

**Literature Review : Komunikasi Efektif Dalam Pelaksanaan Interprofessional Kolaborasi Di Rumah Sakit**

**Literature Review : Effective Communication In The Implementation Of Interprofessional Collaboration In The Hospital**

**Anisa Noviyanti<sup>1</sup>, Noor Lita Sari<sup>2</sup>, Tri Lestari<sup>3</sup>**

<sup>1,2,3</sup>STIKes Mitra Husada Karanganyar

JL. Brigjen Katamso Barat, Gapura Papahan Indah, Papahan, Kec. Tasikmadu, Kabupaten Karanganyar, Jawa Tengah 57722

\*e-mail korespondensi : [nissaannisa345@gmail.com](mailto:nissaannisa345@gmail.com), [noorlitasari11@gmail.com](mailto:noorlitasari11@gmail.com), [trilestari.mhk@gmail.com](mailto:trilestari.mhk@gmail.com)

**Abstrak**

*Interprofessional collaboration (IPC)* adalah kerjasama antara profesi kesehatan dengan latar pendidikan berbeda menjadi satu tim berkolaborasi untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang efektif. Tujuan penelitian untuk mengetahui jenis profesi yang terlibat dalam *interprofessional collaboration*, mengetahui komponen komunikasi efektif dalam *interprofessional collaboration*, mengetahui komponen kolaborasi dalam penerapan *interprofessional collaboration*, mengetahui faktor penghambat dalam *interprofessional collaboration*. Metode yang digunakan desain *Literature Review*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa komponen kolaborasi dalam penerapan *interprofessional collaboration* yaitu kerjasama, kemitraan, koordinasi, dan pengambilan keputusan. Faktor penghambat komunikasi *interprofessional collaboration* yaitu sikap dan perilaku, masih terdapat petugas yang malas, lupa, lelah, beda pendapat, dan buru-buru yang menyebabkan tidak efektifnya pendokumentasian CPPT. Maka disarankan untuk pihak pemimpin agar memotivasi bawahannya dengan cara memberikan hadiah dan sanksi.

**Kata kunci** : Komunikasi efektif, Kolaborasi Interprofessional

**Abstract**

Interprofessional collaboration (IPC) is a collaboration between health professionals with different educational backgrounds to form a collaborative team to improve the quality of effective health services. The purpose of this research is to find out the types of professions involved in interprofessional collaboration, to know the components of effective communication in interprofessional collaboration, to know the components of collaboration in the application of interprofessional collaboration, to know the inhibiting factors in interprofessional collaboration. The method used is Literature Review design. The results showed that the components of collaboration in the application of interprofessional collaboration are cooperation, partnership, coordination, and decision making. The inhibiting factors for interprofessional collaboration communication are attitudes and behavior, there are still officers who are lazy, forgetful, tired, different opinions, and in a hurry which causes the CPPT documentation to be ineffective. So it is recommended for the leader to motivate his subordinates by giving sanctions and punishments.

**Keywords:** Effective communication, Interprofessional Collaboration

**PENDAHULUAN**

Komunikasi efektif merupakan kunci bagi perawat dan tenaga kesehatan lainnya untuk mencapai keselamatan pasien. Komunikasi yang efektif, tepat waktu, lengkap, jelas dan dipahami

oleh penerima, akan mengurangi kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien (Permenkes RI No.11, 2017).

*Interprofessional collaboration (IPC)* adalah kerjasama antara profesi kesehatan

dengan latar pendidikan berbeda menjadi satu tim berkolaborasi untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang efektif (WHO, 2013).

Menurut WHO praktik kolaboratif juga dapat menurunkan total komplikasi yang dialami pasien, jangka waktu rawat inap, ketegangan dan konflik diantara pemberi layanan, biaya rumah sakit, rata-rata *clinical error*, dan rata-rata jumlah kematian pasien (WHO, 2010 dan HPEQ-Project, 2011).

Hasil penelitian Fatalina (2015) diketahui belum terlaksana kolaborasi interprofesi dan masih dilaksanakannya *stereotyping* kolaborasi tradisional yang beranggapan bahwa dokter adalah *leader* dan *decision making* dan pelaksana adalah perawat, bidan, dan farmasi dan masih kurangnya komunikasi antarprofesi.

Berdasarkan latar belakang diatas, dari hasil penelitian *literature review* pada beberapa jurnal maka penulis tertarik melakukan kajian lebih lanjut melalui penelitian "*literature review* penerapan komunikasi efektif dalam pelaksanaan interprofessional kolaborasi di rumah sakit".

## METODE

Penelitian ini menggunakan desain *literature review* yang mengkaji tulisan ilmiah, temuan hasil penelitian untuk mengintegrasikan dan menarik kesimpulan. Dalam hal ini penelitian yang diambil tentang komunikasi efektif dalam pelaksanaan *interprofessional* kolaborasi di rumah sakit. Pencarian *literature* dapat menggunakan database *Google Scholar*. *Keyword* dan *Boolean operator* yang digunakan dalam penelitian ini yaitu "komunikasi efektif" AND "*interprofessional collaboration*"

Kriteria inklusi yang digunakan yaitu jurnal penelitian yang dipublikasikan tahun 2017-2022, jurnal bahasa Indonesia dan bahasa inggris, peningkatan komunikasi *interprofessional collaboration*. Sedangkan kriteria eksklusi yang digunakan yaitu puskesmas, komunikasi dokter dengan pasien, jurnal hanya menampilkan abstrak atau tidak *full text*.

