

BAB I

PENDAHULUAN

I.1. Latar Belakang

Untuk Peningkatan kualitas pelayanan Kesehatan khususnya dalam bidang rehabilitasi medik maka kolaborasi antar profesi sangatlah penting. Pasien – pasien yang membutuhkan layanan rehabilitasi seperti pada pasien stroke, cedera tulang belakang dan kondisi perawatan jangka panjang lainnya membutuhkan bantuan dari berbagai bidang seperti kedokteran, fisioterapi, terapis okupasi, terapis wicara, keperawatan dan psikologi. Diharapkan dengan kerjasama lintas profesi ini dapat meningkatkan hasil perawatan dan mempercepat masa pemulihan serta komplikasi paska terapi dapat dihindari (Reeves *et al.*, 2017; Barr, Helme and D'Avray, 2018).

Pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi memerlukan pendekatan yang holistik dan terkoordinasi. Dalam konteks pelayanan rehabilitasi medik, keterlibatan berbagai profesi kesehatan seperti dokter, terapis fisik, terapis okupasi, perawat, dan psikolog menjadi esensial untuk memastikan pasien menerima perawatan yang komprehensif. Pendekatan ini dikenal sebagai *kolaborasi interprofesi*, yaitu kerja sama antarprofesi kesehatan yang saling menghormati, berbagi tanggung jawab, dan bertujuan untuk meningkatkan luaran kesehatan pasien (Barr, Helme and D'Avray, 2018).

Kolaborasi interprofesi memiliki potensi untuk meningkatkan efektivitas layanan kesehatan dengan cara:

1. Meminimalkan kesalahan komunikasi (World Health Organization, 2010).
2. Mengoptimalkan penggunaan keahlian dari setiap profesi (Reeves *et al.*, 2017).
3. Meningkatkan efisiensi dalam proses pengambilan keputusan klinis (D'Amour et

al., 2005).

Tingkat kepuasan pasien menjadi salah satu tolok ukur utama dalam mengevaluasi mutu layanan kesehatan. Kepuasan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk komunikasi yang efektif, perhatian terhadap kebutuhan pasien, dan koordinasi yang baik antarprofesi kesehatan. Dalam pelayanan rehabilitasi medik, di mana pasien sering kali menghadapi kondisi kronis atau membutuhkan perawatan jangka panjang, kepuasan pasien menjadi semakin penting sebagai indikator keberhasilan terapi. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa:

1. Kolaborasi interprofesi yang baik dapat meningkatkan persepsi pasien terhadap kualitas layanan (Supper et al., 2015). Hal ini terjadi karena pasien merasa didengar dan diperlakukan sebagai pusat dari tim perawatan.
2. Komunikasi yang buruk atau kurangnya koordinasi antarprofesi sering kali menjadi sumber ketidakpuasan pasien, terutama dalam pelayanan yang kompleks seperti rehabilitasi medik (Hojat et al., 2011).

Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT) adalah instrumen yang dirancang untuk mengevaluasi efektivitas kolaborasi interprofesi dalam tim pelayanan kesehatan. CPAT terdiri dari 7 domain utama dengan 48 item, yaitu:

1. **Hubungan Anggota:** Menilai kepercayaan, penghormatan, dan interaksi antar anggota tim.
2. **Hambatan Kolaborasi Tim:** Mengidentifikasi kendala seperti kurangnya otonomi atau konflik dalam tim.
3. **Pemberdayaan Komunitas:** Mengukur hubungan tim dengan komunitas lokal dan penyedia layanan lainnya.
4. **Kepemimpinan dan Komunikasi:** Mengukur efektivitas komunikasi dan peran pemimpin tim dalam mendukung kolaborasi.

5. **Manajemen Konflik dan Pengambilan Keputusan:** Mengukur bagaimana tim mengelola konflik dan membuat keputusan bersama.
6. **Praktik Kolaboratif Interprofesional:** Menilai kejelasan tanggung jawab, tujuan bersama, dan pemahaman peran.
7. **Keterlibatan Pasien:** Mengukur tingkat partisipasi pasien dalam proses perawatan.

Instrumen ini telah diadaptasi ke berbagai konteks, termasuk Indonesia, untuk memastikan relevansi budaya dan profesional (Ardyansyah et al., 2024). Validitas dan reliabilitasnya telah diuji, menjadikannya alat yang penting untuk mengevaluasi dan meningkatkan kolaborasi interprofesi dalam layanan rehabilitasi medik.

Di Indonesia sendiri, pelaksanaan layanan rehabilitasi medik menghadapi tantangan seperti keterbatasan sumber daya manusia, kurangnya pelatihan dalam kolaborasi interprofesi, dan tingkat kepuasan pasien yang belum optimal. Banyak fasilitas kesehatan belum memiliki struktur atau mekanisme yang mendukung kolaborasi antarprofesi secara efektif. Hal ini dapat menghambat upaya untuk memberikan layanan rehabilitasi medik yang berkualitas (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI), 2018).

Penelitian ini dengan pendekatan "*mixed method*" mengenai hubungan antara kolaborasi interprofesi dan kepuasan pasien dalam pelayanan rehabilitasi medik penting untuk dilakukan. Penelitian ini berperan dalam mengungkap sejauh mana kerja sama antarprofesi berdampak pada kepuasan pasien, serta memberikan masukan untuk peningkatan mutu layanan melalui pendekatan kolaboratif, sekaligus mendukung perumusan kebijakan dan program pelatihan kolaborasi antarprofesi di institusi kesehatan di Indonesia

I.2. Rumusan Masalah

1. Bagaimana tingkat kolaborasi anggota tim lintas profesi terhadap pelaksanaan kolaborasi di Instalasi Rehabilitasi medik?
2. Bagaimana dampak Kolaborasi lintas profesi terhadap kepuasan pasien di Instalasi Rehabilitasi Medik?
3. Bagaimana korelasi antara kolaborasi lintas profesi dan kepuasan pasien di Instalasi Rehabilitasi Medik?
4. Bagaimana upaya yang dapat dilakukan untuk mencapai layanan kesehatan yang berkualitas tinggi?

I.3. Tujuan Penelitian

1. Mengetahui tingkat kolaborasi anggota tim lintas profesi terhadap pelaksanaan kolaborasi di Instalasi Rehabilitasi medik.
2. Mengidentifikasi dampak Kolaborasi lintas profesi terhadap kepuasan pasien di Instalasi Rehabilitasi Medik .
3. Bagaimana korelasi antara kolaborasi lintas profesi dan kepuasan pasien di Instalasi Rehabilitasi Medik?
4. Mengetahui upaya yang dapat dilakukan untuk mencapai layanan kesehatan yang berkualitas tinggi.

I.4. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

- a. Penelitian ini dapat membangun teori tentang kolaborasi tim dan hasil klinis yang lebih baik dalam layanan Rehabilitasi Medis.
- b. Hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran penggunaan *Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT)* dalam berbagai konteks layanan kesehatan, terutama dalam menilai dan meningkatkan kolaborasi tim di unit rehabilitasi

untuk pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi.

