

**GAMBARAN PERSEPSI TENAGA KESEHATAN TERHADAP  
IMPLEMENTASI KOLABORASI INTERPROFESI DALAM  
PENANGANAN PASIEN DIABETES MELITUS DI  
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS ANDALAS**



**Skripsi**  
**Diajukan ke Fakultas Kedokteran Universitas Andalas sebagai Pemenuhan**  
**Salah Satu Syarat untuk Mendapatkan Gelar Sarjana Kedokteran**

**Oleh :**  
**Hadyan Imal Fathoni**  
**NIM : 2010313016**

**Dosen Pembimbing:**  
**dr. Laila Isona, M.Sc**  
**Prof. Dr. dr. Yusrawati, Sp.OG, Subsp. KFm, MMRS**

**FAKULTAS KEDOKTERAN**  
**UNIVERSITAS ANDALAS**  
**PADANG**  
**2024**

**GAMBARAN PERSEPSI TENAGA KESEHATAN TERHADAP  
IMPLEMENTASI KOLABORASI INTERPROFESI DALAM  
PENANGANAN PASIEN DIABETES MELITUS DI  
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS ANDALAS**



**Skripsi  
Diajukan ke Fakultas Kedokteran Universitas Andalas sebagai  
Pemenuhan Salah Satu Syarat untuk Mendapatkan  
Gelar Sarjana Kedokteran**

**Oleh :  
Hadyan Imal Fathoni  
NIM : 2010313016**

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS ANDALAS  
PADANG  
2024**

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Saya mahasiswa/dosen/tenaga kependidikan\* Universitas Andalas yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama lengkap : Hadyan Imal Fathoni  
No. BP/NIM/NIDN : 2010313016  
Program studi : Pendidikan Dokter  
Fakultas : Kedokteran  
Jenis Tugas Akhir : ~~TA-D3~~/Skripsi/Tesis/Disertasi/.....\*\*

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Andalas hak atas publikasi *online* Tugas Akhir saya yang berjudul:

**GAMBARAN PERSEPSI TENAGA KESEHATAN TERHADAP IMPLEMENTASI  
KOLABORASI INTERPROFESI DALAM PENANGANAN PASIEN DIABETES  
MELITUS DI RUMAH SAKIT UNIVERSITAS ANDALAS**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Universitas Andalas juga berhak untuk menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola, merawat, dan mempublikasikan karya saya tersebut di atas selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.



Dibuat di Padang,  
Pada tanggal 14 Agustus 2024  
Yang menyatakan,

(Hadyan Imal Fathoni)

\* pilih sesuai kondisi

\*\* termasuk laporan penelitian, laporan pengabdian masyarakat, laporan magang, dll

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya sendiri  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar dan bukan merupakan plagiat.

Nama : Hadyan Imal Fathoni  
NIM : 2010313016



Tanda tangan :  
Tanggal : 12 Agustus 2024

**HALAMAN PENGESAHAN SKRIPSI**

Skripsi ini telah disetujui oleh :

Pembimbing 1



dr. Laila Isona, M.Sc  
NIP. 197308262002122002

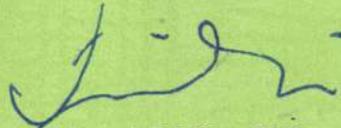
Pembimbing 2



Prof. Dr. dr. Yusrawati, Sp. OG, Subsp. Kfm, MMRS  
NIP. 1965062419920322001

Disahkan oleh:

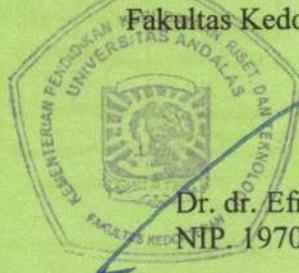
Ketua Program Studi Kedokteran  
Fakultas Kedokteran Universitas Andalas



dr. Firdawati, M.Kes, PhD  
NIP. 197207031999032002

Diketahui oleh:

Wakil Dekan Bidang Akademik dan Kemahasiswaan  
Fakultas Kedokteran Universitas Andalas



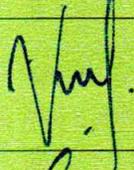
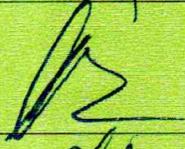
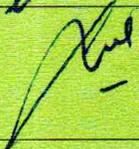
Dr. dr. Efrida, Sp.PK(K), M.Kes  
NIP. 197010021999032002

## HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI

Skripsi ini telah diuji dan dinilai oleh tim penguji skripsi Program Studi Kedokteran  
Fakultas Kedokteran Universitas Andalas

Padang, 12 Agustus 2024

Tim Penguji

Nama	Jabatan	Tanda Tangan
dr. Yulistini, M.MedEd	Ketua Penguji	
dr. Eka Kurniawan, Sp.PD-KR	Sekretaris	
dr. Laila Isona, M.Sc	Anggota 1	

## KATA PENGANTAR

*Alhamdulillah* *rabbi' alamin*, segala puji hanya milik Allah S.W.T, Tuhan semesta alam, serta rasa syukur yang tulus kepada-Nya. Shalawat beserta salam juga senantiasa tercurahkan kepada Nabi Muhammad S.A.W., dengan limpahan rahmat dan karunia-Nya penulis berhasil menyelesaikan skripsi dengan judul “Gambaran Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi dalam Penanganan Pasien Diabetes Melitus di Rumah Sakit Universitas Andalas” yang merupakan salah satu syarat untuk mendapatkan gelar sarjana kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Andalas.

Kesuksesan dalam penyusunan skripsi ini diperoleh dengan dorongan maupun bimbingan yang beragam dari berbagai pihak. Penulis sampaikan terima kasih sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. dr. Afriwardi, S.H., M.A., Sp.KO, Subsp. APK(K) sebagai Dekan beserta seluruh Wakil Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas
2. dr. Laila Isona, M.Sc dan Prof. Dr. dr. Yusrawati, Sp.OG, Subsp. KFM, MMRS sebagai pembimbing skripsi yang bersedia meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, saran dan arahan dalam penyusunan skripsi ini.
3. Prof. dr. Hardisman, M.HID, Dr.PH, FRSPH, dr. Yulistini, M.MedEd, dan dr. Eka Kurniawan, Sp.PD-KR sebagai penguji skripsi bersedia meluangkan waktu untuk memberikan kritikan, saran, dan arahan dalam penyusunan skripsi ini.
4. Prof. dr. Hardisman, M.HID, Dr.PH, FRSPH sebagai pembimbing akademik yang memberikan semangat kepada penulis untuk selalu memperbaiki diri ke arah yang lebih baik.
5. Seluruh dosen pengajar di Fakultas Kedokteran Universitas Andalas yang telah memberikan ilmu pengetahuan kepada penulis.
6. Seluruh tenaga kependidikan dan tim skripsi yang telah membantu pengurusan surat menyurat dalam penulisan skripsi ini.
7. Kedua orang tua yang penulis sayangi, Moh. Solichin dan Fauziah Hidayati yang telah mendoakan dan memberikan dukungan secara moril maupun materil selama penulis menempuh pendidikan.
8. Saudara penulis Sofa Rahmania, Faisol Siddiq, Fitri Rahmawati, M. Sofyan Soddiq, dan Rais Haidar Amien yang telah memberikan doa, dorongan, dan saran dalam menempuh pendidikan serta penulisan skripsi ini.
9. Kakak, abang, dan teman-teman yang kebersamai, mendoakan, dan memberi semangat kepada penulis agar senantiasa segera menyelesaikan skripsi ini.
10. Seluruh pihak yang memberikan semangat, dukungan, doa, moral, dan materil untuk kesuksesan penulis.

Penulis berharap semoga penelitian ini dapat bermanfaat terutama untuk kesehatan manusia dan bagi perkembangan ilmu pengetahuan. Semoga Allah S.W.T. senantiasa memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada semua pihak yang telah membantu. Demi kesempurnaan penelitian ini, segala kritik, saran, dan masukan akan penulis terima.

Padang, 12 Agustus 2024



Penulis

## **ABSTRACT**

### **DESCRIPTION OF HEALTH WORKERS' PERCEPTIONS TOWARDS THE IMPLEMENTATION OF INTERPROFESSIONAL COLLABORATION IN THE MANAGEMENT OF PATIENS WITH DIABETES MELLITUS AT THE ANDALAS UNIVERSITY HOSPITAL**

**By**

**Hadyan Imal Fathoni, Laila Isona, Yusrawati, Hardisman,. Yulistini, and Eka Kurniawan**

*Diabetes mellitus (DM) is one of the chronic diseases that cause death. There are many components of treatment required in the management of DM patients that make the quality of health services important in managing DM patients. High-quality management of DM patients can be provided through the implementation of interprofessional collaboration. Interprofessional collaboration can improve efficiency and reduce errors in management so as to improve the quality of health services. This study aims to determine the description of health workers' perceptions towards the implementation of interprofessional collaboration in the management of DM patients at Andalas University Hospital (RS UNAND). This study used a cross sectional research design and total sampling technique with a total of 72 health workers involved in the treatment of DM patients at RS UNAND. The instrument used was the Collaborative Practice Assessment Tools (CPAT). The results of the study were categorized into three categories, high, medium and low levels of perception. In this study, it was found that the perception level of all health workers was categorized as high (100%). More in-depth socialization to health workers regarding the implementation of interprofessional collaboration needs to be improved and the formation of a collaboration team in handling patients with chronic diseases is needed so that health care providers can further optimize health services with an interprofessional collaboration approach.*

**Keywords** : *Diabetes mellitus; interprofessional collaboration; CPAT; health workers; Andalas University Hospital*

## ABSTRAK

### GAMBARAN PERSEPSI TENAGA KESEHATAN TERHADAP IMPLEMENTASI KOLABORASI INTERPROFESI DALAM PENANGANAN PASIEN DIABETES MELITUS DI RUMAH SAKIT UNIVERSITAS ANDALAS

Oleh

**Hadyan Imal Fathoni, Laila Isona, Yusrawati, Hardisman, Yulistini, dan Eka Kurniawan**

Diabetes melitus (DM) adalah salah satu penyakit kronis yang menyebabkan kematian. Banyak komponen perawatan yang diperlukan dalam penanganan pasien DM sehingga kualitas pelayanan kesehatan sangat penting dalam menangani pasien DM. Penanganan pasien DM yang berkualitas dapat diberikan melalui implementasi kolaborasi interprofesi. Kolaborasi interprofesi dapat meningkatkan efisiensi dan mengurangi kesalahan penanganan sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi kolaborasi interprofesi dalam penanganan pasien DM di Rumah Sakit Universitas Andalas (RS UNAND). Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian *cross sectional* dan teknik *total sampling* dengan jumlah 72 tenaga kesehatan yang terlibat dalam penanganan pasien DM di RS UNAND. Instrumen yang digunakan adalah *Collaborative Practice Assessment Tools* (CPAT). Hasil penelitian dikategorikan menjadi tiga yaitu tingkat persepsi tinggi, sedang, dan rendah. Pada penelitian ini didapatkan hasil tingkat persepsi seluruh tenaga kesehatan dikategorikan tinggi (100%). Sosialisasi yang lebih mendalam kepada tenaga kesehatan mengenai implementasi kolaborasi interprofesi perlu ditingkatkan serta pembentukan tim kolaborasi dalam penanganan pasien dengan penyakit kronis diperlukan sehingga pemberi pelayanan kesehatan dapat lebih mengoptimalkan pelayanan kesehatan dengan pendekatan kolaborasi interprofesi.

**Kata Kunci** : Diabetes melitus; kolaborasi interprofesi; CPAT; tenaga kesehatan; Rumah Sakit Universitas Andalas

## DAFTAR ISI

<b>SAMPUL DEPAN</b> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>SAMPUL DALAM</b> .....	ii
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS</b> .....	iii
<b>HALAMAN PENGESAHAN SKRIPSI</b> .....	iv
<b>HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI</b> .....	v
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vi
<b>ABSTRACT</b> .....	viii
<b>ABSTRAK</b> .....	ix
<b>DAFTAR ISI</b> .....	x
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xiv
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xv
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	xvi
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xvii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian.....	7
1.3.1 Tujuan Umum.....	7
1.3.2 Tujuan Khusus.....	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
1.4.1 Manfaat terhadap Praktik Pelayanan Kesehatan.....	7
1.4.2 Manfaat terhadap Ilmu Pengetahuan.....	7
1.4.3 Manfaat Penelitian Selanjutnya.....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	8
2.1 Persepsi.....	8
2.1.1 Definisi Persepsi.....	8
2.1.2 Syarat Terjadinya Persepsi.....	8
2.1.3 Faktor yang Mempengaruhi Persepsi.....	8

2.1.4 Pola Pembentukan Persepsi .....	9
2.2 Tenaga Kesehatan .....	9
2.2.1 Definisi Tenaga Kesehatan .....	9
2.2.2 Elemen Tenaga Kesehatan .....	9
2.3 Kolaborasi Interprofesi.....	10
2.3.1 Definisi Kolaborasi Interprofesi.....	10
2.3.2 Tujuan dan Manfaat Kolaborasi Interprofesi .....	10
2.3.3 Kompetensi dan Prinsip Kolaborasi Interprofesi .....	11
2.3.4 Hambatan Kolaborasi Interprofesi.....	11
2.4 Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Kolaborasi Interprofesi .....	13
2.5 Diabetes Melitus.....	16
2.5.1 Definisi Diabetes Melitus.....	16
2.5.2 Epidemiologi Diabetes Melitus.....	16
2.5.3 Klasifikasi Diabetes Melitus .....	16
2.5.4 Praktik Kolaborasi Interporfesi Terkini dalam Penanganan Pasien Diabetes Melitus.....	17
2.6 Rumah Sakit Pendidikan Universitas Andalas.....	18
2.6.1 Definisi Rumah Sakit.....	18
2.6.2 Klasifikasi Rumah Sakit.....	18
2.6.3 Fungsi Rumah Sakit.....	19
2.6.4 Rumah Sakit Pendidikan.....	20
2.6.5 Rumah Sakit Pendidikan Universitas Andalas.....	20
2.7 Kerangka Teori.....	22
<b>BAB 3 METODE PENELITIAN .....</b>	<b>23</b>
3.1 Jenis Rancangan Penelitian yang Digunakan.....	23
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	23
3.3 Populasi dan Sampel .....	23
3.3.1 Populasi.....	23
3.3.2 Sampel.....	23
3.4 Variabel Penelitian Meliputi Klasifikasi Variabel dan Definisi Operasional .....	24

3.4.1 Variabel Penelitian .....	24
3.4.2 Definisi Operasional .....	24
3.5 Instrumen Penelitian.....	26
3.6 Prosedur Pengumpulan Data.....	28
3.7 Cara Pengolahan Data dan Analisis Data.....	29
3.7.1 Pengolahan data .....	29
3.7.2 Analisis Data .....	29
3.8 Alur Penelitian .....	30
<b>BAB 4 HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>31</b>
4.1 Karakteristik Responden Penelitian.....	31
4.2 Gambaran Tingkat Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi Secara Umum dalam penanganan pasien DM.....	32
4.3 Gambaran Tingkat Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi berdasarkan Profesi dalam Penanganan pasien DM.....	32
4.4 Gambaran Tingkat Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi berdasarkan Komponen Persepsi dalam Penanganan pasien DM....	33
4.5 Gambaran Tingkat Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi berdasarkan Komponen Persepsi pada Setiap Profesi dalam Penanganan pasien DM.....	34
<b>BAB 5 PEMBAHASAN .....</b>	<b>39</b>
5.1 Karakteristik Responden Penelitian.....	39
5.2 Tingkat Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi Secara Umum dalam Penanganan Pasien DM.....	40
5.3 Tingkat Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi Berdasarkan Profesi dalam Penanganan Pasien DM .....	41
5.4 Tingkat Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi Berdasarkan Komponen Persepsi dalam Penanganan Pasien DM.....	42
5.5 Tingkat Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi Berdasarkan Komponen Persepsi Pada Setiap Profesi dalam Penanganan Pasien DM .....	44
5.5.1 Dokter spesialis, dokter residen, dan dokter umum .....	44
5.5.2 Perawat.....	45

5.5.3 Apoteker dan tenaga teknis kefarmasian .....	46
5.5.4 Ahli gizi dan pelaksana gizi .....	47
5.5.5 Ahli teknologi laboratorium medik.....	48
5.6 Keterbatasan Penelitian.....	49
<b>BAB 6 PENUTUP</b> .....	50
6.1 Kesimpulan .....	50
6.2 Saran.....	50
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	52
<b>LAMPIRAN</b> .....	58



## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 : Distribusi Pasien DM berdasarkan Usia di RS UNAND pada Tahun 2023.....	5
Tabel 2.1 : Komponen CPAT .....	15
Tabel 3.1 : Kategori Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi dalam Penanganan Pasien DM di RS UNAND.....	27
Tabel 3.2 : Pengelompokan Komponen Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi dalam Penanganan Pasien Diabetes Melitus di RS UNAND.....	28
Tabel 4.1 : Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Penelitian.....	31
Tabel 4.2 : Persentase Tingkat Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi Secara Umum dalam Penanganan Pasien DM.....	32
Tabel 4.3 : Persentase Tingkat Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi Berdasarkan Profesi dalam Penanganan Pasien DM.....	33
Tabel 4.4 : Persentase Tingkat Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi Berdasarkan Komponen Persepsi dalam Penanganan Pasien DM.....	33
Tabel 4.5 : Persentase Tingkat Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi Berdasarkan Komponen Persepsi pada Setiap Profesi dalam Penanganan Pasien DM.....	35



## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1 : Distribusi Pasien DM di RS UNAND pada Tahun 2023 .....	4
Gambar 2.1 : Kerangka Teori .....	22
Gambar 3.1 : Alur Penelitian .....	30



## DAFTAR SINGKATAN

ADA	: <i>American Diabetes Association</i>
AITCS	: <i>Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale</i>
ATHCT	: <i>Attitude Toward Health Care Teams Scale</i>
ATLM	: Ahli Teknologi Laboratorium Medik
CFA	: <i>Confirmatory Factor Analysis</i>
CFI	: <i>Comparative Fit Index</i>
CPAT	: <i>Collaborative Practice Assessment Tool</i>
DM	: Diabetes Melitus
FGD	: <i>Focus Group Discussions</i>
IDDM	: <i>Insulin Dependent Diabetes Mellitus</i>
IDF	: <i>International Diabetes Federation</i>
IPE	: <i>Interprofessional Education</i>
IPEC	: <i>Interprofessional Education Collaborative</i>
ITPPS	: <i>Interdisciplinary Team Process And Performance Survey</i>
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
NA	: <i>Not Applicable</i>
NFI	: <i>Normed Fit Index</i>
NIDDM	: <i>Insulin Non-Dependent Diabetes Mellitus</i>
PAGT	: Proses Asuhan Gizi Terstandar
PINCOM-Q	: <i>Perception Of Interprofessional Collaboration Model Questionnaire</i>
PTM	: Penyakit Tidak Menular
R	: Ragu-ragu
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
RS UNAND	: Rumah Sakit Universitas Andalas
RSK	: Rumah Sakit Khusus
RSU	: Rumah Sakit Umum
S	: Setuju
SS	: Sangat Setuju
STS	: Sangat Tidak Setuju
TS	: Tidak Setuju
T-TAC	: <i>TeamSTEPPS Teamwork Attitudes Questionnaire</i>
TTK	: Tenaga Teknis Kefarmasian

## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Permohonan Kesediaan Menjadi Responden Penelitian .....	58
Lampiran 2 Informed Consent .....	59
Lampiran 3 Data Karakteristik Responden .....	60
Lampiran 4 Kuesioner Penilaian Implementasi Kolaborasi Interprofesi .....	61
Lampiran 5 Sertifikat Etik.....	65
Lampiran 6 Surat Izin Penelitian.....	66
Lampiran 7 Permohonan Izin Penggunaan Kuesioner CPAT.....	67



# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Penyakit tidak menular atau kerap disingkat PTM telah menjadi masalah dalam kesehatan di dunia di mana penyakit ini telah menyebabkan 41 juta orang meninggal pada setiap tahunnya. Angka kematian tersebut jika dihitung maka akan setara dengan 74% dari seluruh kematian di dunia. Perbandingan antara negara maju dengan negara berkembang dalam angka kematian akibat PTM pada orang dengan usia di bawah 70 tahun lebih banyak terjadi pada negara berkembang, yaitu sebanyak 86% dari seluruh kematian dini akibat PTM. Penyakit tidak menular yang menyebabkan tingginya angka kematian salah satunya adalah diabetes melitus (DM).<sup>1</sup>

