

TESIS

**ANALISIS PENERAPAN INTERPROFESSIONAL COLLABORATION
DI SILOAM HOSPITALS BALIKPAPAN TAHUN 2019**

***IMPLEMENTATION OF INTERPROFESSIONAL COLLABORATION IN
SILOAM HOSPITALS BALIKPAPAN IN 2019***

EKO WAHJU TJAHHONO

K 012171172



PROGRAM PASCASARJANA

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2020



**ANALISIS PENERAPAN *INTERPROFESSIONAL COLLABORATION*
DI *SILOAM HOSPITALS* BALIKPAPAN TAHUN 2019**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi
Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

EKO WAHJU TJAHHONO

Kepada

PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2020



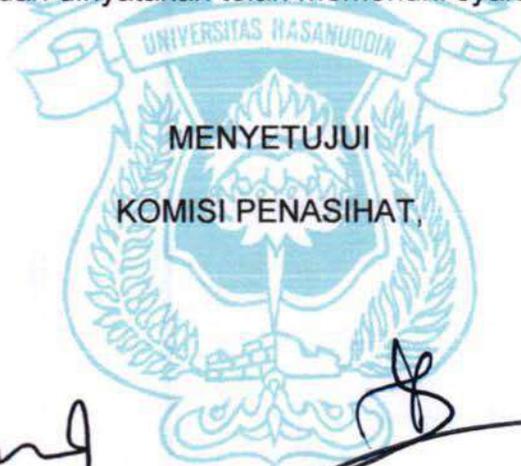
TESIS

**ANALISIS PENERAPAN INTERPROFESSIONAL COLLABORATION
DI SILOAM HOSPITALS BALIKPAPAN TAHUN 2019**

Disusun dan diajukan oleh

EKO WAHJU TJAHJONO
Nomor Pokok K012171172

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal 03 November 2020
dan dinyatakan telah memenuhi syarat



Dr. Fridawaty Rivai, SKM., M. Kes

Ketua

Yahya Thamrin, SKM., M. Kes, MOHS, Ph.D

Anggota

Ketua Program Studi
Kesehatan Masyarakat



Dr. Masni, Apt., MSPH



PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Eko Wahyu Tjahjono

Nomor Mahasiswa : K012171172

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

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

Makassar, Oktober 2020

Yang Menyatakan



Eko Wahyu Tjahjono



Optimization Software:
www.balesio.com

PRAKATA

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, berkat kasih dan anugrahNya penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis ini dengan judul “**ANALISIS PENERAPAN *INTERPROFESSIONAL COLLABORATION* DI *SILOAM HOSPITALS* BALIKPAPAN TAHUN 2019**“. Tesis ini dibuat untuk memenuhi dan melengkapi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Kesehatan Masyarakat Studi Administrasi Rumah Sakit pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Dari segi penulisan, tata bahasa, maupun pembahasannya, penulis sangat menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna karena keterbatasan yang dimiliki, namun penulis berusaha untuk mempersembahkan tesis ini dengan sebaik-baiknya agar dapat bermanfaat bagi banyak pihak. Oleh karena itu, masukan, kritik dan saran yang sifatnya membangun sangat penulis harapkan bagi penyempurnaan tesis ini.

Dalam penyusunan tesis ini, penulis banyak mendapatkan bimbingan, dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini dengan, penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:



1. Kedua orang tua tercinta, Ayahanda almarhum Sjamsu Suhada, Ibunda Sumillah, istri tercinta Asih Rihayati, dan anak-anak penulis, Eka Wahyu Tjahjono dan Rani Rihatri Tjahjono.
2. Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA., selaku Rektor Universitas Hasanuddin.
3. Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, MSc, selaku Direktur Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
4. Dr. Aminuddin Syam, SKM, M. Kes., M.Med.Ed., selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
5. Dr. Masni, Apt., MSPH, selaku Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
6. Dr. Fridawaty Rivai SKM., M. Kes. dan Yahya Thamrin, SKM., M. Kes., MOHS, Ph. D, selaku dosen pembimbing yang telah memberikan waktu, tenaga dan pikiran untuk memberikan petunjuk, pengetahuan, bimbingan dan pengarahan selama penyusunan tesis ini.
7. Dr. dr. Noer Bahry Noor, M.Sc., Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS., Dr. Atjo Wahyu, SKM., M. Kes selaku dosen penguji.
8. Seluruh dosen Departemen Manajemen Rumah Sakit beserta staf yang telah banyak memberikan ilmu, memfasilitasi dan membantu penulis selama ini.



9. CEO Siloam *Hospitals* Balikpapan, dr. Danie D. Poluan, M. Kes., yang telah mengizinkan penulis dan memberikan fasilitasi penulis melakukan penelitian sampai pada tahap penyelesaian tesis.
10. Teman-teman seperjuangan seangkatan MARS 18 baik MARS A dan MARS B yang selalu membantu penulis dan menjadi tempat penulis mengeluarkan suka dan duka selama proses perkuliahan dan juga penyelesaian tesis ini.
11. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu yang telah membantu penulis selama proses penyusunan tesis.

Akhirnya, penulis persembahkan tesis ini sebagai wujud dedikasi penulis terhadap kemajuan Ilmu Manajemen Rumah Sakit saat ini dan dimasa-masa mendatang. Dengan segala keterbatasan yang ada dalam penyusunan tesis ini, penulis sangat berharap semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Makassar, November 2020

Yang Menyatakan



Eko Wahyu Tjahjono



ABSTRAK

EKO WAHJU TJAHHONO. *Analisis Penerapan Interprofessional Collaboration Di Siloam Hospitals Balikpapan Tahun 2019.* (Dibimbing oleh **Fridawaty Rivai dan Yahya Thamrin**).

Rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Penyelenggaraan pelayanan dilaksanakan oleh berbagai kelompok profesi. Sebagai upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dan untuk meminimalisir *error* dalam pelayanan kesehatan, diperlukan keselarasan langkah yang dinamis dan efektif antar berbagai klinisi dan disiplin keilmuan untuk membangun tim pelayanan dengan tatanan dan budaya pendekatan interdisiplin atau interprofesional. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis penerapan IPC dan pengaruh faktor komunikasi, sumber daya, disposisi, struktur birokrasi terhadap penerapan IPC di Siloam Hospitals Balikpapan.

Jenis penelitian ini menggunakan pendekatan *mixed-method*. Penelitian *mixed-method* ini didahului dengan pendekatan kuantitatif dengan mengumpulkan data penerapan IPC pada pasien rawat inap selama satu bulan, dilanjutkan dengan pendekatan kualitatif melalui wawancara mendalam dan *focus group discussion*. Analisis triangulasi digunakan untuk melihat hubungan antara faktor-faktor dalam penerapan IPC.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa (1) Penerapan IPC di SHBP belum berjalan sesuai standar; (2) Faktor-faktor komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi memengaruhi penerapan IPC. Disarankan untuk menumbuhkan komitmen implementor dimana perlu ada dukungan manajemen dalam hal kepatuhan dalam penerapan IPC dan pendokumentasiannya dan konsistenan dan pemahaman yang bagus bagi pemberi layanan kesehatan tentang IPC.

Kata Kunci: IPC, Komunikasi, Sumber Daya, Disposisi, Struktur Birokrasi



ABSTRACT

EKO WAHJU TJAHHONO. *Analysis of the Implementation of Interprofessional Collaboration at Siloam Hospitals Balikpapan in 2019.* (Supervised by **Fridawaty Rivai** and **Yahya Thamrin**)

The hospital has the task of providing individual health services in a complete manner. Service delivery is carried out by various professional groups. In an effort to improve the quality of health services and to minimize errors in health services, dynamic and effective alignment of steps is needed between various clinicians and scientific disciplines to build a service team with an interdisciplinary or interprofessional approach and culture. This study aims to analyze the application of IPC and develop strategies to improve the implementation of IPC in Siloam Hospitals Balikpapan.

This type of research uses a mixed-method approach. This mixed-method study was preceded by a quantitative approach by collecting data on the implementation of IPC in inpatients for one month, followed by a qualitative approach through in-depth interviews and focus group discussions. Triangulation analysis is used to see the relationship between the factors in IPC implementation.

The results showed that (1) The implementation of IPC in SHBP has not run according to the standard; (2) Factors that influence the implementation of IPC which are treated in hospitals by SHBP consist of communication, resources, disposition, bureaucratic structure, environment, characteristics of implementing agencies and socioeconomic factors. It is recommended to grow the commitment of the implementer where there is a need for management support in terms of compliance with IPC implementation and documentation.

Keywords: IPC, Communication, Resources, Disposition, Bureaucratic Structure



DAFTAR ISI

SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PENGAJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	V
PRAKATA	V
ABSTRAK	VIII
ABSTRACT	IX
DAFTAR ISI	X
DAFTAR TABEL	XIV
DAFTAR GAMBAR	XVI
DAFTAR LAMPIRAN	XIX
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. LATAR BELAKANG MASALAH	1
1.2. KAJIAN MASALAH.....	9
1.3. RUMUSAN MASALAH	13
1.4. TUJUAN PENELITIAN.....	13
1.4.1. Tujuan Umum	13
1.4.2. Tujuan Khusus.....	13
1.5. MANFAAT PENELITIAN	13
BAB II FUNDASIAN TEORI.....	16
1. INTERPROFESIONAL COLLABORATION (IPC).....	16
2.1.1. Definisi Interprofesional Collaboration (IPC).....	16



2.1.2. Model/Pola <i>Interprofesional Collaboration</i> (IPC).....	20
2.2. RUMAH SAKIT.....	23
2.3. TEORI PENERAPAN KEBIJAKAN MENURUT GEORGE C. EDWARDS III	
25	
2.3.1. Komunikasi.....	26
2.3.2. Sumber Daya.....	26
2.3.3. Disposisi	27
2.3.4. Struktur Birokrasi	28
2.4. SISTEM <i>MONITORING</i> DAN EVALUASI	29
2.4.1. <i>Monitoring</i>	29
2.4.2. Evaluasi.....	31
2.5. PENELITIAN TERDAHULU	36
2.6. MAPPING TEORI	53
2.7. KERANGKA TEORI.....	56
2.8. KERANGKA KONSEP.....	57
2.9. DEFINISI KONSEP DAN KRITERIA OBJEKTIF	60
BAB III METODE PENELITIAN.....	66
3.1 JENIS PENELITIAN.....	66
3.2 LOKASI PENELITIAN.....	68
3.3 PENGUMPULAN DATA.....	68
3.3.1 Data Primer	68
3.3.2 Data Sekunder.....	69
4 ALAT, BAHAN, DAN CARA KERJA	72



3.5	PENGOLAHAN DAN ANALISIS DATA	72
3.5.1.	<i>Triangulasi data</i>	74
3.5.2.	<i>Triangulasi pengamat</i>	75
3.5.3.	<i>Triangulasi teori</i>	75
3.5.4.	<i>Triangulasi metode</i>	75
3.6	PENYAJIAN DATA	76
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN		79
4.1	GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN	79
4.1.1.	Sejarah Siloam <i>Hospitals</i> Balikpapan	79
4.1.2.	Visi, Misi dan Nilai	79
4.1.3.	Lokasi	80
4.1.4.	Badan Hukum	80
4.1.5.	Struktur Organisasi	80
4.2	HASIL PENELITIAN	81
4.2.1.	Hasil kuantitatif penerapan IPC	81
4.2.2.	Hasil kuantitatif monitoring penerapan IPC	87
4.2.3.	Faktor yang mempengaruhi Penerapan IPC	90
4.3	PEMBAHASAN	116
4.3.1	Penerapan IPC di Rawat Inap Siloam Hospitals Balikpapan	116
4.3.2	Strategi Peningkatan Penerapan IPC di Empat Bagian Besar Siloam Hospitals Balikpapan dalam 4 Aspek Penerapan	119



4.4 IMPLIKASI PENELITIAN.....	151
4.4 KETERBATASAN PENELITIAN.....	152
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	154
5.1. KESIMPULAN	154
5.2. SARAN	156
DAFTAR PUSTAKA.....	159
LAMPIRAN.....	171