2. Manfaat Klinis

- a. Studi ini dapat membantu manajer rumah sakit dan pimpinan Instalasi Rehabilitasi Medik membuat rencana untuk meningkatkan kolaborasi lintas profesi.
- b. Rumah sakit dan lembaga kesehatan dapat menggunakan *Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT)* sebagai alat evaluasi berkala untuk mengidentifikasi area kolaborasi di mana perbaikan perlu dilakukan.
- c. Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas perawatan pasien dalam program rehabilitasi dengan memperkuat kolaborasi antar profesi untuk pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi.
- d. Penelitian ini dapat berkontribusi dalam membangun suasana kerja yang lebih kondusif bagi anggota tim antarprofesi dengan memahami secara lebih komprehensif elemen-elemen yang menunjang dan menghalangi kolaborasi.

3. Manfaat Kebijakan

- a. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan oleh pembuat kebijakan rumah sakit dalam menyusun strategi yang mendukung pengembangan tim lintas disiplin yang efektif..
- b. Penelitian ini dapat mendorong rumah sakit untuk menerapkan model evaluasi kolaborasi berbasis data dengan menerapkan *Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT)* sebagai alat evaluasi.

4. Manfaat Bagi Penelitian Lanjutan

- a. Studi ini dapat menjadi referensi bagi peneliti lain yang ingin mempelajari kolaborasi profesional dalam rehabilitasi atau bidang kesehatan lainnya.
- b. Hasil penelitian dapat mendorong pembuatan *Collaborative Practice*

Assessment Tool (CPAT) atau instrumen penilaian kolaborasi lainnya yang lebih spesifik untuk unit rehabilitasi medik

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, diperlukan kolaborasi interprofesi, terutama dalam pelayanan rehabilitasi medik, di mana pasien sering membutuhkan perawatan yang komprehensif dan berkelanjutan. Untuk pemenuhan kebutuhan pasien yang kompleks, dengan kolaborasi antarprofesi yang efektif dapat dihasilkan pendekatan komprehensif (Reeves, *et al.*, 2017). Telah terbukti bahwa pasien dapat memperoleh kualitas hidup yang lebih baik, tingkat komplikasi yang lebih rendah dan waktu pemulihan yang lebih cepat merupakan hasil dari kolaborasi yang terorganisir dalam pelayanan tim rehabilitasi medik (Zwarenstein, Goldman and Reeves, 2009).

II.1. Konsep Kolaborasi Interprofesi dalam Layanan Kesehatan

Praktik kerja sama lintas profesi atau *Interprofessional Collaborative Practice* (IPCP) merupakan bentuk kolaborasi antara tim tenaga kesehatan dan pasien yang diwujudkan melalui partisipasi aktif, sinergi, dan koordinasi guna mencapai kesepakatan bersama terkait isu-isu kesehatan dan sosial (Orchard, *et.al.*, 2012). "Sebuah proses kolaboratif yang melibatkan berbagai tenaga kesehatan lintas disiplin yang bekerja bersama pasien dan keluarganya untuk mewujudkan hasil kesehatan yang optimal" adalah definisi kolaborasi interprofesi dalam bidang kesehatan (World Health Organization, 2010). Penelitian yang dilakukan oleh Reeves, *et. al.* (2017) menjelaskan bahwa kolaborasi yang efektif membutuhkan keterampilan teknis dari setiap pekerjaan serta kemampuan untuk berkolaborasi, berkoordinasi serta membuat keputusan bersama. Berbagai studi menunjukkan bahwa saling menghormati antaranggota tim dan

pembagian peran serta tanggung jawab yang terstruktur memiliki peran signifikan dalam menciptakan kolaborasi yang optimal (D'Amour, *et. al.*, 2005). Adanya perbedaan budaya kerja, kurangnya pemahaman tentang peran masing-masing pekerjaan serta hierarki di lingkungan rumah sakit sering menjadi penghalang pelaksanaan kolaborasi ini, sehingga sering menjadi tantangan (Mitchell, *et. al.*, 2012).

Kunci utama pada pelaksanaan praktik kerja sama lintas profesi adalah bagaimana upaya yang dilakukan untuk memastikan setiap anggota tim mampu menjalin kerja sama yang optimal. Sejumlah definisi dalam berbagai kepustakaan mengungkapkan kolaborasi sebagai (Morley and Cashell, 2017):

1. Mengikutsertakan partisipasi berbagai pihak guna meraih sasaran yang sama
2. Mencakup unsur sosial dan unsur fungsional
3. Merujuk pada bentuk kerja sama yang dinamis dan berkesinambungan antara tenaga ahli dan organisasi dari lintas disiplin yang bersinergi untuk memberikan layanan.
4. Suatu rangkaian proses interaksi yang melibatkan kerjasama, komunikasi efektif, kepercayaan timbal balik, penghargaan dan saling pengertian untuk membangun kemitraan sinergis yang mengedepankan kontribusi optimal dari setiap pihak yang terlibat
5. Membangun sinergi dalam manajemen pasien yang kompleks serta menciptakan tim lintas profesi yang didasari rasa saling percaya dan saling menghargai.
6. Proses bekerja secara kolektif yang mencakup perumusan keputusan bersama, penanganan perselisihan, dan pembangunan rasa saling pengertian serta penghargaan di antara pihak-pihak yang terlibat di dalamnya.
7. Mencakup kerjasama berkelanjutan dan penyusunan rencana bersama dalam

kemitraan yang setara, dengan saling menghormati dan keselarasan pandangan atau visi guna mencapai solusi kolektif.

Secara garis besar, sejumlah definisi diatas menyatakan bahwa kolaborasi merupakan gabungan aktivitas serta *insight* yang menuntut sinergitas dan komitmen bersama (Morley and Cashell, 2017).

Kolaborasi interprofesional dalam berbagai sektor telah menjadi sebuah keharusan, khususnya dalam bidang kesehatan, untuk mendapatkan perawatan pasien yang komprehensif dan berkualitas tinggi. Kolaborasi interprofesional mengharuskan berbagai profesional dari disiplin ilmu yang berbeda untuk bekerja secara bersama-sama dalam satu tim untuk mencapai tujuan yang ingin dicapai bersama. *Interprofessional Collaboration* (IPC) telah terbukti dapat meningkatkan efektivitas, efisiensi, dan keselamatan dalam pelayanan kesehatan. Secara umum IPCP merupakan kerja sama lintas disiplin profesi yang bertujuan mencapai hasil yang lebih unggul dibandingkan upaya individu atau tim yang bersifat monodisipliner (Reeves, *et. al.*, 2010).