Diabetes melitus merupakan salah satu penyakit kronis, penyakit ini terjadi karena pankreas berhenti menghasilkan insulin yang dibutuhkan oleh tubuh atau karena insulin yang dihasilkan tidak dapat digunakan oleh tubuh secara efektif.<sup>2</sup> Prevalensi penderita DM tahun 2021 pada rentang usia 20 sampai 79 tahun mencapai angka 537 juta orang di dunia. *International Diabetes Federation* (IDF) memprediksi angka penderita DM pada tahun 2030 akan mencapai 643 juta dan 783 juta pada tahun 2045. Jumlah penderita DM akan meningkat sebanyak 46%, walaupun populasi dunia diperkirakan akan tumbuh hingga 20% pada periode ini. Asia adalah salah satu benua yang memiliki tingkat penderita DM tertinggi kedua setelah Australia, yaitu 90 juta orang. Indonesia, dari sekian banyak negara di Asia, menempati urutan ke-5 dengan penderita DM terbanyak, sekitar 19,5 juta jiwa.<sup>3,4</sup> Berdasarkan laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Sumatera Barat, sebesar 1,15% prevalensi DM dari seluruh penduduk, terkhusus Padang memiliki prevalensi sebesar 1,79% dari jumlah penduduk.<sup>5</sup>

Pada tahun 2021 terdapat kurang lebih 6,7 juta orang meninggal karena penyakit DM. Kematian akibat penyakit DM lebih dari 80% terjadi di negara dengan tingkat penghasilan menengah dan rendah. Diabetes melitus menyebabkan kerugian yang berarti, selain dapat menurunkan kualitas hidup penderita akibat komplikasi yang bisa terjadi, penyakit ini juga dapat merugikan pemerintah karena tingginya biaya untuk mengobati penyakit dan komplikasi yang terjadi. Komplikasi

yang bisa terjadi akibat DM meliputi kerusakan saraf, penyakit jantung, dan lain-lain.<sup>6</sup> Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, DM adalah masalah epidemik global yang apabila tidak ditindak lanjut secara serius akan menimbulkan peningkatan dampak kerugian ekonomi secara signifikan khususnya bagi negara berkembang di Asia maupun Afrika.<sup>7</sup> Data dari Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) juga memperlihatkan adanya peningkatan signifikan terkait kasus dan pembiayaan DM di Indonesia yang awalnya sebanyak 135.522 kasus dengan total dana yang terpakai sebesar Rp 700,29 miliar pada tahun 2014 menjadi 322.820 kasus dengan total dana terpakai sebesar Rp. 1,877 triliun pada tahun 2017. Sejalan dengan data sebelumnya, data dari PT Askes (Persero) memperlihatkan bahwa penyakit DM menggunakan dana sebesar Rp 58,7 miliar hanya untuk pelayanan rawat jalan tingkat lanjutan dan untuk pelayanan rawat inap tingkat lanjutan sebesar Rp 79,5 miliar pada tahun 2010.<sup>8</sup>

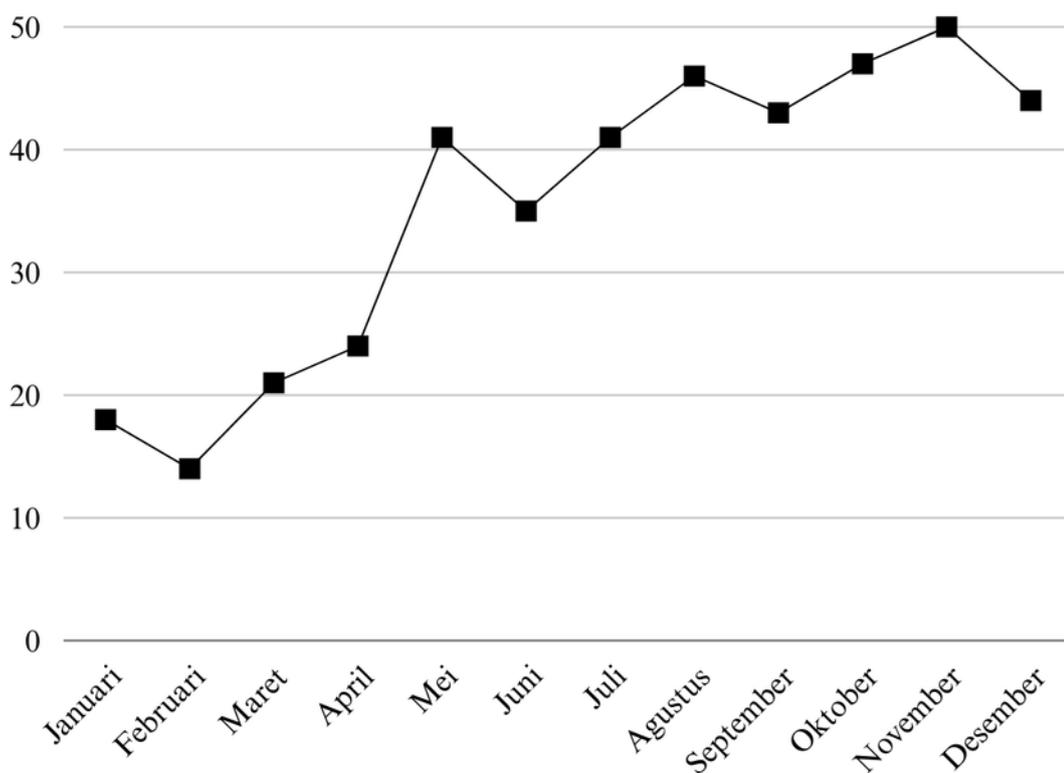
Banyak komponen yang menjadi bagian dari perawatan DM. Pasien dengan DM dan penyedia layanan kesehatan pasien tersebut, penilaian komprehensif dan berkala, pengobatan, koordinasi dalam pemeliharaan kesehatan dan perawatan khusus, edukasi manajemen diri (aktivitas fisik, makan sehat, pemantauan glukosa, koping, dll) dan dukungan manajemen diri pasien DM adalah komponen yang penting dalam perawatan pasien DM. Faktor yang perlu diperhatikan dari pasien DM adalah konsisi penyerta, seperti nyeri kronis, depresi, atau gagal jantung, yang mempersulit pengobatan DM dan manajemen diri. Oleh karena itu, perawatan pasien DM menjadi sulit dan membutuhkan pengetahuan serta keterampilan baik dari sisi tenaga kesehatannya, maupun dari pasien DM sendiri.<sup>9</sup>

Proses pendidikan yang dikenal dengan *Interprofessional Education* (IPE) diperlukan pada masa preklinik untuk mengoptimalkan kolaborasi interprofesi pada saat klinik. *World Health Association* (WHO) menyatakan bahwa kolaborasi interprofesi dalam praktik merupakan strategi inovatif untuk tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dalam bekerja dalam tim interprofesi sehingga pelayanan kesehatan kepada pasien menjadi optimal. Implementasi kolaborasi interprofesi berkontribusi positif terhadap beberapa tantangan kesehatan seperti penanganan PTM yang memiliki penanganan yang sangat kompleks dan seringkali membutuhkan kolaborasi.<sup>10</sup>

Diabetes Melitus membutuhkan perencanaan dari berbagai profesi kesehatan dalam penanganannya. *American Diabetes Association* (ADA) merekomendasikan pendekatan berbasis tim untuk perawatan DM. Tim yang dimaksud mencakup perawatan primer dan dokter spesialis.<sup>9</sup> Penelitian oleh Pascucci *et al.*, (2021) menyatakan bahwa kolaborasi interprofesi adalah model yang berguna dalam manajemen penyakit kronis.<sup>11</sup> Implementasi kolaborasi interprofesi sangat baik untuk perawatan DM di layanan kesehatan primer. Meskipun tidak ada komposisi ideal untuk tim dalam kolaborasi interprofesi, namun semakin banyak bukti yang mendukung bahwa keterlibatan perawat dan apoteker sebagai tim implementasi kolaborasi interprofesi yang efektif. Intervensi perawat dalam tim dapat meningkatkan kontrol glikemik, tekanan darah, dan kadar kolesterol pada pasien DM, sementara apoteker dapat meningkatkan kepatuhan pengobatan.<sup>9</sup>

Pada penelitian yang dilakukan oleh Fatalina dkk., (2015) tentang hubungan interprofesi perawat dengan profesi lainnya dalam mewujudkan *patient safety* didapatkan bahwa masih banyak persepsi dari tenaga kesehatan yang salah tentang definisi kolaborasi interprofesi.<sup>12</sup> Di sisi lain, persepsi dan penerimaan kolaborasi interprofesi oleh tenaga kesehatan sangat penting karena dapat mempengaruhi sikap profesional antar tenaga kesehatan. Oleh karena itu, persepsi yang baik akan meningkatkan potensi keberhasilan dalam mengimplementasikan kolaborasi interprofesi. Pada penelitian berupa tinjauan sistematis yang dilaksanakan oleh Johnson *et al.*, (2018) tentang kolaborasi interprofesi dalam penanganan pasien DM tipe dua di Timur Tengah menyatakan bahwa sebagian besar penelitian mendukung perlunya peningkatan kolaborasi interprofesi, sehingga dapat menciptakan komunikasi yang lebih baik antara tenaga kesehatan dan lebih memudahkan dalam mengedukasi pasien.<sup>13</sup> Kolaborasi interprofesi adalah kerja sama antar profesi kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang terintegrasi dan holistik. Kolaborasi interprofesi dapat meningkatkan hasil klinis pasien dan keberhasilan dalam terapi DM.<sup>6</sup> Dalam kolaborasi interprofesi, setiap profesi kesehatan memiliki peran dan tanggung jawab yang berbeda-beda dalam penanganan pasien DM. Kolaborasi interprofesi dapat memperbaiki koordinasi antar profesi kesehatan, meningkatkan kualitas perawatan pasien, dan mengurangi biaya perawatan.<sup>6</sup>

Rumah sakit pendidikan memiliki tiga peranan yaitu sebagai sarana pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan terpadu yang tergabung didalamnya berbagai profesi kesehatan. Tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit pendidikan, selain memberikan pelayanan kesehatan juga diharapkan dapat menjadi *role model* bagi mahasiswa profesi kesehatan di rumah sakit tersebut dalam mengimplementasikan kolaborasi interprofesi. Salah satu rumah sakit pendidikan yang berada di Sumatera Barat adalah Rumah Sakit Pendidikan Universitas Andalas (RS UNAND).<sup>14</sup>



**Gambar 1.1** Distribusi Pasien DM di RS UNAND pada Tahun 2023

Pasien DM di RS UNAND terbagi menjadi 2 diagnosa utama yaitu *insulin dependent* dan *non-insulin dependent*. Berdasarkan pada tahun 2023 pasien DM dengan diagnosis *non-insulin dependent* lebih banyak dibandingkan dengan *insulin dependent* sebanyak 423 pasien. Distribusi pasien DM di RS UNAND pada tahun 2023 berdasarkan data rekam medik dapat dilihat pada gambar 1.1. Grafik ini menunjukkan bahwa jumlah pasien DM mengalami beberapa kali peningkatan yang bervariasi setiap bulan. Berdasarkan usia dapat dilihat pada tabel 1.1. Tabel ini menunjukkan variasi jumlah pasien berdasarkan kelompok usia yang signifikan.

Kelompok usia 60 – 69 tahun mendominasi dengan jumlah pasien tertinggi mencapai 157 pasien dan disusul oleh kelompok usia 50 – 59 tahun dengan 140 pasien. Melihat distribusi pasien DM di RS UNAND tahun 2023, peneliti merasa RS UNAND adalah salah satu tempat yang cocok sebagai tempat penelitian karena kasus DM yang ditangani tenaga kesehatan di RS UNAND sudah bervariasi dan tenaga kesehatan dinilai sudah memiliki pengalaman yang cukup dalam penanganan pasien DM secara umum.

**Tabel 1.1** Distribusi Pasien DM berdasarkan Usia di RS UNAND pada Tahun 2023

Usia (Tahun)	Jumlah
10 – 19	3
20 – 29	4
30 – 39	16
40 – 49	60
50 – 59	140
60 – 69	157
≥70	45

Berbagai instrumen yang telah dikembangkan dalam mengukur efektivitas implementasi dan kompetensi kolaboratif memiliki tujuan dan tingkat keakuratan yang berbeda-beda. Di antara sekian banyak instrumen, terdapat dua instrumen yang dapat digunakan sesuai dengan tujuan penelitian terkait penilaian persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi kolaborasi interprofesi, yaitu *Collaborative Practice Assessment Tool* (CPAT) dan *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale* (AITCS). Kuesioner CPAT dipilih dalam penelitian ini karena terdiri dari 56 item sementara AITCS memiliki 37 item sehingga CPAT dinilai lebih komprehensif. Kuesioner AITCS memiliki kekurangan dalam pengembangannya yaitu tidak ada uji coba dalam situasi perawatan penyakit kronis sedangkan kuesioner CPAT dapat digunakan dalam situasi apapun. Kuesioner CPAT juga telah diterjemahkan dalam beberapa bahasa sehingga lebih banyak digunakan serta divalidasi diberbagai negara.<sup>15-17</sup>

Penelitian dari Findyartini dkk., (2019) yang meneliti tentang praktik kolaborasi interprofesi di layanan primer menggunakan metode campuran antara CPAT dan *focus group discussion* mendapatkan hasil bahwa tenaga kesehatan memiliki persepsi terhadap kolaborasi interprofesi yang baik. Implementasi kolaborasi interprofesi dapat dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya yaitu usia,

profesi, dan lama kerja responden khususnya dalam komponen persepsi keterlibatan pasien, pengambilan keputusan dan manajemen konflik, serta kepemimpinan.<sup>18</sup> Kusuma dkk., (2021) yang meneliti tentang persepsi tenaga kesehatan dalam praktik kolaborasi interprofesi di rumah sakit wilayah Banyuwangi dengan menggunakan instrument CPAT menyimpulkan dalam penelitiannya bahwa terdapat tingkat persepsi yang berbeda terkait komponen persepsi pada CPAT, diantaranya yaitu komponen koordinasi dan pembagian peran dalam implementasi kolaborasi. Responden dengan profesi dokter dinilai tidak cukup memahami terkait tanggung jawab dan peran dirinya maupun tenaga kesehatan lain sehingga mengakibatkan adanya dominasi dalam tim kolaborasi.<sup>19</sup> Husna (2022) melakukan penelitian di RS UNAND mengenai persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi kolaborasi interprofesi menggunakan kuesioner CPAT mendapatkan bahwa adanya pengaruh usia, profesi, dan lama kerja terhadap persepsi tenaga kesehatan dalam implementasi kolaborasi interprofesi.<sup>20</sup>

Berdasarkan uraian di atas, belum ada penelitian yang menggambarkan mengenai tingkat persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi kolaborasi interprofesi dalam sebuah tim penanganan pasien DM secara umum di RS UNAND. Oleh sebab itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tersebut.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka didapatkan rumusan masalah untuk penelitian ini, yaitu :

1. Bagaimana tingkat persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi kolaborasi interprofesi secara umum dalam menangani pasien DM di RS UNAND?
2. Bagaimana tingkat persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi kolaborasi interprofesi berdasarkan profesi dalam menangani pasien DM di RS UNAND?
3. Bagaimana tingkat persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi kolaborasi interprofesi berdasarkan komponen persepsi dalam menangani pasien DM di RS UNAND?
4. Bagaimana tingkat persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi kolaborasi interprofesi berdasarkan komponen persepsi pada setiap profesi dalam menangani pasien DM di RS UNAND?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi gambaran persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi kolaborasi interprofesi dalam penanganan pasien DM di RS UNAND.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengetahui tingkat persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi kolaborasi interprofesi secara umum dalam penanganan pasien DM.
2. Mengetahui tingkat persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi kolaborasi interprofesi berdasarkan profesi dalam penanganan pasien DM.
3. Mengetahui tingkat persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi kolaborasi interprofesi berdasarkan komponen persepsi dalam penanganan pasien DM.
4. Mengetahui tingkat persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi kolaborasi interprofesi berdasarkan komponen persepsi pada setiap profesi dalam penanganan pasien DM.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

#### **1.4.1 Manfaat terhadap Praktik Pelayanan Kesehatan**

Manfaat penelitian ini terhadap praktik pelayanan kesehatan adalah hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data dasar untuk memperbaiki atau mengembangkan pelayanan kesehatan dalam menangani pasien DM dengan pendekatan kolaborasi interprofesi.

#### **1.4.2 Manfaat terhadap Ilmu Pengetahuan**

Manfaat penelitian ini terhadap ilmu pengetahuan adalah dapat memberikan data dasar urgensi sosialisasi kolaborasi interprofesi untuk instansi pendidikan dalam meningkatkan pengetahuan calon tenaga kesehatan selanjutnya.

#### **1.4.3 Manfaat Penelitian Selanjutnya**

Penelitian ini dapat dikembangkan sebagai data dasar untuk penelitian selanjutnya terkait kolaborasi interprofesi dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Persepsi**

##### **2.1.1 Definisi Persepsi**

Pengalaman dari sebuah peristiwa, objek, atau hubungan yang didapat dengan menyimpulkan berbagai informasi dan menafsirkan pesan merupakan definisi dari persepsi.<sup>21</sup> Istilah persepsi biasanya digunakan oleh seseorang untuk mengungkapkan tentang pengalamannya terhadap sesuatu benda atau suatu kejadian yang dialami.<sup>22</sup> Menurut Sarwono, suatu tahapan dalam mengakumulasi informasi mengenai dunia yang dilakukan oleh panca indera seseorang disebut dengan persepsi.<sup>23</sup> Panca indera yang secara umum terdiri atas mata, hidung, telinga, lidah, dan kulit merupakan organ yang membantu menangkap persepsi dalam bentuk stimulus atau informasi dari dunia luar yang akan dikirimkan ke otak, sehingga dapat disimpulkan bahwa persepsi merupakan suatu proses pengumpulan, penyerapan, dan penerimaan informasi yang didapatkan oleh seseorang dengan menggunakan alat inderanya untuk diketahui, dipilah, diproses, dan diartikan.<sup>24</sup>

##### **2.1.2 Syarat Terjadinya Persepsi**

Ada empat komponen yang mendasari terbentuknya persepsi, yaitu:

1. Target atau objek yang dipersepsikan
2. Perhatian yang menjadi pondasi terciptanya persepsi
3. Alat indera sebagai reseptor penerima rangsangan
4. Saraf sensoris sebagai media perantara yang mengantarkan rangsangan ke otak.<sup>25</sup>

##### **2.1.3 Faktor yang Mempengaruhi Persepsi**

Berbagai macam faktor dapat memengaruhi persepsi seseorang. Menurut Walgito faktor yang dapat memengaruhi persepsi seseorang yaitu faktor internal dan eksternal. Faktor internal berhubungan dengan kemampuan individu yang bersumber dari dalam dirinya sendiri seperti fisiologis, perhatian, minat, kebutuhan yang searah, pengalaman dan ingatan serta suasana hati. Sementara itu, faktor eksternal berkaitan dengan stimulus atas objek yang dilihat seperti ukuran dan penempatan, warna, keunikan dan kontras, intensitas dan kekuatan, *motion* atau gerakan dari stimulus tersebut.<sup>26</sup>

Karakteristik yang dimiliki individu seperti sikap, motif, kepentingan, minat, pengalaman, pengetahuan, dan harapan akan memengaruhi interpretasi terhadap objek yang diamati oleh seseorang. Interpretasi yang muncul memicu seseorang lebih cenderung menggolongkan individu kepada hal yang serupa dan tidak serupa. Hal ini dipengaruhi oleh karakteristik individu yang dilihat baik gerakan, suara, postur, latar belakang, dan kedekatan. Inilah yang disebut dengan sasaran persepsi. Selain itu, persepsi juga dipengaruhi oleh situasi seperti waktu, lokasi, cahaya, panas, dan faktor situasional lainnya akan berakibat pada perhatian dan persepsi yang akan timbul.<sup>27</sup>

#### **2.1.4 Pola Pembentukan Persepsi**

Proses awal terbentuknya persepsi yaitu diterimanya stimulus dari berbagai sumber oleh panca indera seseorang. Stimulus tersebut dilanjutkan ke otak untuk diseleksi dan diinterpretasi. Stimulus harus diseleksi lagi karena stimulus tersebut didapatkan melalui berbagai sumber, kemudian diolah pada tahapan yang lebih lanjut. Setelah itu, stimulus dikelompokkan sesuai dengan stimulus yang telah diterima. Tahapan selanjutnya adalah individu menafsirkan stimulus yang diterima dengan berbagai cara. Jika stimulus yang diterima berhasil ditafsirkan maka persepsi dapat dikatakan telah terjadi.<sup>28</sup>

