

BAB VI

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Penelitian Tahap 1 (Penelitian Kualitatif)

Penelitian ini dilakukan di RS Pendidikan tipe B dan C dengan kapasitas tempat tidur berkisar 100-200 tempat tidur. Informan yang dilibatkan dalam penelitian ini sebagian besar adalah stakeholder internal yakni direktur RS, dan tim PONEK yang terdiri atas Dokter Kebidanan & Kandungan, Dokter Anak, Dokter Anestesi, Dokter Patologi Klinik (hanya di RSP UNAND saja), Dokter Umum, perawat, bidan, analis laboratorium, apoteker, ahli gizi dan tim penunjang lainnya. Sebagian kecil lainnya berasal dari stakeholder eksternal seperti kepala DKK, dan Kepala BPJS. Informan yang wawancarai berusia 26 tahun hingga 66 dan sebagian besar berjenis kelamin perempuan. Semua informan ini telah bekerja dalam tim PONEK lebih dari setengah tahun.

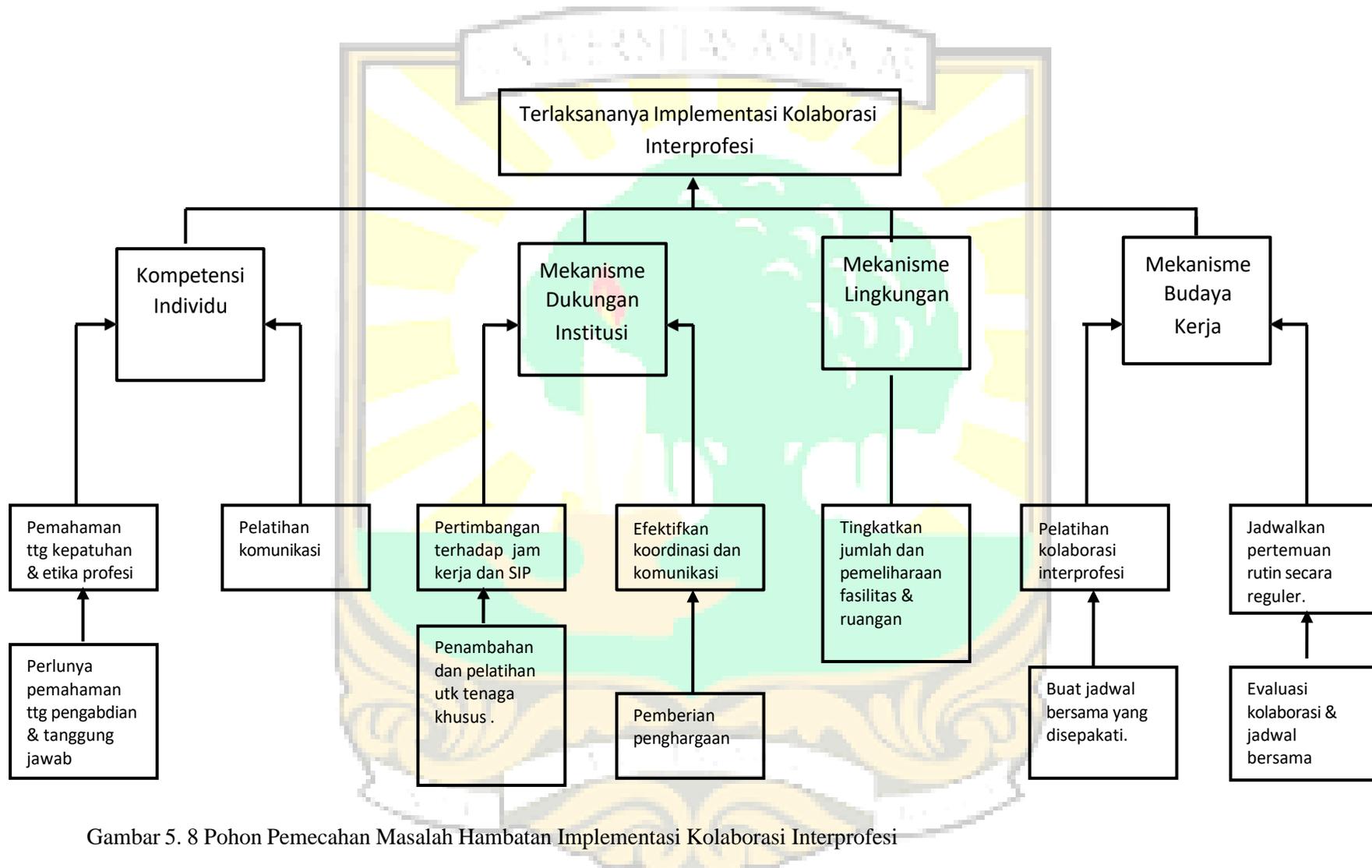
Informan memberikan pendapat tentang pengalaman mereka di dalam tim PONEK di RS Pendidikan di Sumatera Barat. Mereka menyampaikan faktor penunjang dan penghambat dalam implementasi kolaborasi interprofesi dan merekomendasikan harapan untuk perbaikan implementasi layanan ini. Faktor penunjang dan penghambat dilihat dari sisi kompetensi individu, mekanisme dukungan institusi, mekanisme lingkungan dan mekanisme budaya kerja. Gambar 5.5 merupakan pohon pemecahan masalah dari hambatan implementasi kolaborasi interprofesi.

1. Kompetensi Individu

Kompetensi individu mempengaruhi kesiapan seseorang dalam menjalankan praktik kolaborasi. Kompetensi ini berupa pengetahuan, ketrampilan dan sikap yang dimiliki oleh tenaga kesehatan (Mink *et al.*, 2021). Partisipan dalam penelitian ini ada yang sudah pernah mendapatkan pendidikan interprofesi secara formal maupun informal. Namun, bagi yang belum pernah mendapatkannya mereka berpendapat bahwa mereka telah menjalankan kolaborasi interprofesi ini walaupun mereka baru mendengarkan istilah tersebut. Sebagian besar mereka telah dengan tepat mendefinisikan arti kolaborasi interprofesi walaupun masih ada yang belum tepat yakni dengan menyebutkan kerjasama yang dilakukan dengan dokter lain bukan profesi lain. Mereka telah dengan tepat menyatakan tujuan layanan kolaborasi interprofesi ini untuk keselamatan pasien. Pengetahuan yang dimiliki oleh individu akan mempengaruhi persepsi dan akhirnya menuntun seseorang untuk bertindak. Untuk itu diperlukan

adanya pendidikan awal tentang interprofesi pada level





Gambar 5. 8 Pohon Pemecahan Masalah Hambatan Implementasi Kolaborasi Interprofesi

pendidikan tinggi sebelum mereka bekerja pada layanan di RS sehingga akan meningkatkan kompetensi kolaborasi interprofesi mereka dalam karir selanjutnya (Gilbert *et al.*, 2010; Mink *et al.*, 2021). Kurangnya pendidikan formal mengenai kolaborasi interprofesi mempengaruhi implementasi kolaborasi interprofesi tersebut (Ernawati, 2020). Pengetahuan yang diharapkan tidak hanya terhadap definisi dari istilah kolaborasi interprofesi namun juga pengetahuan individu terhadap tanggung jawab dan ketrampilan profesi lain agar memunculkan penghargaan kepada profesi lain (Aquino *et al.*, 2016; Behruzi *et al.*, 2017; Susilaningrum *et al.*, 2020; Wilson *et al.*, 2016)

Faktor penunjang kolaborasi interprofesi dari segi kompetensi individu lainnya adalah adanya tanggung jawab sesuai *job description* masing-masing. Penelitian terdahulu telah menunjukkan bahwa untuk keefektifan kolaborasi interprofesi diperlukan kemampuan untuk bertanggung bersama-sama terhadap tugas yang diberikan (Watkins *et al.*, 2017). Tanggung jawab yang diberikan kepada setiap individu didefinisikan dengan jelas, sehingga kerjasama yang diharapkan akan berjalan dengan baik (Haemmerli *et al.*, 2021). Agar peran dan tanggung jawab yang diberikan dapat dikerjakan dengan baik, tenaga kesehatan perlu mengikuti pelatihan terkait peran dan tanggung jawab yang diberikan. Hal ini dikemukakan juga oleh peneliti lain bahwa pelatihan akan mendukung kerja yang dilakukan oleh tenaga kesehatan (Haemmerli *et al.*, 2021; Yamuragiye, Wylie, *et al.*, 2023).