DAFTAR TABEL

Tabel 1. Jumlah Pasien Rawat Inap dan Jumlah Pasien yang dilakukan IPC di Siloam Hospitals Balikpapan (SHBP) Tahun 2016-2018..	7
Tabel 2. Data 10 Penyakit Terbanyak di Rawat Inap Siloam Hospitals Balikpapan (SHBP) Tahun 2017-2018	7
Tabel 3. Penelitian Terdahulu.....	36
Tabel 4. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif Variabel Analisis Tingkat Penerapan Interprofesional Collaboration (IPC) Di Siloam Hospitals Balikpapan.....	60
Tabel 5. Matriks Pengumpulan Data	70
Tabel 6. Jumlah Pasien 4 Besar Pelayanan Pasien Rawat Inap di Siloam Hospitals Balikpapan Tahun 2018.....	83
Tabel 7. Jumlah kunjungan rawat inap yang melaksanakan IPC Tahun 2018.....	84
Tabel 8. Kepatuhan penerapan SOP IPC di Rawat Inap Siloam hospitals Balikpapan bulan Agustus tahun 2019.....	86
Tabel 9. Penerapan monitoring penetapan skor dan respon klinik IPC di Rawat Inap Siloam Hospitals Balikpapan bulan April-Mei Tahun 2019.....	87
Tabel 10. Hasil Penerapan Monitoring IPC per Bagian di Rawat Inap Siloam Hospitals Balikpapan bulan Agustus Tahun 2019	88
1. Jadwal dan hasil Penerapan monitoring IPC di Rawat Inap Siloam Hospitals Balikpapan bulan Januari – Juni Tahun 2019	89



Tabel 12. Monitoring IPC di rawat inap Siloam Hospitals Balikpapan bulan April-Mei Tahun 2019..... 89

Tabel 13. Karakteristik Informan Wawancara Mendalam pada penelitian kualitatif di rawat inap Siloam Hospitals Balikpapan Agustus 2019..... 91



DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kajian Masalah Penelitian Implemetasi IPC di Siloam Hospitals Balikpapan	12
Gambar 2. Model Praktik Hirarkis, Tipe I.....	21
Gambar 3. Model Praktik Kolaboratif, Tipe II.....	21
Gambar 4. Pola Praktik Kolaborasi, Tipe III.....	22
Gambar 5. Kolaborasi (Hoffart and Woods, 1996)	23
Gambar 6. Mapping Teori Penerapan IPC	53
Gambar 7. Kerangka Teori Modifikasi dari Teori George C. Edward III, Merilee S. Grindle, Daniel A. Mazmanian dan Paul A. Sabatier, serta teori dari Donalds van Meter dan Carl van Horn	56
Gambar 8. Kerangka Konsep	57
Gambar 9. Alur Penelitian	78
Gambar 10. Skema hasil wawancara dengan informan tentang Komunikasi yang Dilakukan Tim	93
Gambar 11. Skema Hasil Wawancara dengan Informan Tentang Dilakukan Sosialisasi Sebelum Penerapan IPC	95
Gambar 12. Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Petunjuk Penerapan dan Pedoman Kerja (SOP)	96
Gambar 13. Skema Hasil Wawancara Dengan Informan Tentang Hal Yang Dilakukan Jika Terjadi Penurunan Perburukan Kondisi Pasien.....	97



Gambar 14. Skema Hasil Wawancara Dengan Informan Tentang Sumber Daya Manusia Di Unit Dalam Rangka Penerapan Standar Prosedur Operasional IPC	100
Gambar 15. Skema Hasil Wawancara Dengan Informan Tentang SDM Ditempat Sesuai Dengan Jumlah Dan Kualitas Atau Tidak	101
Gambar 16. Skema Hasil Wawancara Dengan Informan Tentang Pendidikan Dan Pelatihan Di Unit	103
Gambar 17. Skema Hasil Wawancara Dengan Informan tentang Penyediaan Fasilitas, Sarana dan Prasarana di Unit Saudara dalam Penerapan Standar Prosedur Operasional IPC	104
Gambar 18. Skema Hasil Wawancara dengan Informan Tentang Kesesuaian Pendanaan di Unit dalam Penerapan Standar Prosedur Operasional IPC	106
Gambar 19. Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Sikap Direktur dalam Rangka Penerapan Standar Prosedur Operasional IPC.....	108
Gambar 20. Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Bentuk Dukungan Direktur	109
Gambar 21. Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Sikap Tenaga dalam Rangka Penerapan Standar Prosedur Operasional IPC.....	110



- Gambar 22.** Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Koordinasi Antar Unit dalam Rangka Penerapan Standar Prosedur Operasional IPC 112
- Gambar 23.** Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Hubungan Kerja Antar Tenaga Kerja dari Antar Unit Dalam Rangka Penerapan Standar Prosedur Operasional IPC..... 114
- Gambar 24.** Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Pelatihan dan Sosialisasi Standar Prosedur Operasional IPC..... 115



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Permohonan Izin Wawancara	171
Lampiran 2. Lembar Persetujuan Wawancara.....	172
Lampiran 3. Pedoman Wawancara Mendalam	173
Lampiran 4. Matriks Hasil Penelitian.....	175
Lampiran 5. Dokumentasi Penelitian	191
Lampiran 6. Daftar Singkatan	192



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Hak memperoleh pelayanan kesehatan merupakan hak setiap warga negara yang diatur dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 dan diejawantahkan dengan usaha peningkatan derajat kesehatan seluruh masyarakat yang setinggi-tingginya. Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Dalam penyelenggaraan usaha pelayanan pada pasien rumah sakit didukung oleh berbagai jenis keterampilan Sumber Daya Manusia (SDM) berupa profesi maupun non-profesi. Secara khusus, di undang-undang perumahasakitan, disebutkan bahwa salah satu tujuan Rumah Sakit adalah meningkatkan kualitas dan mempertahankan standar pelayanan (Undang-Undang No. 44, 2009).

Pelayanan diselenggarakan oleh pelbagai grup profesi. Kelompok

profesi utama yang memberikan pelayanan kepada pasien di rumah

sakit adalah staf medis, yaitu para dokter umum maupun dokter spesialis,



staf klinis keperawatan (perawat ataupun bidan), ahli gizi dan farmasis yang secara reguler selalu berkontak dengan pasien. Namun tidak kalah pentingnya adalah para profesional di bidang lain yang juga melakukan asuhan penunjang seperti analis laboratorium, penata rontgen, fisioterapis dan banyak para professional lainnya.

Penyediaan pelayanan yang paling sesuai di suatu rumah sakit diperlukan untuk mendukung dan merespon setiap kebutuhan pasien yang unik, memerlukan perencanaan dan koordinasi tingkat tinggi (Anggorowati dan Rokhmah, 2017). Pelayanan yang ada di rumah sakit merupakan pelayanan yang menggabungkan banyak disiplin ilmu (multidisiplin) sehingga sangat berpotensi menjadikan adanya pelayanan yang tumpang tindih, terjadinya konflik interprofesional dan juga keterlambatan pemeriksaan dan tindakan, bahkan kesalahan penatalaksanaan.

Menurut Data WHO (2016) dalam pelayanan kesehatan bisa terjadi kesalahan (*error*) sampai 70-80 % yang disebabkan oleh terutama buruknya komunikasi dan pemahaman dalam tim. Sehingga, koordinasi tim yang maksimal akan sangat mengurangi masalah *patient safety*.

Sebagai usaha peningkatan kualitas mutu pelayanan kesehatan dan untuk meminimalisir *error* dalam pelayanan kesehatan, keharmonisan langkah yang dinamis dan efektif antar berbagai klinisi dan dari pelbagai disiplin keilmuan (multi disiplin) untuk membangun tim pelayanan dengan

dan budaya pendekatan interdisiplin atau interprofesional sangat an. Menurut Mitchell dan Crittenden (2000), Pasien yang ditangani



secara interprofesional, baik di ruang rawat inap ataupun di pelayanan kesehatan primer, akan meningkatkan keberlanjutan asuhan, kepuasan pasien serta mengurangi angka hospitalisasi dan angka kematian.

Salah satu usaha dalam mewujudkan kolaborasi yang efektif antar profesi yaitu melalui proses pembelajaran yang dikenal dengan sebutan *Interprofesional Education* (IPE) dengan cara melatih mahasiswa pendidikan kesehatan (WHO, 2010). Dinyatakan oleh *the Center for the Advancement of Interprofessional Education* (Center for the Advancement of Interprofessional (CAIPE), 2002), dan *American College of Clinical Pharmacy* (American College of Clinical Pharmacy (ACCP), 2009), IPE adalah suatu proses pendidikan dari dua atau lebih disiplin keilmuan yang berbeda dalam rangka melakukan pembelajaran interaktif untuk meningkatkan kolaborasi dan mutu pelayanan, serta praktik dari disiplin ilmu masing-masing. Menurut (Hammick, 2007), dalam buku *A Best Evidence Systematic Review of Interprofessional Education* menyatakan bahwa penerapan IPE dalam proses pendidikan bisa meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan.

Interprofesional Collaboration (IPC) adalah strategi guna mencapai mutu hasil yang diinginkan secara efektif dan efisien dalam pelayanan kesehatan. Adanya komunikasi yang efektif dalam kolaborasi merupakan salah satu bagian penting dalam peningkatan mutu perawatan dan *patient safety* dan menurunkan kesalahan (*error*) (Arya, Yudianto dan Somantri,

Kesanggupan untuk bekerja secara profesional dari berbagai ilmu dan profesi lain untuk memberikan kolaboratif, *patient centred*



care dianggap sebagai elemen penting dari praktek interprofesional yang membutuhkan spesifik perangkat kompetensi.

Menurut data *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (Hakiman, 2016), kesalahan medis menempati peringkat kelima dalam sepuluh penyebab kematian paling banyak di Amerika Serikat. Akar dari permasalahan tersebut adalah buruknya kolaborasi antar tenaga kesehatan yang menyebabkan keterlambatan pengobatan serta kesalahan fatal pada operasi. Di Indonesia, pada hampir semua pembuatan resep terdapat kesalahan yang meliputi kesalahan dalam penulisan resep oleh dokter, kesalahan pembacaan resep, apoteker yang tidak tepat dalam proses penyiapan obat, dan kesalahan pada saat pemberian informasi mengenai obat.

Pada praktik kolaborasi antar tenaga kesehatan sering terjadi masalah seperti ketidakseimbangan wewenang, peran yang tumpang tindih, serta struktur organisasi. Masalah tersebut seharusnya bisa diselesaikan dengan penerapan komponen praktik kolaborasi yang baik. Sumber dari masalah tersebut bukan hanya kolaborasi yang buruk antara dokter dan tenaga kesehatan lain (apoteker, perawat, ahli gizi, dll), tetapi juga kolaborasi yang buruk diantara mereka semua. Kolaborasi yang buruk adalah faktor yang paling penting dalam kesalahan medikasi dan pengobatan. Di Indonesia, terdapat satu faktor lain yaitu kesan inferioritas para tenaga kesehatan lain (terutama perawat) terhadap para dokter

(a dokter spesialis). Praktik kolaborasi yang baik di antara profesi ilmu kesehatan dikenal dengan IPC. IPC menurut Broers (2009)



adalah kumpulan beragam profesi yang bekerja bersama sebagai suatu tim yang memiliki tujuan untuk meningkatkan kesehatan pasien/klien dengan saling mengerti batasan yang ada pada masing-masing profesi kesehatan. Dengan kata lain IPC adalah proses dalam mengembangkan dan mempertahankan hubungan kerja yang efektif antara pelajar, praktisi, pasien/klien/keluarga serta masyarakat untuk mengoptimalkan pelayanan kesehatan.

IPC penting untuk dilakukan karena dapat lebih menyinergikan dan mengefektifkan perawatan yang diberikan kepada pasien. Keberlangsungan IPC akan lebih baik apabila seluruh tenaga kesehatan memahami peran, kompetensi inti, dasar bahasa dan pola pikir dari tenaga kesehatan lain serta mengembangkan sikap dan perilaku yang baik.

Menurut Limpakarnjanarat (2014), perwakilan WHO untuk Indonesia dalam seminar internasional "*The 4th Padjadjaran International Nursing Conference 2014*" mengatakan bahwa dalam meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan tidak cukup menjadi tanggung jawab satu profesi saja. Kolaborasi para profesi kesehatan dari berbagai disiplin ilmu menjadi kunci peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia. IPC sangat dibutuhkan untuk mempersiapkan para petugas kesehatan menjadi bagian dari peningkatan kualitas kesehatan dan dengan adanya IPC ini meningkatkan keselamatan pasien jauh lebih tinggi.

IPC dapat menurunkan angka komplikasi, lama rawat di rumah sakit, biaya perawatan, dan tingkat kematian. Sedangkan di sisi lain, IPC dapat meningkatkan komunikasi dan koordinasi antara tim kesehatan, dan tingkat kematian. Sedangkan di



bidang kesehatan mental, praktek kolaboratif dapat meningkatkan kepuasan pasien dan tim kesehatan, mengurangi durasi pengobatan, mengurangi biaya perawatan, mengurangi insiden bunuh diri, dan mengurangi kunjungan rawat jalan (WHO, 2010). Hal ini sesuai dengan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penerapan Kendali Mutu dan Kendali Biaya pada Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

Dalam perspektif *Departement of Veteran Affairs*, Amerika Serikat, menurut Limpakarnjanarat (2014) menerangkan, komponen dari IPC meliputi dokter, perawat, apoteker, psikiater, hingga tenaga teknis di instansi kesehatan. Di beberapa negara, penerapan IPC sudah berjalan dengan baik. WHO mencatat, ada 5 negara yang berhasil menerapkan konsep IPC dengan baik pada tahun 2013 lalu, seperti Kanada, Amerika Serikat, India, Brazil, dan Afrika Selatan.

Dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) edisi 1 bagian ke II Standar Pelayanan Berfokus Pasien dijelaskan bahwa salah satu kompetensi dari Profesional Pemberi Asuhan (PPA) adalah kolaborasi interprofesional yang terbagi dalam empat ranah kompetensi yaitu nilai/etika dalam praktik interprofesional, peran/tanggung jawab, komunikasi interprofesional, serta tim dan kerjasama tim (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2018). Penerapan IPC dalam pelayanan kesehatan adalah suatu strategi untuk mencapai kualitas hasil yang

an secara efektif dan efisien. Di negara maju, hal ini sudah
kan bagian integral dari pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.



HPAC (*Health Profession Accreditors Collaborative*) juga menerbitkan suatu panduan dalam penerapan IPC (*Health Professions Accreditors Collaborative*, 2019).

Tabel 1. Jumlah Pasien Rawat Inap dan Jumlah Pasien yang dilakukan IPC di Siloam Hospitals Balikpapan (SHBP) Tahun 2016-2018

	Tahun		
	2016	2017	2018
Jumlah Pasien yang dilakukan IPC	-	42 kasus (0,45%)	39 kasus (0,38%)
Jumlah Pasien Rawat Inap	10.158	9.425	10.274

Sumber: Data Medical Record SHBP, 2019

Berdasarkan data dari rekam medis *Siloam Hospitals* Balikpapan Tahun 2019, tampak bahwa terjadi ketidaksesuaian dalam penerapan IPC terhadap jumlah pasien yang dirawat inap di *Siloam Hospitals* Balikpapan (SHBP). Penerapan IPC mulai dilakukan pada tahun 2017, dimana dari 9.425 jumlah pasien yang dirawat inap, yang dilakukan IPC hanya sebanyak 42 kasus (0,45%), sedangkan pada tahun 2018 dari 10.278 kasus pasien rawat inap, yang dilakukan IPC adalah sebanyak 39 kasus (0,37%). Terjadi penurunan persentase karena memang jenis kasus yang masuk ternyata lebih banyak yang sederhana.

Tabel 2.Data 10 Penyakit Terbanyak di Rawat Inap Siloam Hospitals Balikpapan (SHBP) Tahun 2017-2018

Tahun	Nama Penyakit	Jumlah
2016	Urinary tract infection (UTI)	488
	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origins	484



Tahun	Nama Penyakit	Jumlah
	Dengue fever (Classical dengue)	476
	Atherosclerotic heart disease (CAD)	419
	Acute nasopharyngitis (Common Cold)	407
2017	Angina Pectoris, unspecified	470
	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin	412
	Acute nasopharyngitis (Common Cold)	395
	Atherosclerotic heart disease	244
	Dyspepsia	172
2018	Gastroenteritis and colitis of unspecified origin	404
	Angina pectoris, unspecified	368
	Acute nasopharyngitis (Common Cold)	293
	Dyspepsia	263
	Atherosclerotic heart disease	247

Sumber: Data Medical Record SHBP, 2019

Tabel 2 menunjukkan jumlah dan jenis penyakit terbanyak di rawat inap SHBP. Jenis dan jumlah penyakit yang di rawat di rawat inap SHBP setiap tahunnya beragam, dimana tampak bahwa kebanyakan pasien yang dirawat adalah pasien dengan *non-communicable diseases*.

Pada penelitian ini peneliti mengambil fokus penelitian analisa penerapan IPC di *Siloam Hospitals* Balikpapan. Alasan peneliti melakukan penelitian pada pasien yang dirawat inap karena melibatkan berbagai banyak profesi kesehatan dan disiplin ilmu dalam proses penanganannya sehingga diperlukan kolaborasi yang efektif dan efisien antar profesi an.



Berdasarkan pemaparan di atas, peneliti menemukan bahwa studi *mixed method* belum pernah dilakukan terkait dengan strategi peningkatan IPC di Siloam Hospitals Balikpapan. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan eksplorasi metode campuran yang mengkombinasi pendekatan kuantitatif dengan kualitatif. Adapun judul penelitiannya adalah “Strategi Peningkatan Penerapan *Interprofesional Collaboration* (Studi Kasus di *Siloam Hospitals* Balikpapan Tahun 2019)”.

1.2. Kajian Masalah

Menurut Data WHO (2016) dalam pelayanan kesehatan terjadi kesalahan (*error*) 70-80 % yang disebabkan oleh buruknya komunikasi dan pemahaman dalam tim, kerjasama tim yang baik dapat membantu mengurangi masalah *patient safety*. Dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit edisi 1 Tahun 2017 IPC dimaksudkan sebagai Manajer Pelayanan Pasien (MPP) (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2018).

Beberapa teori yang menjelaskan faktor-faktor yang memengaruhi penerapan suatu program yakni teori dari George C. Edward III yang mengatakan bahwa penerapan suatu program dipengaruhi oleh faktor komunikasi, sumber daya dan disposisi; teori Merilee S. Grindle mengatakan bahwa faktor-faktor yang memengaruhi penerapan adalah isi kebijakan dan lingkungan penerapan; teori Daniel A. Mazmanian dan Paul A. Sabatier mengungkapkan bahwa faktor-faktor yang memengaruhi

an adalah karakteristik dari masalah, karakteristik kebijakan dan lingkungan; dan teori terakhir adalah teori Donalds van Meter dan



Carl van Horn mengatakan bahwa faktor-faktor yang memengaruhi penerapan ada enam yakni standar dan sasaran kebijakan, sumber daya, komunikasi antar organisasi, penguatan aktivitas, karakteristik agen pelaksana dan kondisi sosial ekonomi.

Selain teori-teori diatas, terdapat beberapa jurnal yang membahas mengenai penerapan IPC. Dalam jurnal Reeves *et al.* (2018) dikatakan bahwa penerapan IPC dapat meningkatkan hasil dari pelayanan kesehatan yang diberikan. Penelitian yang dilakukan oleh Behruzi *et al.* (2017) di Quebec menemukan bahwa dalam asuhan keperawatan pasien diperlukan pendekatan kolaboratif dan adanya batasan tanggung jawab untuk meningkatkan akses dan pilihan perawatan. Odegard (2014) mengatakan bahwa program IPC menekankan keterampilan membangun tim antarprofesional, pengetahuan tentang profesi, perawatan yang berpusat pada pasien, pembelajaran dan menjadikan budaya. Styron (2014) dalam studi pilot menemukan bahwa delapan langkah Kotler untuk memimpin perubahan dan memberikan wawasan tentang unsur-unsur untuk merencanakan, merancang, mengpenerapkan, dan memperbaiki pengalaman klinis antarprofesional diperlukan untuk memastikan pengalaman tersebut dapat dipertahankan dan direplikasi untuk ekspansi.

Widyastuti (2018) menemukan bahwa faktor eksternal dan internal memengaruhi kesiapan penerapan kolaborasi interprofesional. Rokhman dan Anggorowati (2017) menemukan bahwa kualitas pelayanan yang baik

yang pada profesional yang bekerja sama dalam tim interprofesional komunikasi merupakan hal penting. Ridar dan Santoso (2018)



mengatakan bahwa untuk meningkatkan komunikasi dalam penerapan IPC dengan menggunakan catatan perkembangan pasien terintegrasi.

Dari data yang didapatkan dari *Siloam Hospitals* Balikpapan, penerapan IPC dimulai pada tahun 2017, selama dua tahun berjalan hanya 42 kasus pada tahun 2017 dan 39 kasus pada tahun 2018 yang dilakukan IPC. Kasus-kasus yang dilakukan IPC adalah kasus-kasus kompleks dengan penyulit.

Berdasarkan latar belakang di atas, kajian masalah digambarkan pada gambar 1.



Teori Penerapan:

1. **George C. Edward III**
 - a. Komunikasi
 - b. Sumber Daya
 - c. Disposisi
 - d. Struktur Birokrasi (dalam Budi Winarno,2008:181)
2. **Merilee S. Grindle**
 - a. Isi Kebijakan
 - b. Lingkungan Penerapan (dalam Subarsosno,2011:93)
3. **Daniel A. dan Paul A.**
 - a. Karakteristik dari masalah
 - b. Karakteristik Kebijakan
 - c. Variabel Lingkungan (dalam Subarsono, 2011:94)
4. **Donalds van Meter dan Carl van Horn**
 - a. Standar dan sasaran kebijakan
 - b. Sumberdaya
 - c. Komunikasi antar organisasi
 - d. Penguatan aktivitas
 - e. Karakteristik agen pelaksana
 - f. Kondisi sosial, ekonomi

Jurnal

1. *Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes* (Reeves *et al.*, 2018)
2. *Understanding factors affecting collaboration between midwives and other health care professionals in a birth center and its affiliated Quebec hospital: a case study* (Behruzi *et al.*, 2017)
3. Analisis Faktor Kesiapan Perawat Dalam Praktik Kolaborasi *Interprofesional* Di Rumah Sakit Panti Nugroho Yogyakarta (Widyastuti, 2018)
4. *Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education* (Odegard, 2014)
5. Komunikasi Efektif Dalam Praktek Kolaborasi Interprofesi Sebagai Upaya Meningkatkan Kualitas Pelayanan (Rokhmah dan Anggorowati, 2017)
6. *Interprofessional Collaborative Practice to Improve Patient Outcomes: A Pilot Study* (Styron, 2014)
7. Peningkatkan Komunikasi dalam Penerapan *Interprofessional Collaboration* melalui Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (Ridar and Santoso, 2018)

Penerapan *Interprofessional Collaboration* belum berjalan dengan baik

**Terjadi Penurunan Jumlah Kasus Tahun 2017 → 42 kasus (0.45%)
Tahun 2018 → 39 kasus (0.37%)**

- Penerapan SOP
- Kelengkapan Dokumen

Gambar 1. Kajian Masalah Penelitian Implemetasi IPC di Siloam Hospitals Balikpapan



1.3. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas maka dapat dirumuskan rumusan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimana Penerapan IPC di *Siloam Hospitals* Balikpapan?
2. Hambatan apa saja yang ditemukan dalam penerapan IPC di *Siloam Hospitals* Balikpapan?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis penerapan IPC di *Siloam Hospitals* Balikpapan.

1.4.2. Tujuan Khusus

- a. Untuk menganalisis pengaruh faktor komunikasi yang mempengaruhi penerapan IPC di *Siloam Hospitals* Balikpapan.
- b. Untuk menganalisis pengaruh faktor sumber daya yang mempengaruhi penerapan IPC di *Siloam Hospitals* Balikpapan.
- c. Untuk menganalisis pengaruh faktor disposisi yang mempengaruhi penerapan IPC di *Siloam Hospitals* Balikpapan.
- d. Untuk menganalisis pengaruh faktor struktur birokrasi yang mempengaruhi penerapan IPC *Siloam Hospitals* Balikpapan.

1.5. Manfaat Penelitian

Berdasarkan tujuan penelitian yang hendak dicapai, maka penelitian ini diharapkan mempunyai manfaat dalam dunia kesehatan baik secara langsung maupun tidak langsung. Adapun manfaat penelitian ini adalah sebagai berikut :

Manfaat teoritis



Secara teoritis hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat yaitu:

- a. Memberikan manfaat bagi perkembangan manajemen mutu perumahsakit.
- b. Memberikan sumbangan pemikiran bagi pembaharuan di dunia kesehatan yang terus berkembang sesuai dengan tuntutan dan kebutuhan masyarakat.
- c. Memberikan sumbangan ilmiah sebagai pijakan dan referensi pada penelitian-penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan kesehatan.

1.5.2. Manfaat praktis

Secara praktis penelitian ini dapat bermanfaat sebagai berikut :

- a. Bagi penulis
Menambah wawasan ilmu pengetahuan tentang penerapan IPC pada pasien.
- b. Bagi dunia kesehatan
Dapat menambah pengetahuan dan sumbangan pemikiran tentang cara penerapan IPC pada pasien.
- c. Bagi Rumah Sakit
Meningkatkan kualitas layanan kepada masyarakat sehingga tingkat kepercayaan masyarakat tinggi terhadap rumah sakit.
- d. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Sebagai bagian dari pengamalan Tri Dharma Perguruan Tinggi untuk menambah kajian Ilmu Management Perumahsakit.



