyak dari sisi jumlah, dapat disederhanakan melalui serangkaian metode/teknik tertentu sehingga tidak merusak subjek/bagian itu sendiri. Komunikasi yang dilakukan secara singkat, langsung ke pokok permasalahan tetapi produktif menghasilkan saran untuk mengatasi masalah yang terjadi.

Tilburt dan Cassel mendefinisikan *parsimony* sebagai "pemotongan eksplisit atau implisit dan alokasi sumber daya yang bermanfaat untuk beberapa pasien untuk kepentingan orang lain. Mereka menunjukkan bahwa alasan etis untuk penjataan bertumpu pada keprihatinan tentang keadilan distributif. Mereka berpendapat, bahwa perawatan *parsimony* "berarti memberikan perawatan kesehatan yang tepat yang sesuai dengan kebutuhan dan keadaan pasien dan yang secara aktif menghindari perawatan yang sia-sia—perawatan yang tidak menguntungkan pasien." Dengan kata lain, jika perawatan tidak akan berhasil atau tak bermanfaat bagi pasien, maka itu mubazir. Dan jika itu mubazir, tidak ada perbedaan pendapat tentang apakah pasien itu berhak mengklaim perawatan itu atau tidak. Tidak ada orang yang hanya mengklaim perawatan yang berlebihan. Lebih lanjut, jika ini adalah karakterisasi akurat dari perawatan yang hemat (*Parsimonious*), maka dokter tidak berlaku adil dianggap sebagai pendukung dari kepentingan terbaik pasiennya karena pasien tidak dapat mentolerir dalam perawatan yang tidak bermanfaat.

B. Tinjauan Umum Tentang Komunikasi Efektif

1. Komunikasi Efektif

a) Definisi Komunikasi Efektif

Komunikasi merupakan suatu proses penyampaian pikiran atau perasaan oleh seseorang (komunikator) kepada orang lain (komunikan). Pikiran bisa merupakan gagasan, informasi, opini dan lain-lain yang muncul dari benaknya. Perasaan bisa berupa keyakinan, kepastian, keragu-raguan, kekhawatiran, kemarahan, keberanian dan sebagainya yang timbul dari lubuk hati (Effendy, 2006).

Komunikasi yang efektif menggabungkan satu set keterampilan termasuk komunikasi nonverbal, keterampilan mendengarkan, mengelola stres pada saat itu, kemampuan untuk berkomunikasi tegas, dan kemampuan untuk mengenali dan memahami emosi sendiri dengan orang-orang yang sedang diajak untuk berkomunikasi. Komunikasi yang efektif adalah lem yang membantu memperdalam hubungan dengan orang lain dan meningkatkan kerja sama tim, pengambilan keputusan, dan pemecahan masalah (Robinson, *et al*, 2016).

Dalam sistem perawatan kesehatan saat ini, proses pengiriman melibatkan banyak antarmuka dan *handoffs* pasien di kalangan praktisi beberapa perawatan kesehatan dengan berbagai tingkat pelatihan pendidikan dan pekerjaan. Selama tinggal di rumah sakit 4 hari, pasien dapat berinteraksi dengan 50 karyawan yang berbeda, termasuk dokter, perawat, teknisi, dan lain-lain. kerjasama tim adalah sangat penting. Ketika

profesional perawatan kesehatan tidak berkomunikasi secara efektif, keselamatan pasien yang berisiko karena beberapa alasan: kurangnya informasi penting, salah tafsir informasi, perintah tidak jelas melalui telepon, dan mengabaikan perubahan status.

Kurangnya komunikasi menciptakan situasi di mana kesalahan medis dapat terjadi. Kesalahan ini memiliki potensi untuk menyebabkan cedera parah atau kematian pasien yang tidak terduga. Kesalahan medis, terutama yang disebabkan oleh kegagalan untuk berkomunikasi, adalah masalah meresap dalam organisasi perawatan kesehatan saat ini. Menurut Komisi Bersama (sebelumnya Komisi Bersama Akreditasi Kesehatan Organisasi, JCAHO), kesalahan medis muncul di Pusat Nasional untuk daftar Statistik Kesehatan dari 10 penyebab kematian di Amerika Serikat, muncul di peringkat nomor 5 setelah kecelakaan, diabetes, dan penyakit *Alzheimer*, serta AIDS, dan kanker payudara. Laporan Institute of Medicine (IOM), Untuk Err Is Human: Membangun Sistem Kesehatan Aman, mengungkapkan bahwa antara 44.000 dan 98.000 orang meninggal setiap tahun di rumah sakit AS karena kecerobohan medis. Kegagalan komunikasi adalah akar penyebab utama peristiwa sentinel dilaporkan ke Komisi Bersama dari tahun 1995 ke 2004. Lebih khusus, Komisi Bersama mengutip kegagalan komunikasi sebagai terkemuka akar menyebabkan untuk kesalahan pengobatan, keterlambatan dalam pengobatan, dan operasi yang salah-situs, serta kedua yang paling sering dikutip akar penyebab peristiwa operasi dan pasca operasi dan jatuh fatal.