Informan penelitian ini mengatakan bahwa kemampuan berkomunikasi menjadi hal penting dalam kolaborasi interprofesi. Bahkan menurut Haemmerli *et al.* strategi komunikasi yang dapat meningkatkan kepercayaan perlu dikembangkan (Haemmerli *et al.*, 2021). Yamuragiye *et al.* menyarankan bahwa kolaborasi akan dapat berjalan baik jika komunikasi berlangsung secara efektif (Coifman *et al.*, 2021; Yamuragiye, Wylie, *et al.*, 2023). Faktor lain yang turut menunjang keberhasilan kolaborasi interprofesi adalah kesatuan visi. Tenaga kesehatan dalam tim bekerja sama dengan berbagi beban kerja untuk mewujudkan visi tim demi keselamatan pasien untuk kualitas perawatan yang lebih baik (Haemmerli *et al.*, 2021; Schulz & Wirtz, 2023).

Untuk meningkatkan peran kompetensi individu dalam implementasi kolaborasi interprofesi, informan mengharapkan agar setiap individu mempunyai komitmen, kejelasan SK tim dari direktur, menghadiri pertemuan sebelum adanya tindakan besar, mengikuti pelatihan berkala dan menjalankan tugas sesuai SOP yang telah dibuat.

2. Mekanisme Dukungan Institusi

Sumber Daya Manusia

Kelengkapan dari tim, kegesitan dan semangat mereka dalam bekerja membuat kolaborasi interprofesi berjalan dengan baik. Sebaliknya, menurut informan, kolaborasi interprofesi akan terhambat bila kuantitas dan kualitas dari tim tidak memadai, dibuktikan dari segi ketrampilan yang tidak kompeten atau adanya anggota tim yang tidak hadir. Hal yang sama disampaikan oleh Kurniasih *et al.* bahwa jumlah yang terbatas dari tenaga kesehatan apalagi jika staf yang tidak hadir mempunyai kompetensi khusus mengakibatkan kolaborasi interprofesi tidak tercapai (Kurniasih *et al.*, 2022). Keterbatasan jumlah tenaga ini dirasakan terutama pada *shift* malam hari sesuai dengan peneliti lain di Kabupaten Kutai Kartanegara (Mahmood *et al.*, 2018). Kolaborasi interprofesi juga dapat terganggu jika jumlah anggota tim sudah lengkap namun koordinasi dan komunikasi tidak berjalan efektif (Madisa *et al.*, 2023).

Informan mengeluhkan bahwa pelayanan dapat terganggu jika ada di antara tenaga kesehatan pada saat bersamaan bekerja di tempat lain dan memerlukan perhatian dari tenaga kesehatan tersebut. Kondisi ini dirasakan juga di RS lain di Indonesia (Mahmood *et al.*, 2018). Pemerintah pusat perlu meninjau ulang regulasi tentang distribusi dokter dan penggunaan SIP pada tiga RS seperti UU No.29 tahun 2004 pasal 37 ayat 2. Perlu penelitian lebih lanjut tentang kebijakan tersebut.

Standard Operational Procedure (SOP)

Dari hasil wawancara, informan memfokuskan bahwa SOP yang sudah ada sangat mendukung kegiatan layanan, namun perlu dilakukan evaluasi secara berkala, diperbaiki dan disosialisasikan secara efektif, sehingga anggota tim dapat menjalankannya dengan baik. SOP menguraikan tugas dan tanggung jawab

profesional kesehatan dalam layanan telah terbukti menjadi elemen yang bermanfaat untuk kolaborasi (Findyartini *et al.*, 2019b; Kurniasih *et al.*, 2022).

Informan menambahkan diperlukan adanya peningkatan pengetahuan dan pemahaman tentang SOP serta pembagian tugas antarprofesi dalam rangka meningkatkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan, khususnya dalam situasi darurat seperti PONEK. Informan menyadari adanya irisan tanggung jawab antar profesi sehingga perlu dikomunikasikan dengan baik. Hal ini mengurangi munculnya ketidakpastian dalam bertindak atau saling menunggu (Findyartini *et al.*, 2019b; Hofstede, 2011).

Penghargaan

Pada penelitian ini informan dengan profesi sebagai dokter anak merasakan kurangnya penghargaan terhadap kinerja mereka, sehingga menjadi penghambat dalam bekerja. Mereka tidak mendapatkan *fee* jika anak yang dilahirkan secara normal. Oleh karena kondisi tersebut dokter anak jarang hadir pada persalinan. Mereka akan datang jika dipanggil karena bayi akan dilahirkan secara operasi. Peneliti telah mewawancarai informan dari BPJS dan menyatakan bahwa pembagian jasa medik dalam tim layanan kesehatan menjadi tanggung jawab dari RS. Sehingga RS harus adil dalam memberikan jasa medik kepada dokter yang memberikan pelayanan di RS mereka.

Penghargaan diperlukan untuk meningkatkan semangat dan motivasi kolaborasi interprofesional. Terdapat keluhan terkait minimnya penghargaan terhadap kinerja petugas, khususnya dokter anak, yang dianggap sebagai faktor penurunan motivasi dan dampak negatif terhadap kualitas kerja dokter anak. Smith *et al.* dalam literatur review bukti kepemimpinan yang efektif dalam layanan kesehatan interprofesional menyatakan bahwa seorang pemimpin perlu menciptakan suasana dimana staf ditantang, didukung, dimotivasi dan diapresiasi (T. Smith *et al.*, 2018). Apresiasi diberikan baik dalam bentuk finansial ataupun non finansial (Sikder *et al.*, 2015). Saran yang diberikan informan untuk SDM yang telah tersedia agar memiliki kemampuan yang tersertifikasi. Selain itu, SDM ini ditempatkan berdasarkan hasil *fit & proper test*.

3. Mekanisme Lingkungan

Faktor penunjang kolaborasi interprofesi dirasakan oleh informan adalah adanya tata letak ruangan yang sesuai. Menurut mereka letak IGD yang terhubung dengan kamar bersalin dan kamar operasi memudahkan mereka dalam bekerja. Sementara itu, kendala akan muncul jika jarak antara IGD dengan ruangan PONEK berjauhan. Ruangan yang dibangun dalam layanan kesehatan memerlukan desain khusus agar kolaborasi interprofesi dapat berjalan baik. Misalnya jarak yang tidak jauh, dan tersedia ruangan pertemuan dari berbagai profesi. Desain ruangan akan mempengaruhi perasaan, emosi dan pengalaman lain yang dapat muncul saat bekerja ataupun belajar bersama (Acharya et al., 2023; AM et al., 2020; Goodman et al., 2017; Mette et al., 2021; Schot et al., 2020; Adji Prayitno Setiadi et al., 2017; van Helmond et al., 2015).

Menurut informan, fasilitas yang sudah mencukupi pada layanan tidak menimbulkan keluhan. Sebaliknya fasilitas penting yang belum tersedia, seperti ventilator, alat penanganan bayi di bawah 3 minggu, dan keterbatasan obat-obatan menjadi penghambat dalam melakukan layanan. Fasilitas yang tidak memadai menyebabkan terjadinya keterlambatan dalam penanganan persalinan, hal ini dikenal dengan terlambat yang ketiga (*the third delay*) (Brooks et al., 2017; Geleto, Chojenta, Mussa, et al., 2018). Untuk itu perlu dilakukan upaya melengkapi sarana prasarana dengan terlebih dahulu melakukan penilaian kebutuhan fasilitas yang akan disediakan. Informan menyarankan agar sarana dan prasarana perlu dipelihara dan perlu didekatkan jarak antara IGD dengan ruang PONEK.

4. Mekanisme Budaya Kerja

Dukungan untuk mengimplementasikan kolaborasi interprofesi dalam penelitian ini diperkuat oleh faktor budaya kerja yang mencakup kolaborasi positif, responsif, dan terkoordinasi, tanggung jawab bersama serta suasana yang nyaman. Terdapat empat kompetensi untuk dapat berkolaborasi, pertama adalah memahami peran dan tanggung jawab profesi lain (Ernawati, 2020; Schmitt et al., 2011). Semakin awal seseorang mengenal perannya dan peran profesi lain maka akan semakin mudah terhindar dari kesalahan persepsi dan stereotip negatif (Soemantri et al., 2019). Oleh karena itu dipandang perlu adanya pendidikan interprofesi sejak di perguruan tinggi ataupun dalam pendidikan berkelanjutan.

Kompetensi kedua untuk dapat berkolaborasi adalah kemampuan komunikasi interprofesi (Schmitt *et al.*, 2011). Komunikasi dapat menjadi penunjang ataupun menjadi penghambat dalam implementasi kolaborasi interprofesi. Hal ini diakui juga oleh informan, komunikasi yang efektif akan menunjang kolaborasi sebaliknya komunikasi yang tidak efektif akan menghambat kolaborasi interprofesi. Komunikasi menjadi kunci penting dalam kualitas layanan interprofesi (Watson *et al.*, 2016).