BAB II

LANDASAN TEORI

2.1. Interprofesional Collaboration (IPC)

2.1.1. Definisi Interprofesional Collaboration (IPC)

Interprofesional Collaboration (IPC) dalam pelayanan kesehatan terjadi ketika banyak petugas kesehatan dari berbagai latar belakang profesional memberikan layanan komprehensif dengan bekerjasama dengan pasien, keluarga pasien, penjaga dan komunitas untuk memberikan perawatan dengan kualitas terbaik di seluruh pengaturan. Praktek termasuk pekerjaan yang berhubungan dengan kesehatan klinis dan non-klinis, seperti diagnosis, perawatan, pengawasan, komunikasi kesehatan, manajemen dan teknik sanitasi (WHO, 2010).

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.

Menurut Xyrinchis dan Ream (2008), kerja tim adalah proses dinamis yang melibatkan dua atau lebih profesional kesehatan dengan

akang dan keterampilan yang saling melengkapi, berbagi tujuan an 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 itu membuat stres dan merupakan alasan permasalahan hubungan kerja perawat (Hillhouse and Adler, 1997; Farrell, 1999; French *et al.*, 2000; McVicar, 2003; Begat, Ellefsen and Severinsson, 2005; Ilhan *et al.*, 2008). Studi yang menyelidiki hubungan antara perawat difokuskan pada efek negatifnya dalam pekerjaan mereka (Hillhouse and Adler, 1997; French *et al.*, 2000; McVicar, 2003; Begat, Ellefsen and Severinsson, 2005).

Menurut Ilhan *et al.* (2008) menyatakan bahwa perawat umumnya dianggap sebagai kelompok berisiko tinggi mengenai stres kerja dan kelelahan, dan perawat harus meningkatkan kondisi kerja mereka, terutama hubungan dengan tim. Beberapa penelitian melaporkan bahwa ada hubungan negatif secara horizontal di antara perawat (Duffy, 1995; Farrell, 1999)., sementara yang lain menunjukkan bahwa perawat paling khawatir tentang agresi terhadap rekan perawat (Farrell, 1997, 1999).

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

kesehatan interprofesional menjadi fokus perhatian, karena layanan tergantung pada kolaborasi, kompetensi penyedia



layanan kesehatan dan pengetahuan (Hall and Weaver, 2001; Collins, 2005).

Masalah kolaborasi antara perawat dan dokter telah dipelajari secara luas (Curley, McEachern and Speroff, 1998; Reeves and Lewin, 2004; Martin *et al.*, 2005; Varizan *et al.*, 2005; Cowan *et al.*, 2006; Reader *et al.*, 2007). Varizan *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, Du Rand and VanWyk (2005) menyatakan bahwa perawat mengalami tingkat kekerasan verbal yang 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 (Celik *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,

ampingkan setiap perbedaan dan mempertimbangkan manfaat en dan operasi layanan".



Masing-masing bagian 4 dalam pasal 21 *Code of Medical Deontology* menyatakan bahwa “Dokter menumbuhkan rasa hormat, untuk mempertahankan hubungan yang baik, dan untuk berkolaborasi dengan perawat dan personel lain dalam penerapan tugasnya, membebaskan siapa pun dengan perbedaan kesempatan, dengan mempertimbangkan kepentingan pasien dan urutan operasi manfaat layanan (Zahedi et al., 2013).

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 (Siegler dan Whitney, 2000). 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

dirancang untuk menyelaraskan berbagai profesi yang terlibat (termasuk dokter, perawat, farmasi, dan gizi) dalam memberikan



pelayanan kepada pasien yang menjalani hospitalisasi (Susilaningsih, 2011).

Model ini terdiri dari 4 komponen yaitu alur klinis pengelolaan pasien (*integrated care pathway*), pengelolaan pasien secara tim, dokumentasi asuhan terpadu dan penyelesaian masalah bersama melalui diskusi kasus secara *interprofesional*. Esensi dasar praktik interdisiplin diadopsi dari Sullivan (1999) yaitu penggunaan informasi secara bersama (*information sharing*), perhatian terhadap tumpang tindihnya peran dan tanggung jawab (*attention to overlapped responsibility*), rentang kendali (*sense of control*) dan kepastian siapa melakukan apa (*structuring intervention*).

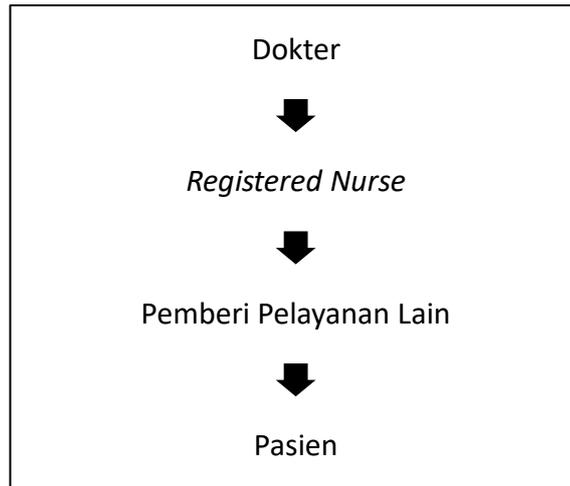
Keempat *key elements* dari praktik interprofesional ini diintegrasikan nilai-nilainya pada empat komponen model. Praktik *interprofesional* dalam pelayanan kesehatan yang menekankan pentingnya kultur kolektif untuk mewujudkan iklim kemitraan (*partnership*) didukung oleh teori dan pendapat (Sullivan, 1999; Clark and Drinka, 2000; Cohen, 2005; Orchard, Curran and Kabene, 2005; Bigley, 2006; Huber, 2010; Petri, 2010).

2.1.2. Model/Pola *Interprofesional Collaboration* (IPC)

Model praktek kolaborasi ada 3 yaitu (Siegler and Whitney, 2000):

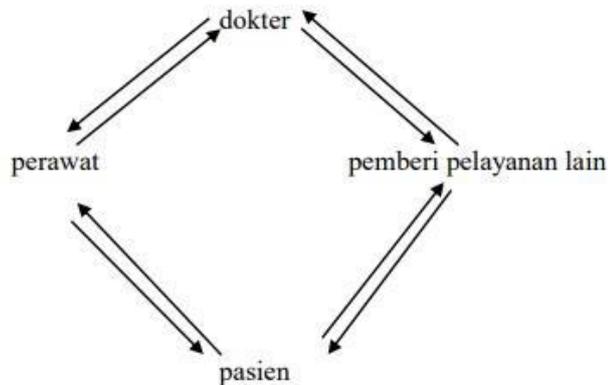
- a. Model praktik Hirarkis tipe I menekankan komunikasi satu arah, kontak terbatas antara pasien dan dokter. Dokter merupakan tokoh yang dominan.





Gambar 2. Model Praktik Hirarkis, Tipe I
(Siegler and Whitney, 2000)

- b. Model Praktik Hirarkis tipe II menekankan komunikasi dua arah, tapi tetap menempatkan dokter pada posisi utama dan membatasi hubungan antara dokter dan pasien

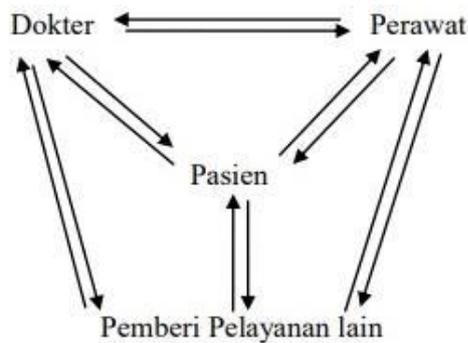


Gambar 3. Model Praktik Kolaboratif, Tipe II
(Siegler and Whitney, 2000)

- c. Model Praktik Hirarkis tipe III lebih berpusat pada pasien, dan semua pemberi pelayanan harus saling bekerja sama dengan pasien. Model ini tetap melingkar, menekankan kontinuitas,



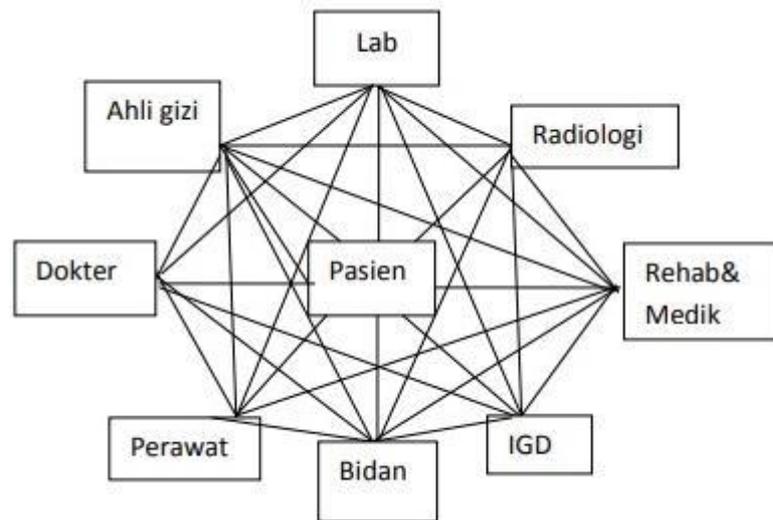
kondisi timbal balik satu dengan yang lain dan tidak ada satu pemberi pelayanan yang mendominasi secara terus menerus. Kolaborasi yang dilakukan dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya semuanya berorientasi kepada pasien. Dalam situasi apapun, praktik kolaborasi yang baik harus dapat menyesuaikan diri secara sdekuat pada setiap lingkungan yang dihadapi sehingga anggota kelompok dapat mengenal masalah yang dihadapi pasien, sampai terbentuknya diskusi dan pengambilan keputusan.



Gambar 4. Pola Praktik Kolaborasi, Tipe III
(Siegler and Whitney, 2000)

- d. Kolaborasi menurut Hoffart dan Woods (1996) menekankan sikap saling menghargai antar tenaga kesehatan dan saling memberikan informasi tentang kondisi klien demi mencapai tujuan bersama.





Gambar 5. Kolaborasi (Hoffart and Woods, 1996)

2.2. Rumah Sakit

Sebagaimana tertuang dalam UU No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan Kesehatan. Pelayanan paripurna yang dimaksud adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Rumah Sakit diselenggarakan berdasarkan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial.

Penyelenggaraan Rumah Sakit bertujuan untuk mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, memberikan

ngan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit, meningkatkan mutu



dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit, dan memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan Rumah Sakit.

Berdasarkan pengelolaannya Rumah Sakit dapat dibagi menjadi Rumah Sakit publik dan Rumah Sakit privat. Sedangkan berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, Rumah Sakit dikategorikan dalam Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus. Rumah Sakit Umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Sedangkan Rumah Sakit Khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya. Rumah Sakit Umum kemudian diklasifikasikan ke dalam empat kelas, yakni kelas A, B, C, dan D, sedangkan Rumah Sakit Khusus diklasifikasikan dalam tiga kelas, yakni kelas A, B, dan C, dimana penetapan klasifikasi kelas Rumah Sakit didasarkan pada ketersediaan pelayanan, sumber daya manusia, peralatan, bangunan dan prasarana.

Menurut Pasal 18 PMK Nomor 30 Tahun 2019, Rumah Sakit Khusus meliputi rumah sakit khusus Ibu dan Anak; Mata; Gigi dan Mulut; Ginjal; Jiwa; Infeksi; Telinga-Hidung-Tenggorokan Kepala Leher; Paru; Ketergantungan Obat; Bedah; Otak; Orthopedi; Kanker dan Jantung dan Pembuluh Darah.



2.3. Teori Penerapan Kebijakan Menurut George C. Edwards III

Penerapan berasal dari bahasa Inggris yaitu *to implement* yang diartikan dengan penerapan. Penerapan menurut kamus besar Bahasa Indonesia diartikan sebagai memakai, memasang, memanfaatkan, menjalankan, melaksanakan, atau mempraktikkan. Artinya yang dilaksanakan dan diterapkan adalah suatu perencanaan/rancangan yang telah dirancang/didesain untuk kemudian dijalankan sepenuhnya. Penerapan kebijakan merupakan kegiatan kompleks dengan berbagai faktor yang mempengaruhi tingkat keberhasilan penerapan kebijakan tersebut. Model penerapan kebijakan yang dikembangkan oleh (Edwards III and George, 1980) mendefinisikan:

“Policy implementation as we have seen is the stage of policy making between the establishment of a policy such as the passage of legislative act, the issuing of an executive order, the handling down of judicial decision, or the promulgation of a regulatory rule and the consequences of the policy for the people whom it affects”

Penerapan merupakan tindakan-tindakan yang dilakukan oleh pemerintah untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dalam suatu kebijakan. George Edwards menyatakan bahwa masalah utama kebijakan publik adalah kurangnya monitor terhadap penerapan kebijakan, monitor

an yang tidak efektif akan menjadikan kebijakan tidak terlaksana baik. Menurut George Edwards III ada 4 faktor yang



mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan penerapan kebijakan (Wibawa, 2010).