## HASIL

### Ekstraksi Data

Tabel 1. Hasil ekstraksi data

Author (Tahun)	Judul	Hasil
(Lestari, 2017)	Hubungan <i>Interprofesnal Collaboration</i> dengan pelaksanaan CPPT di RSUD. PROF. DR. H.M Anwar Makatutu, Kab Bantaeng	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jenis profesi yang terlibat dalam IPC yaitu dokter, perawat, bidan, nutrisisionis, fisioterapis</li> <li>2. Komponen komunikasi dalam IPC tidak ada</li> <li>3. Komponen kolaborasi dalam penerapan IPC yaitu kerjasama, kemitraan, koordinasi maupun pengambilan keputusan bersama</li> <li>4. Faktor penghambat dalam IPC tidak ada</li> </ol>
(Kusuma ningrum, 2018)	Implementasi Catatan Kemajuan Pasien Terjntegrasi dalam praktik Kolaborasi Interprofessiona l	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jenis profesi yang terlibat dalam IPC yaitu dokter spesialis, perawat, apoteker, ahli gizi, fisioterapis</li> <li>2. Komponen komunikasi dalam IPC tidak ada</li> <li>3. Komponen kolaborasi dalam penerapan IPC yaitu kerjasama, diskusi, koordinasi, pengambilan keputusan</li> <li>4. Faktor yang menghambat kesehatan dalam IPC yaitu beban kerja, sikap dan</li> </ol>

Author (Tahun)	Judul	Hasil
(Murdian y, 2021)	Hubungan Komunikasi Interprofessiona l dengan Kolaborasi Perawat-Dokter di IRNA RSUD H. Damanhuri Barabai	<p>perilaku petugas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jenis profesi yang terlibat dalam IPC yaitu perawat dan dokter spesialis</li> <li>2. Komponen komunikasi dalam IPC yaitu percaya, dukungan, empati, sikap terbuka</li> <li>3. Komponen kolaborasi dalam penerapan IPC yaitu kontrol kekuasaan, lapangan praktik, kepentingan bersama, tujuan bersama</li> <li>4. Faktor penghambat dalam IPC yaitu dokter dan perawat akan berdiskusi apabila yang di intruksikan tidak sesuai dengan lingkup praktik keperawatan,</li> </ol>
(Fathya, 2021)	Implementation of Interprofessiona l Collaboration Practicesin Type B Teaching General Hospitals: A Mixed Methods Study	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jenis profesi yang terlibat dalam IPC yaitu bidan, perawat, fisioterapis, dietisien, dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis, apoteker</li> <li>2. Komponen komunikasi dalam IPC tidak ada</li> <li>3. Komponen kolaborasi dalam penerapan IPC yaitu kemitraan, aspek kerjasama dan</li> </ol>

Author (Tahun)	Judul	Hasil
(Tirta, 2022)	Tingkat Kepuasan Pasien Berdasarkan Komunikasi Interpersonal Petugas Pendaftaran di RS Khusus Bedah Hasta Husada	<p>koordinasi dan komunikasi <i>interprofesiona.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Faktor penghambat dalam IPC yaitu ketidaksetaraan, tumpang tindihnya kewenangan, rasio pasien dengan tenaga kesehatan, karakter personal, hambatan komunikasi dan kurangnya dukungan institusi.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jenis profesi yang terlibat dalam IPC tidak ada</li> <li>2. Komponen komunikasi dalam IPC yaitu empati, kesamaan, keterbukaan, dukungan</li> <li>3. Komponen kolaborasi dalam penerapan IPC tidak ada</li> <li>4. Faktor penghambat dalam IPC tidak ada</li> </ol>

### Hasil Sintesis

Berdasarkan hasil ekstrasi data maka ditemukan hasil sintesis sebagai berikut :

- a. Mengetahui jenis profesi yang terlibat dalam *interprofessional collaboration* di rumah sakit
- b. Mengetahui komponen komunikasi efektif dalam *interprofessional collaboration* di rumah sakit
- c. Mengetahui komponen kolaborasi dalam penerapan *interprofessional collaboration* di rumah sakit
- d. Mengetahui faktor penghambat dalam *interprofessional collaboration* di rumah sakit

## PEMBAHASAN

### Jenis profesi yang terlibat dalam *interprofessional collaboration* di rumah sakit

Jenis profesi yang terlibat dalam IPC terdapat pada penelitian Lestari (2017), Kusumaningrum (2018), Murdiany (2021), dan penelitian Fathya (2021). Pada penelitian Lestari (2017) jenis profesi yang terlibat dalam IPC yaitu dokter, perawat, bidan, nutrisionist, fisioterapist. Hal ini menjelaskan bahwa profesi responden dokter 7 orang (8,6%), perawat 50 orang (61,7%), bidan 13 orang (13,0%), nutrisionist 6 orang (7,4%), fisioterapist 5 orang (6,2%).

Penelitian Kusumaningrum (2018) jenis profesi yang terlibat dalam IPC yaitu dokter spesialis, perawat, apoteker, ahli gizi, fisioterapis. Hal ini menjelaskan bahwa dokter yang menangani pasien akan menetapkan diagnosa medis, memberikan terapi, dan mengambil keputusan mengenai pengobatan yang diberikan kepada pasien serta mengambil keputusan tentang keluarnya pasien dari rumah sakit. Kemudian perawat memiliki peran sebagai komunikator antara profesi kesehatan, dan antara pasien dan profesi kesehatan. Seorang ahli gizi berperan melakukan asuhan gizi kepada pasien, memberikan makanan, dan memberikan pendidikan gizi. Profesi fisioterapis bekerja dalam lingkup masalah gerak dan fungsi tubuh.

Penelitian Murdiany (2021) jenis profesi yang terlibat dalam IPC yaitu perawat dan dokter spesialis. Hal ini menjelaskan bahwa profesi responden D3 perawat 130 orang (81,2%), S1 perawat 19 orang (11,9%), dokter spesialis 11 orang (6,9%).

