

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

World Health Organization (WHO) pertama kali mengeluarkan sebuah konsep yang dikenal sebagai *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Konsep ini menjadi dasar bagi pelaksanaan Pendidikan Interprofesional dan Praktek Kolaboratif di seluruh dunia (*World Health Organization*, 2010). Peningkatan kualitas kesehatan masyarakat dapat diwujudkan melalui penerapan kolaborasi antar tenaga profesional kesehatan. Konsep yang dikenal sebagai Interprofessional Collaboration (IPC) ini mengintegrasikan berbagai keahlian dalam bidang kesehatan untuk memberikan pelayanan yang komprehensif. Ketika para profesional kesehatan bekerja bersama secara terkoordinasi, mereka dapat memberikan perawatan yang lebih optimal kepada berbagai kelompok pasien. Mulai dari unit keluarga hingga penanganan pasien dengan berbagai kondisi kesehatan - baik yang menderita penyakit menular maupun tidak menular - semuanya mendapatkan manfaat dari pendekatan kolaboratif ini. Sistem pelayanan kesehatan yang menerapkan IPC terbukti menghasilkan outcome yang lebih baik, karena setiap profesional kesehatan dapat memberikan kontribusi sesuai bidang keahliannya dalam satu tim yang terintegrasi.

Pendekatan ini menciptakan sinergi yang kuat antar tenaga kesehatan, dimana dokter, perawat, apoteker, ahli gizi, dan tenaga

kesehatan lainnya dapat saling melengkapi dalam memberikan perawatan. Hasilnya adalah pelayanan kesehatan yang lebih holistik dan berkualitas tinggi, yang pada akhirnya berkontribusi pada peningkatan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan. (World Health Organization, 2010).

Dalam upaya meningkatkan sistem pelayanan kesehatan global, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) telah mengembangkan strategi transformatif yang dikenal sebagai Integrated People-Centred Health Services (IPCHS) untuk periode 2015-2026. Inisiatif ini membawa perubahan fundamental dalam berbagai aspek sistem kesehatan, mulai dari mekanisme pendanaan hingga model pengelolaan dan penyampaian layanan kesehatan.

Di jantung strategi ini terdapat konsep Interprofessional Collaboration (IPC), yang merupakan pendekatan inovatif dalam pelayanan kesehatan. IPC mengedepankan kolaborasi dinamis antara berbagai tenaga profesional kesehatan yang bekerja sebagai satu kesatuan tim yang solid. Setiap anggota tim berkontribusi dengan keahlian spesifik mereka, namun tetap terintegrasi dalam mencapai tujuan bersama: mengoptimalkan kualitas pelayanan kesehatan.

Penerapan IPC membuka berbagai peluang pengembangan dalam dunia kesehatan. Para praktisi kesehatan dapat memperluas kapasitas pelayanan mereka melalui pertukaran pengetahuan dan pengalaman dengan rekan dari disiplin ilmu yang berbeda. Kunci keberhasilan IPC terletak pada kemampuan setiap anggota tim untuk menerapkan keahlian

mereka secara optimal sambil tetap menghormati dan menghargai kontribusi profesi lainnya.

Esensi dari kolaborasi yang efektif dalam IPC terletak pada sikap saling menghargai antar anggota tim, pemahaman akan peran dan tanggung jawab masing-masing profesi, serta kemampuan untuk bekerja bersama secara harmonis. Ketika setiap profesional kesehatan dapat menjalankan perannya dengan baik dalam tim yang kolaboratif, hasil akhirnya adalah peningkatan signifikan dalam kualitas pelayanan kesehatan yang diterima pasien (Penney, 2015)

Kolaborasi antar profesi kesehatan telah menjadi elemen krusial dalam sistem pelayanan kesehatan modern. Pendekatan ini menggabungkan empat aspek fundamental: proses berbagi informasi dan pengalaman, hubungan kemitraan yang setara, ketergantungan profesional yang saling menguntungkan, serta kepemimpinan yang efektif dalam tim kesehatan. Ketika diterapkan dengan tepat, kolaborasi interprofesional menciptakan dampak positif yang menyeluruh. Tidak hanya meningkatkan standar pelayanan kesehatan secara keseluruhan, tetapi juga memperkuat fondasi sistem kesehatan yang ada. Hasilnya terlihat jelas dalam peningkatan tingkat kepuasan pasien, kualitas perawatan yang lebih baik, serta perbaikan kondisi kesehatan pasien secara signifikan, baik dalam konteks perawatan darurat maupun layanan kesehatan primer. (Mahendradhata et al., 2017; Miller et al., 2019).

Kesuksesan penerapan kolaborasi interprofesional dalam layanan kesehatan bertumpu pada integrasi berbagai tenaga profesional yang

memberikan perawatan holistik. Pendekatan ini tidak hanya mempertimbangkan aspek biologis, tetapi juga memperhatikan dimensi psikologis, sosial, dan budaya pasien. Jejaring kerjasama yang terbangun antara tim kesehatan profesional dengan berbagai pihak - termasuk pasien, keluarga, dan komunitas - telah terbukti meningkatkan standar pelayanan kesehatan di berbagai tingkatan. Studi berbasis bukti menunjukkan bahwa pendekatan kolaboratif ini memberikan dampak positif terhadap hasil kesehatan pasien.

Tim kesehatan yang bekerja secara kolaboratif mampu meningkatkan kepercayaan pasien terhadap layanan yang diberikan. Hal ini dicapai melalui komunikasi yang efektif, dimana tim kesehatan tidak hanya memberikan informasi, tetapi juga aktif mendengarkan kebutuhan pasien dan memberikan dukungan yang diperlukan. Proses ini membantu pasien memperoleh pemahaman yang lebih baik tentang kondisi kesehatannya, yang pada akhirnya berkontribusi pada hasil pengobatan yang lebih optimal

Kolaborasi antar tenaga profesional kesehatan telah berkembang menjadi sebuah pendekatan yang mengintegrasikan berbagai keahlian dan latar belakang profesi. Para profesional ini bersinergi untuk menghadapi tantangan kesehatan dan memberikan solusi perawatan yang optimal.

Dalam praktiknya, kolaborasi interprofesional menciptakan sebuah ekosistem pelayanan kesehatan yang menyeluruh. Tim kesehatan tidak hanya bekerja dengan sesama profesional, tetapi juga melibatkan pasien, keluarga mereka, dan masyarakat secara aktif. Pendekatan terpadu ini menghasilkan layanan kesehatan yang lebih menyeluruh dan bermutu

tinggi, dengan mempertimbangkan berbagai aspek kebutuhan perawatan pasien. (WHO, 2010). IPC dikemukakan oleh WHO untuk mencapai tujuan dan memberikan manfaat bersama bagi semua yang terlibat (Green & Johnson, 2015) Bekerja secara kolaboratif berarti hubungan kerja yang lancar dalam menghadapi tugas-tugas yang sangat saling terhubung dan saling bergantung (Haddara & Lingard, 2013; Leathard, 2003; Reeves, 2016).

Dalam era pelayanan kesehatan modern, pendekatan individualistik sudah tidak relevan lagi. Sistem kesehatan yang efektif membutuhkan kolaborasi yang solid antar tenaga profesional kesehatan. Namun, berbagai penelitian mengungkapkan masih terdapat kesenjangan signifikan dalam praktik kolaborasi antar tenaga kesehatan.

Ketika kolaborasi interprofesional tidak berjalan dengan baik, dampaknya bisa sangat serius. Mulai dari kesalahan dalam pemberian pengobatan, masalah keselamatan pasien, konflik dalam tim kesehatan, hingga risiko kematian pasien. Di Indonesia, contoh nyata dari lemahnya kolaborasi terlihat dari tingginya angka kesalahan dalam penanganan resep obat, yang mencapai hampir 99%. Kesalahan ini meliputi berbagai aspek, mulai dari penulisan resep oleh dokter, persiapan obat oleh apoteker, hingga penyampaian informasi tentang penggunaan obat.

Data WHO memberikan perspektif yang lebih luas, mengungkapkan bahwa mayoritas kesalahan dalam pelayanan kesehatan - sekitar 70-80% - berakar dari komunikasi yang tidak efektif dan kurangnya pemahaman di antara anggota tim kesehatan. Hal ini menegaskan pentingnya memperkuat

kolaborasi antar profesi kesehatan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien.

embentukan budaya kolaborasi yang efektif merupakan proses bertahap yang memerlukan lebih dari sekadar pemahaman teoretis. Para ahli menekankan bahwa kolaborasi yang sukses membutuhkan praktik berkelanjutan dan pembiasaan dalam kehidupan sehari-hari. Proses ini sebaiknya dimulai dari lingkup terkecil, seperti kolaborasi dengan rekan seprofesi di kantor, tetangga di lingkungan tempat tinggal, atau sesama anggota komunitas. Ketika keterampilan berkolaborasi telah menjadi kebiasaan dan terbukti efektif dalam mencapai tujuan bersama, maka penerapannya dalam organisasi yang lebih besar akan menjadi lebih mudah. Dalam implementasi Interprofessional Collaboration (IPC), terdapat tiga pilar fundamental yang saling terkait: aspek individual, tim, dan organisasi. Namun, dalam praktiknya, setiap pilar ini menghadapi tantangan tersendiri

IPC dapat juga membantu mengoptimalkan kesinambungan dan kelancaran pelayanan kesehatan, seperti mengurangi waktu yang dibutuhkan untuk mendiagnosis dan menangani masalah kesehatan pasien. Misalnya, dokter dapat menyampaikan informasi tentang tindakan yang akan dilakukan kepada perawat, sehingga perawat dapat menyiapkan peralatan dan obat yang diperlukan. IPC juga dapat membantu mengembangkan kemampuan dan keterampilan profesional dalam bidang kesehatan, serta membantu mengembangkan lingkungan kerja yang lebih baik. IPC dapat membantu mengurangi konflik dan kekeliruan,

meningkatkan komunikasi dan kerjasama, dan membantu mengurangi stres dan kekurangan informasi. Misalnya, perawat dapat membantu dokter untuk memahami dan menggunakan obat dengan benar, sehingga dokter dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Dalam rangka mengoptimalkan kualitas pelayanan kesehatan dan kepuasan pasien, IPC adalah usaha yang wajib dilakukan. IPC dapat membantu mengurangi kesalahan diagnosis, meningkatkan kesehatan pasien, dan meningkatkan kepuasan pasien. IPC juga dapat membantu mengembangkan kemampuan dan keterampilan profesional dalam bidang kesehatan, serta membantu mengembangkan lingkungan kerja yang lebih baik.

H

buatkan dalam bentuk narasi

Dalam lanskap pelayanan kesehatan modern, kolaborasi interprofesional telah menjadi kunci utama dalam memberikan perawatan yang optimal. Para profesional kesehatan dituntut untuk mengintegrasikan berbagai elemen penting dalam praktik kolaborasi mereka, mulai dari penerapan nilai etik yang kuat hingga kemampuan berkomunikasi secara efektif. Tidak hanya itu, mereka juga perlu memiliki pemahaman yang jelas tentang peran masing-masing, kemampuan merefleksikan diri, keterampilan mengelola konflik, serta kapasitas untuk membuat keputusan bersama yang berpusat pada kepentingan pasien.

Keberhasilan kolaborasi interprofesional terletak pada kemampuan setiap disiplin kesehatan untuk bekerja secara sinergis. Hal ini mencakup pembagian informasi yang efektif, koordinasi yang seamless, dan

pemahaman mendalam tentang bagaimana setiap peran dapat saling melengkapi dalam memberikan perawatan yang komprehensif kepada pasien.

Dampak positif dari penerapan kolaborasi interprofesional telah terbukti melalui berbagai penelitian. Studi menunjukkan penurunan signifikan dalam biaya perawatan hingga seperempat dari biaya normal, serta pengurangan waktu rawat inap yang mencapai hampir 40%. Lebih dari sekadar efisiensi biaya, praktik ini juga berkontribusi pada pengurangan konflik antar tenaga kesehatan dan penguatan sistem pelayanan kesehatan secara keseluruhan.

Manfaat kolaborasi interprofesional juga terlihat dalam peningkatan kualitas perawatan pasien dan optimalisasi proses pelayanan kesehatan. Komunikasi yang lebih baik antar profesional kesehatan menghasilkan lingkungan kerja yang lebih harmonis dan produktif. Pada akhirnya, semua ini bermuara pada satu tujuan: memberikan pelayanan kesehatan terbaik bagi pasien dengan cara yang efisien dan berkelanjutan

Kolaborasi interprofesional dalam pelayanan kesehatan dibangun di atas prinsip-prinsip fundamental yang menempatkan pasien, keluarga, dan masyarakat sebagai pusat perhatian. Pendekatan ini menekankan pentingnya kerjasama lintas profesi yang terintegrasi, dengan tetap memperhatikan konteks sistem dan komunikasi yang efektif. Dalam praktiknya, IPC mencakup enam domain penting, dengan komunikasi efektif antarprofesi menjadi salah satu fokus utama yang menentukan keberhasilan kolaborasi.

Penelitian menunjukkan bahwa implementasi IPC yang efektif membawa dampak signifikan dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan. Salah satu manfaat nyata adalah pengurangan risiko infeksi melalui koordinasi yang lebih baik dan penggunaan sumber daya klinis yang lebih tepat. Dalam konteks manajemen pengobatan, penerapan kolaborasi dalam program Adverse Drug Event (ADEs) terbukti dapat mengurangi kesalahan hingga 50%.