Hasil yang dicapai pasca perawatan pasien juga berkorelasi langsung dengan kualitas kolaborasi antarprofesi. Riset yang dilaksanakan oleh Zwarenstein et al. (2009), menunjukkan bahwa hasil yang dicapai pasca perawatan pasien, seperti penurunan durasi rawat inap dan tingkat komplikasi, terjadi peningkatan dengan intervensi berbasis kolaborasi di antara tim lintas profesi (Zwarenstein, *et. al.*, 2009). Oleh karena itu, rumah sakit di seluruh dunia telah mengadopsi program pendidikan dan pelatihan kolaborasi interprofesi untuk meningkatkan koordinasi dan komunikasi antar tim kesehatan (Barr, Helme and D'Avray, 2018).

II.2. Penentu dalam Kolaborasi Interprofesional

Secara prinsip, IPC bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan dengan memanfaatkan keahlian spesifik setiap anggota tim. Namun, penerapan kolaborasi ini sering menghadapi berbagai tantangan, mulai dari perbedaan budaya kerja, perbedaan dalam pemahaman peran masing-masing, hingga kendala dalam komunikasi yang dapat memengaruhi sinergi tim.

Berbagai faktor penentu keberhasilan kolaborasi dalam konteks interprofesional telah teridentifikasi, termasuk didalamnya komunikasi efektif, tingkat kepercayaan antara anggota tim, dukungan organisasi, pemahaman terhadap peran masing-masing, dan keterampilan kolaboratif sesama anggota tim. Setiap elemen tersebut memiliki peran signifikan untuk memastikan kerja sama berjalan efektif dan menghasilkan output yang sesuai harapan. Beberapa kajian mendalam mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kolaborasi interprofesional.

1. Komunikasi Efektif

Komunikasi merupakan unsur elemen utama dalam kolaborasi interprofesional yang merupakan dasar untuk penyampaian informasi yang jelas dan terbuka bagi anggota tim. Penelitian yang dilakukan oleh Manser (2009), ditemukan bahwa komunikasi yang buruk sering menjadi faktor penyebab utama terjadinya kesalahan dalam tim kesehatan yang menyebabkan penurunan kualitas perawatan. Dengan demikian, komunikasi yang efisien tidak hanya melibatkan transfer informasi yang tepat dan akurat, tetapi juga mendukung percakapan konstruktif serta membangun suasana di mana setiap anggota tim merasa dihargai dan didengarkan. Misalnya, komunikasi yang jelas tentang rencana perawatan dan pembagian tugas dapat meminimalisir potensi kesalahpahaman yang sering kali menjadi penghalang dalam

IPC (Manser, et. Al., 2009).

Penelitian yang dilakukan oleh Orchard, *et. al.* (2012) menekankan pentingnya komunikasi untuk menciptakan budaya kolaborasi yang positif di lingkungan kesehatan. Dalam penelitian ini, terlihat bahwa hambatan komunikasi antara dokter, perawat, dan profesional kesehatan lainnya dapat menimbulkan ketegangan dan konflik, sehingga pada akhirnya akan berpengaruh pada hasil perawatan. Untuk menciptakan lingkungan kerja yang mendukung IPC, dibutuhkan keterampilan komunikasi yang mumpuni bagi setiap anggota tim dengan prinsip komunikasi yang terbuka sehingga dapat memfasilitasi anggota tim dalam memberikan respon/*feedback* yang membangun dan memperbaiki kinerja tim (Orchard, King, Khalili & Bezzina, 2012).

2. Saling Percaya dalam Tim Kerja

Kepercayaan adalah elemen esensial lainnya dalam kolaborasi interprofesional. Ketika anggota tim memiliki rasa saling percaya, mereka cenderung lebih terbuka dalam berbagi informasi dan lebih kooperatif dalam bekerja. McDonald, Jayasuriya and Harris (2014) menemukan bahwa kepercayaan memainkan peran penting dalam menentukan seberapa sukses kolaborasi tersebut. Kepercayaan akan memudahkan anggota tim untuk bergantung pada keahlian satu sama lain, terutama ketika menghadapi situasi kompleks yang membutuhkan sinergi antar berbagai disiplin ilmu (McDonald, Jayasuriya & Harris, 2012).

Kepercayaan yang terbentuk antar anggota tim dapat mempengaruhi motivasi dan keterlibatan mereka dalam tim. Ketika anggota tim merasa dipercaya, mereka lebih cenderung untuk mengambil inisiatif dan berkontribusi dengan ide-ide yang

inovatif. Namun disisi lain, kurangnya kepercayaan dapat menyebabkan anggota tim merasa tidak nyaman dan enggan untuk berkolaborasi sehingga pada akhirnya menurunkan kualitas kolaborasi. Kepercayaan ini juga mencakup keyakinan dimana tiap individu menguasai keterampilan serta pengetahuan yang kompeten di bidang spesialisasinya, sehingga tidak ada keraguan terhadap kompetensi anggota tim lainnya (McDonald, Jayasuriya & Harris, 2012).

3. Dukungan Organisasi

Dukungan dari pihak organisasi menentukan keberhasilan kolaborasi interprofesional. Organisasi yang menerapkan kebijakan pro- kolaborasi biasanya menyediakan struktur yang memfasilitasi IPC, seperti menyediakan ruang dan waktu untuk pertemuan antar disiplin atau menyelenggarakan pelatihan terkait kolaborasi. Dalam penelitian oleh (Zwarenstein, Goldman and Reeves, (2009), ditemukan bahwa kebijakan organisasi yang mendukung kolaborasi antarprofesi dapat meningkatkan motivasi anggota tim untuk bekerja sama dan meningkatkan kualitas hasil kerja tim. Misalnya, kebijakan yang mempromosikan kolaborasi antarprofesi bisa berupa insentif atau penghargaan bagi tim yang berhasil menerapkan IPC dengan baik (Zwarenstein, et. al., 2009).

Dukungan dari manajemen juga berperan dalam menyediakan sumber daya yang dibutuhkan untuk kolaborasi yang efektif, seperti teknologi komunikasi yang mendukung, ruang pertemuan, dan fasilitas pelatihan. Dukungan ini memiliki peran krusial terutama dalam menghadapi situasi darurat atau kritis di mana keputusan cepat dan tepat perlu diambil secara kolaboratif. Organisasi yang menyediakan pelatihan keterampilan kolaboratif juga membantu anggota tim untuk lebih memahami

pentingnya IPC dan mengembangkan kemampuan yang diperlukan untuk melaksanakannya dengan baik (Zwarenstein, et. al., 2009).

4. Pemahaman Peran

Kesadaran terhadap peran dan kewajiban setiap anggota tim sangat vital dalam IPC. Setiap anggota harus mengetahui tanggung jawabnya dan bagaimana perannya membantu mencapai sasaran tim secara keseluruhan. Jika pemahaman ini tidak jelas, maka akan muncul potensi konflik karena tumpang tindih peran atau kesalahan persepsi mengenai tanggung jawab. Suter *et. al.* (2009) menyiratkan bahwa kejelasan peran dapat memperbaiki efektivitas kinerja tim dan mengurangi gesekan antar anggota tim (Suter, Arndt, Arthur, Parboosingh, Taylor & Deutschlander, 2009).