Adanya perubahan sikap, ekspresi wajah, dan gerak tubuh pada seseorang menunjukkan adanya umpan balik setelah proses interpretasi dilakukan oleh otak sehingga individu memiliki persepsi yang berbeda.<sup>25</sup>

## **2.2 Tenaga Kesehatan**

### **2.2.1 Definisi Tenaga Kesehatan**

Seseorang dengan latar belakang profesi kesehatan yang mengabdikan diri untuk meningkatkan kesadaran masyarakat agar dapat hidup sehat dan meningkatkan tingkat kesehatan masyarakat disebut sebagai tenaga kesehatan.<sup>29</sup>

### **2.2.2 Elemen Tenaga Kesehatan**

Tenaga kesehatan dan asisten tenaga kesehatan merupakan bagian dari tenaga kerja di bidang kesehatan. Tenaga kesehatan dikelompokkan menjadi beberapa kelompok diantaranya:

1. Tenaga medis seperti dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis
2. Tenaga keperawatan

3. Tenaga kebidanan
4. Tenaga kefarmasian seperti apoteker dan tenaga teknis kefarmasian
5. Tenaga psikologis klinis
6. Tenaga kesehatan masyarakat
7. Tenaga kesehatan lingkungan
8. Tenaga gizi seperti nutrisisionis dan dietisien
9. Tenaga keterampilan fisik
10. Tenaga keteknisan medis
11. Tenaga teknik biomedika yang terdiri atas radiografer, elektromedis, Ahli Teknologi Laboratorium Medik (ATLM), fisikawan medik, radioterapis, dan ortotik prostetik
12. Tenaga kesehatan tradisional
13. Tenaga kesehatan lain yang ditetapkan oleh menteri kesehatan.<sup>29</sup>

Profesi lain seperti asisten tenaga kesehatan yang terdiri dari asisten perawat, asisten tenaga kefarmasian, asisten dental, asisten teknisi laboratorium medik, dan asisten teknisi pelayanan darah dalam melakukan tugasnya harus didampingi oleh supervisi tenaga kesehatan.<sup>30</sup>

## **2.3 Kolaborasi Interprofesi**

### **2.3.1 Definisi Kolaborasi Interprofesi**

Beberapa tenaga kesehatan dari berbagai latar belakang profesi yang bekerja sama dengan pasien, keluarga, dan masyarakat untuk memberikan perawatan dengan kualitas terbaik disebut sebagai kolaborasi interprofesi.<sup>10</sup> Dalam pengertian lain, kolaborasi interprofesi adalah bentuk kerjasama antar profesi dalam tim kesehatan yang melibatkan pasien, dengan koordinasi serta kolaborasi untuk menentukan keputusan bersama terkait masalah kesehatan.<sup>31</sup>

### **2.3.2 Tujuan dan Manfaat Kolaborasi Interprofesi**

Kolaborasi interprofesi memiliki tujuan untuk memperkuat sistem kesehatan, meningkatkan hasil kesehatan, dan mengatasi tantangan yang dihadapi oleh sistem kesehatan secara global. Hal ini melibatkan para pembuat kebijakan, pendidik, tenaga kesehatan, dan pemimpin masyarakat yang bekerja sama untuk menanamkan implementasi kolaborasi interprofesi dalam pemberian layanan kesehatan. Banyak manfaat dari kolaborasi interprofesi diantaranya yaitu dapat menghasilkan layanan kesehatan yang optimal dengan menyesuaikan dengan

kebutuhan yang dilayani, meningkatkan akses ke layanan kesehatan, meningkatkan koordinasi, mengurangi kesalahan tindakan, mengurangi komplikasi, mengurangi lama rawat inap di rumah sakit, serta meningkatkan kepuasan dan keselamatan pasien.<sup>10</sup>

### 2.3.3 Kompetensi dan Prinsip Kolaborasi Interprofesi

Penerapan praktik kolaborasi interprofesi didasari oleh empat kompetensi inti, diantaranya:

1. Nilai atau etika, yaitu menghormati, menjaga etika, nilai-nilai kerjasama dan nilai kolaborasi harus dimiliki oleh setiap tenaga kesehatan dalam penerapan kolaborasi interprofesi.
2. Peran dan tanggung jawab. Menilai, memberikan dan menidaklanjuti kesehatan pasien sesuai dengan kepentingan perawatan secara cermat serta meningkatkan taraf kesehatan masyarakat menjadi tanggung jawab seorang tenaga kesehatan.
3. Komunikasi interprofesi. Kompetensi ini diperlukan dalam rangka mengajak dan memelihara kesehatan masyarakat serta melakukan pencegahan dan perawatan penyakit pada pasien. Komunikasi antar tenaga kesehatan dari beragam bidang kesehatan dapat memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien, keluarga, dan komunitas secara responsif dan bertanggung jawab.
4. Kerja sama tim. Seorang tenaga kesehatan diharapkan dapat mengimplementasikan nilai-nilai untuk menciptakan hubungan dan prinsip dinamika tim supaya dapat bekerja secara efektif pada praktik kolaborasi interprofesi. Kompetensi ini berperan dalam merencanakan, memberikan, serta mengevaluasi program dan kebijakan kesehatan untuk individu, masyarakat dengan perawatan kesehatan yang aman, tepat waktu, efisien, efektif dan adil.<sup>32</sup>

### 2.3.4 Hambatan Kolaborasi Interprofesi

Hambatan seringkali ditemukan dalam pelaksanaan kolaborasi interprofesi. Hambatan dalam kolaborasi interprofesi dapat dibagi dalam beberapa tingkatan, yaitu tingkat organisasi, tim, dan anggota tim.

1. Hambatan tingkat organisasi:

Hambatan dalam organisasi berkaitan dengan beberapa hal, diantaranya yaitu kurangnya pemahaman dan apresiasi terhadap peran dan tanggung jawab setiap profesi kesehatan, terbentuknya hierarki dalam kolaborasi, pemakaian waktu untuk pergantian struktur, dan pendanaan dan regulasi. Seringkali kurangnya pemahaman dan apresiasi terhadap peran dan tanggung jawab setiap profesi kesehatan terjadi dikarenakan anggota tim tidak paham mengenai peran dan tanggung jawab profesi lain dalam penanganan pasien. Terbentuknya hierarki dalam kolaborasi karena adanya profesi yang merasa memiliki posisi yang lebih tinggi dibandingkan dengan profesi lainnya sehingga mengurangi efektivitas kolaborasi. Pemakaian waktu untuk pergantian struktur juga menjadi hambatan karena membutuhkan orientasi kembali bagi anggota baru. Di sisi lain, pendanaan dan regulasi juga menjadi hambatan yang berarti. Terbatasnya sumber dana akan menurunkan kualitas pelayanan kesehatan karena dana adalah kebutuhan yang mendukung optimalisasi kolaborasi interprofesi.<sup>33,34</sup>

## 2. Hambatan tingkat tim:

Hambatan dalam tim berkaitan dengan beberapa hal, diantaranya yaitu kurangnya pemahaman terkait kolaborasi interprofesi, ukuran tim yang terlalu besar atau terlalu kecil, profesi yang tergabung dalam tim tidak sesuai dengan tujuan, dan kurangnya komitmen anggota tim dalam kolaborasi. Kurangnya pemahaman terkait kolaborasi interprofesi sering terjadi karena belum sepenuhnya edukasi mengenai kolaborasi tersebut dalam kurikulum pendidikan serta kurangnya sosialisasi dan pelatihan dalam berkolaborasi sehingga anggota tim belum memiliki gambaran yang jelas dalam mengimplementasikan kolaborasi interprofesi. Ukuran tim yang terlalu besar atau terlalu kecil dapat menyebabkan tumpang tindih peran dan tanggung jawab antar anggota sehingga anggota dapat merasa terbebani. Hal ini juga berkaitan dengan pemahaman anggota tim akan peran dan tanggung jawab terhadap setiap profesi kesehatan yang tergabung dalam tim kolaborasi. Profesi yang sesuai dibutuhkan dalam tim. Jika dalam suatu tim terdapat seseorang yang tidak ahli di bidang yang dibutuhkan dalam tim, maka dapat menghambat kinerja tim yang mengakibatkan penurunan kualitas pelayanan. Dalam tim kolaborasi, setiap anggota wajib memiliki komitmen yang kuat dalam berkolaborasi sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan. Jika anggota tim memiliki komitmen yang

kuat atau bahkan tidak memiliki komitmen sama sekali maka misi dan tujuan tim akan sulit tercapai.<sup>33,34</sup>

### 3. Hambatan tingkat anggota tim:

Hambatan tingkat anggota tim berkaitan dengan beberapa hal, diantaranya yaitu adanya individu yang memiliki beberapa peran atau jabatan, munculnya sikap berkompetisi, dan adanya rasa kurang percaya diri pada individu. Dalam tim kolaborasi interprofesi tidak jarang ada individu yang memiliki beberapa peran atau jabatan, hal ini dapat menyebabkan kurang maksimalnya peran individu tersebut dalam kolaborasi sehingga mengakibatkan efektivitas kolaborasi menurun. Di sisi lain, sikap kompetisi yang muncul juga dapat menghambat kerja sama tim, hal ini dikarenakan munculnya rasa kompetisi dalam peran yang sama, sebagai contoh antar sesama profesi dokter, sehingga peran lain yang harusnya terpenuhi menjadi terabaikan. Adapun munculnya rasa kurang percaya diri dalam berkolaborasi atau bekerja dalam tim sehingga menyebabkan miskomunikasi antar anggota. Hal ini dapat mengakibatkan kesalahan dalam pelayanan kesehatan.<sup>33,34</sup>

## 2.4 Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Kolaborasi Interprofesi

Persepsi merupakan suatu kegiatan yang diterjemahkan oleh panca indra melalui pengumpulan, penyerapan, dan penerimaan informasi untuk dikenali, dikelola, dan dipilah. Proses persepsi tidak hanya melibatkan penglihatan dan pendengaran dalam mendapatkan informasi, tetapi juga mengandalkan kemampuan individu dalam memahami informasi yang didapatkan dari lingkungan sekitar. Persepsi terhadap kolaborasi interprofesi merupakan segala asumsi yang dimiliki seseorang sehingga memengaruhi sikap dan perilaku orang tersebut terhadap kolaborasi interprofesi baik bersifat positif maupun negatif.

Beberapa instrumen yang telah dikembangkan untuk mengukur praktik dan kompetensi kolaboratif terdiri dari 1) *Collaborative Practice Assessment Tool* (CPAT) ; 2) *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale* (AITCS) ; 3) *Interdisciplinary Team Process and Performance Survey* (ITPPS) ; 4) *Perception of Interprofessional Collaboration Model Questionnaire* (PINCOM-Q) ; 5) *Interprofessional Education Collaboration* (IPEC) *Assessment Tool* ; 6) *Attitude Toward Health Care Teams Scale* (ATHCT) ; 7) *Teamwork Attitudes Questionnaire*

(T-TAC) *Manual*. Pemilihan instrumen yang digunakan dalam penelitian harus mempertimbangkan konteks penelitian dan validitas yang kuat.<sup>15</sup>

Kuesioner CPAT bertujuan untuk menilai tingkat kolaborasi dan mampu mengidentifikasi kekuatan serta kelemahan dalam praktik kolaborasi sehingga dapat memberikan kesempatan untuk intervensi pelatihan yang terfokus pada anggota tim. Kuesioner AITCS dapat mengukur kolaborasi dalam tim interprofesional dan keterlibatan pasien dalam praktik kolaborasi. Kuesioner ATHCT berfokus pada penilaian sikap anggota tim interprofesional sementara kuesioner PINCOM-Q menilai persepsi dan perilaku diantara professional kesehatan. Kuesioner ITPPS bertujuan guna menilai kinerja tim dalam asuhan keperawatan jangka panjang. Kuesioner IPEC menilai praktik kolaboratif mahasiswa dan kuesioner T-TAC untuk menilai sikap tim interprofesional.<sup>15</sup>

Instrumen yang telah dikembangkan dalam mengukur efektivitas implementasi dan kompetensi kolaboratif memiliki tujuan dan tingkat keakuratan yang berbeda-beda. Di antara sekian banyak instrumen, terdapat dua instrumen yang dapat digunakan sesuai dengan tujuan penelitian terkait penilaian persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi kolaborasi interprofesi, yaitu *Collaborative Practice Assessment Tool* (CPAT) dan *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale* (AITCS). Kuesioner CPAT dipilih dalam penelitian ini karena terdiri dari 56 item sementara AITCS memiliki 37 item sehingga CPAT dinilai lebih komprehensif. Kuesioner AITCS memiliki kekurangan dalam pengembangannya yaitu tidak ada uji coba dalam situasi perawatan penyakit kronis sedangkan kuesioner CPAT dapat digunakan dalam situasi apapun. Kuesioner CPAT juga telah diterjemahkan dalam beberapa bahasa sehingga lebih banyak digunakan serta divalidasi diberbagai negara.<sup>15-17</sup>

Yusra dkk. (2019) telah memvalidasi CPAT versi Bahasa Indonesia. Kuesioner CPAT terdiri dari 53 item dan 3 item pertanyaan terbuka dengan delapan komponen dan memiliki konsistensi internal yang sangat baik yaitu 0,67-0,89 sehingga tingkat redundansi bisa disingkirkan, serta memiliki nilai *Normed Fit Index* (NFI) dan *Comparative Fit Index* (CFI) > 0,90 maka hasilnya dapat menunjukkan bahwa instrumen sesuai untuk analisis *Confirmatory Factor Analysis* (CFA). Kuesioner CPAT telah diuji validitas dan reabilitasnya kepada 400

responden yang terdiri atas profesi dokter, perawat, bidan, apoteker, ahli gizi, fisioterapis, analis kesehatan, pakar kesehatan masyarakat, radiografer, dan profesional perawatan kesehatan lainnya yang dipilih menggunakan metode *cluster sampling*.<sup>15</sup>

Kuesioner CPAT memiliki 53 item pernyataan yang terdiri atas delapan komponen persepsi seperti yang dapat dilihat pada tabel 2.1 . Skor yang lebih tinggi akan menandakan tingkat kolaborasi yang lebih tinggi berdasarkan persepsi profesional kesehatan.<sup>15</sup> Kuesioner CPAT memiliki dua jenis pernyataan, yaitu pernyataan positif dan negatif. Komponen yang memiliki pernyataan positif ada 6, terdiri atas komponen hubungan antar anggota, hubungan tim dengan masyarakat, koordinasi dan pembagian peran, kepemimpinan, misi, tujuan, dan sasaran, serta keterlibatan pasien. Komponen hambatan tim dalam kolaborasi dan komponen pembuatan keputusan dan manajemen konflik termasuk dalam komponen yang memiliki pernyataan negatif. Perbedaan antara komponen dengan pernyataan positif dan negatif terdapat pada penilaiannya. Pernyataan positif memiliki skor 5 untuk pilihan sangat setuju (SS) sebaliknya pada pernyataan negatif memiliki skor 1 untuk pilihan sangat tidak setuju (STS) dan seterusnya.

**Tabel 2.1** Komponen CPAT

Komponen Persepsi	Item	Nilai alpha
Hubungan antar anggota tim	9	0,906
Hambatan tim dalam kolaborasi	5	0,614
Hubungan tim dengan masyarakat	4	0,918
Koordinasi dan pembagian peran	14	0,927
Pembuatan keputusan dan manajemen konflik	2	0,700
Kepemimpinan	5	0,773
Misi, tujuan, dan sasaran	9	0,875
Keterlibatan pasien	5	0,772

Kuesioner CPAT menggunakan enam tingkatan skala Likert, diantaranya:

0. NA (Not applicable/tidak sesuai dengan kondisi Anda)
1. STS (Sangat Tidak Setuju)
2. TS (Tidak Setuju)
3. R (Ragu-ragu)
4. S (Setuju)
5. SS (Sangat Setuju)<sup>15</sup>

## 2.5 Diabetes Melitus

### 2.5.1 Definisi Diabetes Melitus

Gangguan metabolik kronis yang ditandai dengan tingginya kadar gula darah yang melebihi batas normal disebut sebagai penyakit DM.<sup>35</sup> Diabetes melitus terbagi atas 2 tipe. Diabetes melitus tipe 1 adalah DM yang terjadi karena adanya kerusakan sel beta pankreas sehingga tidak terjadi pembentukan insulin dalam tubuh, sedangkan DM tipe 2 adalah diabetes yang terjadi akibat insulin tidak dapat digunakan oleh tubuh secara efektif.<sup>2,35</sup>

### 2.5.2 Epidemiologi Diabetes Melitus

Diabetes melitus merupakan salah satu penyakit kronis, penyakit ini terjadi karena pankreas berhenti menghasilkan insulin yang dibutuhkan oleh tubuh atau karena insulin yang dihasilkan tidak dapat digunakan oleh tubuh secara efektif.<sup>2</sup> Prevalensi penderita DM tahun 2021 pada rentang usia 20 sampai 79 tahun mencapai angka 537 juta orang di dunia. *International Diabetes Federation* (IDF) memprediksi angka penderita DM pada tahun 2030 akan mencapai 643 juta dan 783 juta pada tahun 2045. Jumlah penderita DM akan meningkat sebanyak 46%, walaupun populasi dunia diperkirakan akan tumbuh hingga 20% pada periode ini. Asia adalah salah satu benua yang memiliki tingkat penderita DM tertinggi kedua setelah Australia, yaitu 90 juta orang. Indonesia, dari sekian banyak negara di Asia, menempati urutan ke-5 dengan penderita DM terbanyak, sekitar 19,5 juta jiwa.<sup>3,4</sup> Berdasarkan laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Sumatera Barat, sebesar 1,15% prevalensi DM dari seluruh penduduk, terkhusus Padang memiliki prevalensi sebesar 1,79% dari jumlah penduduk.<sup>5</sup>

### 2.5.3 Klasifikasi Diabetes Melitus

Klasifikasi DM terbagi atas 4, yaitu :

1. Diabetes tipe 1 atau *Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (IDDM)

Destruksi sel beta pankreas yang disebabkan oleh autoimun merupakan pengertian dari diabetes melitus tipe 1. Faktor genetik yang dipicu oleh faktor lingkungan sebagai penyebab terjadinya proses autoimun sehingga terjadi destruksi sel beta pankreas. Manifestasi klinis muncul pertama adalah ketoasidosis.

2. Diabetes tipe 2 atau *Insulin Non-Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM)

Insulin tidak membawa glukosa masuk dalam jaringan akibat resistensi insulin yang merupakan penurunan kemampuan insulin untuk menginduksi pengambilan oksigen oleh jaringan perifer dan menghambat produksi glukosa oleh hati. Sel beta pancreas akan mengalami desensitisasi terhadap adanya glukosa.

3. Diabetes melitus gestasional

Diabetes tipe ini terjadi selama masa kehamilan, biasanya pada trimester kedua dan ketiga. Diabetes tipe ini memiliki hubungan dengan meningkatnya komplikasi perinatal, penderita memiliki risiko lebih besar untuk menderita diabetes mellitus yang menetap setelah melahirkan dalam jangka waktu 5-10 tahun setelah melahirkan.