Petugas kesehatan sering kali sibuk di rumah sakit dan terlihat penuh. Kehadiran komunikasi pada lingkungan rumah sakit seringkali terabaikan dan terjadi (Woloshynowych *etal*, 2007). Komunikasi efektif sangat penting selama interaksi yang terjadi antara tenaga kesehatan setiap harinya. Komunikasi efektif dan kerjasama tim menghasilkan kualitas yang tinggi, perawatan pasien yang aman. Kegagalan dalam berkomunikasi merupakan penyebab dari kerugian yang dialami oleh pasien (Leonard, *et al*, 2006).

b) Fungsi Komunikasi

Komunikasi dalam penerapannya pada setiap kegiatan memiliki fungsi yang beraneka ragam, berikut ini beberapa fungsi dari komunikasi :

- a. Fungsi Pribadi adalah fungsi-fungsi komunikasi yang ditunjukkan melalui perilaku komunikasi yang bersumber dari seorang individu yang terdiri dari : menyatakan identitas sosial, menyatakan integrasi sosial, menambah pengetahuan dan melepaskan diri atau jalan keluar.
- b. Fungsi sosial yang meliputi pengawasan dan menjembatani komunikasi (Alo Liliweri, 2004)

c) Tipe komunikasi

Beberapa tipe klasifikasi komunikasi yang sering digunakan oleh seorang komunikator menurut Cangara, H (2004) terdiri dari komunikasi

intrapersonal, komunikasi interpersonal, komunikasi public, dan komunikasi massa.

i. Komunikasi Intrapersonal

Komunikasi Intrapersonal adalah komunikasi yang terjadi di dalam diri sendiri yang terdiri atas sensai, persepsi, memori, dan berpikir. Komunikasi interpersonal merupakan keterlibatan internal secara aktif individu dalam pemrosesan simbolik dari pesan-pesan.

ii. Komunikasi interpersonal

Komunikasi interpersonal adalah proses pengiriman pesan antara dua orang atau lebih dengan efek dan feedback langsung. Komunikasi interpersonal memiliki sifat dua arah yang melibatkan dua orang dalam situasi interaksi, ada unsur dialogis dan ditujukan kepada sasaran terbatas dan dikenal.

iii. Komunikasi Public

Komunikasi public merupakan suatu proses komunikasi dimana pesan yang disampaikan pembicara dalam situasi tatap muka di depan khalayak yang lebih besar dengan tujuan menumbuhkan semangat kebersamaan, memberikan informasi, mendidik, serta mempengaruhi orang lain dalam upaya menumbuhkan semangat.

iv. Komunikasi Massa

Komunikasi massa adalah komunikasi yang berlangsung dimana pesan yang dikirim dari sumber yang melembaga kepada khalayak yang sifatnya misal melalui alat-alat yang bersifat mekanis. Penyebaran

pesan melalui media maka terkandung unsur menyiarkan informasi, mendidik, dan menghibur. Pesan yang disampaikan berlangsung cepat, serempak, luas, mampu mengatasi jarak dan waktu serta tahan lama bila didokumentasikan.

d) Saluran Komunikasi

a. Media lisan

Pesan yang disampaikan melalui media lisan dapat dilaksanakan dengan menyampaikan sendiri (in person), melalui telepon, mesin dikte atau videotape. Penerima bisa seorang diri, kelompok kecil, kelompok besar atau massa. Keuntungan media lisan antara lain:

1. Mendapat tanggapan langsung entah berupa pernyataan ataupun sekedar permintaan penjelasan
2. Memungkinkan disertai nada atau warna suara, gerak-gerik tubuh, raut wajah
3. Dapat dilakukan dengan cepat

b. Media tertulis

Pesan yang disampaikan secara tertulis dapat disampaikan melalui surat, memo, laporan, hand-out, selebaran, catatan, poster, gambar, grafik dan lain-lain. Keuntungan dari media tertulis antara lain:

1. Ada catatannya sehingga data dan informasi tetap utuh tidak dapat berkurang atau bertambah seperti informasi lisan

2. Memberi waktu untuk dipelajari isinya, cara penyusunannya dan rumusan kata-katanya.

c. Media elektronik

Pesan yang disampaikan secara elektronik dilakukan melalui faksimili, email, radio, televisi. Keuntungan dari media elektronik antara lain:

- i. Prosesnya cepat
- ii. Datanya dapat disimpan (Hardjana, Agus, 2003)

2. Komunikasi Efektif antar tenaga kesehatan

Menurut Robin & Coulter (2007) mengatakan bahwa komunikasi dikatakan efektif itu jika pemahaman pesan yang disampaikan oleh komunikator sama dengan pemahaman pesan oleh komunikan. Ada lima kualitas umum yang dipertimbangkan untuk efektivitas komunikasi yaitu adanya keterbukaan (*openness*), saling mendukung (*Supportiveness*), bersikap positif (*positiveness*), memahami perasaan orang lain (*emphaty*), dan kesetaraan (*equality*). Komunikasi efektif juga harus dilandaskan pada hubungan interpersonal yang efektif dimana memenuhi syarat sebagai berikut :

- (1).Dapat dipercaya (*credible*), pengertian harafiah diartikan seseorang mempunyai kelebihan dan merupakan pengakuan komunikan terhadap keberadaan komunikator dalam hal seorang komunikator memiliki kompetensi dalam hal yang dibicarakan, sikap atau keteguhan pendirian sehingga pesan yang disampaikan tidak

berubah-ubah, pesan yang disampaikan memiliki tujuan yang baik dengan harapan terjadinya perubahan menjadi lebih baik.

(2).Konteks (*context*), pesan yang disampaikan sesuai dengan yang dibutuhkan saat ini

(3).Isi (*content*), isi pesan menarik untuk diikuti, disimak, dan disesuaikan dengan komunikan.

(4).Kejelasan (*clarity*), pesan yang disampaikan harus jelas dan tidak menimbulkan multitafsir.

(5).Kesesinambungan dan konsistensi (*continuity and consistency*), pesan yang disampaikan hendaknya konsisten dan berkesinambungan serta tidak menyimpang dari topik dan tujuan komunikasi yang telah ditetapkan.

(6).Kapabilitas sasaran (*capability of audience*), materi dan teknik penyampaian pesan disesuaikan dengan kemampuan penerimaan sasaran sehingga tidak terkesan membingungkan.

3. Panduan Komunikasi Efektif

a) Metode S-BAR

1) Pengertian

Komunikasi SBAR adalah komunikasi dengan menggunakan alat yang logis untuk mengatur informasi sehingga dapat ditransfer kepada orang lain secara akurat dan efisien. Komunikasi dengan menggunakan SBAR (*Situation, Background, Assesment,*

Recomendation) untuk mencapai ketrampilan berfikir kritis, dan menghemat waktu (NHS, 2012).

2) Tujuan

Tujuan komunikasi SBAR adalah:

1. Menyediakan kerangka kerja untuk komunikasi yang efektif antara anggota tim perawatan kesehatan dengan dokter
2. Memberikan informasi yang akurat tentang kondisi pasien saat ini dan setiap perubahan terbaru yang terjadi atau untuk mengantisipasi apabila terjadi perubahan.
3. Membantu staf menjadi advokat pasien.

3) Langkah-langkah komunikasi SBAR

Situation (Situasi)

1. Tentukan nama pasien dan kondisi atau situasi saat ini
2. Jelaskan apa yang terjadi pada pasien untuk mengawali percakapan ini dan menjelaskan bahwa pasien telah mengalami perubahan kondisi.

Background (Latar Belakang)

1. Menyatakan tanggal penerimaan pasien, diagnosis dan sejarah medis yang bersangkutan
2. Berikan sinopsis atau ringkasan singkat dari apa yang telah dilakukan selama ini (misalnya hasil uji laboratorium)

Assesment (Penilaian/pengkajian)

1. Ringkasan kondisi atau situasi pasien

2. Jelaskan apa yang menjadi permasalahannya :”Saya tidak yakin apa masalahnya pasien, tapi pasien memburuk” dan menjadi tidak stabil, sehingga kita perlu melakukan sesuatu
3. Memperluas pernyataan perawat dengan tanda-tanda dan gejalanya

Recommendation (Rekomendasi)