Studi-studi terbaru semakin memperkuat pentingnya kolaborasi interprofesional. Penelitian Bright et al. mengungkapkan bahwa kerjasama antara dokter dan perawat berperan penting dalam mengurangi risiko infeksi dan meningkatkan keselamatan pasien. Matzioul et al. lebih lanjut menegaskan bahwa komunikasi yang buruk antar profesi kesehatan dapat berdampak negatif pada kesehatan pasien. Sementara itu, penelitian Urisman mendemonstrasikan peningkatan kepuasan dalam pelaksanaan kolaborasi interprofesional setelah dilakukan sosialisasi, yang tercermin dalam pengurangan risiko infeksi, kesalahan medis, dan insiden pasien.

Lemieux-Charles & McGuire dalam studinya tentang efektivitas kerja tim kesehatan menyoroti pentingnya kolaborasi dalam menghindari konflik dan mencapai pelayanan yang efektif. Temuan ini memperkuat gagasan bahwa kolaborasi interprofesional bukan hanya sebuah pilihan, melainkan kebutuhan mendasar dalam sistem pelayanan kesehatan modern yang menuntut koordinasi dan komunikasi yang seamless antar berbagai profesi kesehatan

Pelayanan kesehatan di Indonesia masih menghadapi berbagai

tantangan serius dalam hal keselamatan pasien. Data penelitian mengungkapkan tingginya angka kesalahan medis yang mencapai kisaran 4,1% hingga 91,6%. Kesalahan ini meliputi berbagai aspek pelayanan, termasuk pemberian obat yang tidak tepat, kesalahan dalam penulisan resep, dan penggunaan obat yang tidak sesuai dengan kondisi pasien.

Salah satu akar permasalahan terletak pada dinamika kolaborasi interprofesional yang belum optimal. Dominasi profesi tertentu dalam pengambilan keputusan medis masih sangat kentara, dengan 86% keputusan didominasi oleh dokter tanpa melibatkan perawat dan tenaga kesehatan lainnya secara aktif. Kondisi ini berkontribusi pada berbagai risiko keselamatan pasien, termasuk risiko jatuh yang mencapai 14%.

Implementasi kolaborasi interprofesional di rumah sakit Indonesia menghadapi berbagai hambatan kompleks. Di tingkat individu, tantangan mencakup masalah kepercayaan diri, fleksibilitas, dan kemampuan komunikasi. Sementara itu, di level sistem dan organisasi, kendala meliputi ketiadaan kebijakan yang jelas, kepemimpinan yang kurang mendukung, serta keterbatasan standar operasional dan protokol kolaborasi yang terstruktur. Ditambah lagi dengan minimnya pelatihan dan pengembangan kapasitas staf, situasi ini menciptakan lingkungan yang kurang kondusif untuk kolaborasi interprofesional yang efektif. (Sari et al., 2018).

Rumah Sakit di Indonesia tercatat pada Tahun 2022 oleh Badan Pusat Statistik (BPS) sebanyak 3.072 unit terdiri dari 2.561 rumah sakit umum dan 551 rumah sakit khusus yang tersebar di seluruh wilayah. Wilayah Kalimantan Timur tepatnya di Kota Balikpapan sebagai pusat kota bisnis

dan industri tercatat memiliki populasi sebesar 733.396 jiwa (Disdukcapil, 2023). Kota ini menempati posisi kedua kota dengan jumlah penduduk terbanyak di Kalimantan Timur setelah Kota Samarinda. Balikpapan dalam memberikan layanan kesehatan untuk masyarakat setempat juga daerah sekitarnya memiliki penunjang rumah sakit yaitu satu-satunya milik Pemerintah Kota Balikpapan adalah RSUD Beriman Balikpapan. Letak dari RSUD Beriman Balikpapan sangat strategis yaitu terletak di wilayah administrasi Kota Balikpapan tepatnya di Jalan Mayjend. Sutoyo (Gunung Malang) Kelurahan Gunung Sari Ulu Kecamatan Balikpapan Tengah dan memiliki luas bangunan ± 6.330 meter persegi terdiri dari tiga lantai dan Luas Lahan ± 12.660 meter persegi. RSUD Beriman Balikpapan dipilih peneliti sebagai objek penelitian dikarenakan merupakan satu-satunya Rumah Sakit yang dimiliki Pemerintah Kota Balikpapan dan terletak di wilayah strategis Kota Balikpapan yang merupakan kota penyangga IKN baru yang telah ditetapkan pemerintah melalui UU Nomor 3 Tahun 2022 tentang Ibu Kota Negara.

RSUD Beriman Balikpapan termasuk Rumah Sakit Umum Tipe C dan pada Tahun 2024 memiliki target untuk bisa naik level menjadi Tipe B (<http://rsud.balikpapan.go.id/>) Dengan target tersebut, RSUD Beriman Balikpapan tentunya harus kompeten karena semakin tumbuh pesatnya Rumah Sakit di Kota Balikpapan sebagai kota industri dan salah satu pusat kota di Kalimantan Timur yang strategis dimana Pemerintah Provinsi mempunyai beberapa rumah sakit serta terdapat beberapa rumah sakit lainnya baik yang dimiliki oleh pemerintah pusat, TNI serta milik swasta.

Oleh karena itu, pihak RSUD Beriman Balikpapan harus mempunyai strategi dalam pelayanan yang diberikan terutama fasilitas dan pelayanan unit rawat inap sehingga memperoleh kepercayaan masyarakat dalam memilih pelayanan kesehatan rumah sakit tersebut.

Data kinerja RSUD Beriman Balikpapan menunjukkan tren yang mengkhawatirkan dalam beberapa indikator kunci pelayanan kesehatan. Rata-rata lama rawat inap (ALOS) menunjukkan peningkatan konsisten dari 14,83 hari di tahun 2019 hingga mencapai 17,02 hari di tahun 2022, jauh melampaui standar Departemen Kesehatan yang menetapkan rentang normal 3-12 hari. Rata-rata ALOS selama periode empat tahun tersebut mencapai 15,35 hari, mengindikasikan adanya permasalahan serius dalam efisiensi pelayanan dan manajemen perawatan pasien.

Lebih mengkhawatirkan lagi, angka kematian pasien setelah 48 jam perawatan (NDR) menunjukkan lonjakan drastis. Dari 11,7 kematian per 1000 pasien di tahun 2019, angka ini meningkat tajam hingga mencapai 30,94 di tahun 2021, sebelum sedikit menurun menjadi 29,19 di tahun 2022. Tren peningkatan yang konsisten ini menjadi indikator penting yang menunjukkan adanya tantangan dalam kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit tersebut.

Penelitian terkini menunjukkan bahwa penerapan kolaborasi interprofesional yang efektif dapat menjadi solusi untuk mengatasi permasalahan ini. Kolaborasi yang baik antar tenaga kesehatan terbukti dapat meningkatkan koordinasi layanan, mengoptimalkan perawatan pasien (terutama untuk kasus penyakit kronis), dan meningkatkan

keamanan pasien. Lebih jauh lagi, pendekatan kolaboratif dapat menurunkan berbagai indikator negatif seperti komplikasi, kesalahan medis, lama rawat inap, konflik antar tenaga kesehatan, dan angka kematian pasien. Oleh karena itu, penguatan kolaborasi interprofesional menjadi langkah strategis yang perlu diprioritaskan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di RSUD Beriman Balikpapan.

Studi kasus di RSUP Dr. Sardjito mengungkapkan tantangan mendasar dalam implementasi kolaborasi interprofesional di Indonesia. Penelitian Fatalina mengidentifikasi bahwa rumah sakit tersebut masih beroperasi dalam paradigma kolaborasi tradisional, dimana terdapat hierarki yang kaku dengan dokter sebagai pemimpin dan pengambil keputusan utama, sementara perawat, bidan, dan tenaga farmasi dianggap sebagai pelaksana semata. Kondisi ini diperburuk dengan lemahnya komunikasi antar profesi kesehatan.

Permasalahan ini menjadi semakin kritis mengingat dampaknya terhadap keselamatan pasien, yang telah menjadi perhatian global. Data mengungkapkan bahwa kesalahan medis berkontribusi terhadap 48% kematian di Amerika Serikat. Lebih mengkhawatirkan lagi, 66% kejadian sentinel terjadi akibat kegagalan komunikasi dan kolaborasi antar tenaga kesehatan. Ditambah lagi, risiko pasien jatuh mencapai 44%, yang disebabkan oleh kombinasi peralatan medis yang tidak memadai dan komunikasi yang buruk.

Temuan-temuan ini menegaskan pentingnya membangun sistem pelayanan kesehatan berkualitas yang berfokus pada keselamatan pasien.

Stereotype dan hambatan komunikasi yang masih ada dalam sistem kolaborasi tradisional perlu segera diatasi untuk mencegah peningkatan angka kematian dan insiden keselamatan pasien. Transformasi dari model kolaborasi tradisional menuju kolaborasi interprofesional yang lebih efektif menjadi kebutuhan mendesak dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. (LeLaurin, 2019).

Oleh karena pentingnya penerapan Interprofesional Collaboration dan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit khususnya pada RSUD Beriman Balikpapan, sehingga peneliti tertarik melakukan penelitian berjudul ” **Pengaruh Individu, Kelompok dan Organisasi Terhadap Implementasi IPC RSUD Beriman Balikpapan** ” untuk mengkaji bagaimana IPC beroperasi di unit rawat inap RSUD Beriman Balikpapan, bagaimana, diharapkan penelitian ini akan memberikan kontribusi yang signifikan terhadap pengembangan strategi dalam menerapkan IPC dan meningkatkan pelayanan kesehatan di unit rawat inap RSUD Beriman Balikpapan yang lebih baik bagi masyarakat Balikpapan dan sekitarnya.

1.2 Kajian Masalah

Berdasarkan hasil obeservasi di RSUD Beriman Balikpapan didapatkan data *Average Length of Stay *(ALOS) pada tahun 2019 selama 14,83 hari, tahun 2020 selama 13,42, tahun 2021 meningkat menjadi 16,14 hari, tahun 2022 17,02 hari. rata-rata ALOS dari tahun 2019 hingga 2022 adalah sekitar 15.35 hari Standard ALOS normal menurut depkes adalah 3-12 hari, dengan demikian maka data ALOS di RSUD Beriman melebihi

santdar yang ditentukan, perlu penelusuran lebih jauh tentang faktor penyebabnya. ALOS adalah rata-rata lama rawat seorang pasien. Indikator ini disamping memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang perlu pengamatan lebih lanjut sedangkan data *Net Death Rate *(NDR) atau angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar tahun 2019 sebanyak 11,7, tahun 2020 sebanyak 16,0, tahun 2021 meningkat menjadi 30,94, tahun 2022 sebanyak 29,19. Berdasarkan data NDR di RSUD Beriman terjadi peningkatan NDR di setiap tahun. NDR adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar

Data pengamatan di RSUD Beriman Balikpapan menunjukkan tren yang perlu mendapat perhatian serius dalam dua indikator kunci pelayanan kesehatan. Rata-rata lama rawat inap (Average Length of Stay/ALOS) memperlihatkan pola peningkatan yang konsisten, dimulai dari 14,83 hari di tahun 2019 dan mencapai puncaknya di 17,02 hari pada tahun 2022. Angka rata-rata ALOS selama periode empat tahun tersebut mencapai 15,35 hari, jauh melampaui standar yang ditetapkan Departemen Kesehatan yaitu 3-12 hari.

Lebih mengkhawatirkan lagi adalah tren Net Death Rate (NDR), yang mengukur angka kematian pasien setelah 48 jam perawatan per 1000 pasien. Terjadi peningkatan drastis dari 11,7 di tahun 2019 menjadi hampir tiga kali lipat yaitu 30,94 di tahun 2021, meski sedikit menurun menjadi 29,19 di tahun 2022. Kedua indikator ini memberikan gambaran yang jelas tentang adanya tantangan serius dalam kualitas pelayanan di RSUD

Beriman Balikpapan.

Tingginya angka ALOS dan NDR ini mengindikasikan perlunya evaluasi mendalam terhadap sistem pelayanan kesehatan yang ada. ALOS yang melebihi standar bukan hanya menunjukkan inefisiensi dalam pelayanan, tetapi juga dapat mengindikasikan adanya masalah dalam proses perawatan dan manajemen pasien. Sementara itu, peningkatan NDR yang signifikan memerlukan penelusuran lebih lanjut untuk mengidentifikasi faktor-faktor penyebab dan mengembangkan strategi perbaikan yang efektif

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Beriman, ditemukan beberapa masalah terkait pelayanan kesehatan. Salah satu masalah yang menonjol adalah rendahnya pelaksanaan Interpersonal Collaboration di antara tenaga kesehatan, data menunjukkan rendahnya pelaksanaan Interpersonal Collaboration. Dari 150 interaksi antar tenaga kesehatan yang diamati selama satu bulan di RSUD Beriman, hanya 30 interaksi (20%) yang menunjukkan kolaborasi interpersonal yang efektif sesuai dengan standar rumah sakit. Hal ini jauh di bawah target rumah sakit sebesar 80% untuk kolaborasi interpersonal yang efektif.