4. Diabetes tipe lain

Efek genetik kerja insulin, efek genetik fungsi sel beta, penyakit eksorkin pankreas, iatrogenik, infeksi virus, penyakit autoimun, dan kelainan genetik lainnya adalah etiologi dari diabetes ini.<sup>36</sup>

#### **2.5.4 Praktik Kolaborasi Interprofesi Terkini dalam Penanganan Pasien Diabetes Melitus**

Perawatan pasien diabetes merupakan perawatan yang kompleks. Untuk mencapai perawatan yang optimal, diperlukan pendekatan kolaboratif yang meliputi banyak tenaga kesehatan. Implementasi kolaborasi interprofesi dalam bentuk tim adalah sekelompok individu yang terdiri dari berbagai disiplin ilmu kesehatan yang bergerak secara kolaboratif dan terintegrasi. Diagnosis dan manajemen ulkus diabetikum lebih optimal dengan tim perawatan kolaborasi interprofesi dibandingkan perawatan umum konvensional. Hal ini dibuktikan dengan penurunan komplikasi yang menyertainya seperti amputasi. Tim perawatan kolaborasi interprofesi akan menghemat biaya, meningkatkan perawatan pasien, memperpendek masa rawat inap pasien, dan meminimalisir kesalahan medis.<sup>37</sup>

## **2.6 Rumah Sakit Pendidikan Universitas Andalas**

### **2.6.1 Definisi Rumah Sakit**

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 tahun 2009 pasal 1 ayat 1 menyebutkan bahwa definisi rumah sakit adalah badan pelayanan kesehatan yang menyediakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang meliputi pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan secara paripurna sebagaimana dimaksud dalam pasal 1 ayat 1 dijelaskan pada pasal 1 ayat 3 bahwa pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan dengan 4 tahap, yaitu promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.<sup>38</sup>

Pelayanan kesehatan promotif merupakan upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan implementasi melalui program imunisasi, peningkatan gizi masyarakat, skrining dan pemeriksaan antenatal, serta posyandu. Pada pelayanan kesehatan preventif terfokus pada program pencegahan terjadinya masalah kesehatan atau menghentikan penyakit dan mencegah komplikasi akibat suatu penyakit.<sup>39</sup> Dalam hal pelayanan yang bertujuan untuk proses penyembuhan, pengendalian akibat penyakit, pengurangan penderitaan, dan pengendalian kecacatan agar kualitas hidup pasien dapat terjaga dalam kondisi seoptimal mungkin disebut dengan pelayanan kesehatan kuratif. Sementara itu, dalam hal mengurangi disabilitas dan mengoptimalkan fungsi pada pasien dalam interaksi dengan lingkungannya sebagai anggota masyarakat yang berguna baik untuk dirinya dan masyarakat sesuai kemampuannya. Pelayanan rehabilitatif dapat berupa terapi wicara atau fisioterapi.<sup>40</sup>

### **2.6.2 Klasifikasi Rumah Sakit**

Indonesia membagi kategori rumah sakit berdasarkan jenis penyelenggara pelayanannya yang terbagi atas 2, yaitu Rumah Sakit Umum (RSU) dan Rumah Sakit Khusus (RSK). Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.3 tahun 2020 pasal 7, rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada seluruh bidang dan jenis penyakit. Sedangkan rumah sakit khusus dijelaskan pada pasal 12 bahwa rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.

Selanjutnya, pada pasal 16 sampai pasal 19 menjelaskan mengenai klasifikasi rumah sakit umum dan khusus yang berdasar pada jumlah tempat tidur minimal yang harus dimiliki rumah sakit yaitu:

1. Rumah sakit umum diklasifikasikan menjadi:
  - a. Rumah sakit umum kelas A memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 250 buah.
  - b. Rumah sakit umum kelas B memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 200 buah.
  - c. Rumah sakit umum kelas C memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 100 buah.
  - d. Rumah sakit umum kelas D memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 50 buah.
2. Rumah sakit khusus
  - a. Rumah sakit khusus kelas A memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 100 buah.
  - b. Rumah sakit khusus kelas B memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 75 buah.
  - c. Rumah sakit khusus kelas C memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 25 buah.<sup>41</sup>

### 2.6.3 Fungsi Rumah Sakit

Rumah sakit memiliki berbagai macam fungsi sebagaimana dijelaskan dalam Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 tahun 2009 pasal 5, diantaranya:

1. Penyelenggara pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan berdasarkan standar pelayanan rumah sakit.
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan individu melalui pelayanan kesehatan paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
3. Penyelenggara pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan dalam pemberian pelayanan.
4. Penyelenggara penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan mutu pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.<sup>38</sup>

#### 2.6.4 Rumah Sakit Pendidikan

Rumah sakit pendidikan memiliki tiga peranan yaitu sebagai sarana pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan terpadu yang tergabung didalamnya berbagai profesi kesehatan. Tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit pendidikan, selain memberikan pelayanan kesehatan juga diharapkan dapat menjadi *role model* bagi mahasiswa profesi kesehatan di rumah sakit tersebut dalam mengimplementasikan kolaborasi interprofesi.<sup>14</sup> Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia No. 17 Tahun 2023 pada pasal 187 ayat 3 dijelaskan bahwa rumah sakit pendidikan berafiliasi dengan perguruan tinggi sebagai penunjang program akademik, program vokasi, dan program profesi, termasuk program spesialis atau subspecialis.<sup>40</sup> Peran dari rumah sakit pendidikan adalah menjadi bagian dalam penerapan sistem kesehatan akademis yang terintegrasi untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan melalui pendidikan dan riset di bidang kesehatan.<sup>42</sup>

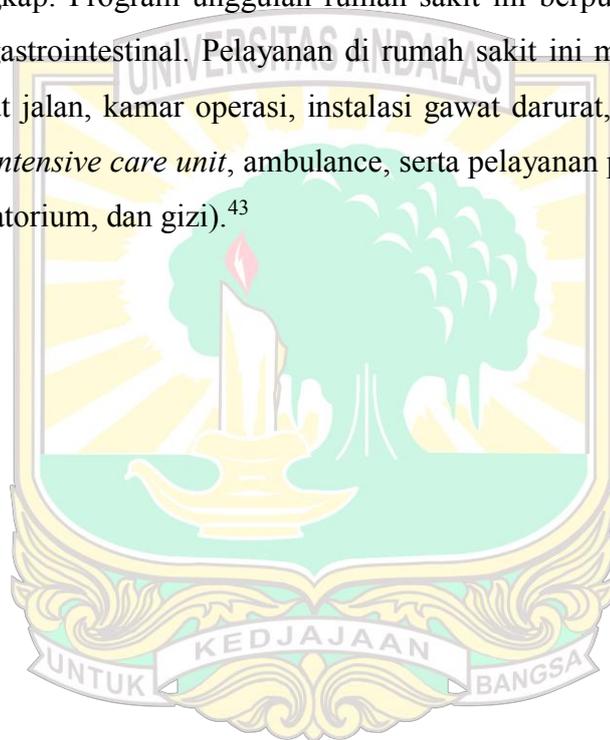
Rumah sakit pendidikan memiliki kewajiban untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan terpadu dengan mengutamakan tata kelola klinis yang baik, pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran, kedokteran gigi, dan kesehatan lain yang didasarkan pada bukti-bukti dengan memperhatikan etika profesi dan hokum kesehatan. Pelayanan kesehatan terintegrasi yang dimaksud meliputi pelayanan yang dilakukan secara kolaborasi interprofesi sesuai kebutuhan pasien dengan melibatkan mahasiswa. Selain itu, pelayanan kesehatan terintegrasi juga dapat mengintegrasikan fungsi pelayanan dengan fungsi pendidikan serta fungsi penelitian.<sup>42</sup>

#### 2.6.5 Rumah Sakit Pendidikan Universitas Andalas

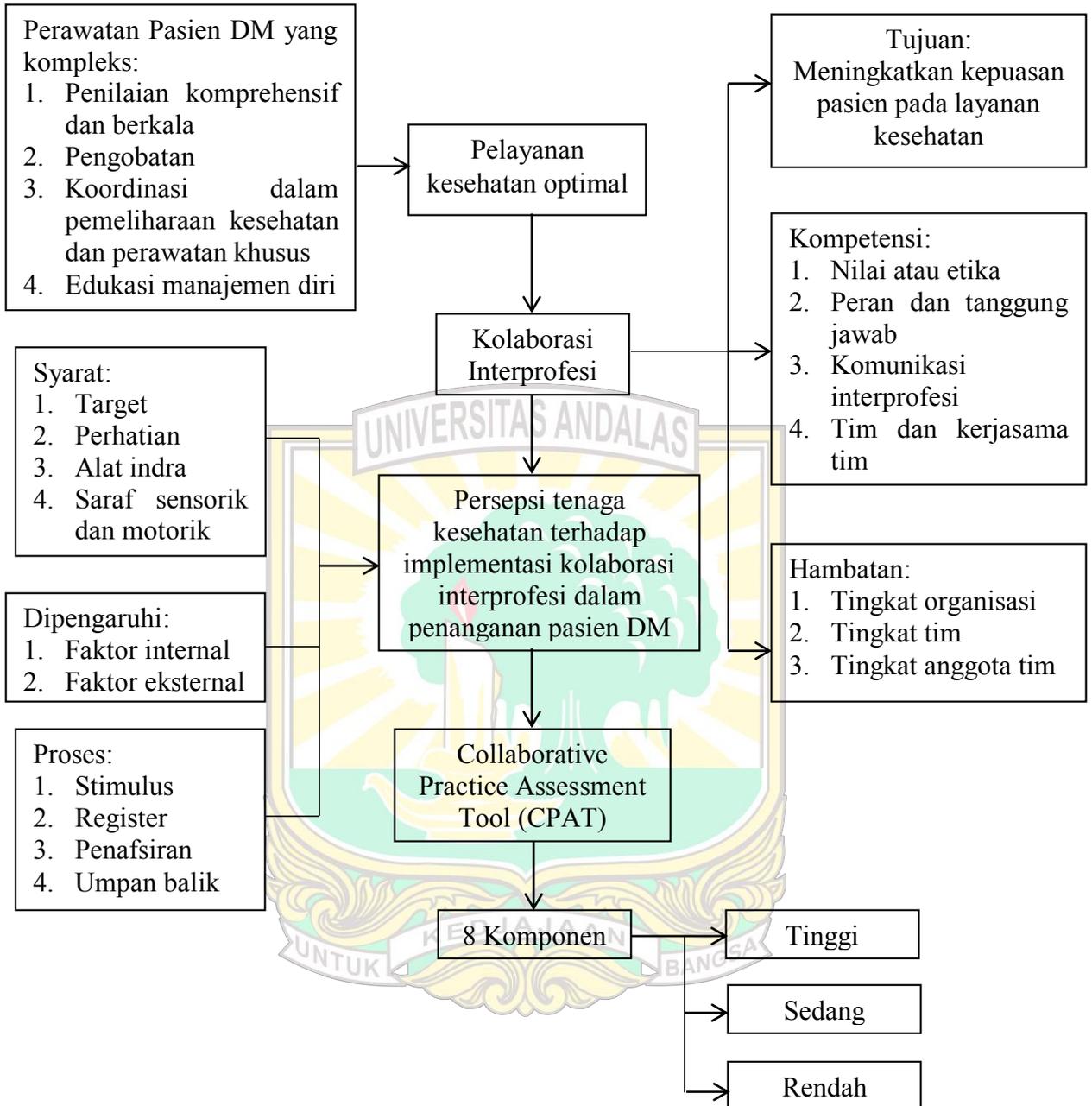
Oleh kebijakan Dirjen Dikti, mendukung pembangunan fakultas kedokteran di Universitas Andalas bertempat di Limau Manis yang dilakukan secara bertahap. Pendekatan *University Hospital* diperlukan untuk menunjang pengembangan kampus yang efektif dan efisien. Hal ini didukung dengan Undang-Undang Republik Indonesia No.17 Tahun 2023 mengamankan perguruan tinggi agar memiliki rumah sakit pendidikan atau rumah sakit yang bekerja sama dengan rumah sakit pendidikan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.31 Tahun 2022.<sup>40,42</sup>

Rumah sakit ini telah direncanakan mulai sejak tahun 2006, hal ini berkaitan dengan terbatasnya fasilitas pendidikan di rumah sakit pendidikan utama di Rumah Sakit M. Djamil dan adanya kebijakan untuk pendirian rumah sakit perguruan tinggi. Berbagai proses dan tahapan telah dilalui sampai tepat pada tanggal 29 Maret 2014 dilakukan peletakan batu pertama di rumah sakit oleh Wakil Menteri Pendidikan Nasional, Prof. Dr. Ir. Musliar Kasim, MS. yang juga mantan Rektor Universitas Andalas.<sup>43</sup>

Berdasarkan peraturan perundang undangan yang berlaku, rumah sakit ini dibangun dengan 200 tempat tidur serta difasilitasi dengan sarana dan prasarana yang cukup lengkap. Program unggulan rumah sakit ini berpusat pada penyakit keganasan dan gastrointestinal. Pelayanan di rumah sakit ini meliputi pelayanan rawat inap, rawat jalan, kamar operasi, instalasi gawat darurat, instalasi farmasi, pasien rujukan, *intensive care unit*, ambulance, serta pelayanan penunjang lainnya (radiologi, laboratorium, dan gizi).<sup>43</sup>



## 2.7 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori<sup>9,25-28,33,34,44-47</sup>

## BAB 3

### METODE PENELITIAN

#### 3.1 Jenis Rancangan Penelitian yang Digunakan

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian *cross sectional*. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran tingkat persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi kolaborasi interprofesi dalam penanganan pasien DM di RS UNAND.

#### 3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RS UNAND, Padang. Waktu penelitian berlangsung dari Februari 2024 – Juli 2024.

#### 3.3 Populasi dan Sampel

##### 3.3.1 Populasi

Populasi target pada penelitian ini adalah tenaga kesehatan yang menangani penyakit DM di RS UNAND, yaitu sebanyak 100 orang yang terdiri dari 13 orang dokter spesialis, tiga orang dokter residen, 18 orang dokter umum, 28 orang perawat, lima orang apoteker, lima orang tenaga teknis kefarmasian (TTK), empat orang ahli gizi, 12 orang pelaksana gizi dan 12 orang ahli teknologi laboratorium medik (ATLM).

##### 3.3.2 Sampel

###### 3.3.2.1 Besar Sampel

Sampel adalah sekelompok responden penelitian yang dianggap mewakili populasi yang diperoleh dari kriteria tertentu.<sup>46</sup> Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh populasi yang memenuhi kriteria inklusi.

###### 3.3.2.2 Teknik Pengambilan Sampel

Pada penelitian ini, teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *total sampling* dikarenakan sampel diambil dari seluruh populasi yang terlibat dalam penanganan pasien DM dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Peneliti menggunakan total sampling sebagai teknik pengambilan sampel dikarenakan jumlah populasi 100 orang.

1. Kriteria Inklusi
  - a. Tenaga kesehatan yang menangani penyakit DM di RS UNAND
  - b. Bersedia menjadi subjek penelitian dengan menandatangani lembar persetujuan ikut serta yang telah disediakan
2. Kriteria Eksklusi
  - a. Tenaga kesehatan yang mengambil cuti/sakit/tidak pada periode penelitian
  - b. Tidak mengisi kuesioner dengan lengkap

### **3.4 Variabel Penelitian Meliputi Klasifikasi Variabel dan Definisi Operasional**

#### **3.4.1 Variabel Penelitian**

Variabel pada penelitian ini adalah gambaran persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi kolaborasi interprofesi dalam penanganan pasien DM.

#### **3.4.2 Definisi Operasional**

##### **3.4.2.1 Tenaga Kesehatan**

Definisi : Seseorang yang memiliki latar belakang profesi kesehatan yang mengabdikan diri untuk meningkatkan kesadaran masyarakat agar dapat hidup sehat dan meningkatkan tingkat kesehatan masyarakat yang terdaftar bekerja di RS UNAND.<sup>29</sup>

Alat Ukur : Lembar persetujuan responden

Cara Ukur : Dilihat dari lembar persetujuan responden

Skala Ukur : Nominal

Hasil Ukur : 1. Dokter spesialis  
2. Dokter residen  
3. Dokter umum  
4. Perawat  
5. Apoteker  
6. TTK  
7. Ahli gizi  
8. Pelaksana gizi  
9. ATLM

### 3.4.2.2 Persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi kolaborasi interprofesi

Definisi : Segala asumsi dari individu sehingga mempengaruhi sikap dan perilaku individu tersebut terhadap kolaborasi interprofesi baik bersifat positif maupun negatif.<sup>15</sup>

Alat Ukur : Kuesioner CPAT

Cara Ukur : Komponen kuesioner CPAT

1. Hubungan antar anggota tim
2. Hambatan kolaborasi tim
3. Hubungan tim dengan komunitas
4. Koordinasi tim dan organisasi
5. Pengambilan keputusan dan manajemen konflik
6. Kepemimpinan
7. Misi, tujuan, dan sasaran
8. Keterlibatan pasien, tanggung jawab, dan otonomi

Skala Ukur : Kategorik

Hasil Ukur : Total skor tiap komponen kuesioner CPAT

1. Tinggi:  $177 \leq X$
2. Sedang:  $88 \leq X < 177$
3. Rendah:  $X < 88$

### 3.4.2.3 Usia

Definisi : Usia responden yang tercantum dalam kuesioner.

Alat Ukur : Lembar persetujuan responden

Cara Ukur : Dilihat dari lembar persetujuan responden

Skala Ukur : Ordinal

Hasil Ukur : Kriteria usia menurut WHO<sup>47</sup>

1. 20 – 29 tahun
2. 30 – 39 tahun
3. 40 – 49 tahun
4. 50 – 59 tahun

#### 3.4.2.4 Jenis Kelamin

- Definisi : Identitas gender yang tercantum dalam kuesioner.
- Alat Ukur : Lembar persetujuan responden
- Cara Ukur : Dilihat dari lembar persetujuan responden
- Skala Ukur : Nominal
- Hasil Ukur : 1. Laki-laki  
2. Perempuan

#### 3.4.2.5 Lama Kerja

- Definisi : Lamanya masa kerja yang dihitung mulai dari masuk kerja sampai saat penelitian dilakukan.
- Alat Ukur : Lembar persetujuan responden
- Cara Ukur : Dilihat dari lembar persetujuan responden
- Skala Ukur : Ordinal
- Hasil Ukur : Klasifikasi lama kerja menurut Handoko.<sup>48</sup>  
1.  $\leq 3$   
2.  $> 3$

### 3.5 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian ini menggunakan kuesioner yang diisi oleh responden sesuai dengan pernyataan yang ada untuk mengetahui gambaran persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi kolaborasi interprofesi dalam penanganan pasien DM di RS UNAND.

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan kuesioner *Collaborative Practice Assessment Tool* (CPAT) dari Schroder dkk. yang diterjemahkan dalam Bahasa Indonesia oleh Yusra dkk. (2019). Kuesioner CPAT terdiri dari enam skala Likert yang memiliki rincian 0 untuk *not applicable* (NA) / tidak sesuai dengan kondisi, satu untuk sangat tidak setuju (STS), dua untuk tidak setuju (TS), tiga untuk ragu-ragu (R), empat untuk setuju (S), dan lima untuk sangat setuju (SS). Kuesioner yang terdiri dari 53 item tersebut telah divalidasi dengan nilai koefisien korelasi 0,539 hingga 0,890, sedangkan nilai reabilitasnya dengan menggunakan rumus Cronbach Alpha didapatkan sebesar 0,916.<sup>15</sup>

Gambaran tingkat persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi kolaborasi interprofesi dalam penanganan pasien DM di RS UNAND dikelompokkan menjadi tinggi, sedang, dan rendah.

**Tabel 3.1** Kategori Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi dalam Penanganan Pasien DM di RS UNAND

Kategori	Rumus	Skor
Tinggi	$(\mu+1,0\sigma) \leq X$	$177 \leq X$
Sedang	$(\mu-1,0\sigma) \leq X < (\mu+1,0\sigma)$	$88 \leq X < 177$
Rendah	$X < (\mu-1,0\sigma)$	$X < 88$

Keterangan:

X = Jumlah skor jawaban responden

$$\mu = \frac{1}{2} (X \text{ maks} + X \text{ min}) \times \text{total item pertanyaan}$$

$$\sigma = \frac{1}{6} (I \text{ maks} + I \text{ min})$$

X maks = Skor tertinggi pada satu item pertanyaan (5)

X min = Skor terendah pada satu item pertanyaan (0)

I maks = Jumlah total skor tertinggi (265)

I min = Jumlah total skor terendah (0)

Pengelompokkannya sebagai berikut :

1. Kategori tinggi :

$$(\mu+1,0\sigma) \leq X$$

$$\frac{1}{2} (5+0) \times 53 + 1,0 \frac{1}{6} (265-0) \leq X$$

$$176 \leq X$$

2. Kategori sedang

$$(\mu-1,0\sigma) \leq X < (\mu+1,0\sigma)$$

$$\frac{1}{2} (5+0) \times 53 - 1,0 \frac{1}{6} (265-0) \leq X < \frac{1}{2} (5+0) \times 53 + 1,0 \frac{1}{6} (265-0)$$

$$88 \leq X < 176$$

### 3. Kategori rendah

$$X < (\mu - 1,0\sigma)$$

$$X < \frac{1}{2}(5+0) \times 53 - 1,0 \frac{1}{6}(265-0)$$

$$X < 88$$

Persepsi mengenai kolaborasi interprofesi dalam pelayanan kesehatan memiliki 8 komponen yang dapat dikelompokkan menggunakan rumus yang sama. Pengelompokkan komponen persepsi didapatkan sebagai berikut :

**Tabel 3.2** Pengelompokkan Komponen Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi dalam Penanganan Pasien Diabetes Melitus di RS UNAND

Komponen Persepsi	Kategori Tinggi	Kategori Sedang	Kategori Rendah
Hubungan antar Anggota	$30 \leq X$	$15 \leq X < 30$	$X < 15$
Hambatan Tim dalam Kolaborasi	$17 \leq X$	$8 \leq X < 17$	$X < 8$
Hubungan Tim dengan Masyarakat	$13 \leq X$	$7 \leq X < 13$	$X < 7$
Koordinasi dan Pembagian Peran	$47 \leq X$	$23 \leq X < 47$	$X < 23$
Pembuatan Keputusan dan Manajemen Konflik	$7 \leq X$	$3 \leq X < 7$	$X < 3$
Kepemimpinan	$17 \leq X$	$8 \leq X < 17$	$X < 8$
Misi, Tujuan, Sasaran	$30 \leq X$	$15 \leq X < 30$	$X < 15$
Keterlibatan Pasien	$17 \leq X$	$8 \leq X < 17$	$X < 8$

### 3.6 Prosedur Pengumpulan Data

Data penelitian yang dikumpulkan yaitu data primer yang diperoleh langsung oleh peneliti melalui kuesioner.