Pemahaman peran juga mencakup pemahaman tentang keahlian yang dimiliki oleh setiap anggota tim. Misalnya, dalam tim kesehatan, dokter memiliki peran dalam diagnosis dan pemberian terapi, sementara perawat memiliki peran dalam perawatan sehari-hari pasien. Jika anggota tim memahami peran satu sama lain, mereka akan lebih mudah bekerja sama dan lebih menghargai kontribusi masing-masing anggota. Hal ini penting karena peran yang tidak jelas dapat mengakibatkan terjadinya overlapping, yaitu tumpang tindih tugas yang menyebabkan kebingungan dan bahkan perselisihan antarprofesi (Suter, Arndt, Arthur, Parboosingh, Taylor & Deutschlander, 2009).

5. Keterampilan Kolaboratif

Keterampilan kolaboratif, seperti kemampuan untuk bernegosiasi, mendengarkan aktif, dan menyelesaikan konflik, sangat penting dalam kolaborasi interprofesional. Reeves, *et. al.* (2010) menegaskan bahwa keterampilan ini esensial

guna menjamin semua individu dalam tim mampu bekerja secara sinergis meskipun terdapat perbedaan dalam perspektif atau pendekatan nya. Kompetensi dalam kolaborasi dapat dikembangkan melalui pelatihan dan pengalaman praktik langsung di lapangan (Reeves *et al.*, 2010).

Kemampuan dalam menyelesaikan konflik juga menjadi kunci penting. Perselisihan merupakan hal yang sering muncul dalam tim yang beranggotakan berbagai disiplin ilmu, karena setiap anggota mungkin memiliki pendekatan atau pandangan yang berbeda dalam menangani suatu masalah. Dengan keterampilan dalam menyelesaikan konflik, tim dapat mengatasi perbedaan tersebut dengan cara yang konstruktif dan mencari solusi yang menguntungkan semua pihak. Dalam IPC, penting bagi setiap anggota tim untuk mampu mengelola perbedaan pendapat tanpa merusak hubungan kerja (Reeves *et al.*, 2010).

II.3. Hambatan Praktik Kolaborasi Interdisiplin

Hambatan dalam kolaborasi interdisiplin dapat berasal dari berbagai aspek, mulai dari aspek individu hingga organisasi, serta adanya perbedaan budaya profesional antar disiplin ilmu yang tentunya sangat berpengaruh terhadap efektivitas kerja tim yang mempengaruhi hasil dari pelayanan. Berikut beberapa hambatan utama dalam praktik kolaborasi interdisiplin yang telah diidentifikasi dalam berbagai penelitian:

1. Perbedaan budaya dan identitas profesional

Budaya, prinsip dan etika profesional yang berbeda untuk setiap bidang studi. Ketika datang untuk bekerja sama dengan orang dari berbagai disiplin, perbedaan ini sering kali menjadi sumber masalah utama. Misalnya, dokter sering dianggap sebagai pemimpin tim dalam pelayanan kesehatan, sementara perawat mungkin merasa tidak

diakui secara memadai dalam peran mereka. Ketidakseimbangan ini dapat menghasilkan hierarki yang menghambat kerja sama dan komunikasi (Hall, 2005).

Selain itu, profesi tertentu mungkin memiliki perspektif yang berbeda tentang metode pengobatan atau perawatan, yang dapat mengganggu proses pengambilan keputusan. Sebuah riset yang dilakukan oleh Reeves, *et. al.* (2010) menegaskan dimana perbedaan pendapat di antara berbagai bidang ilmu seringkali menyebabkan proses penyelesaian masalah menjadi lebih lama dan menyebabkan kurangnya kesepakatan (Reeves *et al.*, 2010).

2. Kurangnya Pemahaman peran

Tidak memahami tugas masing-masing anggota tim adalah salah satu tantangan utama dalam kolaborasi interdisipliner. Kebingungan dan konflik di antara anggota tim dapat muncul ketika peran dan tanggung jawab tidak didefinisikan dengan jelas. Menurut Suter *et. al.* (2009), pemahaman peran yang jelas sangat penting untuk mengurangi ketidaksepakatan dan meningkatkan efisiensi tim interdisipliner (Suter, Arndt, Arthur, Parboosingh, Taylor & Deutschlander, 2009).

Keterbatasan pelatihan lintas disiplin selama pendidikan profesional sering menyebabkan pemahaman yang buruk ini. Dalam banyak program pendidikan, siswa biasanya dilatih dalam satu silo dan tidak memiliki banyak kesempatan untuk bekerja sama dengan siswa dari disiplin lain. Akibatnya, mereka tidak tahu bagaimana peran mereka dapat berinteraksi dengan peran orang dari disiplin lain dalam dunia nyata (Suter, Arndt, Arthur, Parboosingh, Taylor & Deutschlander, 2009).

3. Hambatan komunikasi

Salah satu hambatan terbesar untuk bekerja sama dengan orang dari berbagai

disiplin adalah komunikasi yang buruk. Banyak kali, kegagalan kolaborasi disebabkan oleh anggota tim yang tidak dapat berkomunikasi dengan baik atau tidak memiliki saluran komunikasi yang memadai. Misalnya, jargon atau bahasa teknis yang digunakan oleh satu bidang ilmu mungkin tidak dipahami oleh orang lain di bidang lain, sehingga menghambat pertukaran informasi (Manser, 2009).

Selain itu, komunikasi yang tidak asertif atau tidak terbuka dapat menyebabkan anggota tim merasa diabaikan atau tidak dihargai. Ketika anggota tim merasa tidak didengarkan, mereka cenderung menarik diri dari diskusi, yang pada akhirnya merusak dinamika kerja tim. Teknologi yang tidak memadai sering memperparah hambatan komunikasi ini. Misalnya, orang tidak dapat mengakses sistem berbasis elektronik yang memungkinkan berbagi data dengan mudah (Manser, 2009).

4. Hierarki dan dinamika kekuasaan

Untuk bekerja sama dengan orang dari berbagai disiplin ilmu, hierarki organisasi dan dinamika kekuasaan seringkali menjadi hambatan. Misalnya, karena dokter sering dianggap sebagai pemimpin tim medis, anggota tim lainnya, seperti perawat atau terapis, mungkin enggan berbicara atau memberikan saran. Ini meningkatkan ketidakseimbangan kekuasaan dan menciptakan lingkungan kerja yang tidak adil (McDonald, Jayasuriya and Harris, 2014).

Jika ada hierarki yang terlalu kuat, itu dapat menghambat sinergi yang optimal serta menimbulkan ketegangan interpersonal dalam tim. Untuk mengatasi masalah ini, organisasi harus mendorong model kepemimpinan kolaboratif di mana setiap anggota tim memiliki bagian yang sama dalam pengambilan keputusan (McDonald, Jayasuriya and Harris, 2014).