2.3.1. Komunikasi

Komunikasi yaitu keberhasilan penerapan kebijakan mensyaratkan agar *implementor* mengetahui apa yang harus dilakukan, dimana yang menjadi tujuan dan sasaran kebijakan harus ditransmisikan kepada kelompok sasaran (*target group*, sehingga akan mengurangi distorsi penerapan. Kejelasan informasi mengenai penerapan kebijakan harus dijelaskan dalam bentuk tertulis apa yang menjadi maksud, tujuan dan sasaran serta manfaat dari kebijakan sehingga kebijakan dapat diterima dan dipahami oleh pelaksana kebijakan.

2.3.2. Sumber Daya

a. Sumber daya manusia

Penerapan suatu kebijakan bergantung kepada sumber daya manusia yang bertanggungjawab melaksanakan kebijakan. Sumber daya manusia harus sesuai dengan jumlah dan kemampuan. meskipun isi kebijakan telah dikomunikasikan secara jelas dan konsisten, tetapi apabila *implementor* kekurangan sumberdaya untuk melaksanakan, maka penerapan tidak akan berjalan efektif. Sumber daya manusia tersebut juga harus mampu memahami apa yang dipenerapkan, oleh karenanya sumber daya manusia harus mendapatkan informasi mengenai cara melakukan kebijakan,

memahami esensi akibat dari kepatuhan dalam melakukan kebijakan tersebut.



b. Sumber daya anggaran

Sumber daya anggaran mempengaruhi efektifitas penerapan kebijakan. Anggaran yang tersedia dengan terbatas dapat menyebabkan kualitas pelayanan pada publik yang harus diberikan terbatas.

c. Sumber daya peralatan

Sumber daya peralatan menjadi penting dalam penerapan kebijakan. Terbatasnya peralatan akan mengurangi hasil penerapan.

d. Sumber daya informasi dan kewenangan

Kewenangan sangat diperlukan dalam penerapan kebijakan. Kewenangan dibutuhkan untuk menjamin kebijakan yang dilaksanakan sesuai dengan yang diharapkan.

2.3.3. Disposisi

Disposisi, adalah watak dan karakteristik yang dimiliki oleh *implementor*, seperti komitmen, kejujuran, sifat demokratis. Apabila *implementor* memiliki disposisi yang baik, maka *implementor* tersebut dapat menjalankan kebijakan dengan baik seperti apa yang diinginkan oleh pembuat kebijakan. Ketika *implementor* memiliki sikap atau perspektif yang berbeda dengan pembuat kebijakan, maka proses penerapan

n juga menjadi tidak efektif.



2.3.4. Struktur Birokrasi

Birokrasi merupakan salah satu yang paling sering menjadi pelaksana kegiatan. Struktur birokrasi ini mencakup aspek-aspek seperti struktur organisasi, pembagian kewenangan, hubungan antar unit organisasi dan hubungan organisasi dengan organisasi luar. Oleh karena itu, diperlukan kerjasama berbagai pihak terkait dan standar prosedur operasional akan memudahkan dan penyeragamkan tindakan dari semua pelaksana yang terlibat dalam melaksanakan apa yang menjadi bagian tugasnya. Struktur organisasi yang terlalu panjang akan cenderung melemahkan pengawasan dan menimbulkan *red-tape*, yakni prosedur birokrasi yang rumit dan kompleks, yang menjadikan aktifitas organisasi tidak fleksibel.

Teori Penerapan lain yaitu Teori Merilee S. Grindle, dimana beliau mengatakan keberhasilan penerapan dipengaruhi oleh dua variabel besar yaitu isi kebijakan (*content of policy*) dan lingkungan penerapan (*context of Penerapan*) (Subarsono, 2011). Keunikan dari model ini terletak pada pemahaman yang komprehensif akan konteks kebijakan, khususnya yang menyangkut dengan *implementor*, penerimaan penerapan dan area konflik yang mungkin terjadi di antara para actor penerapan, serta kondisi-kondisi sumber daya penerapan yang diperlukan.

Teori berikutnya yaitu Teori Daniel A. Mazmanian dan Paul A. Sabatier. Menurut Mazmania dan Sabatier ada tiga kelompok variabel

yang mempengaruhi keberhasilan penerapan, yakni karakteristik dari (*tractability of the problems*), karakteristik kebijakan/undang-



undang (*ability of statute to structure implementation*) dan Variabel lingkungan (*nonstatutory variables affecting implementation*) (Subarsono, 2011).

Teori lain juga yang mengemukakan tentang teori Penerapan adalah teori Donalds S. van Meter dan Carl E. van Horn. Ada lima variabel yang mempengaruhi kinerja penerapan (dalam Subarsono, 2011) yakni:

- 1) Standar dan sasaran kebijakan
- 2) Sumber daya
- 3) Komunikasi antar organisasi dan penguatan aktivitas
- 4) Karakteristik agen pelaksana
- 5) Kondisi sosial, ekonomi dan politik.

2.4. Sistem *Monitoring* dan Evaluasi

2.4.1. *Monitoring*

Keberhasilan sebuah program dapat dilihat dari apa yang direncanakan dengan apa yang dilakukan, apakah hasil yang diperoleh berkesesuaian dengan hasil perencanaan yang dilakukan. Manajemen harus menyiapkan sebuah program yaitu *Monitoring*. *Monitoring* ditujukan memperoleh fakta, data dan informasi tentang penerapan kegiatan dilakukan dengan apa yang direncanakan.

Menurut Mercy (2005) *Monitoring* didefinisikan sebagai siklus

yang mencakup pengumpulan, peninjauan ulang, pelaporan, dan atas informasi suatu proses yang sedang dipenerapkan.



Selanjutnya temuan-temuan hasil *monitoring* adalah informasi untuk proses evaluasi sehingga hasilnya apakah program yang di tetapkan dan dilaksanakan memperoleh hasil yang sesuai atau tidak. *Monitoring* dan evaluasi adalah dua kata yang memiliki aspek kegiatan yang berbeda yaitu kata *monitoring* dan Evaluasi. *Monitoring* merupakan kegiatan untuk mengetahui apakah program yang dibuat itu berjalan dengan baik sebagaimana mestinya sesuai yang direncanakan, adakah hambatan yang terjadi dan bagaimana para pelaksana program itu mengatasi hambatan tersebut. *Monitoring* terhadap sebuah hasil perencanaan yang sedang berlangsung menjadi alat pengendalian yang baik dalam seluruh proses penerapan.

Monitoring ditinjau dari hubungan terhadap manajemen kinerja adalah proses terintegrasi untuk memastikan bahwa proses berjalan sesuai rencana. *Monitoring* dapat memberikan informasi keberlangsungan proses untuk menetapkan langkah menuju kearah perbaikan yang berkesinambungan, yaitu *Compliance monitoring* dan *performance monitoring* Mercy (2005) *Compliance monitoring* berfungsi untuk mengetahui perkembangan organisasi dalam pencapaian target yang diharapkan.

Umumnya, *output monitoring* berupa *progress report* proses. *Output* tersebut diukur secara deskriptif maupun non-deskriptif. *Output monitoring* bertujuan untuk mengetahui kesesuaian proses telah berjalan.

Monitoring berguna pada perbaikan mekanisme proses/ kegiatan *monitoring* dilakukan.



Menurut Erizal (2015) dalam artiket onlinenya mengemukakan bahwa ada beberapa tujuan dalam melakukan sistematis *monitoring* yaitu:

- a. Mengkaji apakah kegiatan-kegiatan yang dilakukan telah sesuai dengan rencana.
- b. Mengidentifikasi masalah yang timbul agar langsung dapat diatasi.
- c. Melakukan penilaian apakah pola kerja dan manajemen yang dilakukan sudah tepat untuk mencapai tujuan proyek.
- d. Mengetahui kaitan kegiatan dengan tujuan untuk memperoleh ukuran kemajuan.
- e. Menyesuaikan kegiatan dengan lingkungan yang berubah tanpa menyimpang dari tujuan.

Keberhasilan sebuah program dapat dilihat dari apa yang direncanakan dengan apa yang dilakukan, apakah hasil yang diperoleh berkesesuaian dengan hasil perencanaan yang dilakukan. Manajemen harus menyiapkan sebuah program yaitu *Monitoring*. *Monitoring* ditujukan memperoleh fakta, data dan informasi tentang penerapan kegiatan dilakukan dengan apa yang direncanakan.

2.4.2. Evaluasi

Evaluasi merupakan bagian dari system manajemen yaitu perencanaan, organisasi, penerapan, monitoring dan evaluasi. Tanpa evaluasi, maka tidak akan diketahui bagaimana kondisi objek evaluasi

dalam rancangan, penerapan serta hasilnya. Istilah evaluasi menjadi kosa kata dalam bahasa Indonseia, akan tetapi ini adalah



kata serapan dari Bahasa Inggris yaitu *evaluation* yang berarti penilaian atau penaksiran. Sedangkan menurut istilah evaluasi merupakan kegiatan yang terencana untuk mengetahui keadaan sesuatu obyek dengan menggunakan instrument dan hasilnya dibandingkan dengan tolak ukur untuk memperoleh kesimpulan. Menurut Arikunto (2010) evaluasi sebagai sebuah proses menentukan hasil yang telah dicapai beberapa kegiatan yang direncanakan untuk mendukung tercapainya tujuan. Menurut Wirawan (2012), evaluasi adalah riset untuk mengumpulkan, menganalisa, dan menyajikan informasi yang bermanfaat mengenai objek evaluasi, selanjutnya menilainya dan membandingkannya dengan indikator evaluasi dan hasilnya dipergunakan untuk mengambil keputusan mengenai objek evaluasi tersebut.

Menurut Arifin (2010), menyatakan evaluasi adalah proses bukan suatu hasil. Hasil yang diperoleh dari kegiatan evaluasi adalah kualitas sesuatu, baik yang menyangkut tentang nilai atau arti, sedangkan kegiatan untuk sampai pada pemberian nilai dan arti adalah evaluasi. Dari pengertian-pengertian tentang evaluasi yakni yang telah dikemukakan beberapa ahli diatas, dapat ditarik benang merah tentang evaluasi yakni, evaluasi merupakan sebuah proses yang dilakukan oleh seseorang untuk melihat sejauh mana keberhasilan sebuah program. Keberhasilan program itu sendiri dapat dilihat dari dampak atau hasil yang dicapai oleh program tersebut. Kaenanya dalam keberhasilan ada dua konsep yang

didalamnya yaitu efektifitas dan efisiensi. “Efektifitas merupakan rasio antara *output* dan inputnya sedangkan efisiensi adalah



taraf pendayagunaan *input* untuk menghasilkan *output* lewat suatu proses. Jadi evaluasi bukan merupakan hal baru dalam kehidupan manusia sebab hal tersebut senantiasa mengiringi kehidupan seseorang. Seorang manusia yang telah mengerjakan sesuatu hal, pasti akan menilai apakah yang dilakukannya tersebut telah sesuai dengan keinginannya semula.