Penelitian Fathya (2021) jenis profesi yang terlibat dalam IPC yaitu bidan, perawat, fisioterapis, dietisien, dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis, apoteker. Hal ini menjelaskan bahwa profesi responden bidan 72 orang (22,5%), perawat 166 orang (51,9%), fisioterapis 5 orang (1,6%), dietisien 6 orang (1,9%), dokter umum 15 orang (4,7%), dokter gigi 3 orang (0,9%), dokter spesialis 33 orang (10,3%), apoteker 20 orang (6,3%). Sedangkan yang tidak terdapat jenis profesi yang terlibat dalam IPC yaitu penelitian Tirta (2022).

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Republik No. 93 Tahun 2015 Rumah Sakit Pendidikan adalah rumah sakit yang mempunyai fungsi sebagai tempat pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan secara terpadu dalam bidang pendidikan kedokteran dan/atau kedokteran gigi, pendidikan berkelanjutan, dan

pendidikan kesehatan lainnya secara multiprofesi, untuk mencapai hal tersebut, maka didalam Komisi Akreditasi Rumah Sakit (SNARS, 2018) di standar MKE (Manajemen Komunikasi dan Edukasi) 5 mengatur tentang manajemen komunikasi dan edukasi antar profesi kesehatan. Standar MKE 5 menjelaskan bahwa informasi asuhan pasien dan hasil asuhan harus dikomunikasikan antar profesi kesehatan selama bekerja dalam shift. Komunikasi antar profesi kesehatan penting untuk berjalannya proses asuhan.

Pelaksanaan *interprofessional collaboration* dalam pelayanan kesehatan menggambarkan proses dimana para profesional dari berbagai bidang ilmu berkolaborasi untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang holistik dan terintegrasi untuk mencapai kesembuhan dan kesematan pada pasien (Soematri et al., 2019)

WHO (2010) mencanangkan *patient safety* dengan strategi *Interprofessional Collaboration* (IPC) untuk menekan insiden yang merugikan pasien. IOM dan WHO meminta tenaga kesehatan *professional* untuk bekerja sama dalam IPC untuk meningkatkan pelayanan kesehatan (IOM, 2010). IPC yang tidak baik akan memberikan dampak yang tidak baik bagi Rumah Sakit, staf, dan pasien sebagai penerima pelayanan dan semakin meningkatnya ketidakpuasan hingga maraknya tuntutan pasien atau keluarga pasien. Insiden-insiden buruk yang terjadi dalam tataran praktik kolaboratif pada umumnya disebabkan karena kegagalan dalam mengkomunikasikan informasi-informasi krusial antar tenaga kesehatan terutama dokter dan perawat (Liaw, Siau, Zhou, dan Lau, 2014).

*Interprofessional* saat ini menjadi prioritas dalam perawatan kesehatan (Collins, 2005). Banyak *professional* kesehatan yang mendukung *interprofessional* kolaborasi karena mereka percaya bahwa kolaborasi meningkatkan kualitas perawatan. Selama dekade terakhir, tim kesehatan *interprofessional* menjadi fokus perhatian, karena layanan tergantung pada kolaborasi, kompetensi penyedia layanan kesehatan dan pengetahuan (Hall and Weaver, 2000; Collins, 2005).

Di Yunani, IPC dinyatakan dalam “*Code of Nursing Deontology*”, pada pasal 12 *Code of Nursing Deontology* menyatakan bahwa “Seorang perawat harus memelihara hubungan yang baik dengan para rekan perawat, dokter dan professional lain dalam penerapan tugas

mereka, mengesampingkan setiap perbedaan dan mempertimbangkan manfaat operasi layanan”.

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

Menurut *American Nurses Association* (ANA) menyebutkan kolaborasi sebagai hubungan timbal balik dimana pemberi pelayanan memegang tanggung jawab paling besar untuk perawatan pasien dalam kerangka kerja bidang respektif mereka (Siegler dan Whitney, 2000). Praktik kolaborasi menekankan tanggung jawab bersama dalam manajemen perawatan pasien dengan proses pembuatan keputusan bilateral didasarkan pada masing-masing pendidikan dan kemampuan praktisi.

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

Pada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) edisi 1 bagian ke II Standar Pelayanan Berfokus Pasien dijelaskan bahwa salah satu kompetensi dai Pemberi Pelayanan Asuhan (PPA) adalah kolaborasi *interprofessional* yang terbagi dalam empat ranah kompetensi yaitu nilai/etika dalam praktik *interprofessional*, peran/tanggung jawab, komunikasi *interprofessional*, serta tim dan kerjasama tim (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2018). Penerapan IPC dalam pelayanan kesehatan adalah suatu strategi untuk mencapai kualitas hasil yang efektif dan efisien. Di negara maju, hal ini sudah menjadi bagian integral dari pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. HPAC (*Health Profession Accreditors Collaborative*) juga menerbitkan suatu panduan dalam penerapan IPC (*Health Professions Accreditors Collaborative*, 2019).

Maka disimpulkan dari keempat artikel diatas bahwa jenis profesi yang terlibat dalam

*interprofessional collaboration* yaitu dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi, perawat, bidan, nutrisisionis, fisioterapis, dietisen. Dari kelima artikel terdapat satu artikel yang tidak ada jenis profesi yang terlibat dalam *interprofessional collaboration*.