5. Kurangnya dukungan organisasi

Keberhasilan kolaborasi antar disiplin sangat bergantung pada dukungan organisasi. Sayangnya, organisasi tidak selalu membuat lingkungan kerja yang mendukung kerja tim lintas disiplin. Kebijakan yang tidak mendukung, kurangnya pelatihan kolaboratif, atau waktu yang tidak memadai untuk pertemuan tim dapat menjadi hambatan besar (Zwarenstein and Reeves, 2006).

Selain itu, sistem insentif yang digunakan oleh sebagian besar organisasi sering kali tidak dirancang untuk mendorong kerja sama antar disiplin. Salah satu contohnya adalah evaluasi kinerja yang berfokus pada individu daripada tim dapat mengurangi keinginan untuk bekerja sama. Hambatan ini menunjukkan betapa pentingnya bantuan manajemen dalam membangun kebijakan dan struktur kerja yang mendorong kerja sama (Zwarenstein and Reeves, 2006).

6. Konflik antar anggota tim

Tim interdisipliner sering mengalami konflik, terutama karena perbedaan pandangan dan pendekatan terhadap masalah. Jika dikelola dengan baik, konflik ini bisa berguna, tetapi jika tidak ditangani dengan tepat, dapat merusak hubungan kerja tim dan menghambat kolaborasi. Salah satu kendala utama dalam bekerja sama dengan orang-orang dari berbagai bidang menurut Reeves, *et. al.* (2010) adalah ketidakmampuan untuk menyelesaikan konflik. Selain itu, perbedaan prioritas antara bidang ilmu juga dapat menyebabkan konflik. Dokter, misalnya, mungkin lebih terkonsentrasi pada diagnosis dan pengobatan, sementara pekerja sosial mungkin lebih terkonsentrasi pada masalah psikososial pasien. Ketegangan yang disebabkan oleh ketidaksepahaman ini dapat menghambat kerja tim (Reeves *et al.*, 2010).

7. Keterbatasan waktu dan beban kerja

Anggota tim sering tidak dapat bekerja sama dengan baik karena keterbatasan waktu dan beban kerja yang tinggi. Karena jadwal kerja yang padat, anggota tim seringkali tidak memiliki cukup waktu untuk menghadiri pertemuan atau berkomunikasi dengan satu sama lain (Hall, 2005). Tekanan untuk memenuhi tujuan individu sering menjadikan masalah ini lebih sulit. Ini mengurangi nilai kolaborasi tim (Hall, 2005).

Dalam situasi seperti ini, penting bagi perusahaan untuk memastikan bahwa kolaborasi interdisipliner tidak hanya menjadi tugas tambahan, tetapi menjadi bagian dari rutinitas kerja. Memiliki jadwal yang fleksibel dan mengurangi beban kerja individu dapat membantu mengatasi masalah ini (Hall, 2005).

II.4. Tim Pelayanan Kesehatan

Model tim terbaik ditentukan sesuai dengan mekanisme pola interaksi antar anggota tim yang terlibat yang ada didalamnya (Singh, 2018). Awalan multi-, inter-dan trans-profesional dipakai dengan makna yang variatif dalam berbagai sumber literatur (Morley and Cashell, 2017)

Dibawah ini sejumlah model tim yang diterapkan dalam sektor pelayanan kesehatan :

1. Pendekatan layanan kesehatan konvensional

Konsep layanan kesehatan konvensional dikenal sebagai pendekatan layanan dari satu bidang keahlian, merupakan pendekatan pemeliharaan kesehatan yang digunakan para era Pra- Perang Dunia II. Cakupan penerapan pada pendekatan ini terbatas, dan penyedia layanan diharapkan mempunyai kompetensi yang luar biasa (*extraordinary*). Namun dengan tingginya kompleksitas status kesehatan saat ini

menjadikan model pelayanan ini menghadapi tantangan yang besar. Praktik dengan lingkup sempit sulit diterapkan karena kasus tanpa komplikasi murni sudah sangat jarang ditemui. Selain itu, meluasnya pengetahuan dan pemahaman dalam bidang kesehatan membuatnya menjadi semakin sulit untuk mencapai “Renaissance Man” – seseorang yang menguasai segala aspek pengetahuan kesehatan secara mendalam (Singh, 2018).

Pelayanan kesehatan konvensional menerapkan modelan layanan dimana dokter bertugas memenuhi kebutuhan pasien secara langsung. Apabila diperlukan bantuan dari bidang kesehatan lain, maka profesional terkait akan dikonsultasikan dan diminta memberikan dukungan baik secara spesifik maupun umum yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien yang ditentukan oleh dokter penanggung jawab. Mutu layanan yang diberikan sangat bergantung pada konsultan, dan untuk konsultasi berikutnya, hal ini kembali disesuaikan dengan kebutuhan pasien serta keputusan dokter yang merawat (King, Nelson, Blankenship, Turturro and Beck, 2005).

2. Pendekatan Kolaborasi Tim Lintas Disiplin

Pendekatan tim antarbidang keahlian mengandalkan keahlian personal dari berbagai bidang ilmu, di mana tiap bidang tersebut tetap menjalankan analisis kondisi pasien berdasarkan perspektifnya masing-masing. Biasanya, dokter berinteraksi dengan tenaga ahli lain dalam tim, tetapi dalam sebagian besar situasi, komunikasi antar anggota tim tidak berlangsung secara langsung. Seringkali disebutkan bahwa dalam pendekatan seperti ini, pola komunikasi memiliki kecenderungan yang bersifat vertikal dibandingkan horizontal, dengan keterbatasan interaksi dan

pertemuan antar anggota tim (Singh, 2018)

Pendekatan tim antar bidang keahlian memberikan ruang bagi para tenaga ahli untuk secara rutin berkumpul dan mengoordinasikan tindakan secara konsisten. Metode ini sering dikontraskan dengan pendekatan manajemen klasik berbentuk piramida, yang lebih menitikberatkan pada komunikasi vertikal antara pimpinan dan bawahan. Pada model ini, tim umumnya dipimpin oleh dokter, di mana komunikasi utama berlangsung antara konsultan dan dokter utama. Pertukaran pendapat antar konsultan dilakukan sesedikit mungkin atau diarahkan oleh dokter utama bila diperlukan (King, Nelson, Blankenship, Turturro and Beck, 2005).

Rapat tim bisa berjalan efektif dengan struktur otoritas dan pengawalan yang tegas, namun komunikasi antar sejawat sering kali terhambat. Fenomena ini mengakibatkan hambatan dalam alur komunikasi horizontal yang lancar antar anggota tim, yang berdampak pada kurangnya efektivitas optimalisasi kompetensi khusus dan keterampilan *problem-solving* anggota tim (King, Nelson, Blankenship, Turturro and Beck, 2005).