2.5. Penelitian Terdahulu

Tabel 3. Penelitian Terdahulu

Judul - Penulis - Tahun	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
<p><i>Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes</i></p> <p>(Reeves <i>et al.</i>, 2018)</p>	<p>Untuk menilai dampak intervensi berbasis praktik yang dirancang untuk meningkatkan kolaborasi antarprofesional (IPC) di antara para profesional perawatan kesehatan dan sosial, dibandingkan dengan perawatan biasa atau dengan intervensi alternatif, pada setidaknya satu dari hasil utama berikut: hasil kesehatan pasien, proses klinis atau hasil efisiensi atau hasil sekunder (perilaku</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 <i>interprofesional</i> 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 sumber daya 	<p>Persamaan: Variabel penelitian</p> <p>Perbedaan: Penelitian ini melihat <i>outcomes</i> dari penerapan IPC sedangkan penelitian yang akan dibuat peneliti ingin menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi keberhasilan/kegagalannya dan proses pelaksanaannya.</p>



Judul - Penulis - Tahun	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
	kolaboratif).	<p>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> <ul style="list-style-type: none"> • 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>nal in bily</p>	<p>Untuk menguji pengetahuan terkini tentang fungsi tim FHT</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ontario FHT telah menghasilkan peningkatan dalam akses dan hasil layanan kesehatan. Fungsi tim kolaboratif, saat ini, 	<p>Persamaan: Variabel penelitian</p>



Optimization Software:
www.balesio.com

Judul - Penulis - Tahun	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
<p><i>Health Teams: A Review of the Literature</i></p> <p>(Gocan, Laplante and Woodend, 2014)</p>		<p>belum mencapai potensi penuhnya. Kebijakan publik yang mendukung, pendidikan untuk pasien dan penyedia, dan penelitian evaluasi diperlukan untuk memajukan fungsi FHT.</p>	<p>Perbedaan: Penelitian ini hanya melihat faktor-faktor yang memengaruhi penerapan IPC</p>
<p><i>Understanding factors affecting collaboration between midwives and other health care professionals in a birth center and its affiliated Quebec case</i></p>	<p>Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi hambatan dan fasilitator kolaborasi antarprofesional dan antar organisasi antara bidan di pusat persalinan dan profesional perawatan kesehatan lainnya di rumah sakit di Quebec.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Profesional asuhan maternitas membutuhkan pendekatan kolaboratif dalam bekerja dan batasan tanggung jawab perlu digambar ulang. Kerja kolaboratif antar-profesional antara bidan dan profesional perawatan bersalin lainnya sangat penting untuk meningkatkan akses dan pilihan perempuan untuk perawatan kehamilan di Kanada. Meskipun memiliki kerja tim kolaboratif dan multidisiplin adalah tujuan dari sistem perawatan bersalin, sulit untuk 	<p>Persamaan: Variabel penelitian Melihat faktor penghambat dan pendukung dari penerapan IPC</p> <p>Perbedaan: Penelitian yang akan dibuat peneliti ingin menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi</p>



Judul - Penulis - Tahun	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
(Behruzi <i>et al.</i> , 2017)		dicapai.	keberhasilan/kegagalannya dan proses pelaksanaannya
<i>Organizational Determinants of Interprofessional Collaboration in Integrative Health Care: Systematic Review of Qualitative Studies</i> (Chung <i>et al.</i> , 2012)	Tinjauan sistematis ini bertujuan untuk mengidentifikasi strategi organisasi yang akan memfasilitasi proses ini.	<ul style="list-style-type: none"> Tema-tema utama yang muncul dari tinjauan kami menunjukkan bahwa hubungan kolaboratif yang sukses antara BMD dan TCAMP serupa dengan yang ada di antara para profesional kesehatan lainnya, dan intervensi yang meningkatkan efektivitas kerja bersama dalam tim perawatan kesehatan lain dengan mungkin dapat ditransfer untuk mempromosikan kemitraan yang lebih baik antara paradigma. Namun, menjaga keseimbangan antara praktik yang berbeda dan mempertahankan sikap epistemologis TCAM akan tetap menjadi tantangan terbesar dalam integrasi yang berhasil. 	<p>Persamaan:</p> <p>Jenis penelitian kualitatif</p> <p>Variabel penelitian</p> <p>Perbedaan:</p> <p>Penelitian yang akan dibuat peneliti akan menganalisis faktor-faktor pendukung dan penghambat penerapan IPC</p>
Faktor	Mengetahui faktor-faktor	<ul style="list-style-type: none"> Faktor eksternal dan internal mempengaruhi 	Persamaan:



Judul - Penulis - Tahun	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
Kesiapan Perawat Dalam Praktik Kolaborasi <i>Interprofesional</i> Di Rumah Sakit Panti Nugroho Yogyakarta (Widyastuti, 2018)	yang memengaruhi kesiapan perawat dalam praktik kolaborasi antarprofesional (IPC)	kesiapan praktik kolaborasi <i>interprofesional</i> dengan nilai p 0,000. Hubungan yang paling positif adalah pada faktor pertimbangan sosial dan interpersonal (korelasi 0,739 **). Variabel kemampuan usia, pendidikan, pertimbangan sosial dan antarpribadi, lingkungan fisik, organisasi dan kelembagaan, perilaku, intrapersonal dan intelektual dalam menjelaskan varians variabel kesiapan praktik kolaborasi antarprofesional adalah 35%.	Variabel penelitian Perbedaan: Penelitian yang akan dibuat peneliti akan menganalisis faktor-faktor pendukung dan penghambat penerapan IPC
<i>Interprofessional Collaboration and Quality Primary Healthcare</i>)	Tujuan utama dari sintesis ini adalah untuk menilai dan mensintesis penelitian Kanada dan internasional tentang efek kolaborasi interprofesional pada sistem kesehatan, pasien /	<ul style="list-style-type: none"> • Ada bukti berkualitas tinggi yang mendukung hasil positif untuk pasien / klien, penyedia dan sistem di bidang khusus seperti kolaborasi antarprofesional dalam perawatan kesehatan mental, dan pencegahan dan manajemen penyakit kronis. • Ada temuan dalam literatur, dan beberapa 	Persamaan: Variabel penelitian Perbedaan: Penelitian yang akan dibuat peneliti akan menganalisis faktor-faktor



Judul - Penulis - Tahun	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
	klien dan hasil penyedia.	<p>yurisdiksi, yang mendukung hasil positif untuk pasien / klien, penyedia dan sistem ketika kolaborasi antarprofesional (misalnya, dokter / perawat, dokter / apoteker, dokter / ahli gizi dalam kemitraan) dipupuk dan didukung pada dasar pelayanan populasi geografis atau model kesehatan populasi. Hasil-hasil ini mencakup hal-hal seperti peningkatan perawatan diri pasien / klien, pengetahuan dan hasil; peningkatan kepuasan penyedia, pengetahuan, keterampilan dan perilaku praktik; dan peningkatan sistem seperti penyediaan berbagai layanan yang lebih luas, akses yang lebih baik, waktu tunggu yang lebih singkat dan pemanfaatan sumber daya yang lebih efektif.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ada temuan manfaat biaya kolaborasi 	pendukung dan penghambat penerapan IPC



Judul - Penulis - Tahun	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
		<p>antarprofesional di beberapa rangkaian perawatan kesehatan primer (seperti penurunan rata-rata penyedia dan biaya pasien untuk kontrol tekanan darah, tingkat penerimaan kembali yang lebih rendah dan biaya untuk perawatan primer berbasis rumah yang dikelola tim).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meskipun ada temuan terkait dengan hasil positif dari kolaborasi antarprofesional yang muncul melalui literatur dan dalam yurisdiksi, mereka tidak mengidentifikasi bagaimana variasi antara model kolaboratif antarprofesional mempengaruhi hasil. • Berbagai proses dan alat (termasuk definisi, prinsip, kerangka kerja, hambatan dan fasilitator) telah dikembangkan untuk mendukung perencanaan, penerapan dan evaluasi kemitraan kolaboratif 	



Judul - Penulis - Tahun	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
		<p>antarprofesional yang efektif yang dapat digunakan untuk perencanaan, penerapan, evaluasi, dan penelitian di masa depan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transfer pengetahuan dari sintesis seperti ini diperlukan untuk memanfaatkan studi saat ini dalam perencanaan lebih lanjut, penelitian penerapan dan evaluasi. • Ada kebutuhan akan dukungan peraturan dan legislatif yang lebih besar untuk mendorong dan mempromosikan konsistensi dan kejelasan kemitraan kolaboratif antarprofesional (misalnya, dokter / perawat, dokter / apoteker, dokter / ahli gizi) dan ruang lingkup praktik, serta ketersediaan dokter (dan model remunerasi profesional) lainnya. • Ada kebutuhan untuk penelitian yang lebih ketat untuk memperjelas definisi untuk 	



Judul - Penulis - Tahun	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
		kolaborasi antarprofesional (terutama klarifikasi peran pasien / klien dan keluarga dalam proses), tim dan perawatan bersama; untuk mengumpulkan bukti kualitas yang lebih tinggi mengenai kolaborasi antarprofesional dan hasil untuk melayani populasi geografis atau model kesehatan populasi; dan untuk mengumpulkan bukti yang menghubungkan variasi dalam model dengan hasil.	
<i>Interprofessional Collaboration in Health Care: Education and Practice</i>	Tujuan umum dari tesis ini adalah untuk mengeksplorasi kolaborasi interprofesional dan pembelajaran dalam pendidikan perawatan kesehatan dan dalam praktik perawatan	<ul style="list-style-type: none"> • Cara praktik pendidikan dan perawatan kesehatan diatur memiliki pengaruh pada pola interaksi antara siswa dan para profesional. Pengaturan di Ruang Pelatihan Interprofesional memungkinkan dan membatasi kemungkinan bagi siswa untuk belajar kompetensi profesional dan interprofesional. Praktik profesional dalam 	<p>Persamaan: Variabel penelitian</p> <p>Perbedaan: Penelitian yang akan dibuat peneliti akan menganalisis faktor-faktor pendukung dan</p>



Judul - Penulis - Tahun	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
	<p>kesehatan interprofesional. Lebih khusus, pertanyaan penelitian dalam tesis dijawab dalam dua studi mengenai bagaimana pengetahuan profesional dikembangkan dan dibagikan dalam pendidikan perawatan kesehatan sarjana interprofesional dan dalam praktik perawatan kesehatan interprofesional.</p>	<p>perawatan kesehatan digantung bersama melalui serangkaian tindakan yang memengaruhi kolaborasi dan pembelajaran antarprofesional. Hubungan antara aktor manusia, objek material dan artefak penting untuk memahami praktik interprofesional.</p>	<p>penghambat penerapan IPC</p>
<p><i>Interprofessional Collaboration: The Experience of Medical Professionals</i></p>	<p>Untuk mengetahui pengalaman kolaborasi antarprofesional dari perspektif keperawatan dan mahasiswa kedokteran.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Temuan menunjukkan bahwa pengalaman kolaborasi antarprofesional dalam acara pembelajaran dipengaruhi oleh pengelompokan alami minat bersama di antara siswa. Selain itu, kesan-kesan tentang hubungan dokter-perawat sebelum 	<p>Persamaan: Variabel penelitian</p> <p>Perbedaan: Penelitian yang akan dibuat peneliti akan</p>



Judul - Penulis - Tahun	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
<p><i>Education</i></p> <p>(Prentice <i>et al.</i>, 2015)</p>		<p>program pendidikan dan selama penempatan klinis mendominasi pembentukan hubungan baru dan perolehan pengetahuan baru tentang peran, yang mungkin memiliki implikasi untuk praktik di masa depan.</p>	<p>menganalisis faktor-faktor pendukung dan penghambat penerapan IPC</p>
<p><i>Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education</i></p> <p>(Odegard, 2014)</p>	<p>Untuk menjelaskan model kurikulum pelatihan dari tiga universitas tentang pendidikan kolaboratif dan <i>interprofesional</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Program didaktik ini menekankan keterampilan membangun tim antarprofesional, pengetahuan tentang profesi, perawatan yang berpusat pada pasien, pembelajaran layanan, dampak budaya pada pemberian layanan kesehatan dan komponen klinis antarprofesional. Pengalaman berbasis komunitas menunjukkan bagaimana kolaborasi antarprofesional memberikan layanan kepada pasien dan bagaimana lingkungan dan ketersediaan sumber daya berdampak 	<p>Persamaan: Variabel penelitian</p> <p>Perbedaan: Penelitian yang akan dibuat peneliti akan menganalisis faktor-faktor pendukung dan penghambat penerapan IPC</p>



Judul - Penulis - Tahun	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
		<p>pada status kesehatan seseorang. Pengalaman interprofesional-simulasi menggambarkan pelatihan keterampilan tim klinis dalam simulasi formatif dan sumatif yang digunakan untuk mengembangkan keterampilan dalam komunikasi dan kepemimpinan. Satu tema umum yang mengarah pada pengalaman yang sukses di antara ketiga model interprofesional ini termasuk membantu siswa untuk memahami identitas profesional mereka sendiri sambil mendapatkan pemahaman tentang peran profesional lain dalam tim perawatan kesehatan. Komitmen dari departemen dan perguruan tinggi, perjanjian kalender yang beragam, pemetaan kurikuler, pelatihan mentor dan fakultas, rasa kebersamaan, ruang fisik yang memadai, teknologi, dan</p>	



Judul - Penulis - Tahun	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
		<p>hubungan masyarakat semuanya diidentifikasi sebagai sumber daya penting untuk program yang sukses. Rekomendasi ringkasan untuk praktik terbaik termasuk kebutuhan akan dukungan administratif, infrastruktur programatik interprofesional, fakultas yang berkomitmen, dan pengakuan atas partisipasi siswa sebagai komponen kunci keberhasilan bagi siapa pun yang mengembangkan program yang berpusat pada IPE.</p>	
<p><i>Interprofessional Collaboration and Collaboration Among Nursing Staff</i></p>	<p>Penelitian ini bertujuan untuk menilai kepuasan dari kolaborasi di antara anggota staf perawat serta antara perawat dan dokter, dan untuk menentukan faktor-faktor yang</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 87,8% setuju bahwa kolega di rumah sakit saling membantu, dan 76,9% setuju bahwa ada kerja tim dan kolaborasi antara berbagai tingkat staf perawat. Hampir setengah (50,5%) tidak setuju bahwa tidak ada yang tidak merusak upaya yang lain. Banyak anggota staf perawat (50,6%) setuju bahwa 	<p>Persamaan: Variabel penelitian</p> <p>Perbedaan: Penelitian yang akan dibuat peneliti akan menganalisis faktor-faktor</p>