### **Komponen komunikasi efektif dalam *interprofessional collaboration* di rumah sakit**

Komponen komunikasi efektif dalam IPC terdapat pada penelitian Murdiany (2021) dan Tirta (2022). Komponen komunikasi efektif dalam *interprofessional collaboration* terdiri dari beberapa, yaitu :

- a. Percaya  
Pada penelitian Murdiany (2021) menjelaskan bahwa percaya diperoleh nilai 77,07% responden melakukan kolaborasi baik.
- b. Dukungan  
Pada penelitian Murdiany (2021) menjelaskan bahwa dukungan diperoleh nilai 77,73% responden melakukan kolaborasi baik. Penelitian Tirta (2022) menjelaskan bahwa penilaian 39 responden terhadap dukungan sebagian besar responden menilai baik (53,8%).
- c. Empati  
Penelitian Murdiany (2021) menjelaskan bahwa diperoleh nilai tertinggi yaitu 80,37% dengan pernyataan “Dokter dan perawat saling memahami perlunya humor dalam menjalin komunikasi dalam batas wajar. Penelitian Tirta (2022) menjelaskan bahwa penilaian 39 responden terhadap empati sebagian besar responden menilai baik (64,1%).
- d. Sikap terbuka  
Penelitian Murdiany (2021) menjelaskan bahwa diperoleh nilai terendah yaitu 75,54% dengan pernyataan “Dokter dan perawat mampu memahami keadaan psikososial pasien. Penelitian Tirta (2022) menjelaskan bahwa penilaian 39 responden terhadap keterbukaan sebagian besar responden menilai baik (64,1%).
- e. Kesamaan  
Penelitian Tirta (2022) menjelaskan bahwa penilaian 39 responden terhadap kesamaan sebagian besar responden menilai baik (66,7%).

Komunikasi adalah keterampilan klinis mendasar yang harus dilakukan secara kompeten dan efisien untuk memfasilitasi pembentukan hubungan kepercayaan antara staf medis dan pasien (Chichirez dan Purcarea, 2018). Untuk melakukan kolaborasi yang baik dibutuhkan komunikasi secara efektif dengan tim kesehatan lain, pengembangan hubungan dokter-pasien, yang memfasilitasi berbagi informasi, kepatuhan dengan pengobatan dan kepuasan pasien secara keseluruhan (Ross, Jennings, Gosling, dan Williams, 2018), sehingga dapat melakukan tindakan pelayanan kesehatan yang aman dan efektif. Hal ini juga diatur dalam Permenkes 1691/MENKES/PER/VIII/2011 yang menyebutkan bahwa salah satu dari sasaran keselamatan pasien adalah komunikasi yang efektif. Melalui kerjasama yang baik antarprofesi kesehatan dalam pelayanan kesehatan, maka pasien akan ditangani secara holistik sehingga *outcome* perawatan dan kepuasan pasien akan meningkat.

Pada penelitian Murdiany (2021) komponen komunikasi efektif dalam IPC yaitu percaya, dukungan, empati, sikap terbuka. Hal ini menjelaskan bahwa percaya diperoleh nilai 77,07% responden melakukan kolaborasi baik, dukungan diperoleh nilai 77,73% responden melakukan kolaborasi baik, empati diperoleh nilai tertinggi yaitu 80,37% dengan pernyataan "Dokter dan perawat saling memahami perlunya humor dalam menjalin komunikasi dalam batas wajar. Sikap terbuka diperoleh nilai terendah yaitu 75,54% dengan pernyataan "Dokter dan perawat mampu memahami keadaan psikososial pasien.

Penelitian Tirta (2022) komponen komunikasi efektif dalam IPC yaitu empati, kesamaan, keterbukaan, dukungan. Hal ini menjelaskan bahwa penilaian 39 responden terhadap empati sebagian besar responden menilai baik (64,1%), penilaian 39 responden terhadap kesamaan sebagian besar responden menilai baik (66,7%), penilaian 39 responden terhadap keterbukaan sebagian besar responden menilai baik (64,1%), penilaian 39 responden terhadap dukungan sebagian besar responden menilai baik (53,8%).

Sedangkan yang tidak terdapat komponen komunikasi efektif dalam IPC yaitu penelitian Lestari (2017), Kusumaningrum (2018), dan penelitian Fathya (2021). Menurut Robin & Coulter (2007) mengatakan bahwa komunikasi dikatakan efektif itu jika pemahaman pesan yang disampaikan oleh komunikator sama dengan

pemahaman pesan oleh komunikan. Ada lima kualitas umum yang dipertimbangkan untuk efektivitas komunikasi yaitu adanya keterbukaan (*openness*), saling mendukung (*supportiveness*), bersikap positif (*positiveness*), memahami perasaan orang lain (*emphaty*), dan kesetaraan (*equality*). Komunikasi efektif juga harus dilandaskan pada hubungan *interprofessional* yang efektif dimana memenuhi syarat sebagai berikut :

- 1) Dapat dipercaya (*credible*), pengertian harafiah diartikan seseorang mempunyai kelebihan dan merupakan pengakuan komunikan terhadap keberadaan komunikator dalam hal seorang komunikator memiliki kompetensi dalam hal yang dibicarakan, sikap atau keteguhan pendirian sehingga pesan yang disampaikan tidak berubah-ubah, pesan yang disampaikan memiliki tujuan yang baik dengan harapan terjadinya perubahan menjadi lebih baik.
- 2) Konteks (*context*), pesan yang disampaikan sesuai dengan yang dibutuhkan saat ini.
- 3) Isi (*content*), isi pesan menarik untuk diikuti, disimak, dan disesuaikan dengan komunikan.
- 4) Kejelasan (*clarity*), pesan yang disampaikan harus jelas dan tidak menimbulkan multitafsir.
- 5) Kesenambungan dan konsistensi (*continuity and consistency*), pesan yang disampaikan hendaknya konsisten dan berkesinambungan serta tidak menyimpang dari topik dan tujuan komunikasi yang telah ditetapkan.
- 6) Kapabilitas sasaran (*capability of audience*), materi dan teknik penyampaian pesan disesuaikan dengan kemampuan penerimaan sasaran sehingga tidak terkesan membingungkan.

Dari kedua artikel diatas, dapat disimpulkan bahwa dari kedua artikel terdapat komponen komunikasi efektif dalam *interprofessional collaboration* yaitu percaya, dukungan, empati, sikap terbuka, kesamaan. Dari kelima artikel terdapat tiga artikel yang tidak ada komponen komunikasi efektif dalam *interprofessional collaboration*.