- (1).Jelaskan apa yang diinginkan dokter setelah melihat hasil tindakan (misalnya tes laboratorium, perawatan)
 - (2).Perawat berkata “Bagaimana kalau dokter melihat kondisi pasien sekarang atau bicara dengan pasien, keluarga pasien untuk konsultasi”
 - (3).Apakah ada test yang diperlukan seperti: EKG, BMP, BGA, CPC, dan lain-lain.
 - (4).Perawat menyampaikan: setiap ada pengobatan baru atau apabila ada perubahan dalam perintah (misalnya pemantauan dan frekuensi atau kapan harus renotify) segera diinformasikan oleh dokter kepada perawat.
 - (5).Jika tidak ada perbaikan pada pasien, perawat akan menghubungi lagi. Menanyakan ke dokter tindakan yang harus dilakukan perawat sebelum dokter sampai ditempat (Capital Health, 2011).
- 4) Alasan penggunaan komunikasi dengan SBAR

Komunikasi yang terjadi antara perawat dan dokter di pelayanan ternyata tidak memadai, hal ini telah menjadi akar penyebab paling umum dari kesalahan yang serius baik secara klinis maupun secara

keorganisasian. Beberapa hambatan yang mendasar telah terjadi dalam komunikasi di seluruh disiplin ilmu yang berbeda pada staf di pelayanan. Hambatan ini dapat terjadi termasuk hirarki, jenis kelamin, latar belakang etnis dan perbedaan dalam gaya komunikasi antara kedisiplinan dan individu itu sendiri. Komunikasi lebih efektif di dalam tim jika ada standar komunikasi yang terstruktur di tempat tersebut.

Komunikasi dengan SBAR mengurangi insiden komunikasi yang tidak terjawab dan telah terjadi melalui penggunaan asumsi, bantuan atau ketidakjelasan sikap diam mereka. Komunikasi dengan *tool* SBAR dapat membantu untuk mencegah kerusakan dalam komunikasi verbal dan tertulis, dengan cara menciptakan model mental bersama di semua *handover* pasien dan situasi yang membutuhkan *eskalasi* atau pertukaran informasi secara kritis. Tool SBAR digunakan selama serah terima dan dapat mengurangi waktu yang dihabiskan untuk kegiatan ini sehingga mengurangi waktu untuk perawatan klinis.

Cahyono (2008) menambahkan metode SBAR yang digunakan dalam timbangan terima antar tenaga kesehatan atau yang dilakukan antara perawat dapat memberikan informasi pada perawat hal apa saja yang harus disampaikan ketika berkomunikasi sehingga akan mengurangi kebingungan setiap perawat dalam berkomunikasi serta memungkinkan semua informasi tentang pasien akan tersampaikan karena metode SBAR sudah terstandarisasi, SBAR ini dapat digunakan untuk membentuk komunikasi pada setiap tahap perjalanan pasien,

dari isi surat rujukan dokter umum, konsultan untuk rujukan, konsultan untuk berkomunikasi. Perawat menggunakan alat ini dalam pengaturan klinis disertai dengan membuat rekomendasi yang menjamin komunikasi menjadi jelas.

b) Operan jaga (*handover*)

1) Pengertian

Informasi pasien yang diberikan pada saat operan jaga menjadi fokus komunikasi yang harus dilakukan oleh perawat. Kegiatan operan jaga dilakukan pada setiap pergantian perawat (shift). Perry dan Potter (2004), operan jaga adalah proses transfer atau perpindahan informasi penting untuk asuhan keperawatan pasien secara holistik dan aman yang bertujuan agar pelayanan yang diberikan oleh setiap perawat saling berkesinambungan.

Operan jaga adalah cara untuk menyampaikan dan menerima laporan yang berkaitan tentang informasi tentang pasien. Dilaksanakan dengan seefektif mungkin dengan singkat, jelas dan lengkap tentang tindakan mandiri perawat, kolaboratif yang sudah dan belum dilakukan serta perkembangan pasien pada saat itu (Nursalam, 2011). Menurut STEPPS (2006, Friesen *et al*, 2008) operan jaga mempunyai banyak istilah antara lain *handover*, *handoff*, *sign-over*, *cross-coveraga* dan *shift report*, tetapi semuanya memiliki makna sama yaitu transfer informasi (bersama antara perawat yang digantikan dengan yang menggantikan) selama pergantian, proses operan jaga memberikan kesempatan untuk

mengajukan pertanyaan, mengklarifikasi dan mengkonfirmasi semua informasi tentang pasien.

Riesenberg, *et al* (2010) dalam penelitiannya menyebutkan hambatan yang dialami perawat dalam melaksanakan operan jaga adalah hambatan komunikasi yaitu ketidakpahaman perawat terhadap informasi yang seharusnya disampaikan, kurangnya pendidikan, tidak adanya standar, kurangnya pelatihan terkait operan jaga dan faktor manusia dimana emosi seseorang akan mempengaruhi perilaku.