Berbagai metode digunakan untuk kelancaran komunikasi interprofesi secara terstruktur yang telah familiar dikalangan tenaga kesehatan seperti SBAR (*Situation, Background, Assessment and Recommendation*) (Coolen *et al.*, 2020). Penggunaan teknologi dalam berkomunikasi sangat membantu lancarnya komunikasi namun masih diperlukan perhatian terhadap kondisi non-teknologi seperti kehadiran staf, isu organisasi, beban kerja, politik yang berkembang dll (Tang *et al.*, 2019). Beberapa informan menyatakan bahwa mereka telah mendapatkan pelatihan berkomunikasi dan service excellent dari institusi mereka, Untuk pelatihan berkomunikasi dapat juga diterapkan 'Tri-O' pada komunitas dengan kultur sosial berhirarki seperti di Indonesia, yakni *open for collaboration, open for information, and open for discussion* (Claramita *et al.*, 2019).

Komunikasi pada suasana emergensi seperti PONEK tentu sangat berbeda dengan komunikasi pada layanan non emergensi. Hal ini dikarenakan pada kondisi emergensi dimana jumlah pasien dan kondisi pasien yang menuntut kecepatan kerja, beban kerja yang berlebihan, kurangnya standarisasi perilaku, kurangnya pengalaman profesional, dan defisit dalam hubungan interprofessional adalah faktor-faktor yang menghambat komunikasi yang efektif (Coifman *et al.*, 2021). Sehingga diperlukan komunikasi lisan dan tulisan yang jelas serta dimengerti oleh semua anggota tim (Coifman *et al.*, 2021). Informan menyampaikan bahwa mereka telah melakukan komunikasi secara lisan dan tulisan menggunakan CPPT dan rekam medik di RS.

Kompetensi ketiga dalam implementasi kolaborasi interprofesi adalah kerjasama tim (Schmitt *et al.*, 2011). Untuk hal ini informan mengakui kondisi responsif dan terkoordinasi di IGD sudah mereka jalani karena mereka mempunyai visi yang sama untuk keselamatan pasien. Kesamaan visi ini menjadi faktor

penunjang dalam melakukan kolaborasi interprofesi (Macdonald & Etowa, 2021; Van Dongen *et al.*, 2016). Kerjasama tim diwujudkan juga dalam pertemuan rutin yang diadakan dan berkontribusi positif dalam pelayanan. Informan menyadari koordinasi yang lancar, motivasi tinggi, dan saling mengingatkan akan kekurangan menjadi hal penting dalam kerjasama tim.

Kompetensi terakhir yang harus dimiliki agar kolaborasi interprofesi dapat berjalan dengan baik adalah penghargaan terhadap nilai-nilai dan etika yang dianut baik oleh profesi lain maupun pasien atau keluarganya (Schmitt *et al.*, 2011; Watson *et al.*, 2016). Informan mengatakan bahwa nilai-nilai yang diyakini hendaklah nilai-nilai baik dan mempunyai nilai ibadah yang dilakukan dengan ikhlas. Nilai-nilai ini harus dihargai supaya dapat bekerja sama. Arogansi individu dan arogansi profesi harus dihilangkan agar tidak terjadi hambatan dalam kolaborasi interprofesi. Hal ini muncul karena pengalaman pendidikan dan profesional yang terpisah yang menghasilkan keyakinan, nilai, dan pandangan dunia yang berbeda (Watson *et al.*, 2016). Informan berpendapat hambatan juga muncul ketika harus merubah kebiasaan dan mindset seseorang karena arogansi profesi tadi. Selain itu, informan mengakui terdapat kesulitan dalam mengatur sejawat dalam hal pendokumentasian ataupun penandatanganan berkas pemeriksaan pasien. Namun, dengan adanya pengeluaran klaim jasa medik berdasarkan catatan yang dibuat dokter, maka terjadi perubahan ke arah yang lebih baik.

Usaha untuk melakukan perubahan budaya dalam lingkungan layanan kesehatan sangat diperlukan. Perubahan ini juga mencakup memberikan kesempatan pendidikan, sosialisasi program yang efektif dan perhatian terhadap sumber daya yang akan mendukung perubahan. Tantangan terhadap masalah yang sama dan kemauan untuk berkomunikasi secara efektif menjadi aspek penting dalam perubahan ini (Watson *et al.*, 2016).

5. Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi

Rumah Sakit yang dijadikan objek penelitian telah memanfaatkan CPPT sebagai media untuk melakukan komunikasi antar PPA. Pengisian CPPT merupakan bentuk komunikasi tertulis yang dilakukan dalam layanan kesehatan (KARS, 2017; Ridar *et al.*, 2018; Sukawan *et al.*, 2021) termasuk pada PONEK. Komunikasi tertulis

yang digunakan dalam kondisi darurat sangat membantu dalam penanganan kasus pasien (Coifman *et al.*, 2021). Namun, agar komunikasi lebih efektif informasi yang disampaikan harus lengkap, tidak bertele-tele, tidak berulang-ulang dan sulit dibaca sehingga menyulitkan pemahaman tentang perawatan dan rencana pengobatan (Coifman *et al.*, 2021).

Catatan pasien pada CPPT dari hasil penelitian ini telah dilakukan secara terintegrasi dengan melibatkan berbagai profesi. Setiap profesi yang terlibat dalam penatalaksanaan pasien telah menuliskan hasil penilaiannya yang didapatkan dari anamnesis dan pemeriksaan pasien dalam lembar yang sama. Hal ini memudahkan untuk melihat hasil catatan dari setiap profesi untuk ditindaklanjuti. Namun, belum terlihat adanya sinkronisasi pelaksanaan pesan dari dokter ke profesi lain. Masih ada interval waktu yang cukup panjang untuk merespon pesan dari profesi satu ke profesi lain. Kegagalan komunikasi salah satunya dengan keterlambatan merespon informasi merupakan faktor yang mengganggu kolaborasi interprofesi dan kelangsungan perawatan pasien. Coifman *et al.* merekomendasikan agar mengidentifikasi metode dan mengadopsi strategi yang mengurangi keterlambatan informasi sehingga akan mengurangi hilangnya data klinis penting selama komunikasi. Oleh karena itu diperlukan prosedur untuk memastikan bahwa semua anggota tim hadir pada saat pemeriksaan dan saat penyampaian informasi yang harus ditindaklanjuti segera (Coifman *et al.*, 2021).

B. Pembahasan Penelitian Tahap 2 (Penelitian Kuantitatif)

Penelitian kuantitatif ini bertujuan untuk membuat kuesioner penelitian yang akan digunakan untuk menjawab pertanyaan dan menguji hipotesis penelitian. Terdapat lima tahapan yang dimulai dari latar belakang, konseptualisasi kuesioner, melakukan format dan analisis data, menentukan validitas dan reliabilitas kuesioner. Pada tahapan pertama, latar belakang, telah ditentukan pertanyaan penelitian, tujuan dan hipotesis dari penelitian ini. Populasi yang digunakan dalam penelitian uji coba kuesioner adalah tim PONEK di RS dan ditetapkan sampel sebanyak 45 orang yang berasal dari tim PONEK RS di dalam dan di luar Sumatera Barat. Sebagian besar

sampel adalah perempuan dan rentang usia sampel adalah usia 25-60 tahun. Jumlah sampel ini sudah memenuhi syarat minimal dari sampel uji coba kuesioner, 30 sampel (Johanson & Brooks, 2010; Mcgartland *et al.*, 2015; Viechtbauer *et al.*, 2015).

Pada langkah konseptualisasi kuesioner ditentukan variabel independen dan dependen. Variabel independen berupa domain kompetensi individu, mekanisme dukungan institusi, mekanisme lingkungan dan mekanisme budaya kerja. Sedangkan variabel dependen berupa komponen implementasi kolaborasi interprofesi. Kedua variabel ini dibuat dalam blue print sehingga terlihat domain, subdomain serta aitem pada setiap variabel seperti pada Tabel 5.4.

Draft kuesioner terdiri atas 56 aitem pernyataan dengan rincian sebagai berikut: domain kompetensi individu (18 aitem); mekanisme dukungan institusi (7 aitem); mekanisme lingkungan (6 aitem); mekanisme budaya kerja (6 aitem); dan implementasi kolaborasi interprofesi (19 aitem). Variabel waktu tanggap digunakan sebagai seleksi terhadap sampel yang akan diteliti pada penelitian kuantitatif berikutnya. Penelitian tersebut akan membuat model berdasarkan jumlah responden yang memberikan jawaban waktu tanggap yang sesuai standar. Kuesioner akan menggunakan skala Likert untuk mengukur *self report* responden yang terdiri atas nilai 1 (Sangat Tidak Setuju) hingga nilai 5 (Sangat Setuju).