1. Komponen kolaborasi dalam penerapan *interprofessional collaboration* di rumah sakit

Komponen kolaborasi dalam penerapan IPC terdapat pada penelitian Lestari (2017)'

Kusumaningrum (2018), dan penelitian Fathya (2021).

Komponen kolaborasi dalam penerapan *interprofessional collaboration* terdiri dari beberapa, yaitu :

a. Kerjasama

Kerjasama didefinisikan sebagai pekerjaan yang dilakukan oleh dua orang atau lebih, bekerja sama antar profesi agar dapat mencapai tujuan yang sebelumnya sudah direncanakan dan disepakati bersama. Di rumah sakit kerjasama tim sudah menjadi suatu kebutuhan untuk bisa mewujudkan keberhasilan dalam mencapai tujuan (Bosch & Mansell, 2015).

Penelitian Lestari (2017) menunjukkan kekuatan korelasi kuat dengan arah korelasi yang positif; penelitian Kusumaningrum (2018) aspek kerjasama sudah diterapkan dengan baik; penelitian Fathya (2021) menunjukkan 82,2% responden telah melakukan kolaborasi baik pada domain kerjasama.

b. Kemitraan

Kemitraan adalah sebagai beberapa pihak, baik pemerintah maupun swasta, yang semua orang didalamnya menjadi mitra atau rekan kerja dalam meraih tujuan bersama dan memenuhi kewajiban serta menanggung resiko, tanggung jawab, sumber daya, kemampuan dan keuntungan secara bersama. Penelitian Lestari (2017) menunjukkan kekuatan korelasi sedang dengan arah korelasi yang positif; penelitian Fathya (2021) menunjukkan sebanyak 67,8% responden melakukan korelasi baik.

c. Koordinasi

Koordinasi adalah suatu kegiatan yang dilakukan oleh berbagai pihak yang sederajat untuk bersama mengatur atau menyepakati sesuatu dan saling memberikan informasi, sehingga proses pelaksanaan tugas dan keberhasilan pihak yang satu tidak mengganggu pihak yang lainnya (Kitto et al., 2015).

Penelitian Lestari (2017) menunjukkan kekuatan korelasi kuat dengan arah korelasi yang positif; penelitian Kusumaningrum (2018) aspek

koordinasi sudah diterapkan dengan baik; penelitian Fathya (2021) domain koordinasi yang memiliki persentase kolaborasi baik terendah (66,7%), hal ini dapat dipengaruhi komponen komunikasi. Sebaiknya komunikasi antar tenaga kesehatan dalam tim perlu ditingkatkan agar tercipta kinerja yang baik.

d. Pengambilan keputusan

Pengambilan keputusan bersama adalah proses pengambilan keputusan tentang tindakan asuhan pasien berdasarkan kesepakatan bersama (Orchard et al., 2018). Menurut Despina (2009) karakteristik pengambilan keputusan bersama meliputi: (a) dua atau lebih peserta terlibat; (b) semua pihak bekerja sama untuk mencapai kesepakatan tentang perawatan yang tersedia; (c) informasi dibagi antara semua individu yang terlibat; dan (d) kesepakatan kolaboratif tercapai untuk perawatan yang akan dilakukan dan diimplementasikan oleh Pemberi Pelayanan Asuhan (PPA).

Penelitian Lestari (2017) memperlihatkan kekuatan korelasi sedang dengan arah korelasi yang positif; penelitian Kusumaningrum (2018) aspek pengambilan keputusan sudah diterapkan dengan baik.

e. Diskusi

Penelitian Kusumaningrum (2018) aspek diskusi sudah diterapkan dengan baik.

f. Kontrol kekuasaan

Pada penelitian Murdiany (2021) menjelaskan bahwa pada aspek kontrol kekuasaan diperoleh 76,37%.

g. Lingkungan praktik

Pada penelitian Murdiany (2021) menjelaskan bahwa pada aspek diperoleh nilai terendah yaitu 75,28% dengan pernyataan "Dokter dan perawat mendiskusikan bidang praktik masing-masing.

h. Kepentingan bersama

Pada penelitian Murdiany (2021) menjelaskan bahwa pada aspek kepentingan bersama diperoleh nilai tertinggi yaitu 80,59% dengan pernyataan "Perawat meminta saran dokter apa yang mungkin dibutuhkan

untuk memperkuat sistem pendukung pasien.

- i. Tujuan bersama  
Pada penelitian Murdiany (2021) menjelaskan bahwa pada aspek tujuan bersama diperoleh 76,83%.
- j. Komunikasi *interprofessional*  
Penelitian Fathya (2021) pada kuesioner AITCS II, komponen komunikasi tidak dianalisis terpisah namun menjadi satu dalam komponen koordinasi dan kemitraan. Menurut (Berndt, 2011) komunikasi yaitu pekerja melakukan kolaboratif dengan komunikasi secara konsisten dengan cara yang sensitif dan profesional menunjukkan keterampilan interpersonal yang efektif. Indikatornya meliputi:
  - 1) Berkomunikasi dengan jelas, komprehensif dan dengan cara yang sesuai budaya baik secara lisan maupun tertulis.
  - 2) Secara aktif mendengarkan dan menghormati kebutuhan dan kekhawatiran klien.
  - 3) Secara aktif mendengarkan pengetahuan dan pendapat semua anggota tim.
  - 4) Mengembangkan hubungan kerja yang efektif dengan klien dan anggota tim.
  - 5) Menggunakan sistem informasi dan komunikasi secara efektif untuk meningkatkan layanan klien.
  - 6) Menghormati nilai, kepercayaan dan budaya semua pihak terkait.