2) Tujuan Operan

Operan jaga dalam tatanan pelayanan kesehatan dan pelayanan keperawatan mempunyai tujuan utama yaitu memberikan informasi yang akurat mengenai pengobatan, perawatan, pelayanan pasien, kondisi terkini pasien, perubahan yang sedang terjadi dan perubahan yang dapat diantisipasi (Cahyono, 2006). Didukung juga oleh Permenkes (2011) yang juga menyebutkan standar keselamatan pasien Rumah Sakit adalah dengan menerapkan komunikasi efektif, komunikasi efektif merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Menurut Nursalam (2008), ada beberapa tujuan dari operan jaga, antara lain:

- a) Menyampaikan kondisi dan keadaan pasien
- b) Menyampaikan hal yang sudah/belum dilakukan dalam hal asuhan keperawatan kepada pasien

- c) Menyampaikan hal yang penting yang harus ditindak lanjuti oleh perawat dan dinas selanjutnya
- d) Menyusun rencana kerja untuk dinas selanjutnya.

Terdapat tiga prosedur pada saat operan jaga, yaitu tahap persiapan, tahap pelaksanaan, dan tahap post operan jaga. Pada saat tahap persiapan, ada beberapa kegiatan yang dilakukan, tahap ini memerlukan waktu selama 5 menit tempat yang digunakan adalah *nurse station*, PA (Perawat Associate) dan PP (Perawat Primer) merupakan perawat pelaksana. Tahap selanjutnya adalah tahap pelaksanaan operan jaga, dan tahap ini memerlukan waktu selama 20 menit. Setting tempat pada tahap pelaksana ada dua tempat, yaitu *nurse station*, dan ruang perawatan. Pelaksana dari tahap ini adalah kepala ruang, PP dan PA. Tahap terakhir dari operan jaga adalah tahap post operan jaga, dimana tahap ini memerlukan waktu 5 menit, tempat yang digunakan adalah *nurse station* sedangkan pelaksana dari tahap ini adalah kepala ruang, PP dan PA (Nursalam, 2008).

3) Serah terima pasien

Handover (serah terima) merupakan bentuk komunikasi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien dan memberikan informasi yang relevan pada tim perawat setiap pergantian *shift* dalam menentukan prioritas pelayanan (Rushton, 2010). *Handover* yang dilaksanakan dengan baik dapat membantu mengidentifikasi

kesalahan serta memfasilitasi kesinambungan perawatan pasien (Alvarado *et al*, 2005).

Masalah yang berkaitan dengan pelaksanaan serah terima pasien merupakan keprihatinan internasional, sebagaimana di laporkan Caber & Huligoss (2009) dalam studinya yaitu dari 8893 kejadian malpraktek di temukan 32% akibat kesalahan komunikasi dalam serah terima pasien yang dapat menimbulkan kesalahan dalam pemberian obat, kesalahpahaman tentang rencana keperawatan, kehilangan informasi serta kesalahan pada test penunjang. Dilaporkan juga oleh WHO (2007) bahwa terdapat 11% dari 25.000 - 30.000 pada tahun 1955- 2006 terdapat kesalahan akibat komunikasi saat serah terima pasien.

Rumah sakit Wellington Selandia Baru, melaporkan bahwa seorang pria berusia 50 tahun meninggal dunia, di soroti akibat kegagalan komunikasi pada saat pelaksanaan serah terima (Wallis, 2010). Sebanyak 67% terjadi kesalahan pemberian asuhan keperawatan, diantaranya salah informasi tentang pemberian obat yang mengakibatkan alergi, studi lain mengatakan adanya KNC yang melibatkan perawat pemula dan diindikasi akibat pelaksanaan serah terima pasien yang kurang optimal (Friesen, 2009). Dengan demikian komunikasi yang kurang efektif dalam pelaksanaan serah terima pasien dapat mengakibatkan KTD dan KNC.

Pelaksanaan serah terima pasien di perlukan komunikasi yang efektif sebagaimana pada Permenkes 1691/MENKES PER/VIII/2011 dikatakan bahwa sasaran keselamatan pasien meliputi tercapainya hal-hal sebagai berikut: ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi, pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan dan pengurangan resiko jatuh. Kesenjangan yang terjadi pada saat serah terima pasien di akibatkan karena komunikasi yang tidak lengkap sehingga dapat menyebabkan gangguan dalam kontinuitas keperawatan yang berpotensi membahayakan pasien.