Tahap berikutnya adalah menentukan validitas. Validitas merupakan pertimbangan utama dalam mengevaluasi mutu tes yang berfungsi sebagai alat ukur (Azwar, 2019; Bolarinwa, 2015; Mcgartland *et al.*, 2015; Yusoff, 2019). Validitas kualitas menggambarkan sejauh mana suatu tes atau alat ukur dapat mengukur dengan tepat apa yang seharusnya diukur (Azwar, 2019; Yusoff, 2019). Alat ukur yang valid menunjukkan bahwa alat tersebut dapat menghasilkan data yang dapat diandalkan, mengukur dengan akurat apa yang seharusnya diukur. Validitas yang tinggi tercapai jika pengukuran memberikan gambaran variabel yang sesuai dengan tujuan pengukuran (Azwar, 2019).

Uji validitas yang digunakan dalam penelitian ini adalah validitas isi (konten). Validitas isi mencerminkan kesesuaian antara konten tes dan konstruk yang hendak diukur (Azwar, 2019; Bolarinwa, 2015). Validitas isi dapat diprediksi melalui

uji kelayakan tes yang telah melalui analisis rasional oleh ahli yang berkompeten (Azwar, 2019). Uji validitas isi dalam penelitian ini dilakukan secara *expert judgement* dengan pendekatan kualitatif dan kuantitatif. Untuk pengukuran validitas isi, peneliti mengundang delapan orang pakar untuk memberikan penilaian terhadap draft kuesioner yang telah disusun. Pemilihan validator ini ditetapkan berdasarkan keahlian dan pengalamannya terkait cakupan isi kuesioner yang diuji (Mcgartland *et al.*, 2015). Para pakar yang terlibat dalam uji validitas penelitian ini memiliki latar belakang yang berbeda. Para pakar berasal dari kedokteran kebidanan dan kandungan, kesehatan masyarakat, peneliti kolaborasi interprofesi, dan peneliti pengembangan kuesioner (psikometrika), masing – masing berjumlah dua orang pakar per bidang.

Tahapan penilaian profesional melibatkan (1) kecukupan, memastikan isi tes mencakup dengan spesifik variabel yang diukur; (2) kejelasan, mengevaluasi kejelasan isi tes dan mengidentifikasi kalimat yang perlu diperjelas; (3) relevansi, memastikan isi tes sesuai dengan ranah tes yang diukur; (4) mendeteksi bias, dan hasil menunjukkan tidak ada aitem yang memiliki bias; serta (5) mengidentifikasi potensi *construct irrelevant variance* dan *construct underrepresentation*, dan hasilnya menunjukkan bahwa semua aitem dapat menilai dengan tepat setiap indikator pada setiap komponen dan dimensi variabel.

Dalam penelitian ini, uji validitas isi dengan pendekatan kualitatif, peneliti memberikan *open-ended question* kepada tim pakar/validator, hasil masukan diolah dan dianalisis yang terdapat pada lampiran. Hal ini dilakukan untuk mencapai kesepakatan atau *professional agreement* terkait dengan butir – butir pertanyaan yang dinilai sebagai tidak layak atau tidak valid.

Sementara itu, dalam uji validitas isi dengan pendekatan kuantitatif, data diolah dan dianalisis dengan memberikan skor pada penilaian yang dilakukan oleh tim panelis/validator. Setiap butir pertanyaan yang dinilai oleh validator diberikan skor dikotomi, yaitu 1 jika dianggap sesuai atau layak, dan 0 jika dianggap tidak sesuai atau tidak layak. Dari hasil skor ini, dilakukan perhitungan nilai rasio i-CVI. Jika nilai $i-CVI \geq 0,8$, maka butir pertanyaan tersebut dianggap layak atau valid (Azwar, 2019; Bolarinwa, 2015; Hendryadi *et al.*, 2017; McGartland *et al.*, 2015).

Pada Tabel 5.6 didapatkan hasil i-CVI untuk ‘relevansi antara tujuan dengan kuesioner’ = 0,96 sedangkan untuk bahasa yang digunakan mempunyai nilai = 0,90. Artinya kuesioner ini sudah valid secara konten namun masih perlu perbaikan bahasa pada beberapa pernyataan untuk dapat digunakan. Apabila di lihat pada setiap aitem, penilaian relevansi pada semua aitem dari *expert judgment* berupa i-CVI (*Content Validity Index*) berada di atas $\geq 0,8$. Sedangkan pada penggunaan bahasa para pakar menilai masih diperlukan perbaikan dibuktikan bahwa penilaian bahasa masih ada yang harus diperbaiki, misalnya pada aitem 3, 4, 24, 25, 40 dan 58. Artinya semua pernyataan dapat diterima. Untuk pernyataan 58 tetap dimasukkan dengan perbaikan skala dan akan digunakan untuk mengeksklusi sampel penelitian pada tahap 3 (Hendryadi *et al.*, 2017). Pengujian bahasa berguna untuk memverifikasi apakah kata-kata yang dipilih sesuai untuk menyampaikan makna dari pertanyaan tersebut.

Proses respon

Proses respons dilakukan setelah validitas konten/ isi telah terbukti (*valid*) (Yusoff, 2019). Validitas proses respons juga dikenal sebagai *face validity* yang mengacu pada sejauh mana responden tes menganggap isi kuesioner dan aitemnya relevan dengan konteks di mana kuesioner tersebut diberikan (Hardesty & Bearden, 2004). Peneliti lain juga berpendapat bahwa proses respons sebagai sejauh mana responden menganggap aitem-instrument penilaian sesuai dengan konstruk yang dituju dan tujuan penilaian (Hardesty & Bearden, 2004; Mcgartland *et al.*, 2015). Pada penelitian ini didapatkan bahwa responden memahami kata-kata yang digunakan di dalam kuesioner, dan mereka menghabiskan waktu antara 5 – 10 menit untuk mengisi kuesioner.

Validitas proses respons dapat melibatkan orang – orang yang terlibat dalam pengisian kuesioner awal, orang – orang nonprofesional yang bekerja dengan hasil pengujian, dan masyarakat umum. Dengan kata lain, orang yang terlibat dalam pengujian seharusnya memberikan penilaian, dan mereka tidak dapat digantikan oleh profesional, ahli, atau psikometrika (Mcgartland *et al.*, 2015; Yusoff, 2019). Pemahaman dan interpretasi penilai tentang aitem akan menentukan akurasi instrumen penilaian untuk mengukur konstruk yang dituju. Orang dengan latar belakang yang serupa akan memberikan penilaian validitas proses respons yang

serupa, sementara mereka mungkin memberikan penilaian validitas proses respons yang berbeda untuk pengujian yang berbeda. Pada penelitian ini yang terlibat dalam validitas proses respon adalah orang – orang yang mengisi kuesioner awal, yang terdiri dari enam orang.

Uji validitas lainnya dilakukan dengan melihat nilai *Pearson's correlation*. Validitas ditentukan dengan menghitung korelasi antara nilai-nilai yang diperoleh dari aitem pernyataan. Jika korelasi Pearson yang diperoleh memiliki nilai signifikansi $< 0,05$ berarti data yang diperoleh valid, sebaliknya jika korelasi skor setiap aitem pernyataan dengan skor total memiliki tingkat signifikansi $> 0,05$ maka data yang diperoleh tidak valid. Pada penelitian ini, semua aitem memiliki nilai signifikansi $< 0,05$ kecuali pada 9 aitem berikut: 1, 2, 41, 42, 43, 45, 46, 47 dan 57

Selanjutnya, dilakukan pemeriksaan r hitung terhadap r Tabel. Jika r hitung $> r$ Tabel maka aitem ini dinyatakan valid. Pada penelitian ini r Tabel = 0,29 (df (N-2) 43, 2 tailed, tingkat kepercayaan 0,05). Oleh karena itu aitem no. 1, 2, 41, 42, 43, 45, 46, dan 47 mempunyai r hitung $< r$ Tabel. Untuk memutuskan dikeluarkan atau tidak, peneliti mengkonfirmasi hasil Pearson correlation dan r hitung. Oleh karena itu nilai r hitung yang jauh dari r Tabel sehingga aitem no. 1, 2, 41, 45, dan 46 dikeluarkan. Sehingga aitem yang akan digunakan untuk penelitian berikutnya menjadi 51 aitem.

Penelitian ini mempunyai *Cronbach's alpha* 0,925 dari 51 aitem. Metode evaluasi konsistensi yang digunakan adalah Alpha Cronbach, yang dijalankan dengan IBM SPSS Statistics 25 for Windows. Semakin tinggi nilai koefisien reliabilitas menunjukkan semakin kecil kesalahan pengukuran dan tingkat reliabilitas yang lebih tinggi (Supraktiknya, 2014). Menurut Azwar (2012), terdapat rentang nilai reliabilitas, di mana skor $< 0,6$ dianggap memiliki reliabilitas yang kurang baik, skor antara 0,6 hingga 0,8 dianggap memiliki reliabilitas yang cukup baik dan dapat diterima, dan semakin mendekati angka 1, reliabilitas dianggap semakin baik.