### 3.7 Cara Pengolahan Data dan Analisis Data

#### 3.7.1 Pengolahan data

Pengolahan data dilakukan secara komputerisasi. alur pengolahan data meliputi:

1. *Editing*

*Editing* adalah proses mendeteksi data yang tidak sesuai kriteria pada data yang telah dikumpulkan. Data tersebut berasal dari kuesioner yang telah diisi oleh responden, lalu diperiksa menyeluruh untuk memastikan kelengkapannya.

2. *Coding*

*Coding* adalah proses pemberian kode pada setiap data yang telah diedit dan lengkap berupa huruf atau angka untuk memudahkan proses selanjutnya.

3. *Entry*

*Entry* adalah proses memasukkan data yang telah di *coding* ke program pengolahan data.

4. *Cleaning*

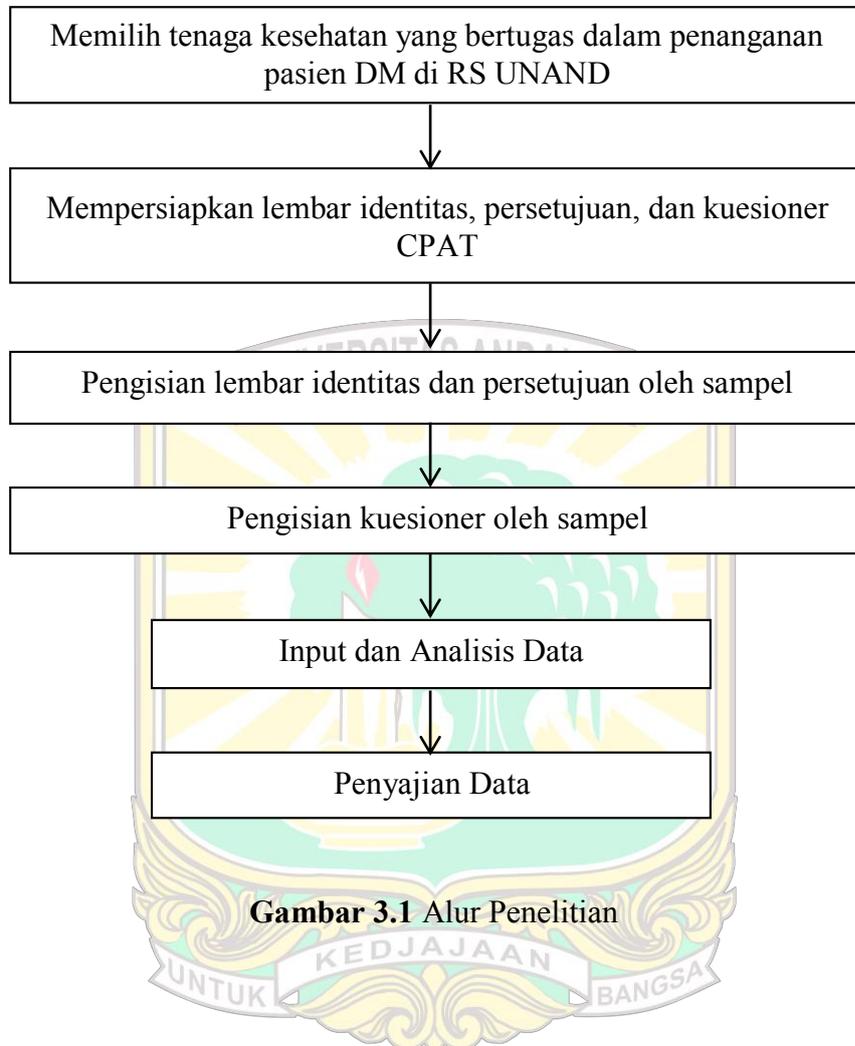
*Cleaning* adalah proses pengecekan ulang data yang telah dimasukkan dengan membersihkan dari kesalahan agar data dapat diolah dan dianalisis.

#### 3.7.2 Analisis Data

Analisis data penelitian ini menggunakan analisis univariat yang bertujuan untuk melihat distribusi frekuensi tiap variabel. Analisis univariat yang dimaksud dalam penelitian ini meliputi :

1. Karakteristik tenaga kesehatan berdasarkan usia, jenis kelamin, profesi, dan lama kerja.
2. Tingkat persepsi tenaga kesehatan tentang kolaborasi interprofesi pada penanganan pasien DM.
3. Komponen persepsi tentang kolaborasi interprofesi dari tenaga kesehatan pada penanganan pasien DM.

### 3.8 Alur Penelitian



**Gambar 3.1** Alur Penelitian

**BAB 4**  
**HASIL PENELITIAN**

**4.1 Karakteristik Responden Penelitian**

Tenaga kesehatan yang terlibat dalam penanganan pasien DM di RS UNAND merupakan responden dari penelitian ini. Responden terdiri dari dokter spesialis, dokter residen, dokter umum, perawat, apoteker, tenaga teknis kefarmasian, ahli gizi, dan ATLM. Jumlah kuesioner yang disebar seluruhnya berjumlah 100 kuesioner dan yang kembali serta memenuhi kriteria inklusi maupun eksklusi berjumlah 72 kuesioner.

**Tabel 4 1** Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Penelitian

<b>Karakteristik Responden</b>	<b>f (72)</b>	<b>%</b>
<b>Jenis Kelamin</b>		
Perempuan	50	69,4
Laki-laki	22	30,6
Total	72	100
<b>Usia</b>		
20 – 29 tahun	42	58,3
30 – 39 tahun	23	31,9
40 – 49 tahun	4	5,6
50 – 59 tahun	3	4,2
Total	72	100
<b>Profesi</b>		
Dokter Spesialis	10	13,9
Dokter Residen	3	4,2
Dokter Umum	16	22,2
Perawat	16	22,2
Apoteker	5	6,9
TTK	4	5,6
Ahli Gizi	4	5,6
Pelaksana Gizi	11	15,3
ATLM	3	4,2
Total	72	100
<b>Lama Kerja</b>		
≤ 3 tahun	39	54,2
> 3 tahun	33	45,8
Total	72	100

Berdasarkan tabel 4.1, didapatkan bahwa responden perempuan (69,4%) lebih banyak daripada responden laki-laki (30,6%). Karakteristik responden berdasarkan usia terbanyak pada rentang usia 20 – 29 tahun (58,3%) dan paling sedikit pada rentang usia 50 – 59 tahun (4,2%). Profesi dokter umum dan perawat merupakan responden terbanyak dari penelitian ini. Berdasarkan lama kerja mayoritas responden bekerja selama kurang dari sama dengan tiga tahun (54,2%).

#### **4.2 Gambaran Tingkat Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi Secara Umum dalam penanganan pasien DM.**

Tingkat persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi kolaborasi interprofesi secara umum diukur menggunakan kuesioner CPAT yang terdiri dari 53 item. Tingkat persepsi akan dikelompokkan menjadi tiga kategori, yaitu tinggi, sedang, dan rendah. Sesuai dengan data yang dikumpulkan didapatkan gambaran tingkat persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi kolaborasi interprofesi secara umum dalam penanganan pasien DM digambarkan pada tabel 4.2 berikut.

**Tabel 4.2** Persentase Tingkat Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi Secara Umum dalam Penanganan Pasien DM

<b>Tingkat Persepsi</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Tinggi	72	100
Sedang	0	0
Rendah	0	0
Total	72	100

Menurut tabel 4.2 digambarkan bahwa jawaban dari seluruh responden memiliki tingkat persepsi tinggi (100%).

#### **4.3 Gambaran Tingkat Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi berdasarkan Profesi dalam Penanganan pasien DM.**

Berdasarkan tabel 4.3 disajikan hasil bahwa tingkat persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi kolaborasi interprofesi berdasarkan profesi dalam penanganan pasien DM didapatkan seluruh profesi memiliki tingkat persepsi tinggi (100%).

**Tabel 4.3** Persentase Tingkat Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi Berdasarkan Profesi dalam Penanganan Pasien DM

Profesi	Tingkat Persepsi							
	Tinggi		Sedang		Rendah		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Dokter Spesialis	10	100	0	0	0	0	10	100
Dokter Residen	3	100	0	0	0	0	3	100
Dokter Umum	16	100	0	0	0	0	16	100
Perawat	16	100	0	0	0	0	16	100
Apoteker	5	100	0	0	0	0	5	100
TTK	4	100	0	0	0	0	4	100
Ahli Gizi	4	100	0	0	0	0	4	100
Pelaksana Gizi	11	100	0	0	0	0	11	100
ATLM	3	100	0	0	0	0	3	100

**4.4 Gambaran Tingkat Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi berdasarkan Komponen Persepsi dalam Penanganan pasien DM.**

**Tabel 4.4** Persentase Tingkat Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi Berdasarkan Komponen Persepsi dalam Penanganan Pasien DM

Komponen Persepsi	Tinggi		Sedang		Rendah		Mean (Min-Max)
	f	%	f	%	f	%	
Hubungan antar Anggota	72	100	0	0	0	0	38,72(34-45)
<b>Hambatan Tim dalam Kolaborasi</b>	<b>64</b>	<b>88,9</b>	8	11,1	0	0	<b>19,25(11-25)</b>
Hubungan Tim dengan Masyarakat	60	83,3	10	13,9	2	2,8	14,40(0-20)
Koordinasi dan Pembagian Peran	72	100	0	0	0	0	56,28(48-70)
<b>Pembuatan Keputusan dan Manajemen Konflik</b>	3	4,2	<b>61</b>	<b>84,7</b>	<b>8</b>	<b>11,1</b>	<b>4,33(2-10)</b>
Kepemimpinan	66	91,7	6	8,3	0	0	19,69(14-25)
Misi, Tujuan, dan Sasaran	72	100	0	0	0	0	36,85(32-45)
Keterlibatan Pasien	68	94,4	4	5,6	0	0	19,92(16-24)

Komponen persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi kolaborasi interprofesi dalam penanganan pasien DM yang dinilai dalam kuesioner CPAT

terdiri atas 8 komponen yaitu komponen hubungan antar anggota, hambatan tim dalam kolaborasi, hubungan tim dengan masyarakat, koordinasi dan pembagian peran, pembuatan keputusan dan manajemen konflik, kepemimpinan, misi, tujuan, dan sasaran, serta keterlibatan pasien. Setiap komponen ini akan dinilai dan dikategorikan menjadi tinggi, sedang, dan rendah.

Berdasarkan tabel 4.4 di atas disajikan hasil tingkat persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi kolaborasi interprofesi berdasarkan komponen persepsi dalam penanganan pasien DM didapatkan pada komponen hubungan antar anggota seluruh responden memiliki tingkat persepsi tinggi (100%) dengan nilai mean netral. Pada komponen hambatan tim dalam kolaborasi didapatkan sebagian besar responden (88,9%) memiliki tingkat persepsi tinggi, sementara 11,1% responden memiliki tingkat persepsi sedang dengan nilai mean mendekati nilai maksimum. Pada komponen hubungan tim dengan masyarakat sebanyak 83,3% responden memiliki tingkat persepsi tinggi, sementara 13,9% responden memiliki tingkat persepsi sedang, dan 2,8% responden memiliki tingkat persepsi rendah dengan nilai mean netral. Pada komponen koordinasi dan pembagian peran didapatkan seluruh responden memiliki tingkat persepsi tinggi (100%) dengan nilai mean netral.

Pada komponen pembuatan keputusan dan manajemen konflik sebagian besar responden memiliki tingkat persepsi sedang (84,7%), sementara 11,1% memiliki tingkat persepsi rendah, dan 4,2% responden memiliki tingkat persepsi tinggi dengan nilai mean mendekati nilai maksimum. Pada komponen kepemimpinan sebagian besar responden memiliki tingkat persepsi tinggi (91,7%), sementara 8,3% responden memiliki tingkat persepsi sedang dengan nilai mean netral. Pada komponen misi, tujuan, dan sasaran seluruh responden memiliki tingkat persepsi tinggi (100%) dengan nilai mean netral. Pada komponen keterlibatan pasien sebagian besar responden memiliki tingkat persepsi tinggi (94,4%), sementara 5,6% responden memiliki tingkat persepsi sedang dengan nilai mean netral.

#### **4.5 Rerata Tingkat Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi berdasarkan Komponen Persepsi pada Setiap Profesi dalam Penanganan pasien DM.**

**Tabel 4.5** Persentase Tingkat Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi Berdasarkan Komponen Persepsi pada Setiap Profesi dalam Penanganan Pasien DM

Komponen Persepsi		Hubungan Antar Anggota	Hambatan Tim dalam Kolaborasi	Hubungan Tim dengan Masyarakat	Koordinasi & Pembagian Peran	Pembuatan Keputusan & Manajemen Konflik	Kepemimpinan	Misi, Tujuan, & Sasaran	Keterlibatan Pasien
		Mean	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean
Dokter Spesialis	Tinggi	4,51	3,93	3,7	4,08	4	4	4,2	4,14
	Sedang	0	3,2	2,94	0	1,87	0	0	0
	Rendah	0	0	1	0	1	0	0	0
Dokter Residen	Tinggi	4,11	4,2	3,87	4	0	4	4,04	4,07
	Sedang	0	0	3	0	1,75	0	0	0
	Rendah	0	0	0	0	1	0	0	0
Dokter Umum	Tinggi	4,43	4,23	3,93	4,12	0	4,09	4,19	4,12
	Sedang	0	2,4	2,5	0	2,08	0	0	0
	Rendah	0	0	0	0	1	0	0	0
Perawat	Tinggi	4,22	3,98	3,9	3,99	0	4,02	4,02	4,08
	Sedang	0	2,8	3	0	2,1	0	0	0
	Rendah	0	0	0	0	1	0	0	0

Apoteker	Tinggi	4,18	3,72	3,75	3,97	0	3,92	4,04	3,8
	Sedang	0	0	2,25	0	2,1	0	0	3,2
	Rendah	0	0	0(0)	0	0	0	0	0
TTK	Tinggi	4,28	3,9	3,94	3,98	0	3,95	4,03	4
	Sedang	0	0	0	0	2	0	0	0
	Rendah	0	0	0	0	0	0	0	0
Ahli Gizi	Tinggi	4,47	3,95	3,67	4,04	0	4,3	4,11	4,13
	Sedang	0	0	3	0	3	3,2	0	3,2
	Rendah	0	0	0	0	1	0	0	0
Pelaksana Gizi	Tinggi	4,17	3,63	3,62	3,88	0	3,83	3,97	3,8
	Sedang	0	3,1	3	0	2,72	3	0	3,2
	Rendah	0	0	0	0	0	0	0	0
ATLM	Tinggi	4,07	4,13	4	4,1	4,75	4,2	4,33	3,87
	Sedang	0	0	0	0	2	0	0	0
	Rendah	0	0	0	0	0	0	0	0

Berdasarkan tabel 4.5 menunjukkan bahwa seluruh profesi memiliki tingkat persepsi tinggi pada sebagian besar komponen persepsi. Profesi dokter spesialis memiliki tingkat persepsi tinggi (100%) pada lima komponen persepsi yaitu komponen hubungan antar anggota, koordinasi dan pembagian peran, kepemimpinan, misi, tujuan, dan sasaran, serta keterlibatan pasien. Persentase terendah untuk tingkat persepsi tinggi pada profesi ini terdapat pada komponen pembuatan keputusan dan manajemen konflik dengan persentase 10%. Sebagian besar (80%) dokter spesialis memiliki tingkat persepsi sedang pada komponen pembuatan keputusan dan manajemen konflik dengan nilai mean menjauhi nilai maksimum.

Profesi dokter residen memiliki tingkat persepsi tinggi (100%) pada enam komponen persepsi yaitu pada komponen hubungan antar anggota, hambatan tim dalam kolaborasi koordinasi dan pembagian peran, kepemimpinan, misi, tujuan, dan sasaran, dan keterlibatan pasien. Sebagian besar (66,7%) dokter residen memiliki tingkat persepsi tinggi pada komponen hubungan tim dengan masyarakat dan memiliki tingkat persepsi sedang pada komponen pembuatan keputusan dan manajemen konflik.

Profesi dokter umum memiliki tingkat persepsi tinggi pada lima komponen persepsi yaitu pada komponen hubungan antar anggota, koordinasi dan pembagian peran, kepemimpinan, misi, tujuan, dan sasaran, dan keterlibatan pasien. Sebagian besar (93,8) dokter umum memiliki tingkat persepsi tinggi pada komponen hambatan tim dalam kolaborasi dan hubungan tim dengan masyarakat, selain itu sebagian besar (75%) dokter umum memiliki tingkat persepsi sedang pada komponen pembuatan keputusan dan manajemen konflik.

Profesi perawat memiliki tingkat persepsi tinggi (100%) pada lima komponen persepsi yaitu pada komponen hubungan antar anggota, koordinasi dan pembagian peran, kepemimpinan, misi, tujuan, dan sasaran, dan keterlibatan pasien. Sebagian besar (93,8%) perawat memiliki tingkat persepsi tinggi pada komponen hubungan tim dengan masyarakat dan memiliki tingkat persepsi sedang pada komponen pembuatan keputusan dan manajemen konflik.

Profesi apoteker memiliki tingkat persepsi tinggi (100%) pada lima komponen persepsi yaitu pada komponen hubungan antar anggota, hambatan tim dalam

kolaborasi, koordinasi dan pembagian peran, kepemimpinan, dan misi, tujuan, dan sasaran. Pada komponen pembuatan keputusan dan manajemen konflik seluruh apoteker memiliki tingkat persepsi sedang (100%). Sebagian besar (80%) apoteker memiliki tingkat persepsi tinggi pada komponen hubungan tim dengan masyarakat dan keterlibatan pasien.

Profesi tenaga teknis kefarmasian memiliki tingkat persepsi tinggi (100%) pada tujuh komponen persepsi yaitu komponen selain komponen pembuatan keputusan dan manajemen konflik di mana tingkat persepsi TTK pada komponen tersebut sedang (100%).

Profesi ahli gizi memiliki tingkat persepsi tinggi (100%) pada enam komponen persepsi yaitu pada komponen hubungan antar anggota, hambatan tim dalam kolaborasi, koordinasi dan pembagian peran, kepemimpinan, misi, tujuan, dan sasaran, dan keterlibatan pasien. Sebagian besar (75%) ahli gizi memiliki tingkat persepsi tinggi pada komponen hubungan tim dengan masyarakat dan tingkat persepsi sedang pada komponen pembuatan keputusan dan manajemen konflik.

Profesi pelaksana gizi memiliki tingkat persepsi tinggi (100%) pada tiga komponen persepsi yaitu komponen hubungan antar anggota, koordinasi dan pembagian peran dan misi, tujuan, dan sasaran. Pada komponen pembuatan keputusan dan manajemen konflik seluruh pelaksana gizi memiliki tingkat persepsi sedang (100%). Sebagian besar (90,9%) pelaksana gizi memiliki tingkat persepsi tinggi pada komponen hubungan tim dengan masyarakat.

Profesi ahli teknologi laboratorium medik memiliki tingkat persepsi tinggi (100%) pada enam komponen persepsi yaitu komponen hubungan antar anggota, hambatan tim dalam kolaborasi, koordinasi dan pembagian peran, kepemimpinan, misi, tujuan, dan sasaran, dan keterlibatan pasien. Sebagian besar (66,7%) ATLM memiliki tingkat persepsi tinggi pada komponen hubungan tim dengan masyarakat dan pembuatan keputusan dan manajemen konflik.