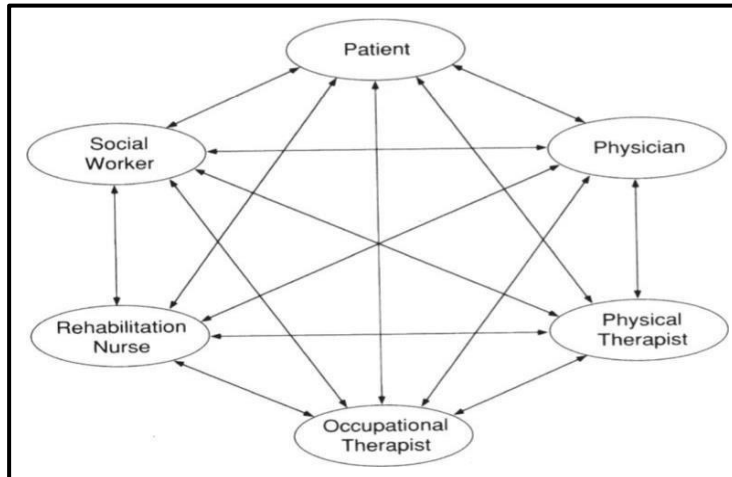
3. Model tim interdisipliner

Model tim interdisipliner memadukan pendekatan dari berbagai bidang keilmuan melalui interaksi dan komunikasi intensif antar profesional dalam tim, serta menerapkan strategi yang disepakati secara kolektif. Ciri khas model ini adalah anggota tim bekerjasama dalam penilaian dan perawatan pasien, sekaligus mengambil keputusan dan menetapkan tujuan secara bersama-sama. Komunikasi menjadi aspek krusial dalam pelaksanaan model tim interdisipliner (Singh, 2018)

Tim interdisipliner memperoleh manfaat dari kelancaran koordinasi horizontal

yang berlangsung seefektif koordinasi vertikal dalam tim multidisipliner. Karena pendekatan interdisipliner diperuntukkan untuk mendukung interaksi lateral tersebut, secara teoritis model ini lebih sesuai diterapkan dalam tim rehabilitasi. Kaedah yang diharapkan adalah pengambilan keputusan secara kolektif dan tanggung jawab bersama dalam menyusun rencana perawatan yang paling efektif. Pasien diposisikan sebagai bagian integral dari tim perencanaan perawatan dan memegang peran utama dalam proses pertimbangan tim (lihat Gambar 1). Berlandaskan komunikasi yang jujur dan tanggung jawab bersama, pertemuan koordinasi pasien bisa dipimpin oleh siapa pun di antara anggota tim (King, Nelson, Blankenship, Turturro and Beck, 2005).

Salah satu tujuan dari pendekatan ini adalah mendorong pertukaran gagasan yang lebih terbuka, sehingga dapat memanfaatkan keuntungan dari sinergi kelompok. Namun, kelemahannya antara lain efisiensi waktu yang kurang optimal dalam menyelesaikan rapat perencanaan perawatan pasien. Dokter mungkin merasa kurang nyaman dengan mekanisme pengambilan keputusan kolektif, mengingat mereka umumnya menanggung tanggung jawab medikolegal terbesar terhadap tindakan maupun rencana yang ditetapkan oleh tim. Selain itu, tim ini memerlukan pelatihan yang memadai terkait dinamika kerja tim, yang biasanya belum menjadi bagian dari kurikulum pelatihan formal di masing-masing disiplin ilmu (King, Nelson, Blankenship, Turturro and Beck, 2005).



Gambar 1 Pendekatan Tim Antarbidang Keahlian (King, Nelson, Blankenship, Turturro and Beck, 2005).

4. Pendekatan tim transdisipliner

Dalam pendekatan tim transdisipliner, batasan antar profesi menjadi tidak lagi tegas, dan setiap tenaga profesional dapat menjalankan berbagai peran dalam tim sesuai kebutuhan. Tumpang tindih peran ini memberikan fleksibilitas lebih besar dalam pelaksanaan layanan perawatan, namun juga menuntut tenaga kerja yang memiliki pelatihan lintas keahlian atau multidomain. Kondisi ini jelas butuh pengorbanan waktu dan sumber daya dalam jumlah yang besar, terlebih ketika terjadi pergantian anggota tim (Singh, 2018).

Tim transdisipliner tidak hanya memperkuat komunikasi, tetapi juga memungkinkan terjadinya pertukaran peran antar bidang keahlian. Pendekatan yang tidak lazim ini dikembangkan dengan tujuan utama meningkatkan mutu pelayanan pasien melalui kerja tim, di mana tanggung jawab dibagi bersama sebagaimana pada model tim interdisipliner, dan batas konvensional antar profesi kesehatan menjadi tidak lagi kaku. Namun, tantangan teknis terkait kompetensi dan kualifikasi tenaga

pemberi layanan, perbedaan pandangan antar profesi, serta regulasi perizinan di tingkat negara dapat menjadi hambatan dalam penerapan model transdisipliner secara luas (King, Nelson, Blankenship, Turturro and Beck, 2005).

II.5. Pelayanan Rehabilitasi Medik

Pelayanan Rehabilitasi Medik di rumah sakit merupakan bentuk layanan kesehatan yang ditujukan untuk merawat disfungsi fisik dan sistem tubuh, atau kondisi yang mengakibatkan ketidakmampuan fisik akibat penyakit, gangguan kesehatan, atau cedera, melalui penatalaksanaan medis guna mencapai tingkat fungsi tubuh yang optimal (Kemenkes, 2008).

Kedokteran fisik dan rehabilitasi merupakan cabang ilmu kedokteran yang berfokus pada peningkatan fungsi fisik dan kognitif, aktivitas (termasuk perilaku), partisipasi (termasuk kualitas hidup), serta penyesuaian faktor individu dan lingkungan. Oleh karena itu, disiplin ini memiliki peran dalam upaya pencegahan, identifikasi, terapi, serta penatalaksanaan rehabilitatif bagi pasien dengan kondisi medis yang berpotensi menimbulkan disabilitas maupun gangguan penyerta, pada semua kelompok usia (European PRM whitebook, 2018).

Tim rehabilitasi medik idealnya dipimpin oleh seorang dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi, mengingat tanggung jawab medikolegal dan keahlian menyeluruh dalam menilai fungsi, merancang program terapi, dan mengoordinasikan pelaksanaannya. Namun, dalam konteks komunitas atau wilayah tertentu, pemimpin tim dapat berasal dari profesi lain selama memiliki kapasitas untuk mengoordinasikan pelayanan dan menanggung tanggung jawab profesional sesuai kebijakan institusi atau regulasi yang berlaku (Singh, 2018).