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi nilai *Cronbach's alpha* dalam pengujian reliabilitas suatu kuesioner melibatkan beberapa aspek. Salah satunya adalah jumlah aitem pertanyaan dalam kuesioner, durasi yang tersedia bagi responden untuk mengisi kuesioner yang sedang diuji, serta kondisi pribadi

responden saat melakukan pengisian, seperti kelelahan atau kurangnya konsentrasi. Selain itu, faktor lain yang berasal dari tim peneliti juga dapat berpotensi memengaruhi respons responden. Untuk itu, disarankan untuk mengurangi sebanyak mungkin dampak dari faktor-faktor tersebut sebelum melaksanakan uji coba kepada responden (Wongpakaran *et al.*, 2012).

C. Pembahasan Penelitian Tahap 3 (Penelitian Kuantitatif)

1. Analisis Statistik Deskriptif:

Deskripsi Responden:

Dari 106 kuesioner yang diterima dari empat RS Pendidikan, dilakukan *screening* terhadap kuesioner. *Screening* yang dilakukan untuk mengeksklusi sampel yaitu untuk jawaban 'tidak sesuai standar' pada jawaban waktu tanggap. Dari *screening* ini didapatkan kuesioner yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sebanyak 98 kuesioner. Dari data kuesioner tersebut mayoritas responden adalah perempuan sebanyak 80 orang (81,63%). Sisanya adalah laki-laki (18,4%). Hasil ini menunjukkan besarnya jumlah tenaga kesehatan perempuan dalam tim PONEK. Kondisi ini terjadi juga pada layanan kesehatan lain seperti penelitian-penelitian terdahulu di rumah sakit (Findyartini *et al.*, 2019a; Yusra *et al.*, 2019) dan rumah sakit pendidikan (Kusumaningrum *et al.*, 2018; Soemantri *et al.*, 2019).

Mayoritas responden berusia antara 25-34 tahun dan diikuti oleh kelompok usia 35-44 tahun. Kedua kelompok usia di atas adalah usia produktif kerja sehingga mendominasi lapangan kerja, termasuk pada layanan kesehatan (Findyartini *et al.*, 2019b; Yusra *et al.*, 2019) dan khususnya dalam layanan tim PONEK pada penelitian ini. Untuk lama kerja dalam tim PONEK sebagian besar responden bekerja kurang dari lima tahun (62,24%). Diantara empat RS yang diteliti, RSP UNAND merupakan RS yang baru berdiri 10 tahun yang lalu (2014) dan masih melakukan perekrutan terhadap tenaga kesehatan, sehingga masih banyak yang bekerja kurang dari lima tahun. Sementara itu layanan PONEK termasuk program nasional yang baru dicanangkan di Indonesia yaitu pada tahun 2009 (Gustina, 2018; Pratama *et al.*, 2022).

Dari hasil analisis deskriptif didapatkan bahwa data semua indikator pada kuesioner mempunyai nilai rerata berkisar 3,648 - 4,398. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar aitem dipersepsikan setuju oleh responden. Standar deviasi pada penelitian ini berada di bawah nilai *mean*, artinya tingkat penyimpangan data adalah rendah. Sementara itu tingkat capaian responden berada dalam kategori baik hingga sangat baik, tidak ditemukan tingkat capaian kurang baik. Sehingga bisa dikatakan bahwa instrumen ini terkategori baik hingga sangat baik dan standar deviasi yang merata.

2. Analisis Statistik Inferensia:

Evaluasi Model Pengukuran:

Keandalan dan validitas instrumen diperiksa menggunakan validitas konvergen dan diskriminan. Hasil menunjukkan bahwa hampir semua indikator variabel memenuhi kriteria validitas kecuali dua, yang kemudian dihapus dari analisis. Uji Fornell-Larcker menunjukkan validitas diskriminan yang memadai. Tingkat reliabilitas semua variabel dinyatakan tinggi berdasarkan hasil *composite reliability* dan *Cronbach's alpha*.

Evaluasi Model Struktural:

R-Square dan *R-Square adjusted* digunakan untuk mengevaluasi kecocokan model, dengan hasil yang menunjukkan model memiliki kemampuan prediksi yang kuat. Uji *path coefficient* menunjukkan adanya hubungan positif antara variabel, dengan kekuatan hubungan yang bervariasi. Uji hipotesis mengungkapkan bahwa empat dari delapan hipotesis diterima, sementara empat lainnya ditolak, menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antar variabel.

Dari *path coefficient* untuk kompetensi individu, kompetensi kolaborasi interprofesi mempunyai pengaruh yang paling kuat untuk membentuk kompetensi individu. Kata kolaborasi dapat diartikan sebagai kooperasi ataupun kerjasama tim. Kolaborasi merupakan suatu proses dalam menyelesaikan suatu pekerjaan bersama atau masalah yang kompleks. Proses ini diatur oleh norma, aturan dan struktur bersama. Kolaborasi ini ditandai oleh pemahaman terhadap peran dan tanggung jawab bersama, mempunyai strategi dalam berkomunikasi dan menyelesaikan konflik (Watkins *et al.*, 2017). Kemampuan individu untuk bisa menjalankan proses

bersama inilah yang diperlukan dalam kolaborasi interprofesi dalam layanan PONEK.

Berdasarkan aitem pernyataan yang membentuk indikator kompetensi kolaborasi interprofesi pada penelitian ini terlihat bahwa pernyataan merupakan bentuk perasaan individu dalam berkolaborasi dan keinginan untuk berbagi pengetahuan dan pengalaman dengan profesi lain. Pada penelitian Behruzi *et al.* didapatkan bahwa adanya semangat untuk berkolaborasi menjadi faktor penunjang bagi kolaborasi interpersonal (Behruzi *et al.*, 2017). Para peneliti bidang kolaborasi interprofesi menyarankan, semakin sering berinteraksi dan berkolaborasi dengan profesi lain, maka akan semakin meningkatkan persepsi seseorang terhadap kolaborasi (Macdonald *et al.*, 2015; Gillian Mulvale *et al.*, 2016; Schulz & Wirtz, 2023) Indikator kedua yang mempunyai pengaruh kuat terhadap kompetensi individu dalam kolaborasi interprofesi adalah kompetensi komunikasi interprofesi. Komunikasi dapat menjadi faktor penunjang dan penghambat kolaborasi interprofesi (Behruzi *et al.*, 2017; Findyartini *et al.*, 2019a; Macdonald *et al.*, 2015; Olvera *et al.*, 2020), oleh karena itu diperlukan kemampuan individu untuk dapat berkomunikasi interprofesi dengan baik, secara tertulis maupun lisan (Susilaningrum *et al.*, 2020). Berbagai gaya dalam berkomunikasi perlu dipahami oleh tenaga kesehatan agar tercapai komunikasi yang baik seperti jenis info yang akan disampaikan, bentuk komunikasi dan kosa kata yang digunakan (van Helmond *et al.*, 2015).

Indikator ketiga yang memberikan pengaruh kuat pada kompetensi individu adalah kompetensi tentang pemahaman peran dan tanggung jawab profesi lain. Kemampuan ini perlu dimiliki oleh tenaga kesehatan yang bekerja dalam tim interprofesional sehingga akan muncul penghargaan terhadap profesi lain dan mencegah timbulnya kompetisi diantara profesi maupun interprofesi (Behruzi *et al.*, 2017; Digregorio *et al.*, 2019; Wilson *et al.*, 2016) Untuk dapat memahami peran dan tanggung jawab profesi lain, pengelola layanan hendaknya memberikan kejelasan peran setiap anggota tim (Aquino *et al.*, 2016; Behruzi *et al.*, 2017; Wei *et al.*, 2022; Wilson *et al.*, 2016).

Kompetensi pengetahuan tentang kolaborasi interprofesi tidak memberikan pengaruh yang terlalu kuat untuk terbentuknya kompetensi individu dalam kolaborasi

interprofesi. Namun, pengetahuan tentang kolaborasi interprofesi tetap diperlukan dalam membangun kompetensi individu. Roger, seorang ahli inovasi dalam Seacrist *et al.*, mengatakan terdapat lima tahapan untuk mengimplementasikan ilmu dan menghasilkan inovasi, yaitu pengetahuan, persuasi, membuat keputusan, implementasi, dan enkulturasi (Seacrist *et al.*, 2018). Sehingga siapapun yang akan menerapkan kolaborasi interprofesi dalam kegiatannya memerlukan pengetahuan untuk menerapkannya dengan baik.