Pelaksanaan serah terima pasien pada dasarnya menstransfer perawatan dan tanggung jawab dari satu perawat ke perawat lain sehingga dapat memberikan perawatan yang aman dan berkualitas (*Australian Commission on safety and Quality in Health Care (ACSQHC, 2009)*). Sedangkan menurut *Suffolk Mental Health Partnership NHS trust (SMHTP, 2010)*, pelaksanaan serah terima adalah suatu tindakan keperawatan dalam rangka memberikan informasi penting kepada tim keperawatan untuk mencegah terjadinya kesalahan dan memastikan pemberian asuhan keperawatan yang berkesinambungan.

Pelaksanaan serah terima dilakukan berawal dari ruang perawat kemudian dilanjutkan ke ruangan pasien dengan seluruh staf keperawatan (Wallis, 2010). Pelaksanaan serah terima juga dilakukan

pada saat pertukaran shift yaitu shift pagi, shift siang, dan shift malam. Informasi yang diberikan mencakup nama pasien, usia, doagnosa serta asuhan keperawatan dengan menggunakan model ISOBAR (*Identification of patient, situation and satatus, observation, background and history, Assesment and action, Responsibility and risk management*) (ASQHC, 2009).

4) Komunikasi angka kritis

Nilai kritis dari suatu hasil pemeriksaan laboratorium yang mengindikasikan kelainan atau gangguan yang mengancam jiwa, memerlukan perhatian atau tindakan. Nilai abnormal suatu hasil pemeriksaan tidak selalu bermakna secara klinik, sebaliknya nilai normal dianggap tidak normal pada kondisi klinik tertentu. Oleh karena itu perlu diperhatikan nilai rujukan sesuai kondisi khusus pasien. (Sutanto, Bambang, 2014).

C. Matriks Penelitian Terdahulu

Tabel 1 Matriks Penelitian Terdahulu

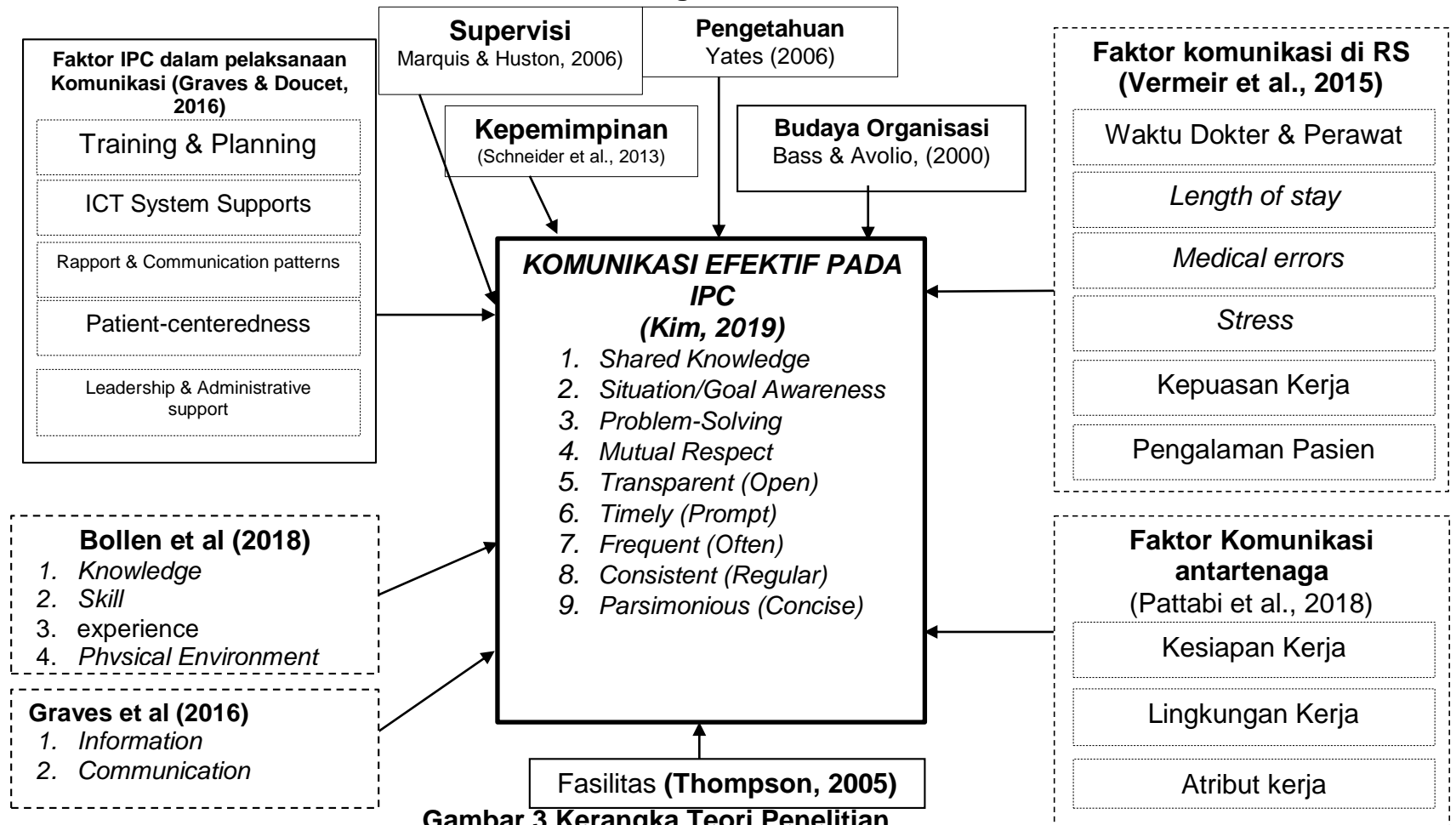
No	Judul dan Penulis	Tujuan	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1	Interprofessional collaboration in hospitals: a critical, broad-based review of the literature (Pomare et al., 2020)	mensintesis hasil dan temuan utama IPC di rumah sakit, mengambil pendekatan yang lebih luas dengan memasukkan desain penelitian yang beragam	Literature review	IPC dapat secara positif mempengaruhi pasien, staf dan faktor organisasi di rumah sakit, dan bahwa temuan yang tidak konsisten mungkin disebabkan oleh variasi dalam konteks (misalnya, kohort pasien).
2	What makes team communication effective: a qualitative analysis of interprofessional primary care team members' perspectives (Kim et al., 2019)	Untuk menjelaskan unsur-unsur komunikasi yang efektif sebagai dirasakan oleh anggota tim perawatan primer PCMH interprofessional, dan mengidentifikasi elemen komunikasi efektif yang telah	Literature review	Anggota tim PCMH interprofessional menggambarkan elemen komunikasi yang efektif sebagai: 1) pengetahuan bersama, 2) kesadaran situasi / tujuan, 3) pemecahan masalah, 4) saling menghormati; dan komunikasi yang 5) transparan, 6) tepat waktu, 7) sering, 8) konsisten, dan 9) parsimonious.