II.5.1. Pelayanan rehabilitasi medik di Indonesia

Di Indonesia, penyelenggaraan layanan rehabilitasi medik di rumah sakit diatur melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 378 Tahun 2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Rehabilitasi Medik di Rumah Sakit. Dalam regulasi tersebut dijelaskan bahwa rehabilitasi medik merupakan bentuk layanan kesehatan yang ditujukan untuk mengatasi gangguan fisik dan fungsional akibat kondisi sakit, penyakit, atau cedera, melalui kombinasi tindakan medis, terapi fisik, dan/atau intervensi rehabilitatif guna mencapai tingkat fungsi yang seoptimal mungkin (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes), 2008).

Pelayanan Rehabilitasi Medik di rumah sakit diselenggarakan dengan menggunakan pendekatan sistem layanan terpadu (*one gate system*), yang berarti tiap pasien yang membutuhkan layanan Rehabilitasi Medik sepatutnya terlebih dahulu menjalani pemeriksaan atau asesmen oleh Dokter Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi. Pemeriksaan ini bertujuan untuk menetapkan diagnosis medis dan fungsional serta menentukan prognosis, guna merancang dan menetapkan program terapi yang sesuai dengan kebutuhan pasien (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes), 2008).

Pelayanan rehabilitasi medik di rumah sakit melibatkan berbagai tenaga kesehatan dan tenaga ahli terkait sesuai dengan tuntutan kebutuhan pasien. Kerjasama dalam pelayanan ini menuntut kolaborasi tim yang terpadu yang beroperasi di Instalasi/Unit/Departemen Rehabilitasi Medik. Tenaga kesehatan yang bekerja bersama dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi mencakup perawat rehabilitasi medik, fisioterapis, terapis okupasi, terapis wicara, ortotik-protetik, dan psikolog klinis; sementara tenaga non-kesehatan meliputi pekerja sosial medik serta tenaga rohaniwan

(Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes), 2008).

Pelayanan Fisioterapi merupakan jenis layanan kesehatan yang diberikan kepada individu dan/atau kelompok dengan tujuan mengembangkan, mempertahankan, serta memulihkan kemampuan gerak dan fungsi tubuh sepanjang siklus hidup. Layanan ini dilakukan melalui teknik manual, latihan peningkatan mobilitas, penggunaan alat bantu (fisik, elektroterapi, dan mekanis), serta pelatihan fungsi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes), 2015).

Terapi Wicara adalah layanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan teknologi terkait bahasa, berbicara, suara, kelancaran komunikasi, serta menelan, yang ditujukan bagi individu, keluarga, atau kelompok untuk membantu pemulihan dari gangguan atau kelainan pada aspek anatomis, fisiologis, psikologis, dan sosial (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes), 2014).

Terapi Okupasi merupakan layanan kesehatan yang ditujukan pada klien dengan gangguan atau disabilitas fisik dan/atau mental yang mengalami hambatan fungsi okupasional, menggunakan aktivitas bermakna (okupasi) guna meningkatkan kemandirian dalam aktivitas harian, produktivitas kerja, serta optimalisasi waktu luang (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes), 2014).

Pelayanan Ortotik-Prostetik adalah layanan kesehatan yang disediakan oleh ortotis dan prostetis berupa alat bantu kesehatan seperti ortosis dan prostesis, yang didasarkan pada ilmu pengetahuan dan teknologi untuk meningkatkan kualitas kesehatan fisik dan mental individu, kelompok, serta masyarakat. Layanan ini diberikan kepada mereka yang mengalami gangguan fungsi anggota tubuh dan batang tubuh atau kehilangan bagian anggota gerak, yang dapat menyebabkan kelainan anatomis,

fisiologis, psikologis, maupun sosiologis (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes), 2015).

Layanan Psikologi Klinis merupakan aktivitas yang dilakukan oleh psikolog dalam memberikan pelayanan dan praktik kepada masyarakat untuk menangani masalah psikologis baik secara personal maupun kelompok dengan mengaplikasikan prinsip psikodiagnostik. Praktik ini meliputi penerapan konsep psikologi dalam proses diagnosis, prognosis, konseling, serta psikoterapi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes), 2008).

Pelayanan Sosial Medik merupakan bentuk layanan sosial yang bertujuan memberikan dukungan kepada pasien beserta keluarganya dalam rangka meningkatkan kualitas hidup serta mengoptimalkan peran dan fungsi mereka dalam lingkungan sosial. Layanan ini juga berperan dalam membantu proses penyesuaian terhadap perubahan yang terjadi akibat disabilitas dan kondisi medis, serta melakukan penyesuaian atau modifikasi lingkungan apabila diperlukan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes), 2008).

II.5.2. Pilihan model tim dalam pelayanan rehabilitasi medik

Sejumlah besar literatur mengidentifikasi bahwa model interdisipliner merupakan pendekatan yang paling baik karena dapat memberikan pelayanan rehabilitasi yang bersifat sinergis, menyeluruh, dan berfokus pada pasien. Fleksibilitas dengan kaburnya batas peran tenaga ahli dalam tim dapat mempermudah pertukaran informasi yang lebih efektif intervensi lebih dini, dan terbukti mempercepat proses pemulihan pasien (Singh, 2018).

Pencapaian hasil fungsional yang lebih maksimal, bahkan peningkatan tingkat

kelangsungan hidup, dapat diperoleh melalui kolaborasi tim interdisipliner. Bukti paling kuat mengenai hal ini ditemukan pada pelayanan terhadap pasien stroke, sebagaimana tercatat secara menyeluruh dalam laporan *Cochrane*. Kolaborasi tim interdisipliner merupakan elemen kunci dalam penyelenggaraan layanan stroke yang berkualitas. Sejumlah penelitian juga mengindikasikan efektivitas model kerja sama tim ini dalam penanganan cedera otak traumatik, patah tulang panggul, rehabilitasi paru, gangguan kesehatan mental, nyeri muskuloskeletal, nyeri kronis, serta nyeri punggung bagian bawah (Singh, 2018).

II.6. Penggunaan Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT)

Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT) adalah instrumen evaluasi yang dirancang untuk menilai efektivitas praktik kolaboratif dalam berbagai konteks profesional, meliputi bidang kesehatan, pendidikan, dan dunia kerja. Instrumen ini dirancang guna mengoptimalkan kerja sama antarprofesi, mengidentifikasi area yang perlu pengembangan, dan mempromosikan praktik berbasis tim yang lebih efektif. Dalam bidang kesehatan, CPAT menjadi penting untuk mendukung pendekatan berbasis tim multidisiplin guna meningkatkan kualitas layanan dan hasil pasien. CPAT didefinisikan sebagai perangkat evaluasi yang digunakan untuk mengukur kualitas kerja sama dalam tim, terutama dalam konteks interprofesional. Menurut Schmitz et al. (2017), CPAT membantu mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan dalam komunikasi, koordinasi, dan pembagian tanggung jawab antar anggota tim (Ardyansyah, B. D., et.al., 2024, Schmitz, C.C., et.al., 2017)

Beberapa studi mengenai efektivitas CPAT telah dilakukan di berbagai bidang, misalnya:

1. Schmitz, *et.al.* (2017) menunjukkan bahwa CPAT membantu meningkatkan pemahaman tentang dinamika tim di sektor kesehatan (Schmitz, C.C., *et.al.*, 2017).
2. Kenaszchuk, *et.al.* (2010) melaporkan bahwa penggunaan CPAT meningkatkan koordinasi dan komunikasi dalam tim interprofesional (Kenaszchuk, C., *et.al.* 2010).