Tingginya waktu tunggu pasien di unit gawat darurat. Data menunjukkan bahwa dari 500 pasien yang datang ke unit gawat darurat RSUD Beriman dalam satu bulan terakhir, 375 pasien (75%) mengalami waktu tunggu lebih dari 2 jam sebelum mendapatkan penanganan medis. Standar pelayanan rumah sakit menetapkan bahwa 90% pasien seharusnya ditangani dalam waktu kurang dari 1 jam.

Rendahnya kepatuhan tenaga kesehatan terhadap protokol cuci tangan. Observasi yang dilakukan terhadap 200 prosedur medis selama dua minggu di RSUD Beriman menunjukkan bahwa hanya 80 prosedur (40%) yang diawali dengan cuci tangan sesuai protokol WHO. Target kepatuhan cuci tangan yang ditetapkan oleh komite pencegahan infeksi rumah sakit adalah 95%.

Selain itu data yang didapatkan dari pihak RSUD Beriman Balikpapan. Dalam observasi yang dilakukan di RSUD Beriman Balikpapan, terlihat adanya variasi tingkat keterampilan komunikasi dan kolaborasi di antara tenaga kesehatan. Beberapa tenaga kesehatan, terutama yang baru bergabung, tampak kurang percaya diri dalam menyampaikan pendapat atau masukan kepada rekan kerja lainnya. Selain itu, teridentifikasi perbedaan persepsi dan sikap individu terkait pentingnya kolaborasi interprofesional dalam memberikan perawatan yang berkualitas.

Pada level kelompok, dinamika dan komunikasi antar tenaga kesehatan di beberapa unit atau departemen terlihat kurang efektif dalam menyelesaikan masalah atau kasus yang kompleks. Tingkat kolaborasi interprofesional juga beragam di antara unit atau departemen yang berbeda. Kepemimpinan di beberapa unit atau departemen tampak kurang berperan dalam memfasilitasi dan mendorong kolaborasi antar tenaga kesehatan.

Dari sisi organisasi, meskipun kebijakan dan prosedur terkait kolaborasi interprofesional sudah ada, implementasinya masih belum optimal. Fasilitas dan lingkungan kerja di beberapa area rumah sakit kurang

mendukung untuk melakukan kolaborasi dan diskusi antar tenaga kesehatan. Budaya organisasi dan iklim kerja di rumah sakit juga belum sepenuhnya mendukung praktik kolaborasi interprofesional. Hasil observasi ini menunjukkan adanya potensi masalah dalam implementasi kolaborasi interprofesional di RSUD Beriman Balikpapan yang melibatkan faktor individu, kelompok, dan organisasi. Untuk itu, penelitian lebih lanjut sangat diperlukan guna mengidentifikasi pengaruh dari ketiga variabel tersebut dan menemukan solusi untuk meningkatkan kolaborasi interprofesional demi memberikan perawatan yang berkualitas dan terpadu bagi pasien.

Dari hasil wawancara juga didapatkan bahwa masih terdapat tumpang tindih atau duplikasi tugas, observasi mengindikasikan adanya tumpang tindih atau duplikasi tugas antara anggota tim perawat dan tim medis, yang mungkin mengakibatkan pemborosan sumber daya dan ketidakjelasan tanggung jawab, misalnya beberapa anggota tim perawat dan tim medis mungkin kurang memahami pentingnya kolaborasi interprofesional dan manfaatnya bagi kualitas pelayanan kesehatan.

Keterbatasan Komunikasi Antar Tim, Observasi menunjukkan adanya keterbatasan dalam komunikasi antara tim perawat dan tim medis, yang dapat menghambat pertukaran informasi yang penting untuk perencanaan dan pelaksanaan perawatan pasien, misalnya kurangnya pertemuan interprofesional, terlihat bahwa frekuensi pertemuan interprofesional antara tim perawat dan tim medis cenderung rendah, menyebabkan kurangnya kesempatan untuk berkolaborasi, berbagi pengetahuan, dan mengatasi masalah secara bersama.

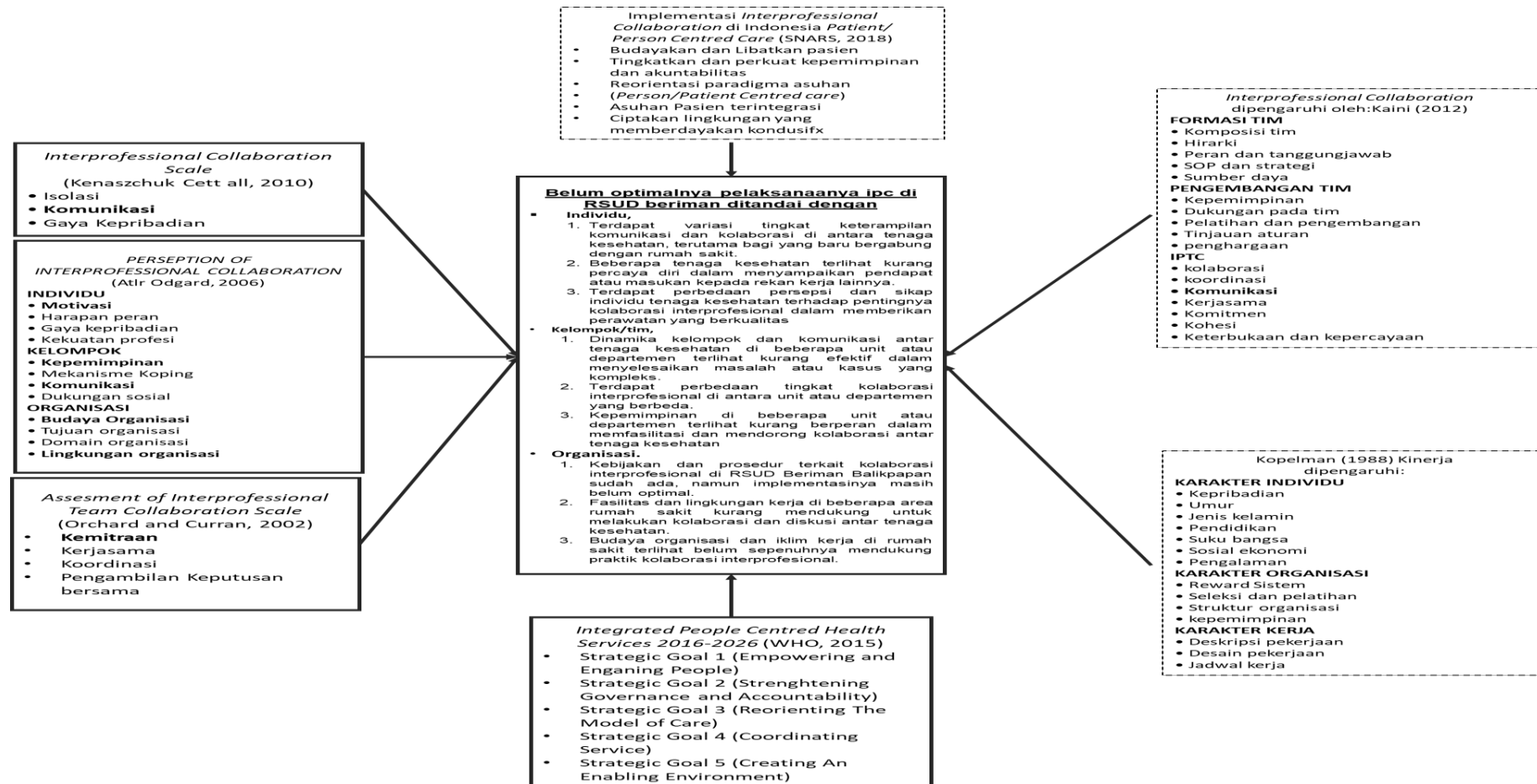
Selanjutnya kurangnya partisipasi dan dukungan manajemen dalam Pengambilan Keputusan Bersama, Tidak terlihat adanya partisipasi yang aktif dari anggota tim perawat dalam pengambilan keputusan bersama dengan tim medis terkait perencanaan perawatan pasien, yang dapat mengurangi efektivitas kolaborasi tim.

Kesenjangan terhadap kolaborasi diantara para tenaga profesional kesehatan menjadi masalah yang dapat menurunkan kualitas pelayanan kesehatan. Pelaksanaan *Interprofesional Collaboration* yang tidak berjalan dapat berdampak terhadap kesalahan pengobatan, masalah keselamatan pasien, konflik tim, dan kematian pasien (Weinberg, Miner and Rivlin, 2009; Bender, Connely and Brown, 2013). Hal ini juga disampaikan oleh World Health Organization (2009) bahwa 70-80% kesalahan yang terjadi pada pelayanan kesehatan diakibatkan oleh komunikasi yang buruk dan kurangnya pemahaman anggota tim. Permasalahan Kesehatan yang dewasa ini semakin kompleks menuntut tenaga Kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan secara paripurna dan berorientasi kepada pasien/patient centered (WHO, 2010).

Kerjasama antarprofesional menjadi elemen utama dalam upaya meningkatkan efektivitas layanan kesehatan yang saat ini ditawarkan kepada masyarakat. Pentingnya pemahaman konsep kolaborasi ini tercermin dari kompleksitas masalah kesehatan yang semakin meningkat, yang mengakibatkan saling ketergantungan antarprofesional dalam penanganannya. Pelaksanaan *Interprofesional Collaboration* yang tidak berjalan akan berdampak terhadap kesalahan pengobatan, masalah

keselamatan pasien, konflik tim, dan kematian pasien (Connely & Brown, 2013). Bekerja secara kolaboratif berarti hubungan kerja yang lancar dalam menghadapi tugas-tugas yang sangat saling terhubung dan saling bergantung (Reeves, 2016)

Dalam konteks pelayanan kesehatan, praktik kolaboratif antarprofesional menjadi krusial, memerlukan latihan dan pengetahuan yang cukup dari seluruh tenaga kesehatan yang terlibat. Menurut Canadian *Interprofessional Health Collaborative* (CIHCC), praktik kolaboratif yang berfokus pada kepentingan pasien dapat menghasilkan peningkatan signifikan dalam kualitas pelayanan dan perawatan kesehatan. Hal ini dapat tercermin dari pengurangan komplikasi penyakit, pengurangan lama rawat inap, penurunan jumlah kunjungan ke rumah sakit, serta mengurangi risiko kejadian buruk atau kesalahan praktik yang dapat mengancam nyawa pasien. Selain itu, praktik kolaboratif juga mampu mengurangi konflik antarprofesional, yang pada gilirannya meningkatkan efektivitas dan efisiensi penanganan pasien. Tenaga kesehatan harus melakukan kolaborasi dengan baik dan tidak melaksanakan pelayanan kesehatan secara individualisme (Fatalina, 2015). Berikut Gambaran Kajian Masalah dalam penelitian :



Gambar 1 Kajian Masalah Penelitian

1.3 Rumusan Masalah

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

- 1) Bagaimana pengaruh motivasi terhadap implementasi IPC (*interprofessional Collaboration*) di RSUD Beriman Balikpapan
- 2) Bagaimana pengaruh komunikasi terhadap implementasi IPC (*interprofessional Collaboration*) di RSUD Beriman Balikpapan
- 3) Bagaimana pengaruh kepemimpinan terhadap implementasi IPC (*interprofessional Collaboration*) di RSUD Beriman Balikpapan
- 4) Bagaimana pengaruh kemitraan terhadap implementasi IPC (*interprofessional Collaboration*) di RSUD Beriman Balikpapan
- 5) Bagaimana pengaruh budaya organisasi terhadap implementasi IPC (*interprofessional Collaboration*) di RSUD Beriman Balikpapan
- 6) Bagaimana pengaruh lingkungan organisasi terhadap implementasi IPC (*interprofessional Collaboration*) di RSUD Beriman Balikpapan
- 7) Bagaimana pengaruh faktor yang paling mempengaruhi dari individu, kelompok, dan organisasi terhadap implementasi IPC (*interprofessional Collaboration*) di di RSUD Beriman Balikpapan

1.4 Tujuan Penelitian

Tujuan Penelitian adalah sebagai berikut:

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui pengaruh individu, kelompok, dan organisasi terhadap implementasi IPC (*interprofessional collaboration*) di RSUD

Beriman Balikpapan

2. Tujuan Khusus

Sedangkan Tujuan khusus pada penelitian adalah sebagai berikut:

- a) Untuk menganalisa pengaruh motivasi terhadap implementasi IPC (*interprofessional Collaboration*) di RSUD Beriman Balikpapan
- b) Untuk menganalisa pengaruh komunikasi terhadap implementasi IPC (*interprofessional Collaboration*) di RSUD Beriman Balikpapan
- c) Untuk menganalisa pengaruh kepemimpinan terhadap implementasi IPC (*interprofessional Collaboration*) di RSUD Beriman Balikpapan
- d) Untuk menganalisa pengaruh kemitraan terhadap implementasi IPC (*interprofessional Collaboration*) di RSUD Beriman Balikpapan
- e) Untuk menganalisa pengaruh budaya organisasi terhadap implementasi IPC (*interprofessional Collaboration*) di RSUD Beriman Balikpapan
- f) Untuk menganalisa pengaruh lingkungan organisasi terhadap implementasi IPC (*interprofessional Collaboration*) di RSUD Beriman Balikpapan
- g) Untuk menganalisa pengaruh faktor yang paling mempengaruhi dari individu, kelompok, dan organisasi terhadap implementasi IPC (*interprofessional Collaboration*) di RSUD Beriman Balikpapan

1.5 Manfaat Penelitian

Penelitian ini memiliki potensi manfaat yang signifikan bagi pengembangan pelayanan kesehatan, khususnya dalam konteks perawatan rawat inap di rumah sakit. Dengan mengkaji penerapan *interprofessional collaboration*, penelitian ini diharapkan dapat memberikan pemahaman yang lebih mendalam tentang bagaimana kolaborasi antar tenaga kesehatan dapat mengoptimalkan kualitas pelayanan pasien.