Dari keempat artikel diatas, dapat disimpulkan bahwa komponen kolaborasi dalam pnerapan *interprofessional collaboration* yaitu kerjasama, kemitraan, koordinasi, pengambilan keputusan bersama, diskusi, control kekuasaan, lapangan praktik, kepentingan bersama, tujuan bersama, dan komunikasi interprofessional.

### **Faktor penghambat dalam *interprofessional collaboration* di rumah sakit**

Faktor penghambat dalam IPC terdapat pada penelitian Kusumaningrum (2018) dan penelitian Fathya (2021). Faktor penghambat dalam *interprofessional collaboration* terdiri dari beberapa faktor, yaitu :

- a. Beban kerja  
Penelitian Kusumaningrum (2018) menyatakan bahwa setiap orang memiliki

beban kerja yang berbeda, sehingga tidak maksimalnya pencatatan pada CPPT diakibatkan beban kerja yang berlebihan. Hal ini dikarenakan yang dilakukan oleh Pemberi Pelayanan Asuhan (PPA) tidak hanya pencatatan asuhan pasien tetapi beban kerja lainnya seperti merawat kondisi pasien, kunjungan dokter terhadap pasien, melakukan operasi dan lain-lain.

- b. Sikap dan perilaku  
Penelitian Kusumaningrum (2018) menyatakan bahwa sikap dan perilaku dari PPA antara lain: kemalasan, kelelahan, perbedaan persepsi, kelupaan dan terburu-buru yang menyebabkan tidak efektifnya pendokumentasian CPPT. Sebaiknya pihak pemimpin/kepala instalasi rekam medis memotivasi bawahannya dengan cara memberikan hadiah dan sanksi agar petugas disiplin dalam pendokumentasian CPPT. Selain itu kompetensi atau latar pendidikan anggota tim yang tidak merata, seseorang yang diploma memiliki kompetensi yang berbeda dengan latar pendidikan lainnya sehingga menjadi kendala apabila tidak dilakukan pelatihan. Sebaiknya pihak rumah sakit terutama HRD (*Human Resources Department*) lebih memperhatikan petugas rekam medis, misalnya dari segi pendidikan yang sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 55 Tahun 2013. (2013) tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis dimana kualifikasi pendidikan minimal D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, dan sebaiknya manajemen rumah sakit mengadakan pelatihan/seminar rutin terkait dengan pendokumentasian CPPT agar meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas.
- c. Ketidaksetaraan  
Penelitian Fathya (2021) menyatakan bahwa ketidaksetaraan tampak dari adanya profesi yang domain dan profesi lain merasa hanya sebagai pendukung saja
- d. Tumpang Tindihnya Kewenangan dan Rasio Pasien dengan Tenaga Kesehatan  
Penelitian Fathya (2021) menyatakan bahwa tindakan atau kewenangan yang tumpang tindih antar profesi kesehatan umum terjadi dalam bidang kesehatan, hal ini terkait dengan rasio pasien dan tenaga kesehatan yang tidak seimbang.
- e. Karakter Personal  
Penelitian Fathya (2021) menyatakan bahwa ketidaktahuan tenaga kesehatan atas peran

profesi lain dalam tim menjadikan sebuah hambatan bekerjasama.

f. Kepentingan bersama

Penelitian Fathya (2021) menyatakan bahwa beberapa partisipan mengungkapkan bahwa dukungan institusi rumah sakit dalam mendorong terjadinya *interprofessional collaboration* sangat penting, baik melalui kebijakan ataupun dukungan fasilitas. Tidak adanya dukungan insitisi rumah sakit dalam pembuatan kebijakan terkait *interprofessional collaboration*, menjadi hambatan terlaksananya *interprofessional collaboration*. Dukungan institusi berupa adanya tata kelola yang jelas, protokol terstruktur, batasan kewenangan, dukungan administratif, dan prosedur operasional bersama merupakan pendorong terciptanya *interprofessional collaboration* di rumah sakit. Dukungan sarana agar akses ke anggota tim lebih dekat, berupa ruangan interaksi tim, teknologi informasi yang tersedia untuk semua anggota tim untuk akses ke rekam medis dikatakan dapat meningkatkan komunikasi *interprofesional*.

g. Dokter dan perawat berdiskusi apabila yang di instruksikan tidak sesuai dengan lingkup praktik keperawatan

Perawat menceritakan pada dokter segala kesulitan pasien untuk menangani pilihan perawatan dan kosekuensinya. Perawat menyampaikan pada dokter bidang-bidang mana yang merupakan wawasan khusus perawatan. Perawat menyampaikan pentingnya perawatan medis saat berbicara dengan pasien.

Sedangkan yang tidak terdapat faktor penghambat dalam IPC yaitu penelitian Lestari (2017), dan penelitian Tirta (2022). Menurut *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*, kesalahan medis menempati peringkat kelima dalam sepuluh penyebab kematian paling banyak di Amerika Serikat. Akar dari permasalahan tersebut adalah buruknya kolaborasi antar tenaga kesehatan yang menyebabkan keterlambatan pengobatan serta kesalahan fatal pada operasi (Perwitasari, Abror, dan Wahyuningsih, 2010). Selain itu menurut National Prescribing Service Australia menyebutkan bahwa 6% kasus yang terjadi di rumah sakit disebabkan karena efek samping obat dan kesalahan selama perawatan. Hal ini muncul karena buruknya kolaborasi antarprofesi

kesehatan (Perwitasari, Abror, dan Wahyuningsih, 2010).