No	Judul dan Penulis	Tujuan	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
		bertahan dari waktu ke waktu.		
3	<p>The state of the science of interprofessional collaborative practice: A scoping review of the patient health-related outcomes based literature published between 2010 and 2018</p> <p>(Lutfiyya et al., 2018)</p>	<p>menghubungkan perawatan kolaboratif antarprofesional dan praktik kolaboratif antarprofesi dengan perawatan kesehatan yang diidentifikasi dengan jelas dan / atau hasil terkait kesehatan pasien.</p>	<p>Item pelaporan pilihan yang dimodifikasi untuk tinjauan sistematis dan pendekatan meta-analisis (PRISMA)</p>	<p>menemukan ketidakkonsistenan dalam penggunaan terminologi untuk menggambarkan kerja tim perawatan kesehatan. Upaya berkelanjutan untuk mengembangkan terminologi dan penelitian yang umum dan bermakna tentang dampak terukur dari praktik dan / atau perawatan kolaboratif antarprofesional pada hasil terkait kesehatan pasien diperlukan untuk mendokumentasikan manfaatnya dan untuk mengeksplorasi model, sistem, dan sifat kolaborasi yang paling meningkatkan kesehatan populasi, meningkatkan kepuasan pasien, dan mengurangi biaya perawatan</p>
4	<p>Understanding the impact of interprofessional collaboration on the quality of care: a case report from a small-scale resource limited health care environment</p>	<p>Penilaian persepsi komunikasi perawat-dokter dalam perawatan pasien di pengaturan Karibia.</p>	<p>FGD yang terdiri dari perawat, magang, dan dokter spesialis dilakukan dengan menggunakan pendekatan etnografi, dengan memperhatikan komunikasi yang</p>	<p>FGD awal menghasilkan daftar ekstensif rekomendasi kunci yang dapat dikelompokkan ke dalam tiga domain (standarisasi, keberlanjutan, dan kolaborasi). Diskusi lebih lanjut dari domain ini menunjukkan perspektif domain perawat dan dokter dan efek pada perawatan pasien secara luas serupa. Risiko terkait kurangnya informasi, berbagi pengetahuan, dan rasa hormat profesional dijelaskan dengan jelas oleh para peserta.</p>