Kompetensi individu menjadi variabel yang paling kuat mempengaruhi implementasi kolaborasi interprofesi dibandingkan mekanisme dukungan institusi, mekanisme budaya kerja dan mekanisme lingkungan. Kompetensi individu merupakan mekanisme utama untuk dapat menerapkan praktik kolaborasi (WHO, 2010). Kompetensi individu yang dibangun oleh kompetensi berkolaborasi, kemampuan komunikasi interprofesi, kemampuan memahami peran dan tanggung jawab profesi lain serta memiliki pengetahuan tentang kolaborasi interprofesi telah dibahas pada alinea di atas. Untuk mendapatkan kompetensi di atas, seorang tenaga kesehatan harus dipaparkan dengan pengetahuan tentang interprofesi pada masa pendidikan sehingga mereka siap untuk praktik secara kolaboratif dengan profesi lain (WHO, 2010). Bagi tenaga kesehatan yang telah bekerja, praktik kolaborasi walaupun telah mereka kerjakan masih diperlukan pendidikan berkelanjutan dengan topik kolaborasi interprofesi. Hal ini dikarenakan membangun kompetensi kolaborasi interprofesi bukan hal yang mudah, diperlukan proses pendidikan formal maupun non formal bagi tenaga kesehatan (Findyartini *et al.*, 2019b; Macdonald *et al.*, 2015; Gillian Mulvale *et al.*, 2016; Susilaningrum *et al.*, 2020; van Helmond *et al.*, 2015; Wei *et al.*, 2022; WHO, 2010; Yamuragiye, Ndayisenga, *et al.*, 2023).

Mekanisme dukungan institusi seperti penyediaan SDM, dan penghargaan yang diberikan kepada tenaga kesehatan baik berupa penghargaan finansial seperti gaji, jasa medik, remunerasi ataupun non finansial seperti penghargaan atau apresiasi terhadap kerja yang dilakukan, naik pangkat dan pelatihan yang diberikan merupakan variabel independen yang turut mempengaruhi pelaksanaan kolaborasi interprofesi (Faqir *et al.*, 2015; Gilbert *et al.*, 2010; Sikder *et al.*, 2015; WHO, 2013). Ketersediaan SDM tidak hanya meliputi jumlah namun juga kualitas dari

pengetahuan dan pengalamannya dibidang masing-masing. Lassi *et al.* menyarankan perlunya perbaikan terhadap pengetahuan dan ketrampilan *Skilled Birth Attendant* (SBA): dokter, bidan dll dalam membantu persalinan sehingga mencegah terjadinya terlambat ketiga. Mereka juga merekomendasikan kolaborasi diantara SBA dan tenaga kesehatan lainnya (Ellard *et al.*, 2016; Lassi *et al.*, 2016). Distribusi SBA dan tenaga kesehatan lainnya perlu diperhatikan apalagi pada *shift* malam, akhir pekan dan hari libur. Hal ini banyak terjadi di negara berkembang lainnya, tidak hanya di Indonesia (Faqir *et al.*, 2015). Oleh karena itu pemimpin yang memfasilitasi suasana kondusif untuk bekerja dan berkolaborasi sangat diharapkan (Calvert *et al.*, 2013; Hanum & Findyartini, 2020; Herdarwan *et al.*, 2017)(WHO, 2010).

Mekanisme budaya kerja turut mempengaruhi implementasi kolaborasi interprofesi. Dalam kerangka budaya kerja kolaborasi interprofesi, koordinasi dalam pengambilan keputusan dan pertemuan berkala tim menjadi kunci utama untuk menetapkan tujuan bersama dan merencanakan manajemen pasien secara bersama-sama (Fisher *et al.*, 2017; Gilbert *et al.*, 2010). Hal ini memungkinkan untuk menggabungkan peran individu dengan tugas bersama, serta melakukan negosiasi terhadap penggunaan sumber daya bersama. Budaya kerja yang efektif didukung oleh struktur sistem dan proses informasi yang terorganisir, strategi komunikasi yang efisien, kebijakan penyelesaian konflik yang kuat, dan komunikasi yang terbuka antara anggota tim dan komunitas (Craig *et al.*, 2020; Geleto, Chojenta, Mussa, *et al.*, 2018; Soemantri *et al.*, 2019; Susilo, 2021) serta budaya untuk keselamatan pasien (Reeves *et al.*, 2017)

Pengaruh lingkungan seperti kelengkapan fasilitas dan ruangan yang tersedia untuk melakukan kerja secara kolaborasi dengan profesi lain merupakan mekanisme terakhir yang direkomendasikan oleh WHO (WHO, 2010). Kelengkapan fasilitas dalam layanan PONEK secara khusus dan pada layanan kesehatan pada umumnya sangat mempengaruhi kerja dalam tim. (Geleto, Chojenta, Mussa, *et al.*, 2018). Untuk dapat menerapkan kolaborasi interprofesi lingkungan kerja yang disarankan adalah desain ruang yang memungkinkan para tenaga kesehatan berkontak secara cepat dan dekat, suasana kondusif karena posisi duduk mereka tidak menunjukkan hirarki yang menimbulkan keengganan untuk berkomunikasi secara terbuka. Selain

itu, dibangun juga ruangan tanpa sekat yang menghambat komunikasi dan tidak membuat jarak antara profesi satu dengan lainnya serta memungkinkan untuk mengadakan pertemuan dengan semua anggota tim (Busari *et al.*, 2017; van Helmond *et al.*, 2015; Wu *et al.*, 2019).

Komponen kolaborasi interprofesi yakni persepsi terhadap *patient centered care*, kepemimpinan, pengambilan keputusan bersama, komunikasi efektif dan kohesi memberikan pengaruh signifikan terhadap implementasi kolaborasi interprofesi. Kesamaan visi untuk melayani pasien dan melakukan keselamatan terhadap pasien menjadi hal penting untuk bekerja dalam sebuah tim layanan kesehatan (de Vries-Erich *et al.*, 2017; Findyartini *et al.*, 2019a; Gillian Mulvale *et al.*, 2016). Pemimpin berperan untuk mengkoordinasikan kerja dan memfasilitasinya dalam lingkungan kolaboratif (Findyartini *et al.*, 2016; Folkman *et al.*, 2019; Hu & Broome, 2020; Janssens *et al.*, 2019; T. Smith *et al.*, 2018). Pemimpin juga mengajak anggota tim dalam melakukan pengambilan keputusan, sehingga anggota dilibatkan atau turut serta memberikan masukan dari sudut pandang profesi masing-masing (Adji Prayitno Setiadi *et al.*, 2017; Soemantri *et al.*, 2019; Stetten *et al.*, 2018). Untuk pengambilan keputusan ini dilakukan dalam pertemuan singkat ataupun pertemuan rutin dari hasil evaluasi aktifitas bersama ataupun dalam bentuk diseminasi pengetahuan dan pengalaman interprofesi (Sakai *et al.*, 2017; Soemantri *et al.*, 2019; Stetten *et al.*, 2018; Tang *et al.*, 2018). Komitmen anggota dan pimpinan terhadap aktifitas di PONEK adalah dengan terlibat dalam berbagai aktifitas secara bersama dan melakukan koordinasi dengan profesi sendiri dan profesi lain serta melakukan tugas yang diberikan dengan penuh tanggung jawab (Hanum & Findyartini, 2020; Herdarwan *et al.*, 2017; Misnaniarti *et al.*, 2016).

Pada penelitian ini usia, jenis kelamin, profesi dan lama kerja tidak memberikan pengaruh dalam implementasi kolaborasi interprofesi. Hal yang sama juga terjadi pada penelitian yang dilakukan oleh Soemantri *et al.* namun terdapat pengaruh yang signifikan antara implementasi kolaborasi interprofesi dengan jenis profesi (Soemantri *et al.*, 2019). Demikian juga dengan penelitian Suryanto *et al.* menjelaskan bahwa perbedaan usia tenaga kesehatan tidak memberikan berpengaruh bermakna terhadap persepsi implementasi kolaborasi interprofesi. Hal ini

dikarenakan usia seseorang tidak selalu sebanding dengan pengalamannya, usia muda dengan pengalaman berkolaborasi akan membentuk mereka mempunyai persepsi positif terhadap kolaborasi atau sebaliknya (Hanum & Findyartini, 2020; Suryanto et al., 2016).

D. Pembahasan Prototipe Model Pengembangan Kolaborasi Interprofesi

Prototipe model pengembangan kolaborasi interprofesi ONA berawal dari hasil penelitian eksploratori sekuensial. Hasil penelitian kualitatif (penelitian tahap 1) memberikan gambaran yang jelas tentang faktor-faktor yang menunjang dan menghambat implementasi kolaborasi interprofesi baik dari segi aspek kompetensi individu, mekanisme dukungan institusi, mekanisme budaya kerja dan mekanisme lingkungan tim PONEK di RS Pendidikan.