## BAB 5 PEMBAHASAN

### 5.1 Karakteristik Responden Penelitian

Penelitian ini mendapatkan karakteristik responden yang terdiri dari jenis kelamin, usia, profesi, dan lama kerja. Jenis kelamin yang memiliki dominansi lebih tinggi dari responden penelitian ini terdapat pada jenis kelamin perempuan dengan persentase 69,4%. Hal yang sama digambarkan pada penelitian Findyartini dkk., (2019) yang meneliti tentang praktik kolaborasi interprofesi di layanan primer menggunakan metode campuran antara CPAT dan *focus group discussion* dan penelitian Yusra dkk. (2019) yang meneliti tentang persepsi tenaga kesehatan terhadap kolaborasi interprofesi di Indonesia menggunakan CPAT dengan jumlah responden perempuan lebih banyak dibanding laki-laki dengan persentase masing-masing 91,4% dan 71,1%.<sup>15,18</sup> Hal ini juga sesuai dengan pernyataan WHO yang menyatakan bahwa 67% tenaga kesehatan di dunia saat ini berjenis kelamin perempuan.<sup>49</sup>

Responden penelitian tersebar dalam beberapa rentang usia. Rentang usia yang mendominasi dalam penelitian ini adalah rentang usia 20 sampai 29 tahun dengan persentase 58,3%, sedangkan rentang usia dengan persentase terendah adalah rentang usia 50 sampai 59 tahun dengan persentase 4,2%. Hal ini sejalan dengan penelitian Yusra dkk., (2019) yang meneliti tentang persepsi tenaga kesehatan terhadap kolaborasi interprofesi di Indonesia menggunakan CPAT dengan persentase rentang usia 20 sampai 30 tahun 37,8% dan rentang usia lebih dari 50 tahun 6,6%.<sup>15</sup> Sebagian besar responden berasal dari profesi dokter umum dan perawat dengan persentase 22,2%. Hal ini hampir sejalan dengan penelitian Findyartini dkk., (2019) yang meneliti tentang praktik kolaborasi interprofesi di layanan primer menggunakan metode campuran antara CPAT dan *focus group discussion* yang menggambarkan persentase dokter dan perawat masing-masing 21,7% dan 24,1%.<sup>18</sup>

Berdasarkan lama kerja responden penelitian cukup tersebar merata. Responden penelitian didistribusikan dalam dua kelompok karakteristik lama kerja yaitu lama kerja kurang dari sama dengan 3 tahun dan lebih dari 3 tahun. Karakteristik

lama kerja dengan pada lama kerja kurang dari sama dengan 3 tahun hampir sama dengan lama kerja lebih dari 3 tahun dengan persentase masing-masing 54.2% dan 45.8%. Penelitian lain banyak yang membagi berdasarkan lama kerja per lima tahun, sedangkan peneliti menggunakan kelompok lama kerja berdasarkan Handoko yang membagi kelompok lama kerja menjadi dua, yaitu lama kerja kurang dari sama dengan 3 tahun dan lama kerja lebih dari 3 tahun.<sup>48</sup>

## **5.2 Tingkat Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi Secara Umum dalam Penanganan Pasien DM**

Tingkat persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi kolaborasi interprofesi dalam penanganan pasien DM pada penelitian ini diukur menggunakan kuesioner CPAT yang sudah diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia oleh Yusra dkk., (2019) dari Schroder *et al.*, (2011) yang terdiri dari 53 item pernyataan dengan skala Likert yang akan dikategorikan menjadi tinggi, sedang, dan rendah.<sup>15,17,50</sup>

Berdasarkan hasil penelitian memperlihatkan bahwa tingkat persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi kolaborasi interprofesi secara umum dalam penanganan pasien DM dikategorikan tinggi (100%). Seluruh tenaga kesehatan dalam penelitian ini sudah memiliki pengetahuan dan pengalaman mengenai kolaborasi interprofesi yang dikonfirmasi melalui kuesioner penelitian. Hasil penelitian ini mendukung penelitian sebelumnya oleh Findyartini dkk., (2019) yang meneliti tentang praktik kolaborasi interprofesi di layanan primer menggunakan metode campuran antara CPAT dan *focus group discussion* di mana sebanyak 290 tenaga kesehatan di kota Depok memiliki rerata tingkat persepsi tinggi terhadap implementasi kolaborasi interprofesi.<sup>18</sup> Tingkat persepsi tinggi yang dimiliki tenaga kesehatan menunjukkan bahwa tenaga kesehatan menyadari pentingnya kolaborasi interprofesi dalam memberikan perawatan yang komprehensif kepada pasien DM. Penelitian yang hampir sama dilakukan oleh Hadad (2021) yang meneliti tentang gambaran praktik kolaborasi interprofesi dalam penanganan pasien diabetes melitus pada pelayanan prolans di wilayah Jakarta Utara yang menggunakan instrumen berbeda. Instrumen yang digunakan adalah AITCS yang dikategorikan menjadi baik dan kurang baik. Instrumen

AITCS dan CPAT sama-sama mengukur tingkat persepsi kolaborasi interprofesi. Hasil dari penelitian tersebut berbeda dengan penelitian ini, di mana penelitian tersebut mendapatkan hasil bahwa terdapat kolaborasi interprofesi yang baik (52,1%) dan kurang baik (47,9%).<sup>51</sup>

Kolaborasi interprofesi adalah pendekatan yang efektif dalam manajemen pasien kronis seperti DM. hal ini didukung oleh penelitian dari Pascucci *et al.*, (2021) yang berupa tinjauan sistematis dan meta analisis tentang kolaborasi interprofesi pada manajemen penyakit kronis menyatakan bahwa model kolaborasi interprofesi sangat berguna dalam penanganan pasien kronis.<sup>11</sup> Menurut WHO, kolaborasi interprofesi dapat meningkatkan kualitas perawatan pasien dengan memanfaatkan keahlian dan pengetahuan dari berbagai disiplin ilmu.<sup>10</sup> Hal ini sejalan dengan temuan penelitian ini di mana tenaga kesehatan memiliki tingkat persepsi tinggi terhadap kolaborasi interprofesi. Penelitian dari Prabhath *et al.*, (2023) yang merupakan sebuah penelitian kualitatif yang meneliti tentang persepsi tenaga kesehatan terhadap kolaborasi interprofesi dalam edukasi manajemen ulkus diabetikus dengan metode wawancara mengatakan bahwa pendekatan berbasis kolaborasi interprofesi membuat tenaga kesehatan memahami bidang masing-masing, berkolaborasi, dan terlibat dalam pemikiran kritis serta pemecahan masalah yang melintasi batas-batas akademis.<sup>37</sup>

### **5.3 Tingkat Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi Berdasarkan Profesi dalam Penanganan Pasien DM**

Berdasarkan hasil penelitian ini, seluruh profesi memiliki tingkat persepsi tinggi. Beberapa kemungkinan yang menyebabkan setiap profesi memiliki tingkat persepsi tinggi terkait kolaborasi interprofesi dalam penanganan pasien DM diantaranya adalah adanya faktor pendukung dalam implementasi kolaborasi interprofesi. Salah satu faktor pendukung tersebut adalah pemahaman peran dan ruang lingkup profesi kesehatan yang lain.<sup>52</sup> Dari hasil kuesioner didapatkan setiap profesi memiliki pemahaman terkait kolaborasi interprofesi dan tergabung dalam tim kolaborasi sehingga didapatkan kesimpulan bahwa setiap profesi telah mengetahui dan memahami peran masing-masing profesi. Hal ini sesuai dengan penelitian dari

Soemantri dkk., (2019) yang meneliti tentang faktor pendukung dan penghambat dalam kolaborasi interprofesi pada rumah sakit pendidikan dengan metode campuran menggunakan CPAT dengan jumlah responden 236 tenaga kesehatan mengatakan bahwa koordinasi dan pembagian peran setiap profesi menjadi faktor pendukung utama dalam implementasi kolaborasi interprofesi.<sup>52</sup> Penelitian berupa tinjauan sistematis dari Johnson *et al.*, (2018) tentang kolaborasi interprofesi dan manajemen pasien diabetes melitus tipe dua di Timur Tengah menyampaikan bahwa keterlibatan dokter spesialis, ahli gizi, apoteker, dan perawat akan memberikan pelayanan yang lebih optimal dalam pengobatan pasien DM.<sup>13</sup>

Berbeda dengan penelitian dari Yusra dkk., (2019) yang meneliti tentang persepsi tenaga kesehatan terhadap kolaborasi interprofesi di Indonesia menggunakan CPAT yang menyatakan adanya tingkat persepsi yang berbeda terlihat pada kelompok profesi dokter dan perawat.<sup>15</sup> Pada penelitian lain oleh Schweizer *et al.*, (2017) yang menggunakan metode campuran antara kuantitatif dan kualitatif dan menggunakan instrumen *Intensity of Interdisciplinary Collaboration Questionnaire* dari Sicotte mendapatkan hasil berbeda dengan penelitian ini yaitu tingkat kolaborasi yang dimiliki tenaga kesehatan dikategorikan sedang. Hasil penelitian tersebut juga menunjukkan bahwa rata-rata nilai untuk dokter spesialis lebih rendah dibandingkan dokter umum.<sup>53</sup> Perbedaan lainnya juga ditemukan pada penelitian dari Matsunaga *et al.*, (2021) yang meneliti tentang kolaborasi interprofesi dalam penanganan pasien DM gestasional dengan menggunakan survei *cross-sectional* pada 1.406 rumah sakit menyatakan bahwa perawat dan bidan memiliki persepsi yang berbeda dengan profesi lainnya dalam penanganan pasien DM gestasional.<sup>54</sup>

#### **5.4 Tingkat Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi Berdasarkan Komponen Persepsi dalam Penanganan Pasien DM**

Berdasarkan hasil penelitian ini, didapatkan bahwa dari seluruh tenaga kesehatan terdapat tiga komponen persepsi yang memiliki tingkat persepsi tinggi (100%) yaitu komponen hubungan antar anggota, koordinasi dan pembagian peran, dan misi, tujuan, dan sasaran. Sebagian besar tenaga kesehatan menjawab sangat setuju dan

setuju pada 32 item pernyataan kuesioner yang ada pada tiga komponen tersebut dengan rincian 9 item pada komponen hubungan antar anggota, 14 item pada komponen koordinasi dan pembagian peran, dan 9 item pada komponen misi, tujuan, dan sasaran. Yusra dkk., (2019) yang meneliti tentang persepsi tenaga kesehatan terhadap kolaborasi interprofesi di Indonesia menggunakan CPAT dalam penelitiannya menyatakan bahwa persepsi yang tinggi ditunjukkan melalui skor kolaborasi yang tinggi dan dalam penelitiannya digambarkan bahwa tiga komponen tersebut juga memiliki kategori tinggi.<sup>15</sup> Hal serupa ditemukan dalam penelitian dari Findyartini dkk., (2019) yang meneliti tentang praktik kolaborasi interprofesi di layanan primer menggunakan metode campuran antara CPAT dan *focus group discussion* yang menggambarkan bahwa komponen-komponen tersebut dalam penelitiannya juga memiliki kategori tinggi.<sup>18</sup>

Persentase tertinggi pada kategori sedang dan rendah terdapat pada komponen pembuatan keputusan dan manajemen konflik. Komponen ini adalah komponen dengan pernyataan negatif yang artinya jika responden menjawab sangat setuju maka skornya adalah satu, sedangkan jika responden menjawab sangat tidak setuju maka skornya adalah lima. Komponen ini memiliki dua item pernyataan, pernyataan pertama adalah “Dalam tim kami, penetapan keputusan akhir terkait pelayanan pasien/klien berada di tangan dokter” dan pernyataan kedua adalah "Dalam tim kami, ada masalah yang secara teratur perlu dipecahkan oleh seseorang dengan posisi yang lebih tinggi”. Dalam pernyataan pertama sebanyak 77,8% responden menjawab setuju dan untuk pernyataan kedua sebanyak 54,2% responden menjawab setuju. Hal inilah yang menyebabkan tingkat persepsi tenaga kesehatan pada komponen ini sebagian besar sedang (84,7%) dan rendah (11,1%). Penelitian oleh Soemantri dkk., (2019) yang meneliti tentang faktor pendukung dan penghambat dalam kolaborasi interprofesi pada rumah sakit pendidikan dengan metode campuran menggunakan CPAT dengan jumlah responden 236 tenaga kesehatan menyatakan bahwa masih ada budaya hirarki antar profesi dalam implementasi kolaborasi interprofesi sehingga mengakibatkan kurang aktifnya profesi lain dalam berdiskusi dan lebih sering menyerahkan pengambilan keputusan penanganan pasien kepada keputusan dokter atau pemimpin tim.<sup>52</sup>

Berdasarkan pernyataan tersebut, persentase yang tinggi pada kategori sedang dan rendah pada komponen pembuatan keputusan dan manajemen konflik mungkin disebabkan karena sebagian besar responden menganggap bahwa profesi dokter atau pemimpin tim memiliki kedudukan yang lebih tinggi untuk membuat keputusan saat melayani pasien atau menangani konflik dalam tim.

Pembuatan keputusan dalam tim kolaborasi interprofesi diarahkan oleh pemimpin tim. Hal ini dinyatakan dalam penelitian dari Hanum dkk., (2020) berupa literature review tentang pembuatan keputusan dalam kolaborasi interprofesi yang menegaskan bahwa peran dokter sebagai pemimpin tim dalam pembuatan keputusan adalah sebagai inisator yang memimpin proses pembuatan keputusan. Profesi yang menjadi penanggung jawab kasus pasien akan menjabarkan kondisi pasien sementara tenaga kesehatan lain bertugas untuk ikut andil mengumpulkan semua informasi mengenai pasien sehingga akan didapatkan keputusan bersama yang terbaik yang akan diberikan kepada pasien.<sup>55</sup>

## **5.5 Tingkat Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi Berdasarkan Komponen Persepsi Pada Setiap Profesi dalam Penanganan Pasien DM**

Berdasarkan hasil penelitian ini didapatkan bahwa tenaga kesehatan di setiap profesi memiliki tingkat persepsi tinggi pada sebagian besar komponen persepsi. Peneliti dalam pembahasan tingkat persepsi tenaga kesehatan berdasarkan komponen persepsi pada setiap profesi mengelompokkan dokter spesialis, dokter residen, dengan dokter umum, farmasi dengan TTK, dan ahli gizi dengan pelaksana gizi menjadi masing-masing satu pembahasan.

### **5.5.1 Dokter spesialis, dokter residen, dan dokter umum**

Dokter spesialis adalah profesi yang memiliki peranan sebagai ketua tim dalam tim kolaborasi interprofesi, sementara dokter residen dan dokter umum berperan dalam melakukan pemeriksaan langsung kepada pasien. Dokter spesialis, dokter residen, dan dokter umum memiliki tingkat persepsi tinggi (100%) pada lima komponen persepsi yaitu komponen hubungan antar anggota, koordinasi dan pembagian peran,

kepemimpinan, misi, tujuan, dan sasaran, dan keterlibatan pasien. Penelitian oleh Gloria dkk., (2021) yang meneliti tentang kolaborasi apoteker dan dokter di puskesmas wilayah Surabaya dengan menggunakan desain penelitian *cross sectional* dengan instrumen kuesioner kolaborasi dokter menyatakan bahwa dokter mempunyai persepsi yang baik tentang kerja sama tim dan mempunyai tujuan yang sama dengan profesi lainnya dalam pemberian pelayanan kepada pasien serta memahami peran masing-masing profesi dalam tim.<sup>6</sup> Di sisi lain, penelitian oleh Kusuma dkk., (2021) yang meneliti tentang persepsi tenaga kesehatan dalam praktik kolaborasi interprofesi di rumah sakit wilayah Banyuwangi dengan menggunakan instrument CPAT menunjukkan bahwa dalam komponen pembagian peran dalam tim dan koordinasi dengan profesi lain, profesi dokter spesialis atau dokter dinilai belum memahami komponen tersebut sehingga dapat menjadi hambatan dalam kolaborasi interprofesi.<sup>19</sup>

Profesi dokter spesialis sebagian besar memiliki tingkat persepsi sedang dan rendah pada komponen persepsi pembuatan keputusan dan manajemen konflik, begitu juga dengan dokter residen dan dokter umum. Hal ini kemungkinan disebabkan karena masih adanya dokter secara umum yang menganggap bahwa dalam perawatan pasien keputusan akhir selalu berada di tangan dokter. Hal ini sesuai dengan penelitian Kusuma dkk., (2021) yang meneliti tentang persepsi tenaga kesehatan dalam praktik kolaborasi interprofesi di rumah sakit wilayah Banyuwangi dengan menggunakan instrument CPAT yang menggambarkan bahwa skor kolaborasi yang dimiliki dokter pada komponen pembuatan keputusan dan manajemen konflik dinilai rendah.<sup>19</sup>

### 5.5.2 Perawat

Perawat memiliki peranan dalam tim kolaborasi sebagai monitoring perawatan pasien. Perawat memiliki tingkat persepsi tinggi pada enam dari 8 komponen persepsi yaitu komponen hubungan antar anggota, hubungan tim dengan masyarakat, koordinasi dan pembagian peran, kepemimpinan, misi, tujuan, dan sasaran, dan keterlibatan pasien. Pada komponen hambatan tim dalam kolaborasi sebagian besar perawat memiliki tingkat persepsi tinggi. Hubungan yang baik dan kerja sama yang bagus dengan profesi lainnya mungkin menjadi alasan dari hasil penelitian ini. Hal ini sejalan dengan penelitian dari Johnson *et al.*, (2018) tentang kolaborasi interprofesi dan

manajemen pasien diabetes melitus tipe dua di Timur Tengah yang menyatakan bahwa pemanfaatan perawat dan profesi lain memberikan pelayanan yang lebih baik dalam pengobatan pasien DM.<sup>13</sup> Hal ini juga mendukung penelitian kualitatif oleh Insani dkk., (2020) yang meneliti tentang persepsi tenaga kesehatan terhadap praktek kolaboratif di Puskesmas Bojong mengatakan bahwa perawat maupun tenaga kesehatan lain merasa nyaman dengan dalam mengimplementasikan kolaborasi interprofesi sehingga mereka dapat bekerja tanpa adanya tekanan.<sup>57</sup>

Sebagian besar perawat memiliki tingkat persepsi sedang dan rendah pada komponen pembuatan keputusan dan manajemen konflik. Penelitian dari Yusra dkk., (2019) yang meneliti tentang persepsi tenaga kesehatan terhadap kolaborasi interprofesi di Indonesia menggunakan CPAT menunjukkan bahwa perawat merasa lebih banyak hambatan dalam menjalankan perawatan secara kolaborasi.<sup>15</sup> Penelitian lain oleh Matsunaga *et al.*, (2021) yang meneliti tentang kolaborasi interprofesi dalam penanganan pasien DM gestasional dengan menggunakan survei *cross-sectional* pada 1.406 rumah sakit yang menunjukkan bahwa perawat maupun bidan merasakan banyak hambatan pada kolaborasi interprofesi dalam pengelolaan pasien DM gestasional.<sup>54</sup>

### **5.5.3 Apoteker dan tenaga teknis kefarmasian**

Apoteker dan TTK dalam tim kolaborasi interprofesi berperan untuk memastikan bahwa pasien menerima obat yang sesuai serta mengerti cara penggunaan obat tersebut. Apoteker dan TTK memiliki tingkat persepsi tinggi (100%) pada enam komponen persepsi yaitu komponen hubungan antar anggota, hambatan tim dalam kolaborasi, koordinasi dan pembagian peran, kepemimpinan, misi, tujuan, dan sasaran, dan keterlibatan pasien. Apoteker dan TTK juga memiliki tingkat persepsi sedang (100%) pada komponen pembuatan keputusan dan manajemen konflik. Hal ini kemungkinan disebabkan karena adanya hubungan yang baik dengan profesi lain dan peran yang spesifik dari profesi apoteker dan TTK dalam penanganan pasien DM. Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Gloria dkk., (2021) yang meneliti tentang kolaborasi apoteker dan dokter di puskesmas wilayah Surabaya dengan menggunakan desain penelitian *cross sectional* dengan instrumen kuesioner kolaborasi dokter menyatakan bahwa kepercayaan, hubungan inisiasi, dan peran spesifik dari apoteker dan profesi

lain menjadi faktor utama dalam pelayanan pasien. Gloria dkk., dalam penelitiannya juga menyatakan bahwa terdapat ketergantungan antara apoteker dan dokter dalam manajemen terapi pasien. Keterlibatan apoteker dalam hal ini adalah untuk memberikan pengobatan yang sesuai dengan riwayat pengobatan pasien dan menangani pasien pada penyakit-penyakit kronis.<sup>6</sup>