Secara praktis, hasil penelitian ini dapat menjadi landasan untuk meningkatkan efektivitas kerja sama antar profesi kesehatan di lingkungan rumah sakit. Pemahaman yang lebih baik tentang peran dan pentingnya kolaborasi interprofesional dapat mendorong terciptanya budaya kerja yang lebih terintegrasi, dimana setiap tenaga kesehatan dapat berkontribusi secara optimal sesuai dengan kompetensi mereka.

Lebih jauh lagi, penelitian ini dapat memberikan wawasan berharga tentang bagaimana *interprofessional collaboration* dapat menjadi solusi untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan, terutama dalam konteks perawatan rawat inap. Hal ini pada akhirnya diharapkan dapat berkontribusi pada peningkatan *outcome* kesehatan pasien dan efisiensi sistem pelayanan kesehatan di rumah sakit. Adapun manfaat penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Manfaat Teoritis

Secara teoritis hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat yaitu:

- a. Memberikan manfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan terutama untuk manajemen dan dapat meningkatkan kualitas pelayanan dan perawatan kesehatan rumah sakit terutama di bagian Rawat Inap
- b. Memberikan kontribusi pengembangan ilmu pengetahuan dalam mata kuliah Manajemen Rumah Sakit, khususnya pada kajian:
 - a) *Organizational Behavior* (Perilaku Organisasi), terutama dalam aspek dinamika tim, kolaborasi interprofesional, dan perilaku individu dalam organisasi kesehatan
 - b) *Healthcare Human Resource Management*, dalam hal pengembangan kompetensi dan kerjasama tim tenaga kesehatan
 - c) *Healthcare Quality Management*, terkait peningkatan mutu pelayanan kesehatan melalui kolaborasi interprofesional
 - d) *Healthcare Leadership*, khususnya dalam penerapan kepemimpinan kolaboratif di lingkungan rumah sakit

2. Manfaat Praktis

Secara praktis, manfaat penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Bagi penulis
Menambah wawasan ilmu pengetahuan tentang penerapan IPC pada tenaga kesehatan, peran dan pelayanan kesehatan rumah sakit bagi masyarakat
- b. Bagi dunia Kesehatan
Hasil penelitian ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan praktik terbaik dalam hal IPC di RSUD Beriman Balikpapan. dapat memberikan manfaat yang lebih besar bagi kesehatan masyarakat

secara keseluruhan dengan memberikan pelayanan kesehatan berupa rawat inap yang lebih baik.

c. Bagi Rumah Sakit

Mengetahui tentang pentingnya penerapan IPC di RSUD Beriman Balikpapan. Dengan memahami IPC ini, rumah sakit dapat mengambil langkah-langkah yang dibutuhkan untuk meningkatkan kualitas pelayanan di RS,. Selain itu, dengan menerapkan kerjasama interprofesional yang lebih baik dapat membantu dalam mengurangi kesalahan medis dan meningkatkan keselamatan pasien di RSUD Beriman Balikpapan. Sehingga pasien dan keluarga mereka akan lebih puas dengan perawatan yang diterima dan meningkatkan citra RSUD Beriman Balikpapan serta meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang disediakan.

d. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Penelitian ini sebagai bagian dari implementasi Tri Dharma Perguruan Tinggi untuk memberikan kajian ilmu tentang kesehatan.

BAB II

LANDASAN TEORI

2.1 *Interprofesional Collaboration*

Kolaborasi merupakan hal yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kesehatan dimana masing-masing tenaga kesehatan diharuskan untuk berpartisipasi aktif. Dengan berkolaborasi maka dapat meningkatkan tujuan dan nilai yang berpusat pada pasien dan keluarga, menyediakan mekanisme untuk komunikasi berkelanjutan antara pemberi layanan kesehatan, mengoptimalkan partisipasi dalam pengambilan keputusan antar disiplin dan meningkatkan kepedulian untuk kontribusi seluruh profesi kesehatan (Health Canada, 2014). Pada praktiknya pendekatan ini disebut *Interprofessional Collaborative Practice*

Interprofessional Collaborative Practice merupakan praktik pendidikan dan pelatihan yang mendukung integrasi profesi kesehatan dan berdampak pada terwujudnya kompetensi kerjasama dalam tim, saling menghargai keberagaman ilmu pengetahuan dan mengutamakan keselamatan pasien (WHO, 2011). Dalam praktik kolaborasi tim, meskipun dipimpin oleh tenaga profesional yang berbeda, tetaplah harus dibagi peran dan tanggung jawab tenaga kesehatan dalam pelayanan kesehatan dan dalam proses pengambilan keputusan yang terbaik bagi pasien. Kolaborasi tim sangat diperlukan dan harus semakin ditingkatkan dalam pelayanan kesehatan saat ini.

Menurut Morgan (2015), *Interprofessional Collaboration* (IPC) adalah

kemitraan antara orang-orang dengan latar belakang profesi yang berbeda dan bekerja sama untuk memecahkan masalah kesehatan dan memberikan pelayanan kesehatan (Morgan et al, 2015). WHO mengusulkan kolaborasi dalam pelayanan kesehatan yaitu *Framework for Action for Interprofessional Collaboration* (WHO, 2010). Kerangka tersebut menjelaskan pentingnya kolaborasi dalam pelayanan kesehatan dan mempersiapkan di masa depan calon tenaga kesehatan yang berkualitas. Dengan hal tersebut, para tenaga kesehatan sedari awal bekerja dengan mengetahui dan memahami tugas-tugas dari profesi lain, serta menghargai dan terbiasa bekerjasama dengan profesi lainnya.

World Health Organization (WHO) menciptakan tonggak penting dalam sejarah pelayanan kesehatan global dengan meluncurkan *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice* pada tahun 2010. Kerangka konsep ini menjadi landasan fundamental bagi implementasi kolaborasi interprofesional di berbagai negara, termasuk Indonesia.

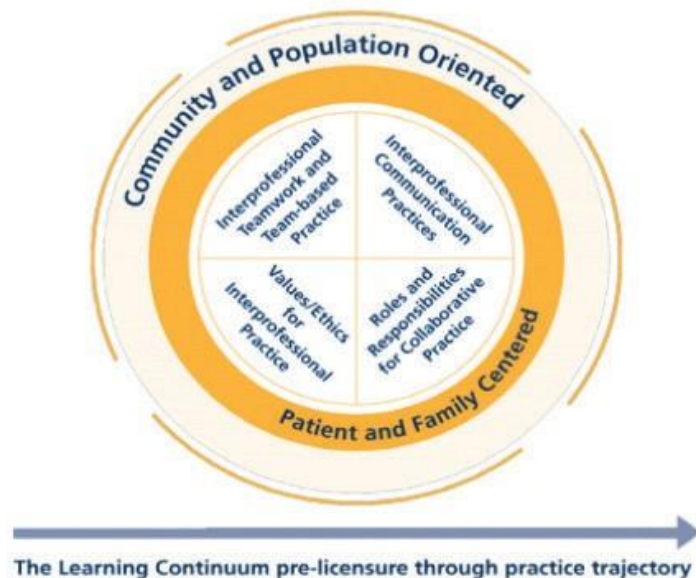
Interprofessional Collaboration (IPC) dikembangkan dengan visi yang jelas: meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pelayanan yang lebih bermutu. Pendekatan ini mencakup berbagai aspek pelayanan kesehatan, mulai dari kesehatan keluarga hingga penanganan penyakit menular dan tidak menular. Esensi dari IPC terletak pada proses kerjasama yang melibatkan berbagai profesi kesehatan sebagai satu tim yang solid, dimana setiap anggota berkontribusi dengan keahlian spesifik mereka untuk mencapai tujuan bersama.

Keberhasilan IPC bertumpu pada prinsip saling menghormati antar profesi dan kemampuan untuk bekerja sama secara efektif. Setiap tenaga kesehatan membawa keterampilan dan pengetahuan unik dari bidang keahlian mereka, yang ketika diintegrasikan dengan baik, dapat menghasilkan solusi komprehensif untuk masalah kesehatan pasien. Model kolaborasi ini membuka peluang bagi para profesional kesehatan untuk terus meningkatkan kualitas pelayanan mereka melalui pembelajaran dan pertukaran pengetahuan lintas disiplin (Penney, 2015)

Pada Tahun 2009 di Amerika Serikat berdiri sebuah badan kolaboratif yang melibatkan enam asosiasi pendidikan profesi kesehatan untuk *meningkatkan* IPE bernama *Interprofessional Education Collaborative* (IPEC). Badan tersebut pada tahun 2010 melakukan diskusi panel bersama ahli dan pendidik dari kedokteran, kedokteran gigi, keperawatan, kedokteran osteopatik, farmasi dan kesehatan masyarakat untuk mengembangkan *core* kompetensi untuk IPC (Schmitt, Blue, Aschenbrener, & Viggiano, 2011). *Core* kompetensi ini dibangun berdasarkan kompetensi spesifik masing-masing profesi dan dapat digunakan untuk memandu mahasiswa sekaligus praktisi kesehatan. Diskusi tersebut merumuskan kompetensi ke dalam empat bidang kompetensi yang masing-masing dilengkapi dengan definisi dan seperangkat subkompetensi spesifik. Selanjutnya pada Tahun 2011 hasil ini dipublikasikan berjudul *Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice* yang kemudian diperbarui pada tahun 2016 dimana dapat dilihat pada gambar berikut (Interprofessional

Educational Collaborative, 2016):

Interprofessional Collaboration Competency Domain



Gambar 2.1 Core Competencies (IPEC, 2016)

Adapun empat *core* kompetensi yang dapat dicapai atau diterapkan dengan adanya pembelajaran interprofessional adalah sebagai berikut:

1. *Core 1: Values and Ethics.*

Core kompetensi *values and ethics* bermakna bekerja dengan individual dari profesi lain dengan mempertahankan iklim saling menghormati dan berbagi nilai.

Pada kompetensi *Values and Ethics* terdapat beberapa hal yang harus dikuasai yaitu sebagai berikut:

- a. Menempatkan klien dan komunitas sebagai pusat pelayanan kesehatan interprofesional serta program dan kebijakan kesehatan masyarakat untuk mempromosikan kesehatan dan kesetaraan kesehatan sepanjang kehidupan.
- b. Menghargai martabat dan privasi klien.

- c. Menghargai perbedaan budaya dan perbedaan individu yang mendasari karakteristik klien dan populasi serta tim kesehatan.
- d. Menghargai budaya, nilai, peran/tanggung jawab, dan keahlian profesi kesehatan serta pengaruh faktor-faktor tersebut terhadap luaran kesehatan.
- e. Bekerja secara kooperatif dengan orang yang menerima pelayanan, orang yang memberikan pelayanan, dan orang lain yang berkontribusi atau mendukung pelayanan dan program kesehatan.
- f. Mengembangkan hubungan kepercayaan dengan klien, keluarga, anggota lain.
- g. Menjunjung tinggi prinsip-prinsip etik dan kualitas pelayanan.
- h. Menangani permasalahan etik yang berkaitan dengan situasi pelayanan kesehatan interprofessional.
- i. Bertindak dengan kejujuran dan integritas dalam berhubungan dengan pasien, keluarga, komunitas, dan anggota lain dalam tim.
- j. Mempertahankan kompetensi profesi sendiri

2. *Core 2: Role and Responsibilities*

Core kompetensi *Role and Responsibilities* yaitu menggunakan pengetahuan tentang peran profesi diri sendiri dan profesi lain untuk menilai dan menangani dengan tepat apa yang menjadi kebutuhan perawatan kesehatan pasien dalam meningkatkan dan memajukan kesehatan khalayak.

Pada *core* kompetensi *Role and Responsibilities* terdapat beberapa hal yang harus dikuasai yaitu sebagai berikut:

- a. Mengkomunikasikan peran dan tanggungjawab kepada klien, keluarga, anggota komunitas, dan profesional lain.
- b. Menyadari keterbatasan diri dalam hal skills, pengetahuan, dan kemampuan.
- c. Melibatkan beragam profesi yang melengkapi keahlian profesionalnya sendiri untuk mengembangkan strategi demi memenuhi kesehatan tertentu dan kebutuhan perawatan kesehatan pasien
- d. Menjelaskan peran dan tanggungjawab profesi lain dan bagaimana tim bekerja bersama untuk menyediakan pelayanan, promosi kesehatan, dan mencegah penyakit
- e. Menggunakan pengetahuan, skills, dan kemampuan berbagai profesi kesehatan dan bidang lain untuk menyediakan pelayanan yang aman, efisien, efektif, dan adil
- f. Berkomunikasi dengan anggota tim untuk memperjelas tanggung jawab masing-masing anggota tim dalam menjalankan komponen rencana perawatan atau intervensi kesehatan masyarakat
- g. Membentuk hubungan yang saling bergantung dengan profesi lain di dalam bidang kesehatan dan bidang lain untuk meningkatkan pelayanan kepada klien dan pembelajaran tingkat lanjut.
- h. Terlibat dalam pengembangan professional dan interprofessional berkelanjutan untuk meningkatkan performa tim dan kolaborasi
- i. Menggunakan kemampuan seluruh anggota tim untuk mengoptimalkan kesehatan dan pelayanan pasien
- j. Mendeskripsikan bagaimana professional kesehatan dan bidang lain

dana berkolaborasi dan menyatukan pelayanan klinik dan intervensi kesehatan masyarakat untuk mengoptimalkan kesehatan populasi

3. *Core 3: Interprofessional Communication*

Core kompetensi *Interprofessional Communication* yaitu berkomunikasi dengan pasien, keluarga, komunitas, dan professional di bidang kesehatan dan lainnya dengan cara yang responsif dan bertanggung jawab yang mendukung pendekatan tim untuk promosi dan pemeliharaan kesehatan serta pencegahan dan pengobatan penyakit.