Pengembangan dan penggunaan CPAT didasarkan pada beberapa teori utama diantaranya ;

1. Teori kolaborasi interprofesional dimana teori ini menekankan pentingnya kerja sama antarprofesi untuk mencapai tujuan bersama (D'Amour & Oandasan, 2005).
2. Teori konstruktivisme sosial dimana Interaksi sosial dan diskusi kolaboratif menjadi dasar untuk meningkatkan pemahaman bersama (Vygotsky, 1978).
3. Model kompetensi kolaboratif dimana framework ini mencakup domain komunikasi, pengambilan keputusan bersama, dan manajemen konflik (Barr, 1998).

Adapun beberapa elemen yang mendukung CPAT diantaranya adalah komunikasi, koordinasi tugas, pengambilan keputusan, kepercayaan dan hubungan, pembelajaran bersama dan kepemimpinan kolaboratif. Disamping itu, beberapa manfaat dari CPAT diantaranya :

1. Meningkatkan Efisiensi Tim: Mengidentifikasi hambatan dalam kolaborasi dan memberikan solusi yang spesifik.
2. Meningkatkan Kualitas Layanan: Dalam sektor kesehatan, CPAT membantu memastikan pendekatan pasien-sentris melalui kerja sama yang lebih baik.
3. Meningkatkan Kepuasan Anggota Tim: Tiap anggota merasa lebih diakui dan berperan dalam proses penetapan keputusan.
4. Mengurangi Konflik: Membantu mengidentifikasi sumber konflik dalam tim dan

memberikan panduan untuk mengatasinya (Kenaszchuk, C., *et.al.* 2010).

II.7. Tingkat Kepuasan pasien dalam konteks layanan Rehabilitasi Medik

Beberapa metrik utama dapat digunakan untuk mengukur seberapa efektif program rehabilitasi medik. Ini termasuk waktu pemulihan pasien, peningkatan kemampuan fungsional, dan kepuasan pasien terhadap perawatan yang mereka terima (Greenfield et al., 2011). Manfaat jangka panjang bagi pasien, seperti peningkatan taraf hidup dan pemulihan fungsi dalam menjalankan aktivitas harian, dapat dicapai melalui program rehabilitasi yang berhasil. Menurut penelitian sebelumnya, kolaborasi antarprofesi yang efektif di unit rehabilitasi meningkatkan efisiensi program karena memungkinkan setiap pekerja untuk berpartisipasi dalam pemulihan pasien secara terpadu dan terkoordinasi (Zwarenstein, Goldman and Reeves, 2009).

Tingkat kepuasan pasien merupakan indikator penting untuk mengevaluasi kualitas layanan kesehatan. Instrumen penilaian yang kerap dimanfaatkan untuk mengidentifikasi kepuasan pasien yaitu *Patient Satisfaction Questionnaire Short Form* (PSQ-18). Instrumen ini merupakan versi singkat dari PSQ-III yang dirancang untuk memberikan penilaian terhadap persepsi pasien terhadap berbagai aspek pelayanan kesehatan, seperti komunikasi dokter, akses layanan, dan biaya. PSQ-18 adalah instrumen survei yang terdiri dari 18 item yang mengukur persepsi pasien terhadap layanan kesehatan. Menurut Ware, *et. al.* (1996), PSQ-18 dirancang untuk memudahkan evaluasi tingkat kepuasan pasien dengan waktu pengisian yang lebih singkat dibandingkan versi sebelumnya, tanpa mengurangi validitas dan reliabilitas pengukurannya. Instrumen ini mencakup tujuh dimensi utama, yaitu: kompetensi teknis, komunikasi dokter, ketersediaan layanan, kesopanan dan perhatian, keuangan, waktu menunggu dan

aksesibilitas (Ware, Snyder and Wright, 1996).

Ware et al. (1996) menunjukkan bahwa PSQ-18 memiliki validitas yang baik dalam mengukur tingkat kepuasan pasien pada berbagai populasi. Alat ukur ini menunjukkan tingkat konsistensi internal yang baik, ditunjukkan melalui nilai Cronbach's alpha untuk masing-masing dimensi berkisar antara 0,70 hingga 0,85. PSQ-18 banyak digunakan karena kelebihanannya dalam hal efisiensi waktu dan kemudahan administrasi. Beberapa manfaatnya antara lain: evaluasi kualitas layanan yang memberikan gambaran menyeluruh tentang persepsi pasien terhadap kualitas layanan, identifikasi masalah yang dapat membantu penyedia layanan kesehatan mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan dan pengambilan keputusan dengan berbasis data untuk meningkatkan layanan pasien (Ware, Snyder and Wright, 1996). PSQ-18 telah digunakan secara luas di berbagai konteks layanan kesehatan, seperti Rumah Sakit, Klinik Kesehatan Primer dan Penelitian Kesehatan Masyarakat. Ada beberapa penelitian yang terkait yang telah mengkaji penggunaan PSQ-18, seperti:

- Santuzzi, *et al.* (2009) yang menunjukkan bahwa PSQ-18 efektif digunakan untuk mengidentifikasi perbedaan tingkat kepuasan antara pasien dari kelompok sosial ekonomi yang berbeda (Santuzzi and Brodnik, 2009).
- Gonzalez et al. (2014) yang membahas adaptasi PSQ-18 ke dalam bahasa Spanyol dan penggunaannya di klinik kesehatan komunitas (Gonzales, N. et. al., 2014).

Metode penelitian dengan *Mixed Method*, yang menggabungkan data kualitatif dan kuantitatif, memberikan pemahaman yang lebih komprehensif tentang penelitian kolaborasi interprofesi. Skor ICS kuantitatif memungkinkan untuk mengidentifikasi korelasi antara kualitas kolaborasi dan hasil rehabilitasi, sementara data kualitatif

menunjukkan lebih banyak tentang pengalaman dan kesulitan yang dihadapi anggota tim lintas profesi saat bekerja sama secara sehari-hari (Creswell and Plano Claro, 2007).

Pendekatan *Mixed Method* dalam penelitian ini akan memungkinkan pemahaman yang lebih mendalam tentang hubungan antara skor ICS dan efektivitas program rehabilitasi serta rekomendasi praktis untuk meningkatkan kolaborasi di unit rehabilitasi medik. Selain itu, penggunaan data kualitatif akan memungkinkan penyelidikan lebih lanjut tentang persepsi dan pengalaman anggota tim, yang penting untuk memahami komponen utama yang dapat mendukung atau menghambat kegiatan rehabilitasi.