Bertolak belakang dengan penelitian sebelumnya, penelitian oleh Afandi dkk., (2024) yang merupakan sebuah studi kasus tentang kolaborasi interprofesi dalam pemberian obat pada pasien DM di RS Bali menggunakan kuesioner *self-rating score interprofessional collaboration in clinical practice* menunjukkan bahwa penerapan kolaborasi interprofesi belum terlaksana secara maksimal terutama dalam komponen komunikasi dalam tim. Hal ini dikarenakan kurangnya kontribusi apoteker dan perawat dalam diskusi tim mengenai tindakan yang akan diberikan kepada pasien sehingga seringkali hanya mengikuti arahan dari dokter.<sup>59</sup> Hal ini juga didukung oleh penelitian Afandi dkk., (2023) sebelumnya yang meneliti tentang kolaborasi interprofesi dalam penanganan pasien DM menyatakan bahwa di bidang kesehatan sekitar 70 – 80% kesalahan disebabkan oleh kurang baiknya komunikasi dan pemahaman dalam tim. Sebagai contoh, di Indonesia memiliki tingkat kesalahan dengan persentase 98,69% dalam peresepan obat yang disebabkan oleh kesalahan peresepan dari dokter, peracikan dari apoteker, dan pemberian informasi terkait pengobatan kepada pasien yang tidak lengkap.<sup>60</sup>

#### **5.5.4 Ahli gizi dan pelaksana gizi**

Ahli gizi dan pelaksana gizi dalam tim kolaborasi interprofesi berperan untuk merancang dan mengelola program diet yang disesuaikan dengan kebutuhan kalori, nutrisi, dan preferensi pasien. Ahli gizi dan pelaksana gizi memiliki tingkat persepsi tinggi (100%) pada tiga komponen persepsi yaitu komponen hubungan antar anggota, hubungan tim dengan masyarakat, dan misi, tujuan, dan sasaran. Sebagian besar ahli gizi dan pelaksana gizi memiliki persepsi tinggi pada komponen pembuatan keputusan dan manajemen konflik yang masing-masing memiliki persentase 75% dan 63,6%. Hal ini kemungkinan karena peranan ahli gizi dan pelaksana gizi sangat diperlukan oleh profesi lain dalam pelayanan pasien DM. Pada penelitian Afandi dkk., (2023) yang

meneliti tentang kolaborasi interprofesi dalam penanganan pasien DM menyatakan bahwa dalam penatalaksanaan DM tidak hanya memerlukan peran dokter, perawat, dan apoteker, namun juga memerlukan peranan ahli gizi.<sup>60</sup> Penelitian kualitatif oleh Putra (2021) yang meneliti tentang penerapan proses asuhan gizi di Rumah Sakit Harapan Bunda Kota Bengkulu menyatakan bahwa ahli gizi memiliki peranan penting dalam tim kolaborasi interprofesi untuk pemberian gizi yang lebih optimal sesuai Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) dalam pelayanan pasien.<sup>61</sup>

Bertolak belakang dari penelitian ini, penelitian oleh Qubty *et al.*, (2023) yang meneliti kolaborasi interprofesi antara dokter layanan primer dengan ahli gizi pada kasus obesitas menyatakan bahwa minimnya kolaborasi dokter dengan ahli gizi dikarenakan kesalahpahaman peranan dokter yang merasa berkewajiban untuk menangani nutrisi tanpa berkonsultasi ke ahli gizi.<sup>62</sup>

#### **5.5.5 Ahli teknologi laboratorium medik**

Ahli teknologi laboratorium medik atau ATLM dalam tim kolaborasi interprofesi memiliki peranan dalam analisis laboratorium yang menunjang dalam penentuan diagnosis dan pemberian terapi. Ahli teknologi laboratorium medik memiliki tingkat persepsi tinggi (100%) pada enam komponen persepsi yaitu komponen hubungan antar anggota, hambatan tim dalam kolaborasi, koordinasi dan pembagian peran, kepemimpinan, misi, tujuan, dan sasaran, dan keterlibatan pasien. Sebagian besar (66,7%) ATLM memiliki tingkat persepsi tinggi pada komponen hubungan tim dengan masyarakat dan pembuatan keputusan dan manajemen konflik. Penelitian oleh Rokhmah dkk., (2017) sebuah *literature review* yang meneliti tentang komunikasi efektif dalam praktik kolaborasi interprofesi dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan menyatakan bahwa ATLM merupakan profesi yang memiliki peranan penting dalam tim kolaborasi interprofesi dalam penanganan pasien untuk meningkatkan kualitas pelayanan.<sup>63</sup> Menurut Nasution peran ATLM dalam kolaborasi interprofesi adalah membantu pemeriksaan jaringan tubuh pasien untuk menunjang dokter dalam mendiagnosis dan menentukan perlakuan yang tepat pada pasien.<sup>64</sup>

## 5.6 Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa pada penelitian ini terdapat keterbatasan yang dialami selama proses penelitian, antara lain:

1. Alasan yang mendasari persepsi responden tidak dapat diketahui oleh peneliti sehingga tidak dapat eksplorasi lebih lanjut.
2. Adanya kemungkinan bias dari responden yang mungkin memberikan jawaban yang dianggap benar atau ideal dibanding jawaban yang sebenarnya.



## **BAB 6**

### **PENUTUP**

#### **6.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian tentang gambaran persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi kolaborasi interprofesi dalam penanganan pasien DM di RS UNAND didapatkan kesimpulan sebagai berikut:

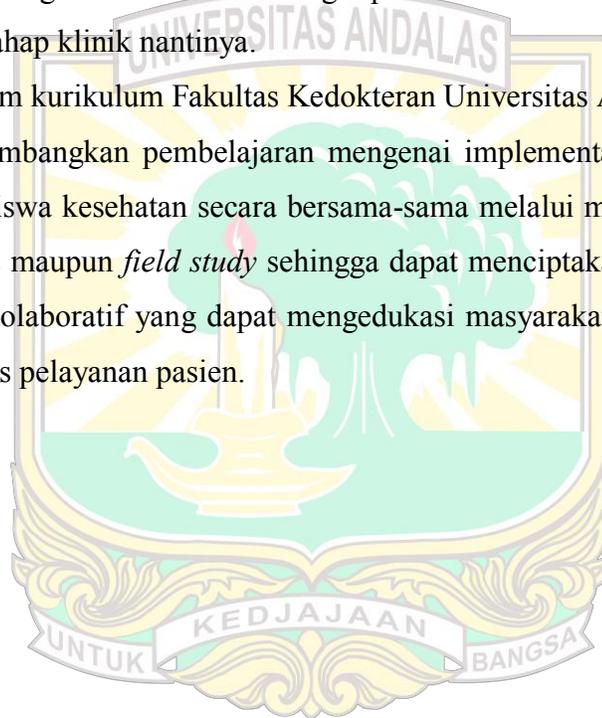
1. Secara umum, seluruh tenaga kesehatan memiliki tingkat persepsi tinggi terhadap implementasi kolaborasi interprofesi dalam penanganan pasien DM di RS UNAND
2. Setiap profesi memiliki tingkat persepsi tinggi terhadap implementasi kolaborasi interprofesi dalam penanganan pasien DM di RS UNAND
3. Sebagian besar tenaga kesehatan memiliki tingkat persepsi tinggi pada tujuh dari 8 komponen persepsi yaitu komponen hubungan antar anggota, hambatan tim dalam kolaborasi, hubungan tim dengan masyarakat, koordinasi dan pembagian peran, kepemimpinan, misi, tujuan, dan sasaran, keterlibatan pasien. Satu komponen yang tersisa yaitu adalah komponen pembuatan keputusan dan manajemen konflik di mana sebagian besar tenaga kesehatan memiliki tingkat persepsi sedang pada komponen ini.
4. Setiap profesi memiliki tingkat persepsi tinggi pada seluruh komponen persepsi khususnya pada profesi ahli gizi, pelaksana gizi dan ATLM, sedangkan profesi dokter spesialis, dokter residen, dokter umum, perawat, apoteker, dan TTK memiliki tingkat persepsi sedang pada komponen pembuatan keputusan dan manajemen konflik.

#### **6.2 Saran**

Berdasarkan hasil penelitian maka didapatkan saran sebagai berikut:

1. Bagi peneliti selanjutnya agar dapat menggunakan metode campuran antara kuantitatif dan kualitatif (wawancara atau *focus group discussion*) sehingga dapat membantu menggali faktor-faktor yang mendasari persepsi responden secara mendalam terhadap kolaborasi interprofesi.

2. Bagi RS UNAND dapat dijadikan sebagai informasi dan evaluasi terhadap pelayanan di RS UNAND khususnya dalam penanganan pasien DM dan disarankan untuk mengadakan sosialisasi yang lebih mendalam kepada tenaga kesehatan mengenai implementasi kolaborasi interprofesi serta dapat menjadi dasar pertimbangan untuk dibentuknya tim kolaborasi dalam penanganan pasien dengan penyakit kronis seperti DM selain agar penanganan pasien menjadi lebih optimal juga untuk menjadi *role model* bagi mahasiswa kesehatan yang masih dalam tahap preklinik sehingga memiliki gambaran dalam mengimplementasikan kolaborasi interprofesi pada tahap klinik nantinya.
3. Bagi tim kurikulum Fakultas Kedokteran Universitas Andalas untuk dapat mengembangkan pembelajaran mengenai implementasi kolaborasi antar mahasiswa kesehatan secara bersama-sama melalui metode pembelajaran teoritis maupun *field study* sehingga dapat menciptakan tenaga kesehatan yang kolaboratif yang dapat mengedukasi masyarakat dan meningkatkan kualitas pelayanan pasien.



## DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. Noncommunicable disease [Internet]. 2022. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. WHO. Diabetes [Internet]. 2022. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
3. Webber S. International Diabetes Federation. Vol. 102, Diabetes Research and Clinical Practice. 2013. 147–148 p.
4. World Health Organization. Global Report on Diabetes. Isbn [Internet]. 2016;978:88. Available from: [http://www.who.int/about/licensing/%5Cnhttp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257\\_eng.pdf](http://www.who.int/about/licensing/%5Cnhttp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf)
5. Riskesdas Sumatra Barat. Riset Kesehatan Dasar Provinsi Sumatera Barat Tahun 2018. Laporan Riskesdas Nasional 2018. 2018. 1–478 p.
6. Gloria F, Pristianty L, Rahem A. Analisis Kolaborasi Apoteker dan Dokter di Puskesmas Surabaya dari Perspektif Dokter. *J Farm Dan Ilmu Kefarmasian Indones*. 2021;8(2):132.
7. Kementerian Kesehatan RI. Cegah, Cegah, dan Cegah : Suara Dunia Perangi Diabetes [Internet]. 2020 [cited 2023 Sep 20]. Available from: <https://p2ptm.kemkes.go.id/kegiatan-p2ptm/pusat-cegah-cegah-dan-cegah-suara-dunia-perangi-diabetes>
8. Idris F. Pengintegrasian Program Preventif Penyakit Diabetes Melitus Tipe 2 PT Askes (Persero) ke Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). *J Indon Med Assoc*. 2014;64:115–36.
9. Rowe GC, Congdon HB, Pittman J, Wiseman R, Shields R. Interprofessional education clinics and improved outcomes for primary care patients with diabetes. *J Interprofessional Educ Pract*. 2021;24(February).
10. WHO. Human Resources for Health Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. World Heal Organ [Internet]. 2010;WHO/HRH/HP:1–64. Available from: [http://www.who.int/hrh/resources/framework\\_action/en/](http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/)
11. Pascucci D, Sassano M, Nurchis MC, Cicconi M, Acampora A, Park D, et al. Impact of interprofessional collaboration on chronic disease management: Findings from a systematic review of clinical trial and meta-analysis. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2021;125(2):191–202. Available from:

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.12.006>

12. Fatalina F, Sunartini, Mariyono W, Sedyowinarso. Hubungan Interprofesi Perawat Dengan Profesi Lainnya Dalam Mewujudkan Patient Safety. *J Pendidik Kedokt Indones*. 2015;4(1):1.
13. Johnson JM, Carragher R. Interprofessional collaboration and the care and management of type 2 diabetic patients in the Middle East : A systematic review Interprofessional collaboration and the care and management of type 2 diabetic. *J Interprof Care* [Internet]. 2018;32(5):621–8. Available from: <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1471052>
14. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas. Peraturan Akademik Program Studi Kedokteran dan Program Studi Pendidikan Profesi Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Andalas. 2018;(94):1–48. Available from: [http://repo.unand.ac.id/6308/1/PERATURAN\\_AKADEMIK\\_FINAL\\_SK\\_Stempel.pdf](http://repo.unand.ac.id/6308/1/PERATURAN_AKADEMIK_FINAL_SK_Stempel.pdf)
15. Yusra RY, Findyartini A, Soemantri D. Healthcare professionals' perceptions regarding interprofessional collaborative practice in Indonesia. *J Interprofessional Educ Pract* [Internet]. 2019;15(September 2018):24–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2019.01.005>
16. Orchard CA, King GA, Khalili H, Bezzina MB. Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Development and Testing of the Instrument. *J Contin Educ Health Prof*. 2012;
17. Schroder C, Medves J, Paterson M, Byrnes V, Chapman C, O’Riordan A, et al. Development and pilot testing of the collaborative practice assessment tool. *J Interprof Care*. 2011;
18. Findyartini A, Kambey DR, Yusra RY, Timor AB, Khairani CD, Setyorini D, et al. Interprofessional collaborative practice in primary healthcare settings in Indonesia: A mixed-methods study. *J Interprofessional Educ Pract* [Internet]. 2019;17:100279. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2019.100279>
19. Kusuma MW, Herawati F, Setiasih S, Yulia R. Persepsi Tenaga Kesehatan dalam Praktik Kolaborasi Interprofesional di Rumah Sakit di Banyuwangi. *Media Kesehat Masy Indones*. 2021;20(2):106–13.
20. Husna NIGF. Persepsi Tenaga Kesehatan Terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Andalas. 2022;
21. Sobur A. Psikologi Umum dalam Lintas Sejarah. Bandung: Pustaka Setia; 2013. 445 p.

22. Saleh AR. Psikologi Suatu Pengantar dalam Perspektif Islam. Jakarta: Kencana; 2004. 110 p.
23. Sarwono SW. Psikologi Lintas Budaya. Jakarta: Rajawali Pers; 2014. 24 p.
24. Sarwono SW. Pengantar Psikologi Umum. Jakarta: Rajawali Pers; 2010. 85–6 p.
25. Sunaryo. Psikologi untuk Keperawatan. 2nd ed. Jakarta: EGC; 2004. 94–98 p.
26. Bimo, Walgito. Pengantar Psikologi Umum. Yogyakarta: C.V Andi; 2010. 70–99 p.
27. Robbins S, Judge T. Perilaku Organisasi [Internet]. 2008 [cited 2023 Sep 4]. Available from: <https://books.google.co.id/books?id=IwrWupB1rC4C&printsec=frontcover%0A&dq=Perilaku+organisasi&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwiyqd-%0ARiKDnAhXDfH0KHTmpB3kQ6AEILjAB#v=onepage&q=Perilakuorg%0Aanisasi&f=false>
28. Ramadhan BF. Gambaran Persepsi Keselamatan Berkendara Sepeda Motor Pada Siswa/I Sekolah Menengah Atas Di Kota Bogor Tahun 2009. Univ Indones. 2009;(1986):6–24.
29. Presiden RI. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan [Internet]. Presiden Republik Indonesia. 2014. p. 1–78. Available from: [http://www.pdpersi.co.id/diknakes/data/regulasi/undang\\_undang/uu362014.pdf](http://www.pdpersi.co.id/diknakes/data/regulasi/undang_undang/uu362014.pdf)
30. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 80 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Asisten Tenaga Kesehatan. 2016;(June).
31. Ho JT, See MTA, Tan AJQ, Levett-Jones T, Lau TC, Zhou W, et al. Healthcare professionals' experiences of interprofessional collaboration in patient education: A systematic review. Patient Educ Couns. 2023;116(November 2022).
32. Bridges DR, Davidson RA, Odegard PS, Maki I V., Tomkowiak J. Interprofessional collaboration: Three best practice models of interprofessional education. Med Educ Online. 2011;16(1):1–10.
33. Grant R, Finocchio L, Commission PHP, Consortium CPC. Interdisciplinary collaborative teams in primary care : a model curriculum and resource guide. TA - TT -. San Francisco, CA SE - xvi, 126 pages ; 28 cm: Pew Health Professions Commission; 1995.

34. Oandasan I, Baker GR, Barker K, Bosco C, D'Amour D, Jones L, et al. Teamwork in healthcare: promoting effective teamwork in healthcare in Canada: policy synthesis and recommendations. *Can Heal Serv Found*. 2018;(June):1–46.
35. Kementerian Kesehatan RI. Infodatin tetap produktif, cegah, dan atasi Diabetes Melitus 2020. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. 2020. p. 1–10.
36. Association american diabetes. About diabetes [Internet]. [cited 2023 Oct 14]. Available from: <https://diabetes.org/about-diabetes>
37. Prabhath S, Handady G, Herle G, Kamath MG, Ramanathan HP. Importance of interprofessional collaboration in teaching diabetic foot self-management: Perceptions of health care professionals. *Med J Armed Forces India* [Internet]. 2023;(xxxx):1–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2023.01.003>
38. Presiden RI. Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. 2009;
39. Sugiharto M. Pentingnya Keseimbangan Pelayanan Perorangan Antara Promotif, Preventif, Kuratif, dan Rehabilitatif dalam Mendukung Penyelenggaraan Pelayanan Komprehensif oleh BPJS. 2012;
40. Dewan Perwakilan Rakyat RI. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. *Undang-Undang*. 2023;(187315):1–300.
41. Permenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. 2020;
42. Permenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 31 Tahun 2022 Tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah No. 93 Tahun 2015 Tentang Rumah Sakit Pendidikan. 2022;(1088).
43. Sejarah Rumah Sakit Pendidikan Universitas Andalas Padang [Internet]. Rumah Sakit Universitas Andalas. 2014. Available from: <http://rsp.unand.ac.id/tentang-kami>
44. Kurniasih DAA, Setiawati EP, Pradipta IS, Subarnas A. Patients' Perspectives of Interprofessional Collaboration in Breast Cancer Unit. *Healthc*. 2023;11(3):1–11.
45. Baumgarten M, Brødsgaard A, Nørholm V, Foss NB, Bunkenborg G. Interprofessional Collaboration Between Nurses and Physicians in the Perioperative Period. *J Perianesthesia Nurs* [Internet]. 2023;38(5):724–31. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2022.12.002>

46. Syahdrajat T. Panduan Penelitian untuk Skripsi Kedokteran & Kesehatan. Rizky Offset; 2019. 152 p.
47. Horng WB, Lee CP, Chen CW. Classification of age groups based on facial features. *Tamkang J Sci Eng.* 2001;4(3):183–92.
48. Handoko TH. Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia. 2nd ed. Yogyakarta; 2012.
49. WHO. Value gender and equity in the global health workforce [Internet]. 2020. Available from: <https://www.who.int/activities/value-gender-and-equity-in-the-global-health-workforce#:~:text=Women account for 67%25 of,around 5 billion people worldwide>.
50. Azwar S. Penyusunan Skala Psikologi. 2nd ed. Pustaka pelajar; 2022.
51. Hadad A. Gambaran Praktik Kolaborasi Interprofesi dalam Penanganan Klien Diabetes Melitus pada Pelayanan Prolanis di Wilayah Jakarta Utara. 2021;
52. Soemantri D, Kambey DR, Yusra RY, Timor AB, Khairani CD, Setyorini D, et al. The supporting and inhibiting factors of interprofessional collaborative practice in a newly established teaching hospital. *J Interprofessional Educ Pract* [Internet]. 2019;15(December 2018):149–56. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2019.03.008>
53. Schweizer A, Morin D, Henry V, Bize R, Peytremann-Bridevaux I. Interprofessional collaboration and diabetes care in Switzerland: A mixed-methods study. *J Interprof Care* [Internet]. 2017;31(3):351–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2017.1283300>
54. Matsunaga M, Horiuchi S, Kataoka Y, Igarashi Y, Porter SE, Fukui T. Continuous interprofessional collaboration for women with gestational diabetes mellitus: A cross-sectional survey in Japan. *Japan J Nurs Sci.* 2021;18(4):1–11.
55. Hanum C, Findyartini A. Interprofessional Shared Decision-Making: a Literature Review. *J Pendidik Kedokt Indones Indones J Med Educ.* 2020;9(1):81.
56. EL Sayed KA, Sleem WF. Nurse - physician collaboration: A comparative study of the attitudes of nurses and physicians at Mansoura University Hospital. *Life Sci J.* 2011;8(2):140–6.
57. Insani KN, Purwito D. Persepsi tenaga kesehatan tentang praktek kolaboratif di puskesmas bojong kabupaten purbalingga. *J Keperawatan Muhammadiyah.* 2020;(September).