No	Judul dan Penulis	Tujuan	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
	(Busari et al., 2017)		ada, evaluasi risiko, dan rekomendasi perbaikan. Data yang diperoleh dari sesi kelompok terarah dianalisis dengan metode sintesis tematik dengan tema deskriptif dan pengembangan tema analitik.	
5	Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes (Reeves, 2017)	Untuk menilai dampak intervensi berbasis praktik yang dirancang untuk meningkatkan kolaborasi antarprofesional (IPC) di antara para profesional perawatan kesehatan dan sosial, dibandingkan dengan perawatan	Penelitian Kuantitatif	Untuk studi yang membandingkan intervensi IPC dengan perawatan biasa, status fungsional pada pasien stroke mungkin sedikit meningkat dengan kegiatan interprofesional yang difasilitasi secara eksternal. Kualitas perawatan yang dinilai pasien, kelanjutan perawatan atau kerja kolaboratif ditingkatkan dengan kegiatan interprofesional yang difasilitasi secara eksternal, ditemukan bukti sebagai kepastian yang sangat rendah untuk hasil ini. Ketaatan profesional kesehatan terhadap praktik yang disarankan dapat sedikit ditingkatkan dengan kegiatan interprofesional yang difasilitasi secara eksternal atau pertemuan antarprofesional. Penggunaan

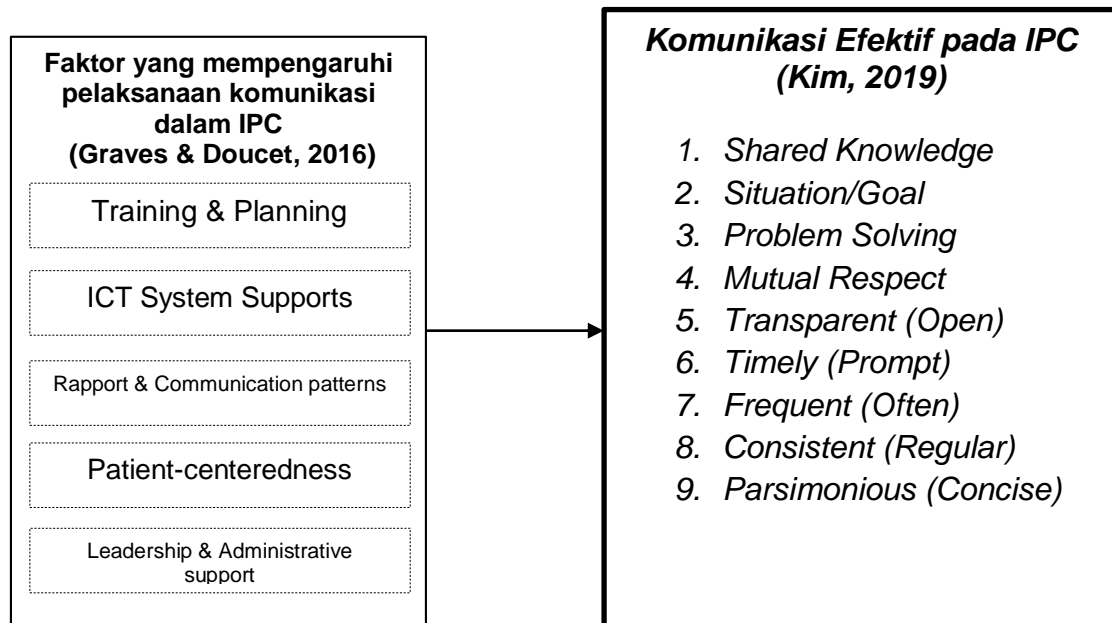
No	Judul dan Penulis	Tujuan	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
		<p>biasa atau dengan intervensi alternatif, pada setidaknya satu dari hasil utama berikut: hasil kesehatan pasien, proses klinis atau hasil efisiensi atau hasil sekunder (perilaku kolaboratif).</p>		<p>sumber daya kesehatan mungkin sedikit ditingkatkan oleh kegiatan interprofesional yang difasilitasi secara eksternal, daftar periksa interprofesional dan sekeliling. Tak satu pun dari studi termasuk melaporkan kematian pasien, morbiditas atau tingkat komplikasi.</p> <p>Dibandingkan dengan konferensi audio multidisiplin, konferensi video multidisiplin dapat mengurangi rata-rata lama perawatan dan dapat mengurangi jumlah konferensi multidisiplin yang dibutuhkan per pasien dan lama tinggal pasien. Ada sedikit atau tidak ada perbedaan antara intervensi ini dalam jumlah komunikasi antara profesional kesehatan.</p>

D. Kerangka Teori



Gambar 3 Kerangka Teori Penelitian

E. Kerangka Konsep



Gambar 4 Kerangka Konsep Penelitian