Hasil penelitian tahap 1 ini bersama dengan teori kolaborasi interprofesi lainnya menjadi domain dalam mengembangkan kuesioner pada penelitian tahap 2, sehingga dihasilkan kuesioner yang valid dan reliabel. Kuesioner ini disebarkan pada responden yang merupakan tim PONEK di empat RS Pendidikan dan diperoleh data untuk dianalisis menggunakan SEM PLS. Hasil analisis SEM PLS didapatkan bahwa kompetensi individu menjadi faktor paling berpengaruh dalam implementasi kolaborasi interprofesi dalam tim PONEK, akhirnya tersusunlah sebuah prototipe model pengembangan kolaborasi interprofesi ONA, *One Network for Action*.

Dari hasil analisis SWOT terhadap kompetensi individu dan langkah-langkah strategis yang harus dilakukan lahirlah berbagai aksi atau kegiatan. Kegiatan pertama adalah kegiatan pelatihan kolaborasi interprofesi. Bagi tenaga kesehatan kegiatan ini berupa kegiatan yang sifatnya pendidikan berkelanjutan. Ameh et al, mereview bahwa training yang diberikan pada nakes di layanan obstetri akan meningkatkan kemampuan pengetahuan dan ketrampilan peserta sehingga akan meningkatkan luaran dari layanan terhadap ibu dan bayi (Ameh et al., 2019). Secara spesifik pelatihan pada prototipe ini adalah pelatihan kolaborasi interprofesi yang akan meningkatkan kompetensi kerjasama tim, komunikasi interprofesi baik tertulis maupun lisan. Claramita et al. telah menyusun panduan untuk pelatihan komunikasi

interprofesi dengan memperhatikan hirarki budaya dan sosial di tengah masyarakat seperti di Indonesia yang dikenal dengan nama model Tri O (Claramita et al., 2019). Model ini dapat menjadi alternatif dalam pelatihan komunikasi. Perkembangan teknologi yang pesat juga menjadi bahan pertimbangan untuk memasukannya dalam pelatihan komunikasi berbasis IT (*Information Technology*) seperti di lakukan di Ghana. Pada penelitian ini kemajuan teknologi digunakan dalam pengambilan keputusan dengan memanfaatkan *mobile health (mHealth)* melalui pengiriman SMS (*short message service*) (Amoakoh et al., 2019). Kompetensi lain yang diperlukan juga dalam kolaborasi interprofesi adalah pemahaman terhadap peran dan tanggung jawab profesi lain, seperti penelitian Mink et al. pada training yang dilakukannya terhadap mahasiswa kedokteran dan keperawatan (Mink et al., 2021) dan mengadakan edukasi tentang etika profesi secara terus menerus.

Tim PONEK terdiri atas berbagai profesi dan tentu juga berbagai individu yang berbeda sehingga pelatihan resolusi konflik dan manajemen perbedaan pendapat perlu dilatihkan sebagaimana Loving melakukannya pada departemen radiologi terhadap tenaga kesehatan per departemen dan interdepartemen (Loving, 2021). Sedangkan Turrentine et al. mengasah ketrampilan mahasiswa tersebut dengan memasang mahasiswa kedokteran dan keperawatan selama berada di siklus geriatri dalam menilai dan memecahkan masalah klinik pasien praoperatif (Turrentine et al., 2016). Sinergisitas dengan institusi pendidikan tenaga kesehatan dalam melakukan pelatihan perlu menjadi perhatian. Atau rekomendasi untuk menyegerakan pendidikan interprofesi pada tingkat mahasiswa perlu juga disampaikan (Gilbert et al., 2010). Pelatihan kolaborasi interprofesi di RS membutuhkan dukungan dari tim manajemen seperti disampaikan oleh Bergh et al. dan Smith DC. bahwa alokasi sumber daya untuk pelatihan dan pengembangannya sangat diperlukan untuk mewujudkan kpraktik kolaborasi interprofesi yang memadai (Bergh et al., 2015; Denise Colter Smith, 2015).

Penguatan tim merupakan bentuk aksi yang dapat dilakukan dalam upaya implementasi kolaborasi interprofesi. Dikatakan penguatan tim karena pada dasarnya tim PONEK yang ada telah melaksanakan upaya kolaborasi interprofesi sebagaimana mereka sampaikan pada wawancara pada penelitian tahap 1. Hanya saja upaya

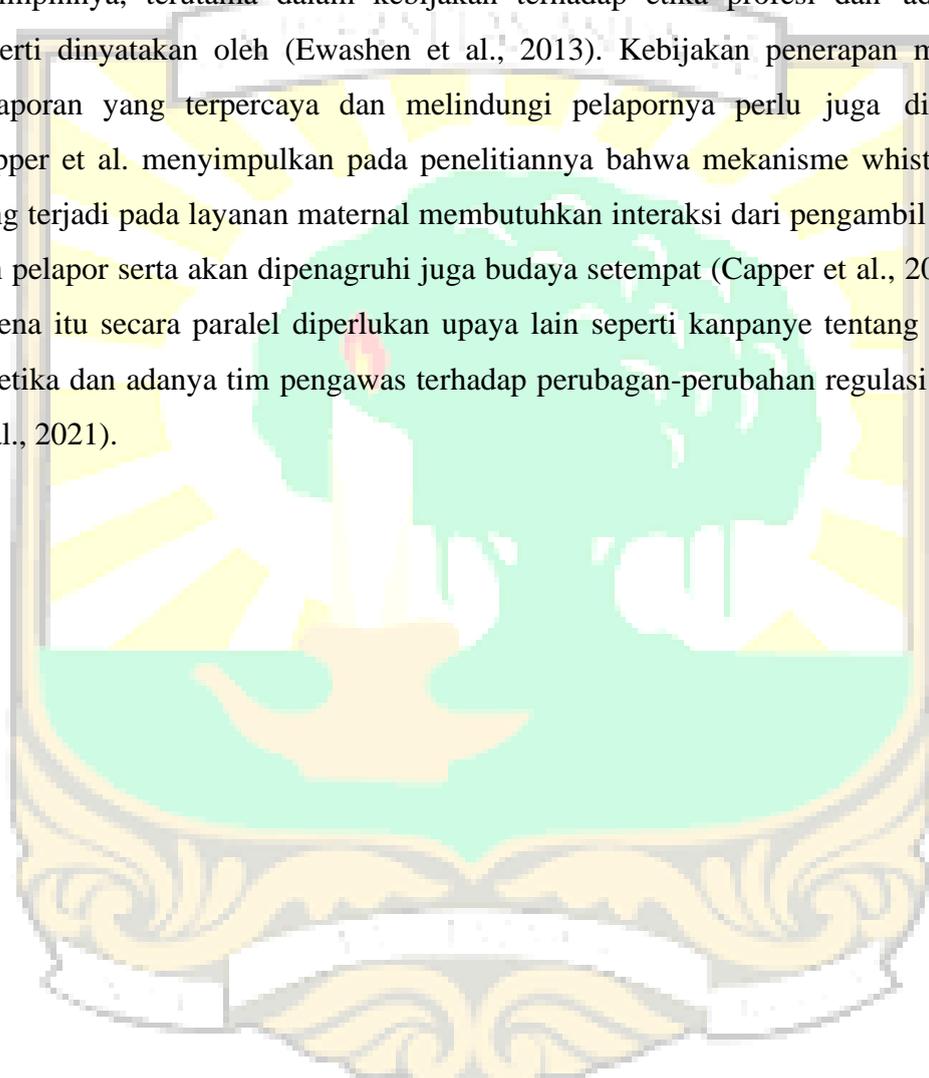
tersebut adalah sesuatu kegiatan ritual yang belum dimaknai secara bersama dalam format kolaborasi interprofesi. Untuk itu perlu dilihat kegiatan apa saja dalam tim yang telah dilakukan dan upaya apa yang dapat dilakukan untuk penguatan sesuai dengan konteks pada masing-masing RS. Oleh karena itu perlu menguatkan visi yang dimiliki dan menyamakan visi tersebut dalam rapat-rapat rutin yang diadakan dan memfokuskan pada tujuan layanan. Hal serupa disarankan oleh Macdonald & Etowa hasil penelitian mereka di Nova Scotia, Kanada pada layanan maternal interprofessional (Macdonald & Etowa, 2021). Penguatan tim dapat juga dilakukan dengan menyelenggarakan proyek kolaborasi interprofesi yang akan memupuk keakraban dengan profesi lain seperti disimpulkan Löffler pada penelitiannya terhadap kolaborasi apoteker dan dokter umum di Jerman (Löffler et al., 2017). sehingga akan mengurangi kesenjangan antara tim karena senioritas dan perbedaan pandangan (Brown et al., 2021).