Judul - Penulis - Tahun	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
(Dimitriadou <i>et al.</i> , 2008)	mempengaruhi kolaborasi mereka.	dokter berkolaborasi sangat baik dengan mereka. Lebih dari setengah sampel (56%) tidak setuju bahwa dokter memiliki gambaran lengkap tentang kegiatan perawat dan 57,7% tidak setuju bahwa dokter terlalu banyak meremehkan staf perawat. Karena lingkungan kerja keperawatan memiliki dampak penting pada keselamatan pasien, anggota staf perawat dan dokter harus berusaha untuk bekerja sama dengan baik dan untuk memberikan layanan yang berkualitas.	pendukung dan penghambat penerapan IPC
Komunikasi Efektif Dalam Praktek Kolaborasi	Untuk mengetahui komunikasi efektif dalam praktik kolaborasi interprofesi akan meningkatkan kualitas pelayanan.	<ul style="list-style-type: none"> • Kualitas layanan yang baik tergantung pada profesional yang bekerja sama dalam tim interprofessional. Komunikasi interprofesional yang digunakan adalah SBAR (<i>Situation-Background Assessment-Recommendation</i>). 	Persamaan: Variabel penelitian Perbedaan: Penelitian yang akan dibuat peneliti akan



Judul - Penulis - Tahun	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
Kualitas Pelayanan (Rokhmah dan Anggorowati, 2017)			menganalisis faktor-faktor pendukung dan penghambat penerapan IPC
<i>Interprofessional Collaborative Practice to Improve Patient Outcomes: A Pilot Study</i> (Styron, 2014)	Untuk memfasilitasi inovasi praktik kolaborasi interprofesional, melalui pengembangan kepemimpinan, kompetensi inti, dan penggunaan teknologi, terutama di kalangan perawat.	<ul style="list-style-type: none"> • Secara keseluruhan, proyek percontohan mencakup banyak prestasi. Hasil-hasil proyek termasuk keahlian dan kepemimpinan fakultas dalam praktik kerja sama antarprofesional (IPCP) lintas profesi ilmu kesehatan, peningkatan kolaborasi dan penawaran klinis antarprofesional untuk mahasiswa ilmu kesehatan, dan paparan terhadap pengiriman perawatan berkualitas tinggi, efisien, berbondong-bondong dalam pengaturan berbasis masyarakat. Makalah ini berfokus pada proses delapan langkah Kotter untuk memimpin perubahan dan memberikan wawasan tentang unsur-unsur 	<p>Persamaan: Variabel penelitian</p> <p>Perbedaan: Penelitian yang akan dibuat peneliti akan menganalisis faktor-faktor pendukung dan penghambat penerapan IPC</p>



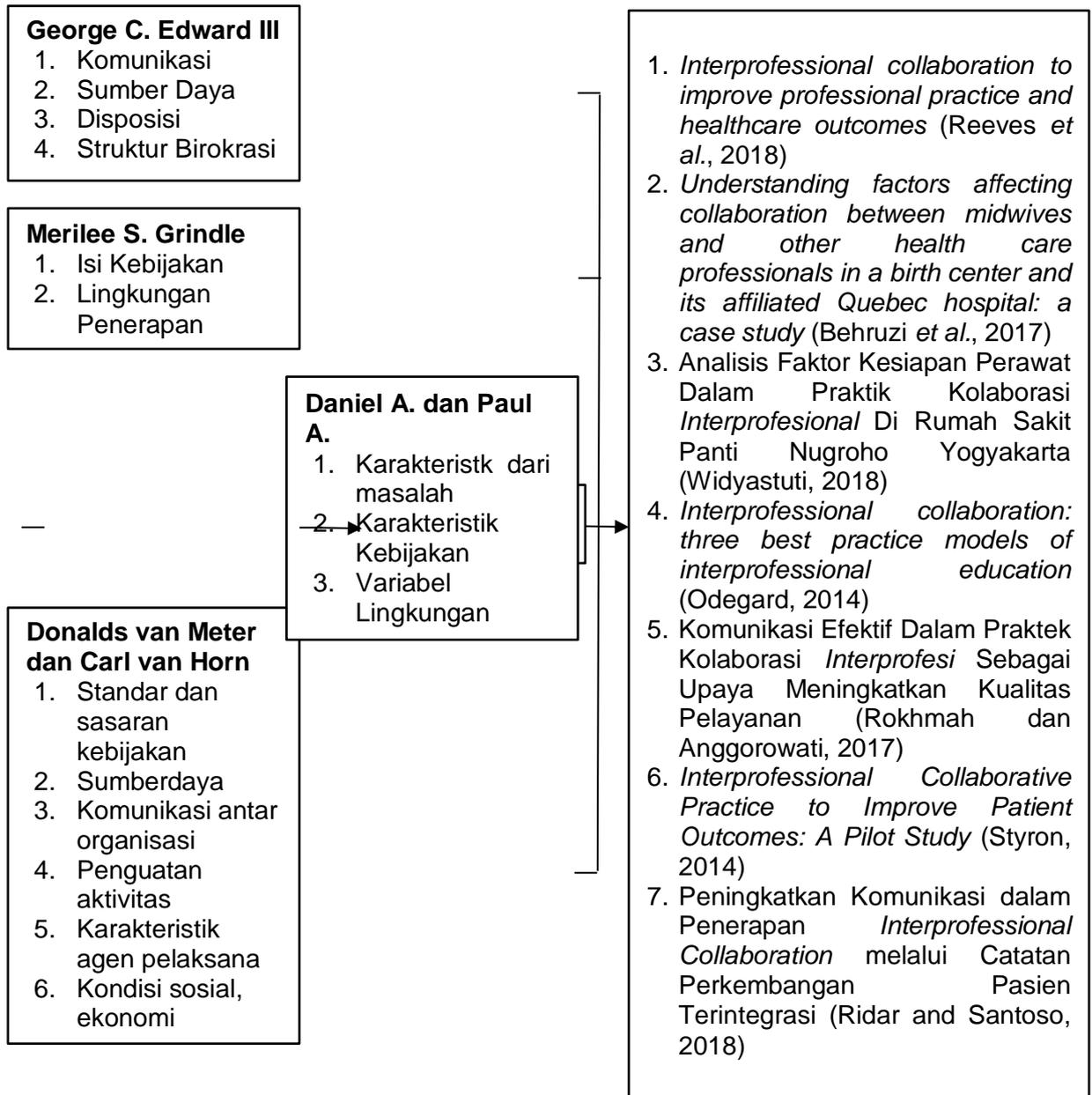
Judul - Penulis - Tahun	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
		<p>yang diperlukan untuk merencanakan, merancang, mengpenerapkan, dan memperbaiki pengalaman klinis antarprofesional. Elemen-elemen ini diperlukan untuk memastikan pengalaman tersebut dapat dipertahankan dan direplikasi untuk ekspansi. Dengan fase percontohan selesai, tim proyek akan mengalihkan fokus pada tahun kedua pada eksplorasi dampak pengalaman ini pada pembelajaran siswa dan hasil pasien juga harus ditangani.</p>	
<p>Peningkatkan Komunikasi dalam Penerapan <i>Interprofessional</i></p>	<p>Memberikan gambaran upaya dalam peningkatan komunikasi dalam penerapan <i>interprofessional Collaboration</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Upaya yang dilakukan untuk meningkatkan komunikasi dalam penerapan <i>interprofessional collaboration</i> adalah dengan menggunakan catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT). Metode pencatatan terintegrasi ini diharapkan dapat meningkatkan komunikasi 	<p>Persamaan: Variabel penelitian</p> <p>Perbedaan: Penelitian yang akan dibuat peneliti akan menganalisis faktor-faktor</p>



Judul - Penulis - Tahun	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
Pasien Terintegrasi (Ridar and Santoso, 2018)		efektif antar profesi, pencatatan dilakukan lebih optimal, meminimalkan mis komunikasi, dan meningkatkan keselamatan pasien yang berdampak kepada mutu pelayanan. Peningkatan komunikasi dalam praktek interprofessional collaboration dapat ditingkatkan dengan penerapan catatan perkembangan pasien terintegrasi	pendukung dan penghambat penerapan IPC



2.6. Mapping Teori



Gambar 6. Mapping Teori Penerapan IPC

Beberapa teori yang menjelaskan faktor-faktor yang memengaruhi

an suatu program yakni teori dari George C. Edward III yang

akan bahwa penerapan suatu program dipengaruhi oleh faktor

asi, sumber daya dan disposisi; teori Merilee S. Grindle



mengatakan bahwa faktor-faktor yang memengaruhi penerapan adalah isi kebijakan dan lingkungan penerapan; teori Daniel A. Mazmanian dan Paul A. Sabatier mengungkapkan bahwa faktor-faktor yang memengaruhi penerapan adalah karakteristik dari masalah, karakteristik kebijakan dan variabel lingkungan; dan teori terakhir adalah teori Donalds van Meter dan Carl van Horn mengatakan bahwa faktor-faktor yang memengaruhi penerapan ada enam yakni standar dan sasaran kebijakan, sumber daya, komunikasi antar organisasi, penguatan aktivitas, karakteristik agen pelaksana dan kondisi sosial ekonomi.

Selain teori-teori diatas, terdapat beberapa jurnal yang membahas mengenai penerapan IPC. Dalam jurnal Reeves *et al.* (2018) dikatakan bahwa penerapan IPC dapat meningkatkan praktik petugas kesehatan dan hasil dari pelayanan kesehatan yang di berikan. Penelitian yang dilakukan oleh Behruzi *et al.* (2017) di Quebec menemukan bahwa dalam asuhan keperawatan pasien diperlukan pendekatan kolaboratif dan adanya batasan tanggung jawab untuk meningkatkan akses dan pilihan perawatan. Odegard (2014) mengatakan bahwa program IPC menekankan keterampilan membangun tim antarprofesional, pengetahuan tentang profesi, perawatan yang berpusat pada pasien, pembelajaran dan menjadikan budaya. Styron (2014) dalam studi pilot yang dilakukan menemukan bahwa delapan langkah Kotler untuk memimpin perubahan

memberikan wawasan tentang unsur-unsur yang diperlukan untuk menganalisis, merancang, mengpenerapkan, dan memperbaiki

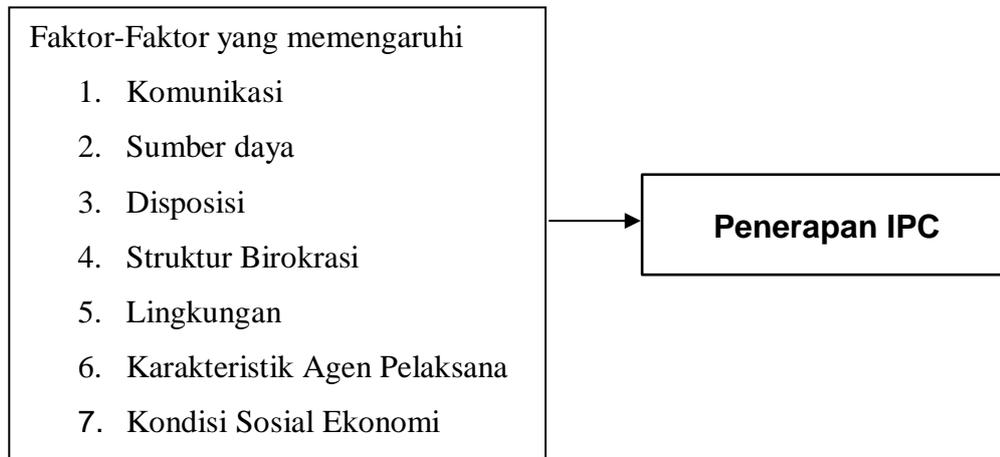


pengalaman klinis antarprofesional diperlukan untuk memastikan pengalaman tersebut dapat dipertahankan dan direplikasi untuk ekspansi.

Widyastuti (2018) menemukan bahwa faktor *eksternal* dan *internal* memengaruhi kesiapan praktik kolaborasi *interprofesional*. Rokhman dan Anggorowati (2017) menemukan bahwa kualitas pelayanan yang baik tergantung pada profesional yang bekerja sama dalam tim *interprofesional* dimana komunikasi merupakan hal penting. Ridar dan Santoso (2018) mengatakan bahwa untuk meningkatkan komunikasi dalam penerapan IPC dengan menggunakan catatan perkembangan pasien terintegrasi.