58. Hess R, Brandon S, Johnson F. Effectiveness of Pharmacist and Physician Collaboration in the Treatment of Type 2 Diabetes Mellitus With Severe Insulin Resistance Using U-500 Insulin. *South Med J*. 2016 Nov;109(11):690–3.
59. Tri Afandi A, 'Uzaimah Az-Zuhri M, Endrian Kurniawan D, Made Arik Mulyanti N. Interprofessional Collaboration on Drug Administration to Clients with Diabetes Mellitus at Bali Hospital: A Case Study. *D'Nursing Heal J*. 2024;5(1):1–12.
60. Afandi AT, Candrayani M, Ardiana A, Fariasih C. Interprofessional Collaboration in Patients Diabetes Mellitus: *Jurnal Kesehatan Komunitas Indonesia ( JKKI )*. *J Kesehat Komunitas Indones ( JKKI )*. 2023;3(1):126–36.
61. Putra DA. the Qualitative Study of Nutrition Care Process in Hospital Hope and Prayer of Bengkulu City. *JPP (Jurnal Kesehat Poltekkes Palembang)*. 2021;16(1):7–14.
62. Qubty L, Hicks-Roof K. How might enhanced interprofessional collaboration between primary care physicians and registered dietitian nutritionists impact clinical outcomes related to obesity and associated illnesses? A commentary. *Public Health Nutr*. 2023;26(3):550–3.
63. Rokhmah NA, Anggorowati A. Komunikasi Efektif Dalam Praktek Kolaborasi Interprofesi Sebagai Upaya Meningkatkan Kualitas Pelayanan. *JHeS (Journal Heal Stud)*. 2017;1(1):65–71.
64. Nasution A. Bentuk Kolaborasi Profesional Antar Komponen Rumah Sakit yang Berhubungan dengan Keselamatan pada Pasien. 2019.

## LAMPIRAN

### Lampiran 1

#### Permohonan Kesediaan Menjadi Responden Penelitian

Kepada Yth. Bapak/Ibu/Saudara Responden Tenaga Kesehatan  
Rumah Sakit Universitas Andalas  
Dengan hormat,

Dalam rangka penelitian skripsi, saat ini saya akan melakukan penelitian mengenai: **Gambaran Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi dalam Penanganan Pasien Diabetes Melitus di Rumah Sakit Universitas Andalas**

Praktik kolaborasi interprofesi yang efektif dapat memperkuat sistem pelayanan kesehatan, mengoptimalkan pelayanan kesehatan dan meningkatkan kualitas layanan. Penilaian praktik kolaborasi interprofesi tenaga kesehatan penting dilakukan untuk memberikan gambaran mengenai praktik kolaborasi interprofesi bagi praktisi kesehatan.

Dalam penelitian ini, peneliti membutuhkan informasi dari tenaga kesehatan yang melakukan praktik kolaborasi interprofesi. Mohon bantuan dan kesediaan waktu Bapak/Ibu/Saudara untuk melengkapi kuesioner berikut ini.

Bapak/Ibu/Saudara diharapkan memberikan respon terhadap pernyataan-pernyataan di bawah ini **dari sudut pandang Bapak/Ibu/Saudara sebagai anggota sebuah tim pelayanan pasien**. Jika Bapak/Ibu/Saudara bekerja dalam lebih dari satu tim, maka jawablah berdasarkan tim yang Bapak/Ibu/Saudara paling sering terlibat dan/atau harapkan untuk dikembangkan menjadi tim yang lebih kolaboratif.

Partisipasi Bapak/Ibu/Saudara dalam penelitian ini bersifat sukarela. Semua identitas dan jawaban Bapak/Ibu/Saudara akan dijamin kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk data penelitian. Atas partisipasi dan kesediaan Bapak/Ibu/Saudara/ peneliti ucapkan terima kasih.

Apabila ada pertanyaan mengenai lembar penelitian ini, Bapak/Ibu/Saudara dapat menghubungi Hadyan Imal Fathoni melalui email: [imalhadyan@gmail.com](mailto:imalhadyan@gmail.com) atau nomor hp: 0811-1142-113

Hormat saya,  
Peneliti

Hadyan Imal Fathoni

**Lampiran 2**

**Lembar Persetujuan Menjadi Responden Penelitian  
(Informed Consent)**

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama Lengkap :

Profesi :

No. HP/WhatsApp :

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi responden dengan mengikuti instruksi yang diberikan peneliti dan memberikan data yang dibutuhkan dalam penelitian yang dilakukan oleh:

Nama : Hadyan Imal Fathoni

NIM : 2010313016

Program Studi : Kedokteran, Fakultas Kedokteran Universitas Andalas

Judul Penelitian :

**“Gambaran Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi dalam Penanganan Pasien Diabetes Melitus di Rumah Sakit Universitas Andalas”**

Demikianlah surat persetujuan ini saya tandatangi tanpa adanya paksaan dari pihak manapun. Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan merugikan saya sebagai responden.

Padang, ..., .....2024  
Responden,

(.....)  
Nama Terang

**Lampiran 3**

**Data Karakteristik Responden**

Nama/Inisial	:	
Usia	:	
Jenis Kelamin	:	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Profesi	:	<input type="checkbox"/> Dokter Spesialis <input type="checkbox"/> Residen <input type="checkbox"/> Dokter Umum <input type="checkbox"/> Perawat <input type="checkbox"/> Apoteker <input type="checkbox"/> Nutrisionis <input type="checkbox"/> ATLM <input type="checkbox"/> (.....)
Lama Anda bekerja dalam Profesi tersebut?		<input type="checkbox"/> 1-5 Th <input type="checkbox"/> 5-10 Th <input type="checkbox"/> >10 Th
Apakah Anda memiliki pengalaman dalam implementasi kolaborasi interprofesi?		<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak
Praktik kolaborasi interprofesi adalah :		<b>“Ketika dua atau lebih tenaga profesi dalam melaksanakan praktiknya saling bekerja sama, berinteraksi, berkolaborasi, dan berkoordinasi dengan pasien, keluarga dan komunitas dalam memutuskan dan memberikan pelayanan kesehatan”</b>
Apakah Anda pernah tergabung dalam tim kolaborasi? Tim kolaborasi interprofesi adalah :		<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak
		<b>“Sekelompok orang yang terdiri dari dua atau lebih profesi saling berbagi tujuan dan tujuan ditentukan oleh kebutuhan masyarakat, dimana setiap anggota saling berkontribusi sesuai dengan kompetensi yang dimiliki dan menghormati peran profesi lain”</b>
Pada Tim Kolaborasi manakah Anda bergabung? ( <i>boleh dipilih lebih dari satu</i> )		<input type="checkbox"/> Gawat Darurat <input type="checkbox"/> Rawat Inap Eboni <input type="checkbox"/> Rawat Inap Sakura (VIP) <input type="checkbox"/> Instalasi Farmasi <input type="checkbox"/> Instalasi Laboratorium <input type="checkbox"/> Instalasi Gizi <input type="checkbox"/> Dan lain-lain (Tuliskan) .....
Jabatan/Posisi Anda pada Tim Kolaborasi saat ini :		<input type="checkbox"/> Ketua Tim Pelayanan <input type="checkbox"/> Anggota Tim Pelayanan
Lama Bekerja pada Jabatan tersebut :		<input type="checkbox"/> < 1 Tahun <input type="checkbox"/> 1-2 Tahun <input type="checkbox"/> ≥ 3 Tahun
Sudah pernah tergabung dalam penanganan pasien DM sebelumnya?		<input type="checkbox"/> Sudah <input type="checkbox"/> Belum

Ket : Berikan tanda (√)

## Lampiran 4

### Kuesioner Penilaian Implementasi Kolaborasi Interprofesi

Pernyataan di bawah ini sesuai dengan prinsip-prinsip implementasi kolaboratif dalam pelayanan kesehatan. Silakan memberikan respon Bapak / Ibu / Saudara terhadap setiap pernyataan berdasarkan sudut pandang Bapak / Ibu / Saudara sebagai bagian dari tim pelayanan kesehatan tempat Bapak / Ibu / Saudara mengalokasikan sebagian besar waktu pelayanan Bapak / Ibu / Saudara di Rumah Sakit.

Nyatakan pilihan Bapak / Ibu / Saudara terhadap pernyataan-pernyataan di bawah ini dengan memberikan tanda (√)

Keterangan :

SS = Sangat Setuju

S = Setuju

R = Ragu-ragu

TS = Tidak Setuju

STS = Sangat Tidak Setuju

NA = not applicable/tidak sesuai dengan kondisi Anda

No	Butir Pernyataan Kuesioner	SS	S	R	TS	STS	NA
<b>I</b>	<b>Hubungan Antar Anggota</b>						
1	Anggota tim memiliki kepercayaan terhadap pekerjaan dan kontribusi setiap anggota dalam hubungannya dengan pelayanan pasien/klien.						
2	Anggota tim menghormati peran dan keahlian masing-masing.						
3	Tingkat saling menghormati dalam tim kami dapat meningkatkan kemampuan kami untuk bekerja sama.						
4	Anggota tim peduli terhadap kesejahteraan satu sama lain.						
5	Bekerja dengan anggota tim lainnya merupakan hal yang menyenangkan.						
6	Kegiatan kebersamaan dapat meningkatkan efektivitas kerja tim.						
7	Saling menghormati antara anggota tim meningkatkan kemampuan kami untuk bekerja sama.						
8	Bekerja secara kolaboratif membuat sebagian besar anggota tim antusias dan tertarik terhadap pekerjaan mereka.						

9	Pemimpin tim kami mendorong setiap anggota untuk berpraktik dalam seluruh lingkup profesional mereka.						
<b>II Hambatan Tim dalam Kolaborasi</b>							
10	Kepemimpinan dalam tim menghambat para profesional untuk mengambil inisiatif dalam usaha mencapai tujuan pelayanan pasien / klien.						
11	Pemimpin tim kami tidak memperhatikan kekhawatiran dan persepsi anggota tim.						
12	Anggota tim merasa otonomi mereka terbatas dalam perawatan pasien / klien yang dapat mereka berikan.						
13	Ketidaksetujuan antar anggota tim diabaikan atau dihindari.						
14	Tim kami memiliki proses yang baku dalam manajemen konflik.						
<b>III Hubungan Tim dengan Masyarakat</b>							
15	Tim kami telah membentuk kemitraan dengan organisasi masyarakat untuk mewujudkan luaran pasien/klien yang lebih baik.						
16	Tim kami memiliki cara untuk mengoptimalkan koordinasi pelayanan pasien / klien dengan lembaga pelayanan masyarakat.						
17	Anggota tim kami berbagi informasi yang berhubungan dengan sumber daya komunitas.						
18	Janji temu pasien / klien dikoordinasikan sehingga mereka dapat bertemu beberapa pemberi layanan kesehatan dalam satu kunjungan.						
<b>IV Koordinasi dan Pembagian Peran</b>							
19	Catatan kesehatan pasien / klien digunakan secara efektif oleh semua anggota tim sebagai alat komunikasi.						
20	Saya percaya keakuratan informasi yang dilaporkan diantara anggota tim.						
21	Ketika ada anggota tim yang tidak setuju, semua pandangan dipertimbangkan sebelum keputusan diambil.						
22	Informasi yang relevan berkaitan dengan perubahan status atau rencana perawatan pasien/klien dilaporkan kepada anggota tim yang sesuai pada waktu yang tepat.						

23	Kekhawatiran pasien/klien ditangani secara efektif melalui pertemuan rutin dan diskusi tim.						
24	Anggota tim memiliki tanggung jawab untuk berkomunikasi dan menyediakan keahlian mereka dengan cara yang asertif.						
25	Terdapat kejelasan mengenai siapa yang bertanggung jawab untuk aspek-aspek dalam rencana perawatan pasien / klien.						
26	Informasi yang relevan dengan rencana pelayanan kesehatan pasien diberikan kepada pasien / klien.						
27	Tim kami sudah mengembangkan strategi komunikasi yang efektif untuk saling berbagi tujuan dan hasil tatalaksana pasien / klien.						
28	Setiap anggota tim bertanggung jawab terhadap keputusan dan hasil tim.						
29	Anggota tim merasa nyaman dalam memberikan advokasi terkait pasien / klien.						
30	Pertemuan tim kami memberikan kesempatan yang terbuka, nyaman dan aman untuk membahas kekhawatiran.						
31	Anggota tim bertanggung jawab terhadap pekerjaan mereka.						
32	Anggota tim bertemu tatap muka dengan pasien yang dirawat oleh tim.						
<b>V</b>	<b>Pembuatan Keputusan dan Manajemen Konflik</b>						
33	Dalam tim kami, penetapan keputusan akhir terkait pelayanan pasien / klien berada di tangan dokter.						
34	Dalam tim kami, ada masalah yang secara teratur perlu dipecahkan oleh seseorang dengan posisi yang lebih tinggi.						
<b>VI</b>	<b>Kepemimpinan</b>						
35	Pemimpin tim kami mencontohkan, menunjukkan dan mengadvokasi praktik baik yang berpusat pada pasien/klien.						
36	Kepemimpinan dalam tim menjamin bahwa peran dan tanggung jawab dalam pelayanan pasien / klien didefinisikan dengan jelas.						
37	Kepemimpinan dalam tim mendukung adanya peluang pengembangan interprofesional.						
38	Tim kami memiliki proses penilaian antara sejawat.						

39	Langkah-langkah tersedia untuk mengidentifikasi dan merespon masalah secara cepat.						
<b>VII</b>	<b>Misi, Tujuan, dan Sasaran</b>						
40	Misi tim kami mewujudkan pendekatan kolaboratif interprofesional dalam pelayanan pasien / klien.						
41	Tujuan tim kami jelas, bermanfaat dan sejalan dengan praktik saya.						
42	Tujuan utama tim kami adalah membantu pasien / klien dalam mencapai tujuan pengobatan.						
43	Rencana pelayanan dan tujuan pengobatan pasien / klien memasukan panduan praktik baik dari berbagai profesi.						
44	Misi dan tujuan tim kami didukung oleh sumber daya yang cukup (keterampilan, dana, waktu, ruangan).						
45	Semua anggota tim memiliki komitmen terhadap praktik kolaboratif.						
46	Anggota tim kami memiliki pemahaman yang baik mengenai rencana pelayanan dan tujuan pengobatan pasien/klien.						
47	Ada keinginan nyata di antara anggota tim untuk bekerja secara kolaboratif.						
48	Kepemimpinan dalam tim memastikan bahwa semua profesi yang dibutuhkan memiliki peran dalam tim.						
<b>VIII</b>	<b>Keterlibatan Pasien</b>						
49	Jika pasien meminta, maka keluarga dan dukungan lain dimasukkan dalam rencana pelayanan.						
50	Pasien / klien dianggap sebagai bagian dari tim pelayanan kesehatan.						
51	Anggota tim mendorong partisipasi aktif dari pasien / klien dalam membuat keputusan pelayanan.						
52	Dokter mengambil peran sebagai penanggung jawab utama untuk keputusan dan luaran dari tim.						
53	Para anggota tim mengakui aspek pelayanan dimana anggota profesi saya memiliki lebih banyak keterampilan dan keahlian.						

## Lampiran 5

### Sertifikat Etik



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,  
RISET DAN TEKNOLOGI  
UNIVERSITAS ANDALAS  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
KOMISI ETIK PENELITIAN

Alamat : Kampus Universitas Andalas, Limau Manis Padang Kode Pos 25163  
Telepon : 0751-31746, Faksimile : 0751-32838, Dekan : 0751-39844  
Laman : <http://fk.unand.ac.id> e-mail : [dekanat@med.unand.ac.id](mailto:dekanat@med.unand.ac.id)

**KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK**  
**DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL**

No : 101 /UN.16.2/KEP-FK/2024

Tim Komisi Etik Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, dalam upaya melindungi Hak Azasi dan Kesejahteraan Subjek Penelitian kedokteran/kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol penelitian dengan judul :  
(*The Research Ethics Committee Faculty of Medicine Universitas Andalas, in order to protect human rights and welfare of medical/health research subject, has carefully reviewed the research protocol entitled*) :

**Gambaran Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Implementasi Kolaborasi Interprofesi dalam Penanganan Pasien Diabetes Melitus di Rumah Sakit Universitas Andalas**

Nama Peneliti Utama : Hadyan Imal Fathoni  
*Principal Researcher*

Nama Institusi : Fakultas Kedokteran Universitas Andalas  
*Institution*

**Protokol Penelitian tersebut dapat disetujui pelaksanaannya**  
*and approved the research protocol.*

Padang, 16 April 2024

Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas  
*Faculty of Medicine Universitas Andalas*



Prof. Dr. dr. Ariwardi, SH, Sp.KO, MA  
NIP. 196704211997021001

Ketua  
*Chairman*



Prof. Dr. dr. Yuliarni Syafrita, Sp.N (K)  
NIP. 196407081991032001

**Keterangan/notes:**

Keterangan lolos kaji etik ini berlaku satu tahun dari tanggal persetujuan.

*This ethical approval is effective for one year from the due date.*

Jika ada kejadian serius yang tidak diinginkan (KTD) harus segera dilaporkan ke Komisi Etik Penelitian.

*If there are Serious Adverse Events (SAE) should be immediately reported to the Research Ethics Committee.*

## Lampiran 6

### Surat Izin Penelitian



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,  
RISET, DAN TEKNOLOGI  
UNIVERSITAS ANDALAS  
**RUMAH SAKIT**



Alamat: Kampus Unand Limau Manis Padang - 25163  
Telp/PABX : (0751) 8465000, 8465001

Laman : [www.rsp.unand.ac.id](http://www.rsp.unand.ac.id) e-mail : [mail@rsp.unand.ac.id](mailto:mail@rsp.unand.ac.id)

Nomor: B/1240/UN16.36/PK.01.06/2024

Padang, 12 Juni 2024

Lamp. :-

Hal : Izin Pelaksanaan Penelitian

Kepada Yth,  
**Dekan Fakultas Kedokteran**  
**Universitas Andalas**  
Di \_\_\_\_\_  
Tempat \_\_\_\_\_

Dengan hormat,

Menjawab surat dari Saudara pada tanggal 28 Mei 2024 dengan nomor B-3264/UN16.02.WD1/PP/Prodi.Kedokteran/2024 perihal Izin Pelaksanaan Penelitian, maka dengan ini kami sampaikan pihak Rumah Sakit Universitas Andalas mengizinkan permohonan saudara untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Universitas Andalas.

Setelah melakukan penelitian harap memberikan laporan ke Bagian Diklit Rumah Sakit Universitas Andalas.

Adapun data mahasiswa yang akan melakukan penelitian sebagai berikut:

No	Nama Mahasiswa	NIM	Jurusan
1	Hadyan Imal Fathoni	2010313016	Mahasiswa Fakultas Kedokteran Unand

Demikianlah surat balasan ini dibuat, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

*Acc Melakukan penelitian  
di rumah sakit kepada Bapak/ Ibu bidang/  
untuk terkait menyangkut  
penelitian ini*

*Ade Fau*

Direktur Utama



**Dr. dr. Yevri Zulfqar, Sp. B-Sp.U (K),M.Kes**  
NIP : 197009062000031005

Tembusan:

1. Wakil Dekan Bidang Akademik dsn Kemahasiswaan Unand
2. Arsip



TERAKREDITASI  
PARIPURNA  
LAM-KPRS

## Lampiran 7

### Permohonan Izin Penggunaan Kuesioner CPAT



Laila Isona <lailaisrona1973@gmail.com>

3/13/2024 2:15 PM



To: imalhadyan@gmail.com

----- Forwarded message -----

From: **Laila Isona** <lailaisrona1973@gmail.com>

Date: Mon, Oct 18, 2021 at 12:48 AM

Subject: Mohon izin penggunaan kuesioner CPAT

To: ardi findyartini <findyartini@yahoo.com>

Kepada Yth.  
dr. Ardi Findyartini, PhD.

Assalamu'alaikum wrwb  
Do'a kami semoga Dr. Titin dan tim berada dalam keadaan sehat wal-afiat.

Sehubungan dengan penelitian saya dan tim mahasiswa tentang Kolaborasi Interprofesi pada RSP UNAND dan Puskesmas, maka kami bermaksud menggunakan kuesioner CPAT versi Indonesia yang telah Dr. Titin dan tim kembangkan.

Oleh karena itu, kami mohon perkenan izin dari Dr. Titin dan tim untuk penggunaan kuesioner tersebut pada penelitian di atas.

Demikian, Dok. Kami menunggu konfirmasinya ya, Dok.  
Atas izin Dr. Titin dan tim nantinya, kami mengucapkan terima kasih.

Wassalam,  
dr. **Laila** Isona