WHO (2009) menjelaskan bahwa 70-80% kesalahan yang terjadi di pelayanan kesehatan diakibatkan oleh buruknya komunikasi dan kurangnya pemahaman anggota tim. Kolaborasi tim yang baik dapat mengurangi masalah *patient safety* (WHO, 2009). Dibeberapa rumah sakit besar di wilayah Indonesia belum terlihat adanya kolaborasi tim yang setara dan kemitraan masih sekedar wacana (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2018) dan hanya sebanyak 15% responden beranggap kualitas *patient safety* berdasarkan pelayanan dan komunikasi petugas kesehatan dinilai baik berdasar penelitian yang dilakukan di 40 rumah sakit di Indonesia. Hal ini dapat terlihat dari tingginya jumlah *medication error* di Indonesia, seperti di Yogyakarta dan Bali, terdapat 1563 kasus dalam 20 minggu (Ernawati, Lee, dan Hugles, 2014). Tingginya kesalahan dalam pembuatan resep di Indonesia (sebanyak 98,69%) akibat dari kesalahan dalam penulisan resep dokter, apoteker yang tidak tepat dalam penyiapan obat, dan pemberi informasi mengenai obat tersebut (Easton, 2009). Data dugaan malpraktik sepanjang kurun waktu 2006 hingga 2015, 317 kasus yang dilaporkan ke Konsil Kedokteran Indonesia (KKI).

Kolaborasi antar profesi kesehatan di Indonesia masih jauh dari kata ideal. Masih terjadi tumpang tindih peran antar profesi kesehatan. Salah satu penyebab hal itu bisa terjadi karena kurangnya pemahaman suatu profesi kesehatan terhadap kompetensi profesi kesehatan lainnya atau dikarenakan kurangnya komunikasi antar tenaga kesehatan dalam kerjasama tim dan berkolaborasi (HPEQ-Project, 2012). Sebaiknya *interprofessional collaboration* perlu ditingkatkan agar memberikan kepuasan kepada pengguna jasa kesehatan.

Maka disimpulkan dari ketiga arikel diatas bahwa faktor penghambat dalam *interprofessional collaboration* yaitu beban kerja, sikap dan perilaku, ketidaksetaraan, tumpang tindihnya kewenangan, rasio pasien dengan tenaga kesehatan, karakter personal, hambatan komunikasi dan kurangnya dukungan insitisi, dokter dan perawat berdiskusi apabila yang di instruksikan tidak sesuai dengan lingkup praktik keperawatan. Dari kelima artikel terdapat dua artikel yang tidak ada faktor penghambat dalam *interprofessional collaboration*.

## SIMPULAN

1. Jenis profesi yang terlibat dalam *interprofessional collaboration* di rumah sakit yaitu dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi, perawat, bidan, nutrisionis, fisioterapis, apoteker, ahli gizi, dietisien.
2. Komponen komunikasi efektif dalam *interprofessional collaboration* di rumah sakit yaitu percaya, dukungan, empati, sikap terbuka, kesamaan.
3. Komponen kolaborasi dalam penerapan *interprofessional collaboration* di rumah sakit yaitu kerjasama, kemitraan, koordinasi, pengambilan keputusan bersama, diskusi, kontrol kekuasaan, lapangan praktik, kepentingan bersama, tujuan bersama, dan komunikasi *interprofesional*.
4. Faktor penghambat dalam *interprofessional collaboration* di rumah sakit yaitu beban kerja, sikap dan perilaku, dokter dan perawat akan berdiskusi apabila yang di instruksikan tidak sesuai dengan lingkup praktik keperawatan, ketidaksetaraan, tumpang tindihnya kewenangan, rasio pasien dengan tenaga kesehatan, karakter personal, hambatan komunikasi dan kurangnya dukungan insitusi

Berdasarkan simpulan diatas, saran yang diberikan yaitu:

1. Sebaiknya komunikasi antar tenaga kesehatan dalam tim perlu ditingkatkan agar tercipta kinerja yang baik.
2. Sebaiknya pihak rumah sakit terutama bagian HRD (*Human Resources Department*) lebih memperhatikan petugas rekam medis dari segi pendidikan dimana kualifikasi pendidikan minimal D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.
3. Sebaiknya pihak pemimpin/kepala instalasi rekam medis memotivasi bawahannya dengan cara memberikan hadiah dan sanksi agar petugas disiplin dalam pendokumentasian CPPT.
4. Sebaiknya manajemen rumah sakit mengadakan pelatihan/seminar rutin terkait dengan pendokumentasian CPPT agar meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas

## REFERENSI

Berndt, M. 2011. *Interprofessional Capability Framework* Faculty of Health Sciences. 9.

[http://healthsciences.curtin.edu.au/wp-content/uploads/sites/6/2015/10/interprofessional\\_A5\\_broch\\_1-29072015.pdf](http://healthsciences.curtin.edu.au/wp-content/uploads/sites/6/2015/10/interprofessional_A5_broch_1-29072015.pdf)

Bosch, B., & Mansell, H. 2015. Interprofessional collaboration in health care: Lesson to be learned from competitive sports. *CPIJRPC*, 148 (4), 2-5.

Chichirez, C. M., & Purcarea, V. L. 2018. Interpersonal Communication in Healthcare. *Journal of Medicine and Life*, 11 (2). 119-122

Collins, S. 2005. 'Explanations in consultations: The combined effectiveness of doctors and nurses communication with patients', *Medical Education*, 39, pp. 785-796.

Despins, L. A. 2015. Patient safety and collaboration of the intensive care unit team. *Critical Care Nurse*, 29(2), 85-91. <https://doi.org/10.4037/ccn2009281>

Easton, K., & Morgan, T. 2009. Medication Errors in Outpatients of A Government Hospital in Yogyakarta Indonesia. 1 (1) : 8-10.

Ernawati, D.K., Lee, Y.P., dan Hugles, J. 2014. Indonesian Students Participation In A Interprofessional Learning Workshop. 1-3.

Fatalina Femi, Sunartini, Widyandana, Sedyowinarso Mariyono. 2015. Persepsi dan penerimaan Interprofessional Collaborative Practice Bidang Maternitis pada tenaga kesehatan. Universitas Gadjah Mada : Fakultas Kedokteran. *Jurnal Kedokteran Indonesia*.