Untuk komunikasi yang lebih baik dan efektif, sebaiknya mempertimbangkan untuk membuat platform kolaborasi online yang dapat diakses kapan saja (Tang et al., 2018). Pemanfaatan CPPT dapat dilakukan dengan memberikan respon lebih cepat dan terstandar. SOP kolaboratif yang dibuat terstandar juga dapat diupayakan sehingga profesi yang telah memiliki prosedur masing-masing diberi peluang untuk mengkolaborasikan kerja-kerja yang bisa disamakan (Adji Prayitno Setiadi et al., 2017; Soemantri et al., 2019; WHO, 2010). Penguatana tim dapat didukung dengan pertemuan rutin, yang juga berguna untuk menyebarkan pengetahuan dan ketrampilan. Hal sama dinyatakan juga oleh peneliti-peneliti lain bahwa pertemuan tatap muka secara regular sangat diperlukan dalam tim interprofesi dan pertemuan itu dilakukan secara terstruktur serta mempunyai format yang jelas (Coolen et al., 2020; Ohta et al., 2020; Supper et al., 2015).

Anggota tim akan semakin bersemangat dan termotivasi bekerja apabila mereka mendapatkan umpan balik terhadap apa yang dikerjakan dan memperoleh apresiasi dari pekerjaan tersebut. Hal senada dinyatakan oleh Kusumaningrum et al. ketika meneliti tentang CPPT yang menyatakan pengisian CPPT akan semakin mudah jika PPA yang mengisi diapresiasi dan diberi *feedback* (Kusumaningrum et al., 2018). Wei et al. memperkuat bahwa setiap anggota tim perlu dihargai dan

diapresiasi terutama oleh pemimpin (El-Awaisi et al., 2021; Wei et al., 2020). Evaluasi secara berkala perlu dilakukan sehingga tugas yang dijalankan oleh anggota tim sesuai dengan peran dan tanggung jawab yang diberikan dan sesuai dengan etika profesi (Watkins et al., 2017; Widyantari & Sulistyarningsih, 2019).

Manajer dan pemimpin tim mempunyai peran yang sangat besar dalam mengembangkan kolaborasi interprofesi pada lingkup tim atau institusi yang dipimpinnya, terutama dalam kebijakan terhadap etika profesi dan administrasi seperti dinyatakan oleh (Ewashen et al., 2013). Kebijakan penerapan mekanisme pelaporan yang terpercaya dan melindungi pelapornya perlu juga diupayakan. Capper et al. menyimpulkan pada penelitiannya bahwa mekanisme whistleblowing yang terjadi pada layanan maternal membutuhkan interaksi dari pengambil kebijakan dan pelapor serta akan dipengaruhi juga budaya setempat (Capper et al., 2024). Oleh karena itu secara paralel diperlukan upaya lain seperti kampanye tentang kesadaran beretika dan adanya tim pengawas terhadap perubahan-perubahan regulasi (Coifman et al., 2021).



BAB VII PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan maka kesimpulan dari penelitian ini adalah:

1. Telah dilakukan eksplorasi persepsi tim PONEK RS Pendidikan dan didapatkan faktor penunjang, penghambat dan performa yang diharapkan dalam mengimplementasikan kolaborasi interprofesi dalam tim tersebut.
2. Telah dikembangkan alat ukur berupa kuesioner yang valid dan reliabel untuk menilai implementasi kolaborasi interprofesi pada tim PONEK RS Pendidikan.
3. Analisis dengan SEM PLS menunjukkan bahwa kompetensi individu memiliki pengaruh yang paling signifikan untuk mengimplementasikan kolaborasi interprofesi dalam tim dibandingkan mekanisme dukungan institusi, mekanisme budaya kerja dan mekanisme lingkungan.
4. Usia, jenis kelamin, profesi dan lama kerja tidak memberikan pengaruh dalam implementasi kolaborasi interprofesi.
5. Telah didapatkan prototipe model pengembangan kolaborasi interprofesi ONA (*One Network for Action*) dan telah disiapkan desain pelatihan serta modul yang masih harus divalidasi.

B. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini mempunyai keterbatasan:

1. Jumlah sampel yang masih sedikit walaupun SEM PLS tidak mensyaratkan sampel yang banyak, namun perlu ditambahkan jumlah sampel. Jumlah sampel pada penelitian ini masih sedikit karena pada SK PONEK masih ada pencantuman petugas tidak berdasarkan nama tapi berdasarkan bagian, sehingga ada anggota tim PONEK dari bagian tersebut tidak merasa menjadi anggota tim karena namanya tidak tercantum.
2. Masih ada tumpang tindih aspek antara kompetensi individu dan mekanisme budaya kerja (pada aspek komunikasi)
3. Waktu pengerjaan penelitian yang terlalu lama, sehingga harus bisa mengantisipasi kemungkinan perubahan kebijakan, seperti indikator PONEK yang digunakan.

C. Rekomendasi

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah disampaikan, berikut adalah rekomendasi yang dapat diberikan kepada:

1. Rumah Sakit Pendidikan

A. Pendidikan dan Pelatihan:

- i. Prioritaskan pendidikan dan pelatihan interprofesi untuk tenaga kesehatan, baik di tingkat pendidikan tinggi maupun dalam pendidikan berkelanjutan.
- ii. Sediakan program pelatihan reguler yang melibatkan berbagai profesi kesehatan untuk meningkatkan pemahaman dan keterampilan kolaborasi interprofesi.

B. Pengembangan SOP:

- i. Susun dan implementasikan SOP yang jelas dan efektif untuk memandu pelaksanaan kolaborasi interprofesi.
- ii. Pastikan SOP tersebut diperbarui secara berkala dan sesuai dengan perkembangan kebutuhan pelayanan kesehatan.

C. Sumber Daya Manusia:

- i. Pastikan ketersediaan sumber daya manusia yang memadai, khususnya pada shift malam, untuk mendukung kolaborasi interprofesi.
- ii. Rekrut dan latih tenaga kesehatan tambahan jika diperlukan untuk mengurangi beban kerja dan meningkatkan kualitas kolaborasi.

D. Penghargaan dan Motivasi:

- i. Berikan penghargaan yang layak kepada tim kesehatan untuk meningkatkan motivasi dan kinerja mereka.
- ii. Kembangkan program insentif yang adil dan transparan untuk seluruh tenaga kesehatan yang berpartisipasi dalam kolaborasi interprofesi.

E. Desain Fasilitas:

- i. Pertimbangkan desain ruangan rumah sakit agar mendukung kolaborasi interprofesi.
- ii. Pastikan fasilitas dan sarana prasarana yang memadai untuk mendukung komunikasi dan kerja sama antarprofesi.

F. Budaya Kerja:

- i. Promosikan budaya kerja yang mendukung implementasi kolaborasi interprofesi melalui edukasi, pelatihan, dan komunikasi yang efektif.
- ii. Ciptakan lingkungan kerja yang positif, komunikatif, dan fokus pada keselamatan pasien.

2. Pemegang Kebijakan

A. Regulasi dan Kebijakan:

- i. Buat regulasi dan kebijakan yang mendukung dan memfasilitasi kolaborasi interprofesi di rumah sakit.
- ii. Pastikan kebijakan tersebut mencakup mekanisme pendukung, seperti pelatihan, sertifikasi, dan *fit and proper test*.

B. Pengawasan dan Evaluasi:

- i. Lakukan pengawasan dan evaluasi rutin terhadap implementasi kolaborasi interprofesi di rumah sakit.
- ii. Gunakan hasil evaluasi untuk memperbaiki dan menyempurnakan kebijakan yang ada.

3. Institusi Pendidikan

A. Kurikulum Pendidikan:

- i. Integrasikan pendidikan interprofesi dalam kurikulum pendidikan tinggi untuk tenaga kesehatan.
- ii. Pastikan mahasiswa mendapatkan pemahaman yang baik tentang pentingnya kolaborasi interprofesi sejak dini.

B. Pelatihan Berkelanjutan:

Sediakan program pelatihan berkelanjutan bagi tenaga kesehatan yang sudah bekerja untuk memperbarui pengetahuan dan keterampilan mereka dalam kolaborasi interprofesi.

4. Perkembangan Ilmu

Hasil dari disertasi ini dapat didesiminasikan melalui kegiatan ilmiah nasional, regional maupun internasional baik dalam artikel ilmiah yang diterbitkan pada jurnal maupun konferensi ilmiah. Kuesioner yang dihasilkan dapat dimanfaatkan

untuk penelitian implementasi kolaborasi interprofesi pada layanan kesehatan lainnya dan dapat disesuaikan kontekstual.

5. Saran untuk peneliti berikutnya, penelitian dapat dikembangkan pada layanan kesehatan lainnya sehingga akan memperkaya data implementasi kolaborasi interprofesi dan menghasilkan model yang lebih menyeluruh. Pemanfaatan sampel yang lebih banyak dapat menjadi salah satu solusi untuk mempertegas kondisi implementasi kolaborasi interprofesi pada layanan kesehatan dan akan memberikan rekomendasi yang lebih spesifik.

D. Novelty

1. Kuesioner Implementasi Kolaborasi interprofesi
2. Prototipe Model Pengemabnagn Kolaborasi Interprofesi ONA, *One Network for Action*.