Pada *core* kompetensi *Interprofessional Communication* terdapat beberapa hal yang harus dikuasai yaitu sebagai berikut:

- a. Memilih alat dan teknik komunikasi yang efektif, termasuk sistem informasi dan teknologi komunikasi, untuk memfasilitasi diskusi dan interaksi yang meningkatkan fungsi tim.
- b. Mengkomunikasikan informasi kepada pasien, keluarga, anggota komunitas, dan anggota tim kesehatan secara mudah dipahami.
- c. Menyampaikan pengetahuan dan pendapat kepada anggota tim yang terlibat dalam pelayanan pasien dan perbaikan kesehatan populasi secara percaya diri, jelas, dan menghargai orang lain, memastikan semua memahami informasi, perawatan, keputusan pelayanan serta program dan kebijakan kesehatan populasi
- d. Mendengarkan secara aktif, dan dorong gagasan dan pendapat anggota tim lainnya.
- e. Memberikan masukan instruktif yang tepat waktu kepada orang lain tentang kinerja mereka di tim, menanggapi dengan hormat sebagai

anggota tim untuk mendapatkan umpan balik dari orang lain.

- f. Menggunakan bahasa yang sesuai pada situasi sulit, percakapan penting, atau konflik antar profesional.
- g. Menyadari keunikan diri sendiri (pengalaman, keahlian, budaya, kekuatan, dan hierarki dalam tim kesehatan) yang berkontribusi terhadap komunikasi efektif, resolusi konflik, dan hubungan kerja interprofesional yang positif
- h. Mengkomunikasikan kepentingan kerjasama tim dalam pelayanan berpusat pada pasien serta program dan kebijakan kesehatan populasi

4. *Core 4: Teams and Teamwork*

Core kompetensi *Teams and Teamwork* bermakna menerapkan nilai-nilai, membangun hubungan dan prinsip-prinsip dinamika tim agar berfungsi secara efektif dalam peran tim yang berbeda dalam merencanakan, menyampaikan, dan mengevaluasi program perawatan pasien dan populasi yang berpusat pada populasi/ pasien dan program kesehatan masyarakat, serta kebijakan yang aman, tepat waktu, efisien, efektif, dan adil.

Pada *core* kompetensi *teams and teamwork* beberapa kompetensi yang harus dikuasai antara lain:

- a. Melakukan proses pengembangan tim dan peran serta praktik tim yang efektif.
- b. Mengembangkan konsensus tentang prinsip-prinsip etika untuk memandu semua aspek kerja tim.
- c. Mengajak profesi kesehatan lainnya dalam pemecahan masalah

bersama yang berfokus pada masyarakat dan pelayanan pasien.

- d. Mengintegrasikan pengetahuan dan pengalaman profesi lain - sesuai dengan situasi perawatan khusus - untuk memberi tahu keputusan perawatan, sambil menghormati nilai dan prioritas pasien/pasien dan prioritas perawatan.
- e. Menerapkan praktik kepemimpinan yang mendukung praktik kolaborasi dan efektivitas tim.
- f. Melibatkan diri sendiri dan orang lain untuk secara konstruktif mengelola perselisihan tentang nilai, peran, tujuan, dan tindakan yang muncul di antara kesehatan dan profesional lainnya dengan pasien, keluarga dan anggota komunitas.
- g. Membagikan akuntabilitas dengan profesi, pasien, dan komunitas lain untuk hasil relevan untuk pencegahan dan perawatan kesehatan.
- h. Merefleksikan peningkatan performa individual dan performa tim.
- i. Menggunakan strategi peningkatan proses untuk meningkatkan efektivitas kerja tim interprofessional serta program, pelayanan, dan kebijakan berbasis tim.
- j. Menggunakan bukti yang tersedia untuk menginformasikan kerja tim yang efektif dan pelaksanaan berbasis tim.
- k. Melaksanakan tugas secara efektif di dalam tim dengan berbagai setting.

Menurut Reeves (2010), dimensi kunci dalam *interprofesional collaboration* meliputi beberapa hal :

- a. Menetapkan tujuan tim yang jelas. Hal ini sangat diharapkan

karena bertujuan untuk mencegah terjadinya multi-persepsi, tumpang-tindih pemahaman, dan tujuan pencapaian.

- b. Memiliki suatu ciri atau identitas tim bersama. Konteks ini merupakan salah satu kunci dimensi yang menunjukkan bahwa tim tersebut menunjukkan identitas dari peleburan berbagai profesi. Kegiatan tim dan performan tim yang ditunjukkan merupakan suatu ciri dari tim tersebut dan bukan merupakan ciri suatu profesi.
- c. Memiliki komitmen tim bersama. Komitmen merupakan suatu realisasi dari rencana tim untuk mencapai tujuan kelompok. Dalam kerjasama antarprofesi, komitmen yang dibangun adalah merupakan hasil kesepakatan kelompok yang ditujukan untuk mencapai tujuan kelompok dengan mempertimbangkan juga peran dan tanggungjawab profesi.
- d. Peran yang jelas pada setiap profesi. Tidak dapat dipungkiri ataupun dihindari bahwa menyatukan berbagai profesi yang masing-masing memiliki tugas dan tanggung-jawab yang berbeda akan menghasilkan tumpang tindih peran dan tugas dari masing-masing profesi. Dengan melalui kesepakatan dalam kelompok, perlu ditetapkan peran dan tugas masing-masing profesi yang jelas dalam kerjasama antarprofesi ini.
- e. Adanya konsep saling ketergantungan (interdependece). Interdependence dalam konteks kerjasama antarprofesi merupakan suatu strategi untuk mengurangi atau

menghilangkan dominan antar profesi. Konsep ini dikembangkan untuk menunjukkan bahwa dalam penyelesaian suatu masalah kesehatan atau penanganan pasien diperlukan sikap saling ketergantungan antar satu sama lain sehingga keputusan medis yang diambil merupakan suatu kesepakatan yang ditujukan untuk menghasilkan outcome atau kesembuhan pasien yang maksimal.

- f. Adanya intergrasi diantara anggota tim. Dimensi utama lainnya yaitu integrasi merupakan suatu penerapan dari seluruh dimensi yang ada. Integrasi dalam kerjasama tim antarprofesi merupakan lebih ditujukan pad bagaimana pelayanan pada pasien ataupun penanganan masalah dilaksanakan secara terintegrasi. Dengan integrasi, bentuk dari pelaksanaan dari suatu kegiatan merupakan hasil dari kesepakatan dan peleburan dari peran, tugas, dan tanggung-jawab dari setiap profesi dalam menentukan keputusan medis yang diambil dan penatalaksanaanya yang akan dilakukan

Saya akan menyusun ulang informasi tersebut dalam narasi yang lebih terstruktur dan mudah dipahami:

Keberhasilan kolaborasi interprofesional dalam pelayanan kesehatan bertumpu pada enam dimensi utama yang saling terkait. Pertama, penetapan tujuan tim yang jelas menjadi fondasi penting untuk mencegah tumpang tindih pemahaman dan multi-persepsi di antara anggota tim.

Kejelasan tujuan ini memastikan bahwa seluruh anggota tim bergerak dalam arah yang sama.

Kedua, identitas tim bersama yang mencerminkan peleburan berbagai profesi menjadi satu kesatuan. Identitas ini tidak lagi mencerminkan karakteristik profesi tertentu, melainkan menunjukkan ciri khas tim kolaboratif sebagai satu entitas. Ketiga, komitmen tim bersama yang merupakan manifestasi dari kesepakatan kelompok dalam mencapai tujuan, dengan tetap mempertimbangkan peran dan tanggung jawab masing-masing profesi.

Dimensi keempat adalah kejelasan peran setiap profesi. Mengingat setiap profesi kesehatan memiliki tugas dan tanggung jawab yang berbeda, penetapan peran yang jelas melalui kesepakatan kelompok menjadi crucial untuk menghindari tumpang tindih tugas. Kelima, konsep saling ketergantungan (interdependence) yang bertujuan mengurangi dominasi antar profesi. Konsep ini menekankan bahwa keputusan medis optimal hanya dapat dicapai melalui kontribusi dan ketergantungan mutual antar profesi.

Dimensi terakhir adalah integrasi antar anggota tim, yang merupakan penerapan dari seluruh dimensi sebelumnya. Integrasi ini tercermin dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan yang menyeluruh, dimana setiap keputusan medis dan tindakan penatalaksanaan merupakan hasil kesepakatan dan peleburan peran dari berbagai profesi yang terlibat. Melalui integrasi yang efektif, tim dapat memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif dan berkualitas tinggi.

Dalam upaya mengukur efektivitas kolaborasi interprofesional di lingkungan kesehatan, pengembangan instrumen pengukuran yang valid dan reliabel menjadi sangat penting. Proses pengembangan instrumen ini melibatkan tiga tahap krusial: penyusunan kuesioner, pengembangan skala ukur, dan uji reliabilitas. Hal ini memungkinkan evaluasi yang akurat terhadap persepsi dan pengalaman para tenaga kesehatan dalam praktik kolaborasi interprofesional.

Ada beberapa instrumen utama yang telah dikembangkan untuk mengukur implementasi kolaborasi interprofesional. Pertama, The Perception of Interprofessional Collaboration Model (PINCOM) yang dirancang untuk mengukur persepsi dan perilaku kolaboratif pada tiga level: individu, kelompok, dan organisasi. Instrumen ini menggunakan 48 item pernyataan dengan skala tujuh poin untuk menilai berbagai aspek kolaborasi interprofesional.

Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS) menawarkan pendekatan yang lebih komprehensif dengan fokus pada dinamika tim. Instrumen ini mencakup empat domain utama: kemitraan, kerjasama, koordinasi, dan pengambilan keputusan bersama. Dengan menggunakan skala lima poin dari "Tidak pernah" hingga "Selalu", AITCS memberikan gambaran menyeluruh tentang kualitas kolaborasi dalam tim kesehatan.

Sementara itu, *Interprofessional Collaboration Scale (ICS)* yang dikembangkan berdasarkan definisi WHO tentang praktik kolaborasi interprofesional, menekankan pada tiga faktor utama: komunikasi,

akomodasi, dan isolasi. Instrumen ini dirancang khusus untuk mengevaluasi kolaborasi antara dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan berkualitas tinggi.

Penelitian menunjukkan bahwa implementasi kolaborasi interprofesional yang efektif dapat memberikan berbagai manfaat, termasuk peningkatan efisiensi pelayanan, pengembangan keterampilan profesional, respons yang lebih cepat terhadap kebutuhan pasien, dan pelayanan yang lebih komprehensif. Lebih penting lagi, pendekatan ini mendorong inovasi dan kreativitas dalam praktik kesehatan yang berpusat pada pasien, yang pada akhirnya menghasilkan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan, baik untuk individu, keluarga, maupun masyarakat luas.

Indikator interprofessional collaboration menurut teori mencakup berbagai aspek yang mencerminkan tingkat kerja sama dan koordinasi yang efektif antara profesional kesehatan. Berikut adalah beberapa indikator interprofessional collaboration:

1. Kualitas Komunikasi Antarprofesional (Communication Quality):

Indikator ini mencakup efektivitas komunikasi antara anggota tim kesehatan. Dalam hal ini kemampuan berbagi informasi secara jelas, mendengarkan dengan seksama, dan menghindari kesalahan komunikasi. (IOM, 2001)

2. Koordinasi Perawatan (Care Coordination):

Ini mencakup sejauh mana anggota tim kesehatan bekerja sama dalam merencanakan dan menyelenggarakan perawatan pasien, termasuk

pengiriman perawatan yang terkoordinasi (WHO, 2010)

3. Partisipasi Pasien (Patient Participation):

Indikator ini mengukur sejauh mana pasien dan keluarganya dilibatkan dalam pengambilan keputusan dan perencanaan perawatan mereka (Coulter, A & Ellins, J., 2007).

4. Peran Tim yang Jelas (Clear Team Roles):

Tingkat pemahaman yang jelas mengenai peran dan tanggung jawab setiap anggota tim kesehatan dalam perawatan pasien (Mickan & Rodger, 2000)

5. Resolusi Konflik (Conflict Resolution):

Evaluasi sejauh mana tim mampu mengidentifikasi, mengelola, dan menyelesaikan konflik internal dengan cara yang konstruktif dan efektif (De Dreu & Gelfand, 2008)

6. Pemahaman Terhadap Peran Profesional Lain (Understanding of Others' Roles):

Evaluasi sejauh mana profesional kesehatan memahami peran dan kontribusi yang dibawa oleh anggota tim lainnya dalam perawatan pasien (Barr, 2002)

7. Sikap Terhadap Kerja Sama (Attitude Towards Collaboration):

Indikator ini mencakup sikap positif atau negatif yang dimiliki oleh profesional kesehatan terhadap kerja sama lintasprofesional (Parsell & Bligh, 1998).