Fathya, Effendy, Prabandari. 2021. 'Implementation of Interprofessional Collaboration Practices In Type B Teaching General Hospitals : A Mixed Methods Study'. *Jurnal Pendidikan Kedokteran Indonesia*. <https://jurnal.ugm.ac.id/jpki/article/view/60093>. Diakses pada 22 Maret 2022.

- Hall, P. and Weaver, L. 2001. 'Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road', *Medical Education*, 35, pp. 867-875.
- Health Professions Accreditors Collaborative. 2019. *Guidance on Developing Quality Interprofessional Education for The Health Professions*. Chicago: Health Professions Accreditors Collaborative.
- Health Professional Education Quality-Project. 2012. *Apa Kata Mahasiswa?: Hasil Kajian Partisipasi & Kolaborasi Mahasiswa Kesehatan di Indonesia*. Jakarta: Dikti-Kemendikbud.
- HPEQ-Project. 2011. *Persepsi dan Kesiapan Mahasiswa & Dosen Profesi Kesehatan Terhadap Model Pembelajaran Pendidikan Interprofesi*. Jakarta: Departemen Pendidikan Tinggi Kementerian Pendidikan Nasional RI.
- Institute of Medicine. 2010. *Redesigning Continuing Education Health Professions*. Washington, D. C.: *The National Academies Press*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- \_\_\_\_\_. 2013. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 55/Menkes/Per/III/2013 Tentang Penyelenggaraan Rekam Medis*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- \_\_\_\_\_. 2015. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 93 Tahun 2015 tentang rumah sakit pendidikan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- \_\_\_\_\_. 2017. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang keselamatan pasien*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kitto, S., Marshall, S. D., Memillan, S.E., Shearer, B., Buist, M., Grant, R., Wilson, S. (2015). *Rapid Respons Systems and Collative (in) Competence : An exploratory Analysis of Intraprofessional and Interprofessional activation Factors*, 1820 (4), 340-346.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. 2018 *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) edisi 1*, Jakarta : KARS.
- Kusumaningrum, Dharmana, Sulisno. 2018. *Implementasi Catatan Kemajuan Pasien Terintegrasi dalam Praktik Kolaborasi Interprofessional*. *Jurnal Keperawatan Indonesia dan Kebidanan*. Vol. 6 No.1. <https://ejournal.almaata.ac.id/index.php/JNKI/article/view/530>. Diakses pada 16 Februari 2022.
- Lestari, Y., Saleh, A., & Pasinringi, S. 2017. *Hubungan Interprofessional Kolaborasi dengan Pelaksanaan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi di RSUD Prof Dr HM Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng*. *JST Kesehatan*. Vol. 7, No. 1, 85-90. <https://stikespanakkukang.ac.id/assets/uploads/alumni/054423b8bc093564be41ec3f428b125a.pdf>. Diakses pada 07 November 2021.
- Liaw, S. Y., Siau, C., Zhou, W. T., & Lau. 2014. *Interprofessional Simulation-based Education Program: A Promising Approach for Changing Stereotypes and Improving Attitudes toward Nurse-Physician Collaboration*. *Applied Nursing Research*, 27, 258-260.
- Limpakarnjanarat, K. 2014. 'The 4th Padjajaran International Nursing Conference', in.
- Murdiany, Pertiwiwati, Setiawan. 2021. *Hubungan Komunikasi Interprofessional dengan Kolaborasi Perawat-Dokter di IRNA RSUD H. Damanhuri Barabai*. *Journal of Nursing Invention*. Vol. 2 No. 1. <http://digilib.ulm.ac.id/archive/digital/tailed.php?code=15370>. Diakses pada 20 April 2022.

- Orchard, C., Pederson, L. L., Read, E., Mahler, C., & Laschinger, H. 2018. Assesment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS). *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 38 (1), 11-18.
- Perwitasari, D. A., Abror, j., & Wahyuningsih, I. (2010). Medication Error in Outpatients of a Government Hospital in Yogyakarta, Indonesia. *International Journal of Pharmaceutical Sciences Review and Research*, I (1), 8-10.
- Robbins, S dan Coulter, M. 2007, Manajemen. Edisi Kedelapan , Jakarta : PT Indeks.
- Ross, L. J., Jennjngs, P.A., Gosling, C. M., & Williams, B. 2018. Experiential Education Enhancing Paramedic Perspective and Interpersonal Communication with Older Patient: a Controlled Study. *BMC Medical Education*, 18 (1), 239.
- Sieglar and Whitney. 2000. *Kolaborasi Perawat-Dokter Perawatan Orang Dewasa dan Lansia*. Jakarta Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Soemantri, D., Kambey, D. R., Yusra, R. Y., Timor, A. B., Khairani, C. D., Setyorini, D., & Findyartini, A. 2019. The supporting and inhibiting factors of interprofessional collaborative practice in anewly established, 15, 149-156.
- Tirta, Wulandari, 'Ulum 2022.'Tingkat Kepuasan Pasien Berdasarkan Komunikasi Interpersonal Petugas Pendaftaran di RS Khusus Bedah Hasta Husada'. *Journal Health Care Media*, Vol 6, No. 1. <https://stikeswch-malang.e-journal.id/Health/article/view/189>. Diakses pada 25 Mei 2022
- World Health Organization (WHO). 2009. *Human Factors in Patient Safety Review of topics and Tools*. World Health Organization, Geneva.
- \_\_\_\_\_. 2010. Human Resources for Health Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice.
- \_\_\_\_\_. 2013. Framework for Action on Interprofesional Education and Collaborative Practice. World Health Organisation, Geneva.
- Zahedi, F. et al. 2013. 'The Code of Eithics for Nurses' , 42, pp. 1-