2.7. Kerangka Teori



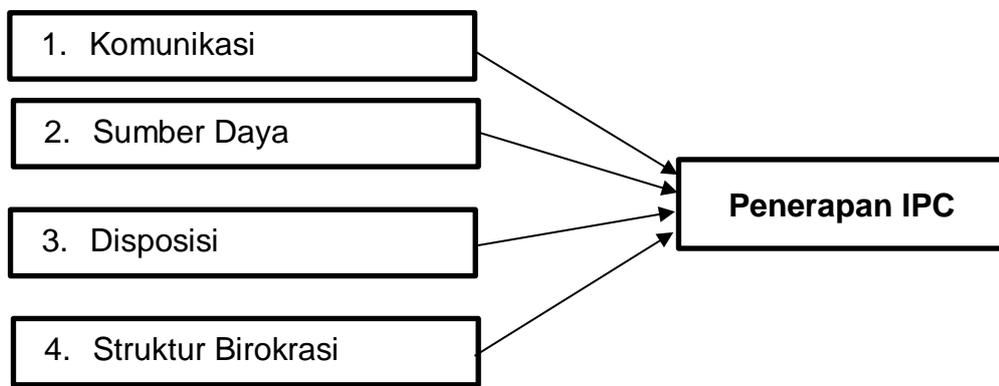
Gambar 7. Kerangka Teori Modifikasi dari Teori George C. Edward III, Merilee S. Grindle, Daniel A. Mazmanian dan Paul A. Sabatier, serta teori dari Donalds van Meter dan Carl van Horn

Teori yang menjelaskan faktor-faktor yang memengaruhi penerapan suatu program yakni teori dari George C. Edward III yang mengatakan bahwa penerapan suatu program dipengaruhi oleh faktor komunikasi, sumber daya dan disposisi; teori Merilee S. Grindle mengatakan bahwa faktor-faktor yang memengaruhi penerapan adalah isi kebijakan dan lingkungan penerapan; teori Daniel A. Mazmanian dan Paul A. Sabatier mengungkapkan bahwa faktor-faktor yang memengaruhi penerapan adalah karakteristik dari masalah, karakteristik kebijakan dan variabel lingkungan; dan teori terakhir adalah teori Donalds van Meter dan Carl van Horn mengatakan bahwa faktor-faktor yang memengaruhi penerapan ada enam yakni standar dan sasaran kebijakan, sumber daya, komunikasi antar organisasi, penguatan aktivitas, karakteristik agen pelaksana dan kondisi sosial ekonomi.



Berdasarkan mapping teori dari teori-teori dan jurnal yang dibuat, maka dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor yang memengaruhi penerapan suatu program adalah komunikasi, sumber daya, disposisi, struktur birokrasi, isi kebijakan, lingkungan, karakteristik masalah dan aktivitas. Semuanya saling berkaitan dalam memengaruhi penerapan IPC.

2.8. Kerangka Konsep



Gambar 8. Kerangka Konsep

Berdasarkan rangkuman kerangka teori diatas, maka peneliti membuat kerangka konsep penelitian. Kerangka konsep penelitian yang akan diteliti adalah faktor-faktor yang memengaruhi berupa komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi terhadap penerapan IPC dan penerapan SOP mengenai IPC di Siloam *Hospitals* Balikpapan.

Komunikasi merupakan proses pengalihan ide dari satu sumber ke satu penerima atau lebih dengan tujuan agar mengubah tingkah laku.

Dalam penelitian ini, unsur komunikasi yang akan diteliti adalah penyediaan informasi mengenai kebijakan terhadap penerapannya, rapat dengan unit terkait, pelatihan *inhouse training*, komunikasi



perawat dengan dokter jaga ruangan, serta komunikasi dokter jaga ruangan dengan DPJP.

Sumber daya merupakan nilai atau potensi yang dimiliki oleh materi atau unsur tertentu dalam kehidupan. Sumber daya tidak selalu bersifat fisik, tetapi juga non fisik. Sumber daya ada yang dapat berubah, baik menjadi semakin besar maupun hilang, dan ada pula sumber daya yang dapat pulih atau terbarukan dan sumber daya tak terbarukan. Dalam penelitian ini, unsur sumber daya yang akan dinilai adalah sumber daya pelaksana yang terdiri dari jumlah ketenagaan, karakteristik ketenagaan, kompetensi perawat dan dokter jaga ruangan, serta kewenangan yang diberikan kepada pelaksana dalam kebijakan.

Disposisi adalah keinginan, kemauan dan kecenderungan para pelaku kebijakan untuk melaksanakan serta mewujudkan kebijakan tersebut secara sungguh-sungguh. Dalam penelitian ini, unsur disposisi yang akan dinilai berupa perilaku kebijakan memiliki sikap komitmen penerapan, dukungan oleh pimpinan, penempatan staf sesuai kompetensi, serta insentif.

Struktur birokrasi adalah struktur tertentu yang memiliki karakteristik tertentu: hierarki, diferensiasi dan kualifikasi atau kompetensi. Dalam penelitian ini, struktur birokrasi yang akan dinilai pola hubungan antara jajaran birokrasi dalam penerapan penerapan IPC, mulai dari stuktur organisasi, SOP, serta pembagian tugas tanggungjawab.

penerapan IPC adalah tindakan-tindakan yang harus dilakukan oleh pokok individu yang telah ditunjuk untuk melaksanakan IPC.



Penilaian dari penerapan IPC dikatakan berhasil apabila tahapannya dilakukan dengan benar dan tepat dan di dokumentasi dengan lengkap.



2.9. Definisi Konsep dan Kriteria Objektif

Tabel 4. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif Variabel Analisis Tingkat Penerapan *Interprofesional Collaboration* (IPC) Di Siloam Hospitals Balikpapan

No	Variabel Penelitian	Definisi Teori	Definisi Konsep	Alat dan Cara Ukur	Hasil Pengukuran	Kriteria Objektif
1	Penerapan IPC	Tindakan-tindakan yang harus dilakukan oleh sekelompok individu yang telah ditunjuk untuk menyelesaikan suatu tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya.	Penerapan IPC dikatakan berhasil apabila tahapannya dilakukan dengan benar dan tepat dan di dokumentasi dengan lengkap	Alat Ukur: - Observasi - Wawancara - Studi Dokumenter Cara Ukur: - Dokumen Rekam medis - Cek list SOP - Telaah wawancara	Penerapan IPC dikatakan lengkap apabila dilaksanakan SOP secara benar dan di dokumentasikan secara lengkap	Sesuai Bila dilakukan sesuai dengan tahapan Tidak Sesuai Bila dilakukan tidak sesuai dengan tahapan
	si	Komunikasi adalah proses pengalihan ide dari satu sumber ke satu penerima	Penyampaian informasi mengenai kebijakan terhadap penerapannya:	Alat Ukur: - Kuesioner - Formulir	- Notulen rapat, absensi kehadiran	Jelas Bila informasi yang disampaikan



No	Variabel Penelitian	Definisi Teori	Definisi Konsep	Alat dan Cara Ukur	Hasil Pengukuran	Kriteria Objektif
		atau lebih dengan tujuan agar mengubah tingkah laku. (Rogers, 2002)	<ul style="list-style-type: none"> - Rapat dengan unit terkait - Pelatihan Inhouse training - Komunikasi perawat dengan dokter jaga ruangan - Komunikasi dokter jaga ruangan dengan DPJP 	pengkajian dan Catatan terintegrasi Cara Ukur: <ul style="list-style-type: none"> - Dokumen - Rekam Medis Pasien - Observasi 	<ul style="list-style-type: none"> - Daftar hadir pelatihan dan materi pelatihan - Catatan terintegrasi (CPTT) 	dapat dimengerti dan atau dilaksanakan dengan baik dan benar. Tidak Jelas Bila informasi yang disampaikan tidak dapat dimengerti dan atau tidak dilaksanakan dengan baik dan benar.
	aya	Suatu nilai atau potensi yang dimiliki oleh materi atau unsur tertentu dalam	Sumber daya pelaksana : <ul style="list-style-type: none"> - Jumlah Ketenagaan 	Alat Ukur: <ul style="list-style-type: none"> - Wawancara - Kuesioner 	<ul style="list-style-type: none"> - Matrix Ketenagaan Makro dan 	Sesuai Bila jumlah ketenagaan, jenis



No	Variabel Penelitian	Definisi Teori	Definisi Konsep	Alat dan Cara Ukur	Hasil Pengukuran	Kriteria Objektif
		kehidupan. Sumber daya tidak selalu bersifat fisik, tetapi juga non fisik. Sumber daya ada yang dapat berubah, baik menjadi semakin besar maupun hilang, dan ada pula sumber daya yang dapat pulih atau terbarukan dan sumber daya tak terbarukan. (Smith, 2011)	<ul style="list-style-type: none"> - Karakteristik ketenagaan - Kompetensi Perawat dan dokter jaga ruangan - Adanya kewenangan yang diberikan kepada DPJP, RMO dan perawat dalam kebijakan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Data sekunder jumlah dan kualitas SDM <p>Cara Ukur: Telaah Kuesioner</p>	<p>Mikro</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formulir dokumentasi - Kebijakan tentang IPC dari direktur - <i>Job description</i> petugas 	<p>ketenagaan, kompetensi dan kewenangan yang diberikan sesuai.</p> <p>Tidak Sesuai</p> <p>Bila jumlah ketenagaan, jenis ketenagaan, kompetensi dan kewenangan yang diberikan tidak sesuai.</p>
4	Disposisi	Suatu keinginan, kemauan dan kecenderungan para pelaku kebijakan untuk melaksanakan serta mewujudkan kebijakan	<p>Kecenderungan atau keinginan perilaku kebijakan memiliki sikap:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Komitmen penerapan - didukung oleh 	<p>Alat Ukur:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wawancara - Observasi <p>Cara Ukur:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ada dukungan Direktur dengan SK pemberlakuan 	<p>Sesuai</p> <p>Bila perilaku kebijakan sesuai dengan komitmen,</p>



No	Variabel Penelitian	Definisi Teori	Definisi Konsep	Alat dan Cara Ukur	Hasil Pengukuran	Kriteria Objektif
		tersebut secara sungguh-sungguh. (Edward III dalam Widodo: 2010)	<p>pimpinan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penempatan staf sesuai kompetensi - Insentif yang sesuai porsi 	<ul style="list-style-type: none"> - Telaah kuesioner - Hasil cek list 	<p>n</p> <ul style="list-style-type: none"> - Daftar Dinas staf 	<p>dukungan dari pimpinan, penempatan dan insentif yang sesuai.</p> <p>Tidak Sesuai</p> <p>Bila perilaku kebijakan tidak sesuai dengan komitmen, dukungan dari pimpinan, penempatan dan insentif yang sesuai.</p>
		Birokrasi adalah struktur tertentu yang memiliki karakteristik tertentu:	Pola hubungan antara jajaran birokrasi dalam penerapan penerapan	<p>Alat Ukur:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wawancara - Kuesioner 	<ul style="list-style-type: none"> - Struktur organisasi - Penerapan 	<p>Sesuai</p> <p>Bila hubungan antar jajaran</p>



No	Variabel Penelitian	Definisi Teori	Definisi Konsep	Alat dan Cara Ukur	Hasil Pengukuran	Kriteria Objektif
		<p>hierarki, diferensiasi dan kualifikasi atau kompetensi. Hierarkhi berkaitan dengan struktur jabatan yang mengakibatkan perbedaan tugas dan wewenang antar anggota organisasi. Diferensiasi yang dimaksud adalah perbedaan tugas dan wewenang antar anggota organisasi birokrasi dalam mencapai tujuan. Sedangkan kualifikasi atau kompetensi maksudnya adalah seorang birokrat hendaknya orang yang</p>	<p>IPC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stuktur organisasi - SOP - Pembagian tugas tanggungjawab 	<p>- Observasi</p> <p>Cara Ukur: Telaah kuesioner</p>	<p>SOP</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Job Description</i> 	<p>birokrasi sesuai dengan SOP dan pembagian tugas tanggung jawab.</p> <p>Tidak Sesuai Bila hubungan antar jajaran birokrasi tidak sesuai dengan SOP dan pembagian tugas tanggung jawab.</p>



No	Variabel Penelitian	Definisi Teori	Definisi Konsep	Alat dan Cara Ukur	Hasil Pengukuran	Kriteria Objektif
		<p>memiliki kualifikasi atau kompetensi yang diperlukan untuk melaksanakan tugas dan wewenangnya secara profesional. Dalam hal ini seorang birokrat bukanlah orang yang tidak tahu menahu tentang tugas dan wewenangnya, melainkan orang yang sangat profesional dalam menjalankan tugas dan wewenangnya tersebut.</p> <p>Farel Heady (1989)</p>				