Implementasi Interprofessional Collaboration (IPC) dalam sistem

pelayanan kesehatan menghadapi berbagai hambatan dan tantangan kompleks. Bachchu Kailash Kaini mengidentifikasi beberapa kendala fundamental, mulai dari minimnya kesadaran akan kompetensi inti dan pentingnya IPC, hingga kurangnya pendidikan dan pelatihan yang memadai. Perbedaan budaya profesional, identitas, dan struktur kekuasaan antar profesi juga menjadi tantangan signifikan, ditambah dengan kompleksitas peran dan tanggung jawab serta faktor manusia.

Lebih detail lagi, Green & Johnson menguraikan berbagai hambatan praktis yang sering ditemui dalam pelaksanaan IPC. Salah satu masalah utama adalah adanya persepsi antar profesi yang cenderung memandang profesi lain sebagai outsider atau bahkan kompetitor. Situasi ini diperburuk dengan adanya hierarki sosial yang tidak seimbang, dimana beberapa profesi merasa inferior dan membatasi diri dalam berinteraksi dengan profesi lainnya.

Dominasi budaya tertentu dan sikap negatif antar profesi juga menjadi penghalang serius. Bahkan dalam satu profesi yang sama, perbedaan legitimasi seperti lisensi atau sertifikasi dapat menciptakan kesenjangan internal. Perbedaan ideologis dan dinamika kekuasaan antar profesi sering menimbulkan konflik dalam proses kolaborasi.

Tantangan praktis lainnya meliputi perbedaan pendapat, masalah status, hambatan komunikasi, dan perbedaan orientasi dalam pelayanan kesehatan. Situasi ini diperparah dengan terbatasnya fasilitas layanan kesehatan yang memenuhi standar, serta tumpang tindih peran dan kewenangan antar profesi. Semua faktor ini menciptakan kompleksitas

tersendiri dalam upaya mewujudkan kolaborasi interprofesional yang efektif.

2.2 Faktor Individu

Karakteristik individu memainkan peran krusial dalam keberhasilan kolaborasi interprofesional di lingkungan kesehatan. Setiap individu membawa kombinasi unik antara karakteristik bawaan dan karakteristik yang terbentuk dari pengaruh lingkungan. Perbedaan ini menciptakan dinamika kompleks dalam interaksi antar profesional kesehatan.

Dalam konteks IPC, terdapat tiga aspek utama yang memengaruhi efektivitas kolaborasi:

Pertama, aspek isolasi yang mencerminkan kecenderungan tenaga kesehatan untuk bekerja secara terpisah dan enggan berbagi informasi atau pendapat dengan profesi lain. Kondisi ini sering terjadi karena prosedur dan sistem yang berkembang secara terpisah di masing-masing profesi. Untuk mengatasi isolasi ini, diperlukan pengembangan kepercayaan antar profesi dan perencanaan terintegrasi yang mempertimbangkan koordinasi, kolaborasi, dan pengelolaan sumber daya yang seimbang.

Kedua, aspek komunikasi yang menjadi jembatan pertukaran informasi antar tenaga kesehatan. Komunikasi efektif ditandai dengan adanya feedback yang mencakup evaluasi, interpretasi, dukungan, pertukaran informasi tambahan, dan pemahaman bersama. Keberhasilan komunikasi menjadi fondasi penting dalam membangun

kolaborasi yang produktif.

Ketiga, gaya kepribadian yang memengaruhi bagaimana seorang tenaga kesehatan menjalankan tugas dan tanggung jawabnya. Kepribadian, sebagai totalitas psikofisis yang kompleks, mencakup kebiasaan, sikap, nilai, keyakinan, dan kondisi emosional individu. Pemahaman tentang perbedaan kepribadian ini penting dalam membangun kolaborasi yang efektif, mengingat setiap individu akan merespon dan berinteraksi secara berbeda dalam situasi kerja yang sama.

2.3 Faktor Tim

Konsep tim dalam pelayanan kesehatan memiliki karakteristik yang lebih kompleks dibandingkan sekadar kelompok individu. Tim kesehatan merupakan kumpulan profesional yang tidak hanya berinteraksi, tetapi juga saling bergantung dalam mencapai tujuan bersama. Berbeda dengan kelompok biasa yang bisa mencapai tujuan melalui kontribusi individual yang terpisah, tim kesehatan membutuhkan koordinasi dan interaksi dinamis antar anggotanya, dimana setiap anggota memiliki peran dan fungsi spesifik.

Dalam konteks pelayanan kesehatan, keberhasilan tim bergantung pada tiga elemen fundamental. Pertama, kerjasama yang merupakan manifestasi dari nilai-nilai bersama yang mendorong perilaku konstruktif, seperti kemampuan mendengarkan perspektif orang lain, memberikan dukungan, dan mengakui prestasi sesama anggota tim. Kerjasama ini menjadi fondasi penting dalam

menciptakan lingkungan kerja yang kolaboratif dan produktif.

Kedua, komunikasi tim yang berfungsi sebagai urat nadi dalam koordinasi pelayanan kesehatan. Komunikasi efektif ditandai dengan adanya pertukaran informasi yang menghasilkan pemahaman bersama. Keberhasilan komunikasi dapat diukur melalui lima aspek umpan balik: evaluasi kritis, interpretasi pesan, dukungan non-verbal, pertukaran informasi tambahan, dan tercapainya kesimpulan bersama.

Ketiga, dukungan sosial yang menjadi perekat dalam tim kesehatan. Dukungan timbal balik antar anggota tim tidak hanya mencakup aspek profesional, tetapi juga meliputi pengakuan, penghargaan, dan keterlibatan dalam jaringan komunikasi. Dukungan kelompok yang solid dapat mencegah kesalahan medis, meningkatkan efektivitas pelayanan, dan mengurangi ketegangan akibat beban kerja. Lebih jauh lagi, dukungan sosial membantu membangun kepercayaan, meningkatkan kemampuan adaptasi tim, dan memperkuat orientasi bersama dalam memberikan pelayanan kesehatan yang optimal

2.4 Faktor Organisasi

Organisasi rumah sakit di Indonesia telah diatur secara sistematis melalui kerangka hukum yang jelas, khususnya dalam Peraturan Presiden No 77 Tahun 2015. Regulasi ini dirancang untuk menciptakan sistem organisasi rumah sakit yang tidak hanya efektif dan efisien, tetapi juga akuntabel, dengan berpedoman pada prinsip

Good Corporate Governance dan Good Clinical Governance.

Struktur organisasi rumah sakit dirancang dengan mempertimbangkan kompleksitas dan beban kerja institusi, sambil memastikan pembagian tugas dan fungsi yang komprehensif. Setiap unsur dalam organisasi rumah sakit dituntut untuk mengimplementasikan prinsip-prinsip dasar manajemen yang meliputi koordinasi, integrasi, simplifikasi, sinkronisasi, dan mekanisasi dalam lingkup kerjanya masing-masing serta dalam interaksinya dengan unit-unit lain.

Dalam strukturnya, organisasi rumah sakit minimal harus memiliki tujuh komponen utama: kepemimpinan dalam bentuk direktur atau kepala rumah sakit, unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjang medis, unsur administrasi umum dan keuangan, komite medis, dan satuan pemeriksaan internal. Struktur ini dapat dikembangkan lebih lanjut sesuai dengan kebutuhan spesifik rumah sakit, yang dapat mencakup pembentukan direktorat, departemen, divisi, instalasi, unit kerja, atau komite tambahan.

Fleksibilitas dalam pengorganisasian ini memungkinkan rumah sakit untuk beradaptasi dengan kebutuhan dan beban kerja yang berbeda-beda, sambil tetap mempertahankan efektivitas dan efisiensi pelayanan. Pengaturan organisasi yang baik ini menjadi kunci dalam menciptakan lingkungan kerja yang kondusif untuk kolaborasi interprofesional dan pada akhirnya berkontribusi pada peningkatan kualitas pelayanan kesehatan.

2.5 Rumah Sakit

Rumah sakit, sebagaimana didefinisikan dalam UU Nomor 44 Tahun 2009, merupakan institusi pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan komprehensif mencakup rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Dalam sistem kesehatan Indonesia, rumah sakit dibagi menjadi dua kategori utama: rumah sakit umum yang melayani berbagai jenis penyakit, dan rumah sakit khusus yang berfokus pada bidang atau jenis penyakit tertentu.

Institusi kesehatan ini memiliki empat tujuan strategis: meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat, menjamin keselamatan semua pihak yang terlibat, mempertahankan standar mutu pelayanan, dan memberikan kepastian hukum bagi seluruh pemangku kepentingan. Dalam mencapai tujuan tersebut, rumah sakit menjalankan berbagai fungsi penting, mulai dari penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan, hingga pengembangan sumber daya manusia melalui pendidikan dan penelitian.

Klasifikasi rumah sakit di Indonesia diatur berdasarkan kapasitas dan kompleksitas pelayanan. Rumah sakit umum diklasifikasikan menjadi empat kelas (A hingga D) dengan kapasitas tempat tidur berkisar dari minimal 50 hingga 250 tempat tidur. Sementara itu, rumah sakit khusus dibagi menjadi tiga kelas (A hingga C) dengan kapasitas tempat tidur antara 25 hingga 100 tempat tidur.

Dalam konteks pelayanan rawat inap, yang didefinisikan sebagai

perawatan dengan minimal satu hari tinggal di rumah sakit, terdapat integrasi kompleks antara berbagai unit pelayanan. Unit rawat inap berkolaborasi erat dengan berbagai departemen seperti rekam medis, laboratorium, radiologi, farmasi, dan unit pendukung lainnya untuk memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif dan berkualitas tinggi

2.6 Matriks Penelitian Terdahulu

Tabel 1.2 Matriks Penelitian Terdahulu

No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Temuan
1	(Pomare et al., 2020)	Interprofessional collaboration in hospitals: a critical, broad-based review of the literature	mensintesis hasil dan temuan utama IPC di rumah sakit, mengambil pendekatan yang lebih luas dengan memasukkan desain penelitian yang beragam.	Literature review	Penerapan Interprofessional Collaboration (IPC) telah menunjukkan dampak positif yang menyeluruh dalam lingkungan rumah sakit, mencakup manfaat bagi pasien, tenaga kesehatan, dan struktur organisasi secara keseluruhan. Namun, efektivitas implementasi IPC dapat menunjukkan hasil yang beragam, terutama ketika diterapkan dalam konteks yang berbeda-beda, seperti pada kelompok pasien dengan karakteristik yang berbeda. Hal ini menunjukkan bahwa keberhasilan IPC tidak hanya bergantung pada prinsip kolaborasinya sendiri, tetapi juga pada bagaimana penerapannya disesuaikan dengan situasi dan kebutuhan spesifik dari setiap lingkungan pelayanan kesehatan.
2	Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes (Reeves, 2017)	Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes	Untuk menilai dampak intervensi berbasis praktik yang dirancang untuk meningkatkan kolaborasi antarprofesional (IPC) di antara para profesional perawatan kesehatan dan sosial.	Penelitian Kuantitatif	Penelitian perbandingan antara intervensi IPC dengan perawatan standar menunjukkan beberapa peningkatan moderat, terutama dalam status fungsional pasien stroke ketika IPC difasilitasi secara eksternal. Meski pasien melaporkan adanya perbaikan dalam kualitas dan kontinuitas perawatan, bukti ilmiahnya masih tergolong rendah. Kepatuhan tenaga kesehatan terhadap protokol perawatan juga menunjukkan sedikit peningkatan dengan adanya fasilitasi eksternal dan pertemuan antar profesi.

No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Temuan
3	Bender, Miriam Connelly, Cynthia D Brown, Caroline (2013)	Interdisciplinary Collaboration: The Role Of The Clinical Nurse Leader	Tujuan Untuk mengeksplorasi kelayakan dan penerimaan peran pemimpin perawat klinis (CNL) untuk meningkatkan kolaborasi interdisipliner (IC) dalam sistem mikro perawatan akut yang terfragmentasi.	Metode Penelitian ini menggunakan desain deskriptif non-eksperimental. Alur kerja harian CNL dikembangkan untuk menargetkan determinan empiris IC. Data deskriptif dikumpulkan dari berbagai pemangku kepentingan dengan menggunakan survei yang dikembangkan oleh peneliti	Studi menunjukkan integrasi peran dalam tim kesehatan sistem mikro adalah layak dan dapat diterima, namun kegagalan dalam kolaborasi interprofesional dapat menyebabkan kesalahan pengobatan, masalah keselamatan pasien, konflik tim, hingga kematian pasien. Meski peran CNL berpotensi efektif dalam memfasilitasi kolaborasi, diperlukan penelitian lebih lanjut untuk membuktikannya. Peran ini membuka peluang inovasi bagi kepemimpinan klinis dan administratif dalam meningkatkan sistem pelayanan kesehatan

No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Temuan
4	Franklin, C. M., Bernhardt, J. M., Lopez, R. P., Long-Middleton, E. R., & Davis, S. (2015)..	<i>Interprofessional Teamwork and Collaboration Between Community Health Workers and Healthcare Teams: An Integrative Review</i>	Tujuan dari tinjauan integratif ini adalah untuk memeriksa laporan penelitian yang diterbitkan yang menunjukkan hasil kesehatan yang positif sebagai hasil dari intervensi CHW untuk mengidentifikasi kerja tim interprofesional dan kolaborasi antara CHW dan tim perawatan kesehatan.	Sebanyak 47 penelitian yang mencakup 33 tahun ditinjau menggunakan metodologi tinjauan literatur integratif untuk bukti untuk mendukung asumsi berikut kerja tim interprofesional yang efektif antara CHW dan tim perawatan kesehatan: (1) berbagi pemahaman tentang peran, norma, nilai, dan tujuan dari tim; (2) egalitarianisme; (3) kerja sama; (4) interdependensi; dan (5) sinergi.	Dari total 47 penelitian yang dianalisis, 12 penelitian berhasil mengidentifikasi minimal satu asumsi penting tentang efektivitas kerja tim interprofesional. Lebih spesifik lagi, empat penelitian berhasil mengidentifikasi keseluruhan lima asumsi dasar kerja tim interprofesional. Studi-studi ini menjadi contoh penting dalam memahami kolaborasi efektif antara Community Health Workers (CHW) dan tim perawatan kesehatan. Meski demikian, masih diperlukan penelitian lebih lanjut untuk memahami secara lebih mendalam tentang karakteristik kerja tim interprofesional dan dampaknya terhadap hasil kesehatan pasien. Hal ini penting untuk membangun pemahaman yang lebih komprehensif tentang hubungan antara kolaborasi tim dan outcome kesehatan
5	Stewart, M., Purdy, J., Kennedy, N., & Burns, A. (2010). An	<i>Interprofessional approach to improving paediatric medication safety.</i>	Mengembangkan dan mengevaluasi pembelajaran dan workshop interprofesional terhadap peresepan dan administrasi anak untuk mahasiswa kedokteran, keperawatan, yang akan difasilitasi pengetahuan pembelajaran, kompetensi inti,	Workshop interprofesional yang dievaluasi menggunakan kuesioner pertanyaan terbuka pra dan pasca lokakarya	Studi ini memberikan kontribusi penting dalam mengatasi kesenjangan antara pengetahuan dan keterampilan dalam praktik kesehatan. Secara khusus, penelitian ini membuktikan bahwa pendekatan interprofesional dalam proses peresepan dan pemberian obat memiliki potensi signifikan untuk meningkatkan dua aspek penting dalam pelayanan kesehatan: kualitas pelayanan dan keselamatan pasien. Temuan ini menekankan pentingnya kolaborasi antar profesi kesehatan dalam meningkatkan standar pelayanan medis

No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Temuan
			komunikasi dan keterampilan kerja tim.		
6	McLean, S. (2012).	<i>Barriers to collaboration on behalf of children with challenging behaviours: a large qualitative study of five constituent groups.</i>	Berusaha untuk menyertakan pengalaman dan perspektif dari pengasuh utama di outof- sektor perawatan di rumah; pekerja perawatan yaitu perumahandan orang tuaasuh	Sembilan puluh dua pemangku kepentingan Australia Selatan yang berpengalaman dalam mendukung anak di luar rumah perawatan diwawancaraitentang pengalaman mereka praktek kolaboratif, denga mengguna- kan contoh spesifik yang mendukung anak-anak dengan perilaku yang sangat menantang. Peserta adalah guru, orang tua asuh, pekerja kesejahteraan anak, profesional anak kesehatan mental dan pekerja perawatan rumah. Sebanyak 92 responden (35 laki-laki dan 57 perempuan) mengambil bagian dalam sebuah wawancara semi-terstruktur	Penelitian ini berfokus pada eksplorasi pengalaman subjektif dan persepsi peserta tentang proses kolaborasi, bukan pada observasi langsung terhadap perilaku kolaboratif mereka. Penting untuk dicatat bahwa terdapat kemungkinan kesenjangan antara bagaimana seseorang terlibat dalam kolaborasi dengan persepsi mereka tentang efektivitas atau tingkat kesulitan dalam proses kolaborasi tersebut. Dengan kata lain, persepsi seseorang tentang kolaborasi tidak selalu mencerminkan keterlibatan atau perilaku aktual mereka dalam praktik kolaboratif.

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

No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Temuan
					'individu PINCOM-Q memiliki subskala yang lebih baik daripada profesional kesehatan anak lainnya. ⁹⁶
10	Sue Bookey-Bassett, Maureen Markle-Reid, Colleen McKey & Noori Akhtar-Danesh (2016) Journal of Interprofessional Care	<i>A review of instruments to measure interprofessional collaboration for chronic disease management for community-living older adults</i>	Studi Literatur	Tinjauan literatur dari beberapa layanan kesehatan, psikologis, dan ilmu sosial elektronik database dilakukan untuk menemukan instrumen yang mengukur IPC di tingkat tim dan telah diterbitkan bukti keandalan dan validitasnya	Dalam proses evaluasi instrumen penilaian kolaborasi interprofesional, dari 12 instrumen yang awalnya ditinjau berdasarkan kriteria inklusi, tujuh instrumen dikeluarkan dari analisis karena beberapa alasan spesifik: fokus pada pendidikan interprofesional, pengukuran kolaborasi di lingkungan akademik atau mahasiswa, pengukuran kolaborasi antar organisasi, fokus terbatas pada kolaborasi dokter-perawat saja, atau hanya mengukur sikap dan pengetahuan tentang IPC daripada tingkat persepsi IPC yang aktual. Lima instrumen yang memenuhi kriteria untuk penilaian penuh adalah: 1. Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS) 2. Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT) 3. Modified Index of Interdisciplinary Collaboration (MIIC) 4. Partnership Self-Assessment Tool (PSAT) 5. Team Climate Inventory (TCI)
11	CAROLE A. ORCHARD, BSN, ME D,E DD; GILLIAN A. KING, BA, MA, P HD; HOSSEIN KHALILI,	<i>Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Development and Testing of the</i>	pengembangan, pengujian, dan proses penyempurnaan untuk Penilaian Skala Kolaborasi Tim Interprofessional	AITCS, dengan 47 item dalam 4 subskala (kemitraan, kerja sama, koordinasi, dan dibagikan pengambilan keputusan) dan dinilai pada skala Likert 5	Komponen utama dan analisis faktor data menghasilkan 37 item memuat ke 3 faktor, menjelaskan 61,02% dari varians. Estimasi konsistensi internal untuk keandalan setiap subskala berkisar antara 0,80 hingga

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

No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Temuan
				membina dan memfasilitasi budaya untuk perubahan ini	
13	Therese Hellmana, Irene Jensena, Carole Orchardb, and Gunnar Bergströma (2016) Journal Of Interprofessional Care	<i>Preliminary testing of the Swedish version of the Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS-S)</i>	membahas praktik kolaboratif di enam unit perawatan akut di Alberta menggunakan kerangka kerja kompetensi Kesehatan Interprofessional Kanada (CIHC) (CIHC), <u>2010</u>).	Melakukan analisis sekunder wawancara dengan 113 penyedia layanan kesehatan dari berbagai profesi, yang dilakukan sebagai bagian dari studi peningkatan kualitas.	Kerangka kerja CIHC mengidentifikasi enam kompetensi dalam kolaborasi interprofesional: perawatan berpusat pada pasien, komunikasi, klarifikasi peran, resolusi konflik, fungsi tim, dan kepemimpinan kolaboratif. Studi menemukan praktik positif dalam komunikasi dan perawatan berpusat pada pasien, namun masih ada kesenjangan dalam klarifikasi peran dan kepemimpinan. Resolusi konflik dan fungsi tim juga belum optimal. Penggunaan kerangka CIHC efektif dalam mengidentifikasi kekuatan dan area perbaikan dalam praktik kolaboratif
14	Carole Orchard, RN, BSN, MEd,	<i>Assessment of Interprofessional</i>	Tujuan dari penelitian ini adalah untuk	Metode: Awalnya, set data keseluruhan 1002 responden	Hasil: Hasilnya adalah 23-item AITCS-II untuk praktisi yang mempertahankan

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

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

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

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

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

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

2.7 Mapping Teori

A. Implementasi *Interprofessional Collaboration* di Indonesia *Patient/ Person Centred Care* (SNARS, 2018)

1. Budayakan dan Libatkan pasien
2. Tingkatkan dan perkuat kepemimpinan dan akuntabilitas
3. Reorientasi paradigma asuhan (*Person/Patient Centred care*)
4. Asuhan Pasien terintegrasi
5. Ciptakan lingkungan yang memberdayakan kondusif

B. Implementasi IPC (WHO, 2010)

1. *Patient Engagement and Empowerment (PEE)*
2. *Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) sebagai Clinical Leder*
3. *PPA sebagai tim, kolaborasi interprofesional*
4. *Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPTT)*
5. *Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE)*
6. *Manager Pelayanan Pasien (MPP)*
7. *Integrated Clinical Pathway (ICP)*
8. *Integrated Discharge Planning (IDP)*

C. Komunikasi Efektif Pad IPC (Kim, 2019)

1. *Shared Knowledge*
2. *Situation/Goal Awareness*
3. *Problem-Solving*
4. *Mutual Respect*
5. *Transparent (Open)*
6. *Timely (Prompt)*
7. *Frequent (Often)*
8. *Consistent (Regular)*
9. *Parsimonious (Concise)*

D. Implementasi Praktik IPC (Orchard et al, 2018)

1. *Koordinasi*
2. *Kemitraan*
3. *Kerjasama*
4. *Shared decision making*

E. PERCEPTION OF INTERPROFESSIONAL COLLABORATION (Atlr Odgard, 2006)

INDIVIDU

- Motivasi
- Harapan peran
- Gaya kepribadian
- Kekuatan profesi

KELOMPOK

- Kepemimpinan
- Mekanisme Koping
- Komunikasi
- Dukungan sosial

ORGANISASI

- Budaya Organisasi
- Tujuan organisasi
- Domain organisasi
- Lingkungan organisasi

F. *Interprofessional Collaboration Scale* (Kenaszchuk Cett all, 2010)

- Isolasi
- Komunikasi
- Gaya Kepribadian

G. *Assesment of Interprofessional Team Collaboration Scale* (Orchard and Curran, 2002)

- Kemitraan
- Kerjasama
- Koordinasi
- Pengambilan keputusan bersama

H. *Interprofessional Collaboration* dipengaruhi oleh: Kaini (2012)

FORMASI TIM

- Komposisi tim
- Hirarki
- Peran dan tanggungjawab
- SOP dan strategi
- Sumber daya

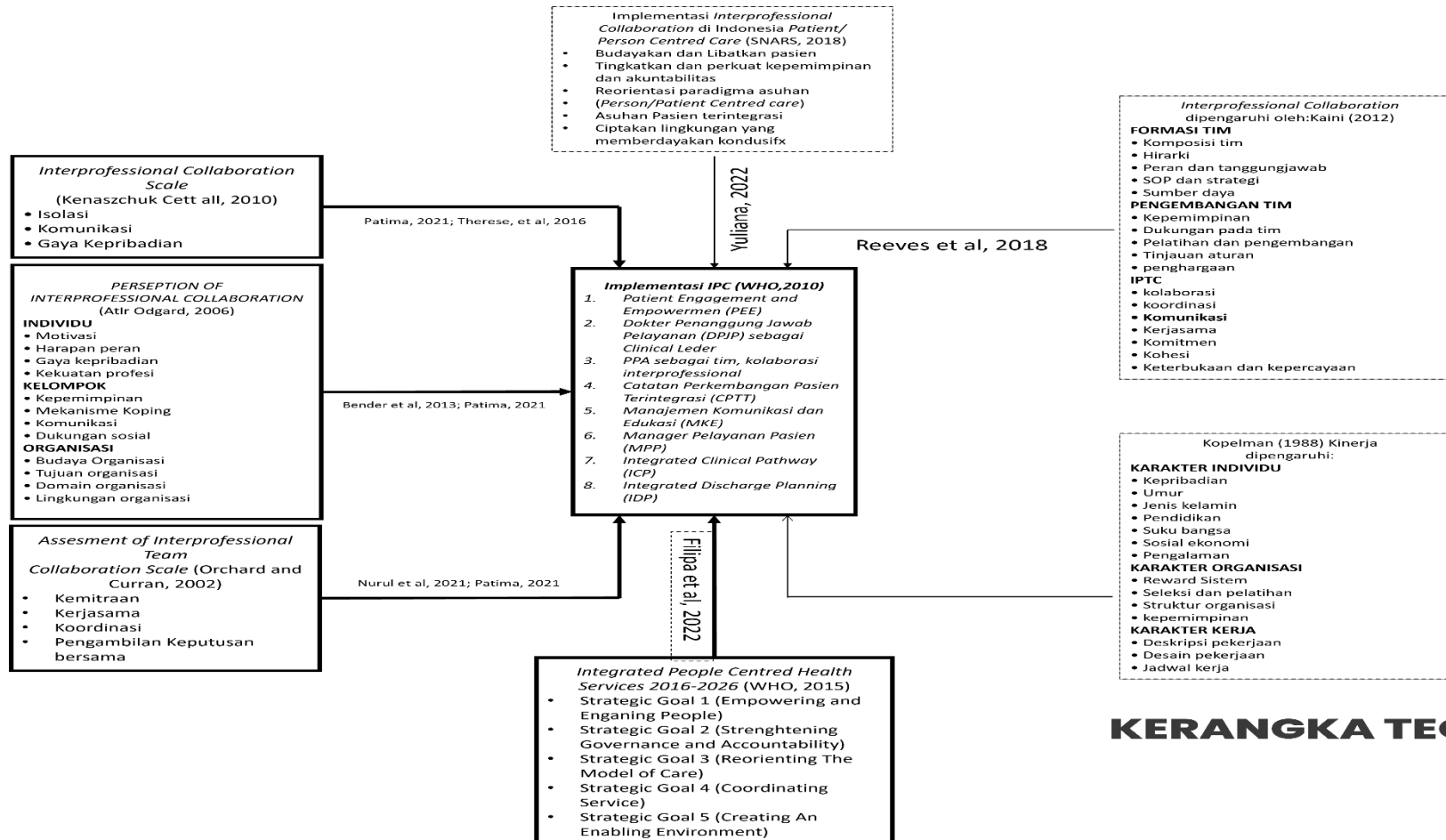
PENGEMBANGAN TIM

- Kepemimpinan
- Dukungan pada tim
- Pelatihan dan pengembangan
- Tinjauan aturan
- penghargaan

IPTC

- kolaborasi
- koordinasi
- Komunikasi
- Kerjasama
- Komitmen
- Kohesi
- Keterbukaan dan kepercayaan

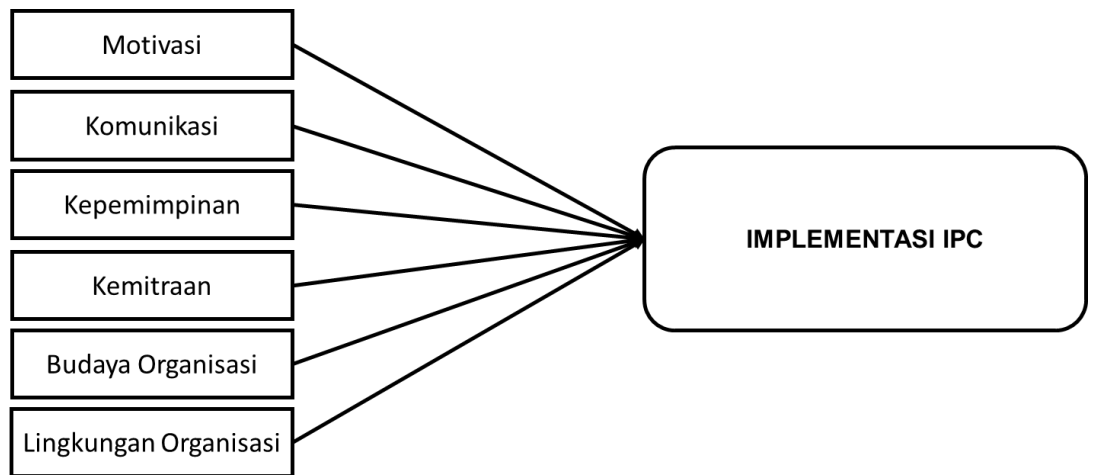
2.8 Kerangka Teori



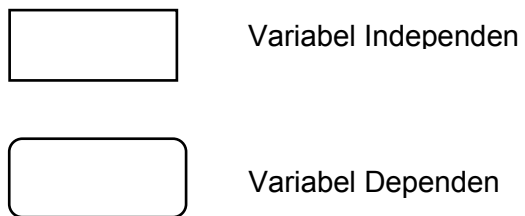
Gambar 2.2 Kerangka Teori

KERANGKA TEORI

2.9 Kerangka Konsep



Keterangan :



Gambar 2..3 Kerangka Konsep Penelitian

2.10 Hipotesis

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

hipotesis alternatif (Ha):

1. Ha: Ada pengaruh individu berdasarkan aspek motivasi terhadap implementasi IPC (Interprofessional Collaboration) di RSUD Beriman Balikpapan.
2. Ha: Ada pengaruh individu pada aspek komunikasi terhadap implementasi IPC (Interprofessional Collaboration) di RSUD Beriman Balikpapan.

3. Ha: Ada pengaruh kepemimpinan terhadap implementasi IPC (Interprofessional Collaboration) di RSUD Beriman Balikpapan.
4. Ha: Ada pengaruh kemitraan terhadap implementasi IPC (Interprofessional Collaboration) di RSUD Beriman Balikpapan.
5. Ha: Ada pengaruh budaya organisasi terhadap implementasi IPC (Interprofessional Collaboration) di RSUD Beriman Balikpapan.
6. Ha: Ada pengaruh lingkungan organisasi terhadap implementasi IPC (Interprofessional Collaboration) di RSUD Beriman Balikpapan.
7. Ha: Ada variabel yang paling berpengaruh dalam individu terhadap implementasi IPC (Interprofessional Collaboration) di RSUD Beriman Balikpapan.

Berikut adalah hipotesis nol (H0):

1. H0: Tidak ada pengaruh individu berdasarkan aspek motivasi terhadap implementasi IPC (Interprofessional Collaboration) di RSUD Beriman Balikpapan.
2. H0: Tidak ada pengaruh individu pada aspek komunikasi terhadap implementasi IPC (Interprofessional Collaboration) di RSUD Beriman Balikpapan.
3. H0: Tidak ada pengaruh kepemimpinan terhadap implementasi IPC (Interprofessional Collaboration) di RSUD Beriman Balikpapan.
4. H0: Tidak ada pengaruh kemitraan terhadap implementasi IPC (Interprofessional Collaboration) di RSUD Beriman Balikpapan.
5. H0: Tidak ada pengaruh budaya organisasi terhadap implementasi IPC (Interprofessional Collaboration) di RSUD Beriman Balikpapan.

6. H0: Tidak ada pengaruh lingkungan organisasi terhadap implementasi IPC (Interprofessional Collaboration) di RSUD Beriman Balikpapan.
7. H0: Tidak ada variabel yang paling berpengaruh dalam individu terhadap implementasi IPC (Interprofessional Collaboration) di RSUD Beriman Balikpapan.

2.11 Definisi Operasional Dan Kriteria Objektif

Tabel 2.2 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

NO	Variabel	Definisi Teori	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur & Kriteria Obejktif	Skala
1	<i>Interprofessional Collaboration</i>	Ketika lebih dari satu petugas kesehatan dari berbagai tempat latar belakang profesi memberikan layanan komprehensif kepada pasien, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk memberikan pelayanan dengan kualitas terbaik di seluruh pengaturan (WHO, 2010)	Pelaksanaan pemberian pelayanan kesehatan terhadap kebutuhan pasien dan keluarga, yang dilakukan oleh berbagai profesi tenaga kesehatan di Rumah Sakit Beriman, bekerja secara bersama-sama, baik secara independen maupun parallel.	1. Patient Engagement and Empowermen (PEE) 2. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) sebagai Clinical Leder 3. PPA sebagai tim, kolaborasi interprofesional 4. Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPTT) 5. Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE) 6. Manager Pelayanan Pasien (MPP) 7. Integrated Clinical Pathway (ICP) 8. Integrated Discharge Planning (IDP)	terdiri dari 24 item pernyataan menggunakan skala likert dengan pilihan jawaban: 4 = Sangat Setuju 3= Setuju 2 = Tidak Setuju 1 = Sangat Tidak Setuju Kriteria: a. Skor tertinggi (24x4) = 96 b. Skor terendah (24x1) = 24 c. Range: 96-24 = 72 d. Interval skor = $72/3 = 24$ e. Skor = $96-24 = 72$ Kriteria Objektif: 1) Terlaksana dengan baik = Jika Total Jawaban ≥ 72 2) Cukup terlaksana = Jika Total Jawaban 48 - 71 3) Kurang terlaksana = Jika Total Jawaban < 48	Ordinal

NO	Variabel	Definisi Teori	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur & Kriteria Obejktif	Skala
2	Faktor individu	Faktor individu adalah minat, sikap dan kebutuhan yang dibawa seseorang didalam situasi kerja	Faktor individu adalah aspek diri yang terdiri dari isolasi, komunikasi, gaya kepribadian dan kekuatan profesi yang dibawa oleh seorang tenaga kesehatan didalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit	1. Motivasi, adalah dorongan internal yang mempengaruhi individu untuk aktif berpartisipasi, berkontribusi, dan berinteraksi secara produktif dengan rekan kerja atau anggota tim dalam mencapai tujuan bersama 2. Komunikasi adalah suatu proses pertukaran informasi individual antara tenaga kesehatan agar terjalin kerjasama dan kolaborasi terkait pelaksanaan interprofessional collaboration di rumah sakit;	Kuesioner terdiri dari 6 item pertanyaan menggunakan skala likert dengan kemungkinan jawaban: 4 = Sangat Setuju 3 = Setuju 2 = Tidak Setuju 1 = Sangat Tidak Setuju Kriteria: a. Skor tertinggi (6x4) = 24 b. Skor terendah (6x1) = 6 c. Range: 24-6 = 18 d. Interval skor = 18/3 = 6 e. Skor = 24-6 = 18 Kriteria Objektif: 1) Baik = Jika Total Jawaban ≥ 18 2) Cukup = Jika Total Jawaban 12 - 17 3) Kurang = Jika Total Jawaban < 12	Ordinal

NO	Variabel	Definisi Teori	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur & Kriteria Obejktif	Skala
3	Faktor Kelom pok/ Tim	Tim IPC adalah kumpulan lebih dari satu tenaga kesehatan yang berbeda yang menerapkan keterampilan dan pengetahuan sesuai dengan bidang ilmu mereka untuk mengatasi	Tim dalam penelitian ini yaitu hubungan dua atau lebih tenaga kesehatan dalam satu profesi yang bekerja secara ketergantungan untuk menyediakan pelayanan kepada pasien dirumah sakit pendidikan.	1) Kepemimpinan merupakan kemampuan dan dukungan seorang pemimpin tim kesehatan untuk memfasilitasi kerja sama yang efektif dan harmonis di antara berbagai profesi kesehatan 2) Kemitraan merupakan hubungan antar tenaga kesehatan yang terlibat dalam Kolaborasi Interprofessional di Rumah Sakit Beriman didasarkan pada prinsip kesetaraan, keterbukaan, dan saling memberikan manfaat. Selain itu, kerjasama dalam tim atau proses berkelompok ini melibatkan anggota-anggotanya untuk saling mendukung dan mengandalkan satu sama lain guna mencapai kesepakatan dalam menangani masalah pasien selama pelaksanaan kolaborasi interprofessional	Kuesioner terdiri dari 7 item pertanyaan menggunakan skala likert dengan kemungkinan jawaban: 4 = Sangat Setuju 3 = Setuju 2 = Tidak Setuju 1 = Sangat Tidak Setuju Kriteria: a. Skor tertinggi (7x4) = 28 b. Skor terendah (7x1) = 7 c. Range: 28-7 = 21 d. Interval skor = 21/3 = 7 e. Skor = 28-7 = 21 Kriteria Objektif: 1) Baik = Jika Total Jawaban ≥ 21 2) Cukup = Jika Total Jawaban 14 - 20 3) Kurang = Jika Total Jawaban < 14	Ordinal
4	Faktor Organisasi	Faktor organisasi adalah hal (keadaan, peristiwa) yang ikut menyebabkan	Dalam penelitian ini, faktor organisasi didefinisikan sebagai semua kebijakan, kewenangan,	1) Budaya organisasi merupakan perangkat sistem nilai-nilai (<i>values</i>), keyakinan-keyakinan (<i>beliefs</i>), asumsi-asumsi (<i>assumptions</i>), atau norma-norma	Kuesioner terdiri dari 6 item pertanyaan menggunakan skala likert dengan kemungkinan jawaban:	Ordinal

NO	Variabel	Definisi Teori	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur & Kriteria Obejktif	Skala
		(mempengaruhi) terjadinya perpaduan secara sistematis daripada bagian-bagian yang saling ketergantungan/berkaitan untuk membentuk suatu kesatuan yang bulat mengenai kewenangan, koordinasi dan pengawasan dalam usaha mencapai tujuan yang telah ditentukan	koordinasi dan pengawasan lini organisasi di Rumah Sakit beriman dalam usaha mencapai pelaksanaan Interprofesional collaboration yang efektif.	yang telah berlaku, disepakati dan diikuti oleh para anggota suatu organisasi manajemen rumah sakit sebagai pedoman perilaku dan pemecahan masalah-masalah yang terjadi dalam pelaksanaan <i>interprofessional collaboration</i> di rumah sakit; 2) Lingkungan organisasi adalah segala sesuatu yang berada di lingkungan yang dapat mempengaruhi baik secara langsung maupun tidak langsung seseorang atau sekelompok orang di dalam melaksanakan aktivitasnya	4 = Sangat Setuju 3 = Setuju 2 = Tidak Setuju 1 = Sangat Tidak Setuju Kriteria: a. Skor tertinggi (6x4) = 24 b. Skor terendah (6x1) = 6 c. Range: 24-6 = 18 d. Interval skor = 18/3 = 6 e. Skor = 24-6 = 18 Kriteria Objektif: 1) Baik = Jika Total Jawaban ≥ 18 2) Cukup = Jika Total Jawaban 12 - 17 3) Kurang = Jika Total Jawaban < 12	